28/2008 Anno VII - IV trimestre Sommario

Editoriale. Qualche auspicio per il 2010

AREA ANTROPOLOGICA, CULTURALE E SOCIALE

Trasgressione, transessualismo, tossicodipendenza: un mondo caratterizzato dall'attrazione e dal segreto

Annalisa Pistuddi, Gianlorenzo Beretta

AREA CLINICA

Il programma di disassuefazione dal fumo per gli operatori sanitari e socio-sanitari Ezio Manzato, Cristina Biasin Il craving alcolico nella personalità narcisistico-onnipotente Mario G.L. De Rosa, Antonella Mazzanti Alice Sanguigni, Alessia Raffaeli,

Ezio Manzato

7.3

58

AREA STUDI E RICERCHE

Studio multicentrico nazionale per la valutazione della potenza analitica di un metodo di dosaggio delle sostanze d'abuso in matrice cheratinica

C. Leonardi, C. Assi, C. Bandini, N. Broccoli,
C. D'Angelo, P.F. D'Egidio, I. Dell'Eva,
N. Della Torre, E. Faedda, M. Gottardi,
P. Laurenzi, M. Lodolini, M. Calligara,
F. Lodi, A. Lotti, R. Lovaste, M. Miozzo, F. Nava,
C. Pieri, L. Rocchi, G. Ventre, F. Svaizer,
A. Lucchini
19
La percezione della qualità dei Servizi

La percezione della qualità dei Servizi da parte dei professionisti del Ser.T. e delle Comunità Terapeutiche in Trentino Raffaele Lovaste, Rose Marie Callà,

Lorella Molteni, Cleto Corposanto
Propensione al gioco in provincia
di Caserta

Antonio d'Amore, Giovanni Di Martino 65

DOCUMENTI

Review dal congresso DIPENDENZE E MALATTIE INFETTIVE. Modelli diagnostici-terapeutici nell'integrazione degli ambiti professionali. Bologna 10-11-12 giugno 2009 A cura di Mirella Fusini e Paola Capellini 24

DIBATTITO

Ancora sul concetto di tossicodipendenza (1)

Edoardo Cozzolino 36

Ancora sul concetto di tossicodipendenza (2)

Raffaele Lovaste 38

LE RUBRICHE

Contaminazioni
Maurizio Fea
Stupore e che altro 3

NOTIZIE IN BREVE 39, 72, 88

RECENSIONI 6, 29, 64, 94

FeDerSerD/FORMAZIONE 18

FeDerSerD/ORGANIZZAZIONE 2,96

FeDerSerD/DALLE REGIONI

37, 88, 89, 91

FrancoAngeli

Mission

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



Qualche auspicio per il 2010

Nel 2009 sono avvenuti due eventi rilevanti dal punto di vista istituzionale: a marzo la V conferenza nazionale sulle droghe prevista dal dpr 309/90 e a dicembre una conferenza delle regioni sul tema della governance nel settore delle dipendenze.

Abbiamo salutato con grande interesse i due eventi, partecipando con contributi di idee e grande impegno.

Ci sembra che le questioni di fondo siano a tutti chiare, a partire dalla necessità di luoghi di programmazione e di indirizzo condivisi, così come gli strumenti istituzionali previsti dalla legge e da utilizzare con intelligenza.

La complessità dei fenomeni di consumo e dipendenza, le dinamiche mai scontate, la certezza della rilevanza delle conseguenze sulla salute dei cittadini e la integrità della nazione sono evidenti alle istituzioni.

Purtroppo permane difficile passare dalle enunciazioni ai fatti.

Il nostro impegno e la valutazione dell'impegno altrui, anche con le forme pubbliche di critica che da società indipendente ci caratterizzano, permangono orientati alla prassi.

Alcuni temi: la revisione e aggiornamento dei LEA, un adeguato finanziamento nazionale e regionale al sistema di intervento, l'attivazione di un'azione di prevenzione territoriale ordinaria e plurale, la costruzione di percorsi di formazione permanente specifici per tutte le professioni che operano nel sistema di intervento, la valutazione degli interventi dei servizi pubblici e privati, la valorizzazione del percorso del Tavolo di Alta Integrazione dei Ser.T. e delle Comunità con percorsi di sperimentazione a livello regionale.

Una società scientifica come FeDerSerD contribuisce a realizzare queste improrogabili necessità con l'intervento istituzionale e l'intervento nella società, nella convinzione che la comunità locale sia l'interlocutore privilegiato da ricercare.

Ovviamente seguendo le mission di fondo e cioè sviluppare gli interventi basati sulle evidenze scientifiche, essere service per e con i servizi, progettare e fare ricerca, costruire partnership con chi ha ancora presente cosa sia un impegno collettivo.

• Alcol e medicina generale, di Roberta Agabio, Valeria Zavan

Newsletter "Clinica dell'Alcolismo", Anno I, n. 4

Mission

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

FrancoAngeli

ANNO VII, 2008 - N. 28

Fe Der Ser D

Proprietà: Fe Der Ser D

Sede legale

Via Giotto 3, 20144 Milano

Comitato di Direzione

Paola Aiello, Giancarlo Ardissone,
Roberta Balestra, Giuseppe Barletta,
Marcellina Bianco, Emanuele Bignamini,
Claudia Carnino, Alessandro Coacci,
Antonio d'Amore, Pietro Fausto D'Egidio,
Donato di Pietropaolo, Donato Donnoli,
Maurizio D'Orsi, Guido Faillace,
Maurizio Fea, Michele Ferdico,
Bernardo Grande, Claudio Leonardi, Raffaele
Lovaste, Alfio Lucchini, Fernanda Magnelli,
Ezio Manzato, Vincenzo Marino,
Antonio Mosti, Felice Nava,
Roberto Pirastu, Gianna Sacchini,
Giorgio Serio, 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 Martiri della Libertà 21,

20066 Melzo (Mi), tel. 3356612717 missiondirezione@virgilio.it

Direttore responsabile: Stefano Angeli

Progetto grafico: Elena Pellegrini

Stampa: Mecenate LitoGrafica, via Lazio 16, S. Giuliano Milanese (Mi)

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

Chiuso in redazione il 10 febbraio 2010

Edizione fuori commercio Tiratura: 6.500 copie



FEDERSERD/ORGANIZZAZIONE

Ampliato il Comitato scientifico nazionale di FeDerSerD

Il comitato direttivo nazionale di FeDerSerD, riunito a Padova il 5 novembre 2009, su proposta del direttore del comitato scientifico Felice Nava e dei vicedirettori Gianna Sacchini e Michele Ferdico, ha approvato in modo unanime la nomina di 5 esperti nel comitato scientifico nazionale. L'organismo vede la presenza anche dei presidenti dei comitati scientifici delle federazioni regionali. Il direttivo nazionale, sulla scorta delle norme statutarie, ha indicato al comitato scientifico nazionale le principali linee di sviluppo e azione da perseguire. Segue un breve profilo degli esperti nominati con l'augurio di un buon lavoro. (A.L.)

Daniele La Barbera è professore ordinario di Psichiatria presso l'Università degli Studi di Palermo, direttore della scuola di specializzazione in Psichiatria e direttore delle U.O. di Psichiatria dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo. Il prof. La Barbera è uno dei massimi esperti italiani di alessitimia, nuove forme di dipendenze e di psicotecnologia e su tali temi ha pubblicato importanti libri e monografie. È presidente della Società Italiana di Psicotecnologie e Tecnica dei Nuovi Media.

Daniele Piomelli dopo essersi laureato in Farmacia presso l'Università di Napoli si è trasferito a New York, dove ha ottenuto il dottorato di ricerca in Farmacologia e Neuroscienze presso la Columbia University con i premi Nobel James H. Schwartz e Eric Kandel, e successivamente presso la Rockefeller University con Paul Greengard. Il prof. Piomelli dopo aver lavorato all'INSERM di Parigi e al Neurosciences Institute di San Diego (California) è attualmente professore di Farmacologia presso l'Università della California a Irvine (USA). Attualmente è anche direttore di Dipartimento di Ricerca e Sviluppo del Farmaco dell'Istituto Italiano di Tecnologia di Genova. È uno dei più importanti studiosi internazionali nel campo della neurofarmacologia e ha dato contribuiti fondamentali soprattutto nel campo della ricerca del ruolo fisiopatologico del sistema endogeno cannabinoide. È autore di importantissimi articoli scientifici molti dei quali pubblicati sulle più prestigiose riviste scientifiche fra cui *Nature* e *Science*.

Giorgio Barbarini è dirigente medico presso il reparto di malattie infettive dell'IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia. È uno dei massimi esperti italiani nel campo della comorbilità infettiva nei tossicodipendenti. Su questo tema ha pubblicato numerose ricerche su importanti riviste scientifiche internazionali. Attualmente la sua attività clinica e di ricerca è incentrata sul trattamento innovativo dell'infezione da HIV e delle epatiti e collabora con i più importanti centri clinici nazionali ed internazionali fra cui il National Institute of Health di Bethesda (USA).

Lorenzo Somaini è dirigente medico di farmacologia clinica presso il Ser.T. di Cossato del Dipartimento delle Dipendenze della ASL di Biella. È esperto nel campo del trattamento farmacologico dell'eroinodipendenza. È autore di importanti studi nel campo della farmacogenetica.

Vincenzo Caretti dopo essersi laureato in Filosofia all'Università di Roma si è perfezionato a Londra con Ronald David Laing svolgendo attività clinica nell'ambito delle comunità terapeutiche della Philadelphia Association. Psicologo clinico si è formato come psicoanalista alla scuola junghiana diventando membro ordinario nell'Associazione Italiana di Psicologia Analitica (AIPA). Attualmente è professore associato di Psicopatologia dello Sviluppo presso il Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi di Palermo. Membro fondatore della Società Italiana di Psicotecnologie e clinica dei Nuovi Media (SIP Tech) è autore di importanti pubblicazioni nel campo delle dipendenze comportamentali.

Contaminazioni, di Maurizio Fea

Stupore e che altro

Nei primi giorni dell'anno il quotidiano *La Stampa* ha dedicato una intera pagina al tema genitori e figli drogati, dove l'aggettivo si riferisce ad entrambi i soggetti, e non come sino ad ora era accaduto soltanto al secondo.

Si tratta di un ribaltone epistemico per i media o è la scoperta dell'acqua calda?

Cosa c'è di nuovo, oltre al comprensibile stupore del giornalista e lo sconcerto preoccupato di alcuni intervistati, dentro questa notizia.

Non è certo una novità il fatto che uno dei fattori di rischio rilevanti per lo sviluppo di addiction sia la familiarità con l'uso di sostanze, intesa però fino ad ora come un antecedente biologico con possibili implicazioni genetiche e/o contesti familiari incompetenti e patologici.

La novità sta nella contestualità dell'evento, padri e figli che si drogano insieme o che hanno cominciato insieme, quand'anche non siano stati i figli a precedere i padri, perché comunque di padri si tratta e non di madri, dunque non un ribaltamento generazionale forse ma un allineamento cronologico delle fasi di sviluppo.

I casi riferiti nell'inchiesta del bravo giornalista, sono tutti di famiglie benestanti, imprenditori e professionisti appassionati di cocaina, che scoprono di condividere una altra passione in famiglia oltre al lavoro.

È dunque un'altra proprietà della cocaina, poco nota e studiata, di contribuire alla rottura delle barriere generazionali e permettere a padri e figli che magari si parlano poco, di trovare un comune terreno di scambio, una ragione per comunicare, un modo per guardarsi in faccia, magari con un po' di polvere bianca sul volto.

Stupisce non il fatto che possa accadere l'inevitabile, visto il gran numero di persone che fanno uso di cocaina tra i 18 e 45 anni, quanto l'assenza, almeno secondo quanto viene narrato, di emozioni e sentimenti che ci si aspetterebbe in contesti di questo tipo.

Sentimenti di imbarazzo, di vergogna, di stupore hanno ancora diritto di cittadinanza nelle coscienze o sono del tutto estromessi dalla forza attrattiva che rappresenta il successo con tutta la congerie dei suoi succedanei e degli strumenti utili al loro conseguimento.

Quand'anche fosse in commercio la pillola dell'imbarazzo o si identificasse il gene della vergogna, potrebbero risultare inutili se non ci sono le condizioni, persone e contesti, ove sia possibile provare tali sentimenti.

Questo mi sembra il punto di novità della faccenda, un altro passo avanti nella riduzione della gamma di sentimenti legittimati e condivisi socialmente che permettono di misurare il valore delle cose che facciamo

Certo le spiegazioni sociologiche sulla percezione e il valore d'uso della cocaina danno ragione della facilità con cui sembrano verificarsi queste contestualità drogastiche, ma basta il principio "così fan tutti", che è ampiamente smentito alla prova dei
fatti, ma rimane sempre rassicurante per chi i fatti li vede solo nel
cortile di casa, a spiegare la disarmante mancanza di emozioni
personali in grado di contrastare la rassegnazione o l'impotenza
di fronte a questi eventi.

Basterebbe forse il solo stupore, sentimento quanto mai laico ma raro e sempre meno apprezzato financo dai bambini che ne sono i portatori privilegiati, per un incontro così inatteso come quello di un padre e di un figlio di fronte ad una striscia di polvere bianca, a fare svanire il maligno incantesimo.

Ma sembra proprio che così non avvenga, e se non c'è più stupore, come nei replicanti di *Blade Runner*, quali emozioni vivificano l'esperienza, con quali strumenti affettivi regoliamo il nostro rapporto con una realtà multiforme?

Fino ad ora abbiamo ritenuto che alla base di molti comportamenti come l'uso compulsivo di sostanze ma non solo, ci fosse anche un analfabetismo affettivo sentimentale di ritorno che inibiva e coartava il mantenimento e lo sviluppo di capacità critiche regolative.

I fatti di cui parla il quotidiano sembrano far propendere più per un analfabetismo primario e radicale, che ha consentito la creazione di nuove grammatiche e regole sintattiche con le quali diventa molto difficile intendersi e provare a discorrere.

Forse qualche avveduto starà pensando a comunità per famiglie verticali, non già quelle per marito e moglie, compagno e compagna, quanto per padri e figli e chissà nipoti.

Il problema potrebbe essere non di luoghi ma di linguaggi, di significati scomparsi per la mancanza di parole che li identificano, o la creazione di nuove parole e linguaggi che servono e funzionano solo in quel mondo più o meno artefatto che è la bolla del successo, né più né meno che come le bolle speculative della finanza.

Forse è necessario partire proprio dallo stupore mancato e dal restituire valore ad imbarazzo e vergogna, per provare a ricostruire dei nessi significanti entro i quali ricominciare ad intendersi.

Trasgressione, transessualismo, tossicodipendenza: un mondo caratterizzato dall'attrazione e dal segreto

Annalisa Pistuddi*, Gianlorenzo Beretta**

SUMMARY

■ The intimate world of some subjects, that is in part secret even to themselves, reveals through transgressive and prohibited behaviours flowing towards an addiction that is very difficult to control.

The exposure to risks involves little by little even their familiar life, the life known to everybody, creating difficulties in human, familiar and social relationships.

The intimate part that should be kept hidden since it could damage the social visibility cannot be anymore kept as a secret by the subject.

This state of the art makes a strong discomfort for his own image but can also represent a chance to ask for help. ■

Keywords: secret, addiction, transgression, transsexualism.

Parole chiave: segreto, dipendenza, trasgressione, transessualismo.

Tra le persone che presentano una o più dipendenze (sesso, sostanze, alcol) si trovano i frequentatori del mondo della prostituzione, di locali mirati a favorire stimoli sessuali, club per scambi di coppia o festini privati, luoghi in cui è frequente reperire anche sostanze stupefacenti usate spesso come coadiuvanti sessuali e stimolanti di fantasie erotiche.

Emerge in questi soggetti una ricerca frequente di sesso con connotazioni di trasgressività, a volte con bizzarrie sessuali frequentazione di ambienti notturni e a volte pericolosi, della prostituzione.

Ne consegue un alto aumento del rischio di essere coinvolti come vittime di azioni criminali, autori o coautori di comportamenti sociali pericolosi.

Nella ricerca affannata di sesso trasgressivo vengono di rado prese le precauzioni necessarie a evitare il rischio di contrarre malattie a trasmissione sessuale e spesso anche con la partner abituale non viene usato il profilattico.

La moglie spesso ignora che il marito abbia rapporti a rischio e che anche lei può essere contagiata.

Alcuni uomini sotto l'effetto di sostanze non usano il preservativo con le prostitute, un rapporto non protetto è a volte più costoso in termini di denaro ma più trasgressivo e vissuto come più coinvolgente.

Il rischio, in questi casi, prevede una posta in gioco alta e pericolosa, sembra sia anche questo a rendere interessante la dinamica dell'incontro.

Chi, sotto l'effetto in genere di cannabinoidi e/o di cocaina, va dalla prostituta alla ricerca più di contatto che di sesso vero e proprio, gioca su un equivoco in quanto la prostituta vende loro solamente sesso e non affetto; costoro cercano allora di offrire una quantità di denaro maggiore per convincerla a fare sesso senza profilattico.

Sembra essere ben radicato nella nostra cultura che il sesso mercenario si fa col profilattico mentre quello sentimentale si fa senza, così chiedere a chi si prostituisce di fare l'amore in un modo che possa apparire sentimentale con un forte coinvolgimento emotivo crea una soddisfazione molto più appagante.

Questo tipo di richiesta trova disponibili i transessuali i quali verso l'uomo sono molto accondiscendenti perché in ogni cliente vedono anche una possibilità di conquista del maschio tanto desiderato. La cocaina ed i cannabinoidi fungono da coadiuvante sessuale e anche per sentirsi più rilassati e non così trasgressivi e colpevoli, con lo stimolo di fantasie erotiche che scorrono veloci.

Sul mercato del sesso sono, per vari motivi, molto richieste le prestazioni dei transessuali.

La notte, alla periferia delle città, dietro di loro si forma spesso la coda di vetture di potenziali clienti che li ammirano per le loro forme fisiche accentuate da iperfemmine, per l'esuberanza relazionale e per un alone di mistero che riescono a trasmettere. Negli ambienti dei transessuali brasiliani che si prostituiscono la notte in strada è consuetudine l'uso di alcol e di cocaina.

Anche durante i mesi invernali sono vestiti con costumi erotici per adescare il cliente e per resistere alle rigide temperature abusano di alcol e cocaina.

I clienti spesso offrono le sostanze, chiedono di consumarle insieme e cercano di pagare così le prestazioni sessuali.

Fare l'amore con un trans può risultare più rischioso dal punto di vista della possibilità di contagio di malattie a trasmissione sessuale, ma sembra essere più eccitante, almeno per alcuni uomini: sembra una bella donna, o almeno si presenta come tale, provocante, con una sorpresa da scoprire poi in intimità.

I frequentatori dei trans sono particolarmente attratti dalla presenza di un pene in un corpo con sembianze iperfemminili di una donna molto sexy.

^{*} Psicologa Psicoterapeuta, Dipartimento Dipendenze ASL Milano 2.

^{**} Psichiatra, Dipartimento Dipendenze ASL di Brescia.

Per le loro preferenze sessuali hanno le caratteristiche di bisessualità, con una componente di omosessualità latente che pare non accettino e che appaghino nella ricerca di un pene, ma in segreto anche a loro stessi, in un corpo di donna.

Non sembrano accettare la loro cospicua componente di omosessualità che rimane così celata e si illudono di essere eterosessuali cercando i transessuali che appaiono a prima vista in tutto e per tutto come donne.

Molti uomini sposati, con un rapporto familiare che potrebbe sembrare solo in crisi ma forse non è mai stato un rapporto emotivo gratificante, cercano consolazione nell'uso si sostanze illegali per lenire il senso di colpa e provare piacere con prostitute o transessuali.

Cercano non solo l'eccitazione fisica, ma anche una sorta di consolazione alla vita relazionale monotona, cercano di fuggire dalla recita quotidiana che li vede in ruoli personali e sociali ineccepibili ma che nascondono frustrazioni che si attenuano solo con trasgressioni segrete che raggiungono solo in certi mondi affannosamente ricercati. Forse gli unici momenti in cui abbandonano il ruolo forzatamente giocato, il falso Sé costruito per appagare gli altri nel sociale.

Finalmente arrivano a concedersi di vivere qualcosa che veramente li attrae, un rapporto segreto, trasgressivo ma eccitante. Tutto ciò coadiuvato dall'uso di sostanze che permette la disinibizione, non solo sessuale, ma emotiva, che fa trovare il coraggio di proporsi ad un altro essere umano così come ci si sente di essere.

I trans pare percepiscano molto bene, a livello inconscio, il bisogno segreto del partner occasionale, quello di essere accolto per quello che vuole essere nel profondo di sé, pertanto cercano quasi sempre di attuare oltre al rapporto sessuale anche un dialogo comprensivo verso il cliente e proporre scambi di affettuosità.

Questo succede nella collusione con il bisogno, delle persone transessuali, di essere accettati e accolti per la loro diversità.

Come se riconoscessero nelle sofferenze dell'altro la loro parte bisognosa di affetto e consolazione.

Sono più disponibili a questo tipo di interazione se ricevono il cliente a casa, spesso gli dedicano l'intera serata preparano la cena e cercano di realizzare tutti i suoi desideri, anche quello di procurargli sostanze stupefacenti se lo desiderano.

Esaudiscono le sue richieste trasgressive, non le limitano e fanno di tutto per comprendere anche la sua richiesta di ascolto e di raccontare la propria quotidianità inaccettata.

I trans sanno bene però che nessun cliente può restare loro accanto in qualità di partner con una relazione quotidiana visibile agli occhi di tutti, anche se non vogliono pensarci e preferiscono vivere nell'illusione di essere la partner preferita, a volte giocano il ruolo della "fidanzata".

Il cliente non è disposto più di tanto a rischiare la sua immagine sostenuta dal falso Sé, in particolare se non è sotto l'effetto della sostanza non riesce nemmeno a esprimere la parte trasgressiva ma solo provare vergogna di sé e delle proprie fantasie erotiche. La sensazione sessuale completa, nella cultura occidentale, lega la donna ad un solo uomo; potrebbe anche essere una situazione di pregiudizio culturale ma ove questa situazione manchi, la donna può concedersi a più uomini, come il tipo maschile del Don Giovanni, ma sempre dietro insoddisfazione.

La costrizione è dover cambiare continuamente l'oggetto d'amore alla ricerca del piacere che non riesce a provare.

Per questo motivo molte prostitute donne possono essere frigide, diventano frettolose e orientate al guadagno trascurando così le esigenze emotive del cliente.

I transessuali non accettano, innanzitutto per sé stessi, di non essere appagati, spesso non lo sono sessualmente perché l'effetto collaterale degli ormoni, che servono per ottenere i caratteri sessuali secondari femminili, lo impediscono. Possono ricercare una appagamento fittizio ed essere anche per questo dediti all'uso delle sostanze e nel vedere il cliente.

Proprio perché hanno sofferto molto nella propria vita sono particolarmente disponibili e accoglienti verso chi sentono soffrire. Conoscono bene l'esperienza del sentirsi rifiutati per i bisogni pulsionali e cercano insieme al cliente una possibilità di alleviare entrambe le situazioni di mancanza di emozioni tanto anelate.

Le prostitute si annoiano spesso con il cliente, sono poco disponibili al dialogo e ad appagare le sue fantasie sessuali, con i transessuali è diverso; valorizzano il partner occasionale in ogni istante perché loro stessi trovano appagamento nel mettere in atto la conquista del maschio che li desidera.

Non sono solo gli uomini sposati e delusi dalla crisi di coppia a frequentare prostitute e transessuali, anche molti giovani si annoverano fra i clienti.

Molti giovani *single* hanno spesso, per le loro inibizioni o per le loro tendenze sessuali non definite, difficoltà a corteggiare le ragazze.

Il giovane può sentirsi un pò inibito nell'approccio con la coetanea che viene vissuta come sicura di sé, decisa, più matura.

La difficoltà sembra quella di proporsi all'altro come si è e non come si crede di dover essere per mettersi in relazione.

L'insicurezza fa temere un giudizio negativo, non solo da parte della ragazza ma anche dei coetanei, spesso giudicanti per non poter riconoscere in sé gli stessi lati di debolezza.

Il ragazzo che fa fatica a relazionarsi con le ragazze per sentirsi più sicuro può cadere nell'uso di cannabinoidi e cocaina.

A volte trova molto semplice ed eccitante fermarsi al ciglio di una strada a contattare una prostituta o un transessuale.

Anche alcuni che hanno la partner fissa, a volte frequentano le prostitute per fare, sotto effetto spesso di sostanze che fungono da stimolanti sessuali per le loro fantasie, alcuni giochi erotici che considerano devianti e che si vergognano di chiedere alla ragazza.

I transessuali sono più disponibili con i giovani, ne sono affascinati, rappresentano per loro delle perle di conquista, e il vissuto di conquista li fa sentire accettati nel loro corpo che vivono con ambivalenza.

A volte capita che per entrambi ci sia l'illusione di rapporto d'amore o di amicizia intensa e genuina.

Il cliente però può arrivare a non accettare che la persona conosciuta sulla strada lo tradisca continuamente con altri uomini per il denaro e le ingenti somme che lui non è in grado di elargire. Preso dalla gelosia e sotto effetto di sostanze può reagire con atti violenti nei confronti dell'oggetto d'amore.

Viene così espressa tutta l'ambivalenza nei confronti dell'altro perché diverso, verso quella parte di sé diversa e dell'attrazione provata, considerata inaccettabile dal falso Sé costruito per il sociale.

Sarebbe una vergogna insuperabile se tutto ciò rischiasse di essere scoperto.

Ci sono storie di cui si è letto sui quotidiani, casi irrisolti, motivazioni impensabili, moventi passionali di omicidi altrimenti inspiegabili, che vengono spesso consumati nelle tenebre della periferia per salvarsi dalla vergogna dell'immagine di Sé scalfita e dall'idea di poter essere traditi dall'oggetto d'amore.

Nell'ambiente della prostituzione, i transessuali ed i loro clienti, proprio per la propensione a mettersi in situazioni contemporaneamente rischiose ed eccitanti, incorrono facilmente in reati,

tra i più frequenti il furto, la violenza privata, le lesioni personali, lo spaccio di sostanze stupefacenti.

Frequenti sono le risse, a volte molto violente tra gruppi di prostitute o transessuali per spartirsi il marciapiede o cacciare una nuova concorrente più giovane e carina che addesca con più facilità gli uomini o per regolamenti di conti di dosi di stupefacenti non pagate.

Tali ambienti, dal punto di vista sociale ed umano sono intrisi e si alimentano di vari elementi: trasgressione, aggressività, impulsività, piacere e dolore, masochismo e sadismo, elementi tipici e caratteristici delle personalità dipendenti e borderline con tratti esplosivi.

Conclusioni

Il mondo interno di alcuni soggetti, segreto in parte anche a loro stessi, si svela in comportamenti trasgressivi e proibiti che scivolano in una dipendenza che diventa impossibile da controllare. L'esposizione ai rischi man mano coinvolge anche la loro vita quotidiana e quella di chi viene a contatto con loro anche nella parte tenuta più segreta, creando difficoltà e spesso rotture di legami a livello relazionale, familiare e sociale.

La parte di Sé che dev'essere tenuta nascosta, perché si teme possa intaccare la visibilità sociale, ad un certo punto non riesce più ad essere ben custodita. Questo stato di cose crea un forte disagio per la propria immagine ma la consapevolezza che ne consegue può rappresentare un'occasione di richiesta d'aiuto terapeutica per uscire dall'ambigiutà e dalla costrizione nel falso Sé.

Dedichiamo questo lavoro in particolare a coloro (come Ambra, Flavia, Alessandra, Brenda, Marcela, Taja, ma anche alle altre trans) che hanno messo in discussione la loro vita e spesso incolumità e sicurezza per cercare di raggiungere il grande sogno che spesso rimane un'illusione.

Bibliografia

Avenia F., Pistuddi A., Manuale sulla sexual addiction: definizioni, diagnosi, interventi, FrancoAngeli, Milano, 2007.

Ermentini A., Beretta G., *Il transessualismo*, Università degli Studi, Brescia, 2003.

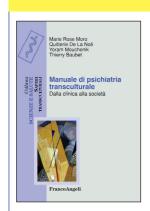
Ermentini A., Gulotta G., *Psicologia, psicopatologia e delitto,* Giuffrè, Milano, 1971.

Dazzi S., Madeddu F., *Devianza e antisocialità*, Raffaello Cortina, Milano, 2009.

Freud S., "Tre saggi sulla teoria sessuale" (1905), in *Opere*, vol. IV, Boringhieri, Torino, 1970.

Rigliano P., Bignamini E., Cocaina. Consumo, psicopatologia, trattamento, Raffaello Cortina, Milano, 2009.

RECENSIONE



Marie Rose Moro, Quitterie De La Noë, Yoram Mouchenik, Thierry Baubet

MANUALE DI PSICHIATRIA TRANSCULTURALE

Dalla clinica alla società

pp. 320, € 35,00 Cod. 1370.1.2 (V)

Collana: Scienza e salute - Saperi transculturali

Le migrazioni sono una delle sfide delle società moderne, plurali e meticcie.

Le cure psicologiche, mediche e psichiatriche, ma anche la scuola, la giustizia o il lavoro sociale devono iscrivere la dimensione transculturale nei loro modi di accogliere, di comprendere, di educare e di curare.

Questo libro, nato dall'esperienza e dalla pratica clinica della consultazione transculturale dell'Ospedale Avicenne di Bobigny – periferia parigina innovatrice in questo campo –, offre suggerimenti per pensare e agire in situazione transculturale e per comprendere il mondo meticcio nel quale viviamo. Fornisce elementi storici, antropologici, sociali, medici o psicologici per vedere i figli dei migranti e

le loro famiglie in modo nuovo e per permetterci di incontrarli, di accompagnarli, di curarli.

A questa esperienza, nata dal lavoro clinico quotidiano, si sono aggiunti contributi di ricercatori, antropologi, linguisti, psicosociologi, storici e di clinici con altre formazioni.

Il libro si rivolge a studiosi, operatori, ma anche ad un pubblico interessato a tutte le questioni transculturali, come, ad esempio, quelle che sorgono durante le consultazioni di medicina, di pediatria, di psichiatria e nei servizi Materno-Infantile, nelle scuole, nei tribunali, nei quartieri, nella città.

Marie Rose Moro, docente di psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza all'Università di Parigi 5, ha sviluppato e dirige il servizio di consultazione di psichiatria transculturale dell'Ospedale Avicenne ed è direttore della rivista transculturale L'autre. Ha fondato il Diploma universitario di Psichiatria transculturale all'Università di Parigi 13, Bobigny e Cochin (www.clinique-transculturelle.org).

Quitterie De La Noë, psicologo con incarico locale, coordina il Diploma di Psichiatria transculturale all'Università di Parigi 13, Bobigny.

Yoram Mouchenik, psicologo specializzato in psichiatria infantile e antropologo, è docente del Diploma di Psichiatria transculturale all'Università di Parigi 13, Bobigny.

Thierry Baubet, psichiatra infantile, è responsabile della Casa degli adolescenti dell'Ospedale Avicenne, Università di Parigi 13, Bobigny.

Il programma di disassuefazione dal fumo per gli operatori sanitari e socio-sanitari

Ezio Manzato*, Cristina Biasin*

SUMMARY

■ Smoking prevalence among italian health staff is higher than the general population; a survey (AIPO project "No-smoking hospitals" 2001) was carried out with an anonymous, self-administered questionnaire and prevalence was about 33,3% smokers of health staff in italian hospitals. For tobacco control in italian hospitals and in public territorial services cannot be reached unless a specific action on smokers health staff is carried out, which includes health education, training and possibility of smoking cessation treatment (counseling, behavioral therapy, pharmacotherapy and combined behavioral therapy and pharmacological interventions). The project "No-smoking AZ ULSS 21 Legnago (Verona)" include: constitution of No-smoking board, sensitization, training, smoking cessation treatment and project evaluation. The smoking cessation treatment according to evidence-based recommendations provide new effective clinical treatments for tobacco dependence; the practice include: 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 health staff, project no-smoking, treatment.

Parole chiave: fumatori e ambito sanitario, progetto di disassuefazione dal fumo, trattamento.

1. Premessa

1.1. Epidemiologia

La stima della dipendenza da nicotina in Italia evidenzia una patologia che interessa il 23,5% della popolazione (circa 11.800.000) di cui 6.800.000 uomini (27,9% della popolazione maschile) e 5.000.000 donne (19,3% della popolazione femminile).

Il 17,5% (8.800.000) si dichiara ex fumatore, di cui 5.400.000 uomini (22,6%) e 3.400.000 donne (12,8%).

Il 59% (29.800.000) si dichiara non fumatore.

Le più alte proporzioni dei fumatori in entrambi i sessi sono tra i 25 e i 44 anni.

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 e il 18% di quelli per ictus (1).

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 (2), del 17,4% di tutte le morti.

Esse sono rappresentate principalmente dalla Broncopneumopa-

* Ambulatorio per Smettere di Fumare Ser.D 1-Servizio Alcologia Az. ULSS 21 Legnago (Verona) c/o Ospedale "Chiarenzi" Zevio (Verona).

tia 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.

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 (3).

Il principale fattore di rischio per BPCO è infatti il fumo di sigaretta (4, 5).

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 (6).

L'esposizione a fumo passivo aumenta inoltre la frequenza di sintomi respiratori negli adulti e soprattutto nei bambini (7).

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 (8) e si calcola che il fumo di sigaretta nel 2000 abbia causato più di 12.000 su 19.000 morti per BPCO in Italia (9).

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 (4).

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 (10).

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. Epidemiologia degli operatori sanitari

Una ricerca effettuata dall'AIPO (Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri) evidenzia che un terzo degli operatori (33,3%) risulta essere fumatore, i non fumatori appaiono essere lievemente prevalenti (37,5%), rispetto agli ex fumatori (29,2%).

L'analisi di abitudine al fumo per categorie di operatori sanitari mostra che la prevalenza di fumo corrente appare maggiore tra il personale ausiliario (38%), seguita da quello infermieristico (36%) e tecnico-amministrativo (32%), mentre tra i medici la prevalenza è più bassa (25%).

Tra questi ultimi è più elevata sia la quota di mai fumatori (39%) sia quella di ex fumatori (36%) (11).

I dipendenti dell'Azienda ULSS 21 sono 1719 al 31.12.2007, 1224 del personale sanitario (71,2%) di cui 235 medici, 19 veterinari, 23 dirigenti, 765 infermieri, 182 del comparto, 270 del personale tecnico (15,7%), 221 del personale amministrativo (12,8%).

Non avendo a disposizione un dato preciso sul numero dei dipendenti fumatori, applicando la prevalenza degli stessi nel Veneto (20%), potremmo stimare un numero di circa 340 dipendenti fumatori.

Inoltre si potrebbe presupporre che circa la metà dei fumatori attuali sia poco o per nulla interessata alla cessazione dal fumo, un decimo sia seriamente intenzionato a smettere a breve termine e la restante parte sia in una situazione di ambivalenza, in cui si considera la possibilità di smettere in assenza di una intenzione immediata di farlo.

In definitiva si potrebbero stimare come pronti alla cessazione dal fumo circa 40 dipendenti.

Parte integrante di questo progetto è comunque la misurazione dei fumatori dipendenti dell'Azienda che esprimano una motivazione alla cessazione dal fumo medio-alta, e quindi eligibili a un trattamento specifico.

Inoltre è prevista come parte fondamentale un'attività di informazione, sensibilizzazione e formazione per aumentare la quota di operatori motivati al trattamento di cessazione dal fumo.

Analoga valutazione di target e dimensionamento è prevista per l'Azienda Ospedaliera-Università degli Studi di Padova.

Infatti il progetto per la disassuefazione dal fumo degli operatori sanitari verrà sviluppato in maniera simile dall'Azienda Ospedaliera di Padova.

1.3. Linee Guida internazionali

Le Linee Guida per il management dell'uso di tabacco del Veterans Administration, Departement of Defense (VA/DoD) del 2004 individuano gli interventi e le pratiche raccomandati per la cessazione del fumo:

- Screening/Assessment;
- Management/Treatment;
- Risk Assessment/Prevention;

in particolare viene segnalato che deve essere posta particolare attenzione all'avvio della prevenzione primaria per adolescenti e giovani adulti e alla definizione di speciali popolazioni: bambini e adolescenti, donne in gravidanza, militari-reclute e istruttori, pazienti ospedalizzati e anziani.

Non viene fatto alcun accenno a operatori sanitari (12).

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.

Oltre agli adulti individuano gli adolescenti come popolazione target dell'intervento mantenendo i punti chiave specifici dell'intervento e le opzioni del trattamento: ASK, ADVISE, ASSESS, ASSIST, ARRANGE.

Non viene fatto alcun accenno a operatori sanitari (13).

Le Linee Guida per il trattamento dell'uso di tabacco e della sua dipendenza del Department of Health and Human Services del 2008 sottolineano che gli interventi da attuare per i fumatori debbano 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 della nicotina - 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 (14).

1.4. Linee Guida nazionali

Le Linee 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 (15).

Viene data rilevanza ai Medici di Famiglia, ai Pediatri di Libera Scelta e ai Centri per il Trattamento del Tabagismo nell'assetto organizzativo del sistema assistenziale regionale.

I programmi di popolazione contro il tabagismo possono avere sia obiettivi di prevenzione dell'iniziazione e della transizione verso la dipendenza, sia di promozione della disassuefazione.

Gli interventi clinici possono produrre tassi di cessazione fra il 5% e il 10%, ma programmi più intensivi con combinazione di interventi clinici e farmacologici e interventi di popolazione potrebbero produrre tassi di cessazione superiori al 20%.

Gli interventi di natura in-formativa e le misure di policy che possono essere attivati sono diversi: campagne di mass media (diffusione di messaggi di promozione della cessazione, con lo scopo di motivare gli operatori fumatori a smettere e informarli sui percorsi di cessazione, mediante televisione, radio, internet, stampa, affissioni e materiale informativo), attivazione e pubblicizzazione di linea telefonica di supporto alla cessazione (informazione sui percorsi di cessazione) (Quit lines), interventi di formazione e motivazione degli operatori coinvolti nei programmi di cessazione del fumo (incentivo) e degli altri operatori, concorsi per smettere, intervento di esplicitazione di luoghi di lavori liberi dal fumo (regolamentazione e divieti), intervento di formazione e motivazione degli operatori coinvolti, pubblicizzazione cartellonistica positiva e offerta di supporto per la disassuefazione, riduzione o eliminazione dei costi diretti di accesso al trattamento (inclusione nei LEA), aumento del prezzo unitario dei prodotti del tabacco, divieto di vendita dei prodotti del tabacco ai minori di 16 anni. La presa in carico del fumatore è competenza dei Medici di

La presa in carico del fumatore è competenza dei Medici di Famiglia (MdF), dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) variamente organizzati nell'ambulatorio del Medico di Famiglia (associazionismo, medicina di gruppo e Gruppo di Cure Primarie) e dei Centri per il Trattamento del Tabagismo (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.

In ogni caso data l'alta probabilità di venire a contatto con fumatori sia il MdF che il PLS dovrebbero effettuare le prime "3A" (ASK, ADVISE, 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.

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 comportamento, 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).

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, programmi di cessazione nelle strutture carcerarie.

Le 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 (con modifiche 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 (16).

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.

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.

Le Raccomandazioni per Ambienti di Lavoro Liberi dal Fumo della Regione Piemonte del 2006 evidenziano in particolare gli obiettivi, i destinatari le strategie antifumo volte all'applicazione della Legge n. 3 16.1.2003 (17).

Relativamente alla Legge 3/2003 la Circolare ministeriale del 17 dicembre 2004 "Indicazioni interpretative e attuative dei divieti conseguenti all'entrata in vigore dell'articolo 51 della legge 16 gennaio 2003, n. 3, sulla tutela della salute dei non fumatori" chiarisce che il divieto di fumare sia da intendersi esteso non solo ai luoghi di lavoro pubblici, ma anche a quelli privati in quanto aperti ad utenti, fra i quali anche gli stessi lavoratori dipendenti

In particolare le indicazioni si riferiscono ad Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere, in quanto istituzioni che hanno, oltre al mandato di fornire supporto attivo per pazienti, personale e cittadini che intendano smettere di fumare, il dovere etico di sostenere le policies contro il fumo.

L'ambiente di lavoro rappresenta il principale luogo di esposizione al fumo passivo, a causa della lunga permanenza in ambienti fumosi e dell'impossibilità, sovente, di adottare comportamenti volti ad evitare l'esposizione cambiando, ad esempio, ufficio.

L'introduzione del divieto di fumare negli ambienti di lavoro sembra andare incontro anche alla domanda degli stessi lavoratori fumatori (in Italia l'86% dei fumatori è favorevole all'estensione a tutte le aziende del divieto del fumo sul posto di lavoro e l'87% è favorevole alla creazione di spazi per fumatori nei locali pubblici).

Il fumo passivo o involontario è definito come l'esposizione di una persona che non fuma al fumo di tabacco prodotto da altri. Il fumo è detto anche ambientale o environmental tabacco smoke (ETS).

Il fumo passivo è classificato come sostanza cancerogena di Gruppo 1 ed i danni provocati dalla sua esposizione aumentano il rischio di malattie respiratorie, di infarto al miocardio e di tumore polmonare.

Nei non fumatori l'esposizione all'ETS può inoltre danneggiare fino all'8% la funzionalità dei polmoni, anche per bassi livelli d'esposizione.

Ulteriori cause di disagio possono essere irritazione agli occhi, mal di testa, vertigini, stanchezza, mal di gola, nausea, tosse o difficoltà a respirare.

Il fumo passivo risulta essere particolarmente dannoso per alcuni gruppi a rischio: i pazienti affetti da patologie cardiache, gli asmatici, le donne in gravidanza, i neonati (aumento di sindrome di morte in culla, bronchiti, polmoniti, asma bronchiale ed otite).

I benefici in termini di salute derivanti dalla cessazione dell'abitudine al fumo d'altra parte sono notevoli ed osservabili fin da subito: riduzione sostanziale dei sintomi respiratori e migliore funzionalità polmonare; anche i vantaggi a lungo termine sono rilevanti, poiché si riducono i rischi di malattie a più lunga latenza: malattie respiratorie, cardiovascolari e tumorali.

I benefici per l'azienda sono la riduzione dell'assenteismo e dei giorni di malattia, visto che i fumatori hanno maggiore probabilità di ammalarsi rispetto ai non fumatori: malattie respiratorie, cardiache, cancro, ma anche tosse, raffreddore ed influenza.

Il fumo di sigaretta è responsabile anche di una consistente proporzione di ospedalizzazioni e giornate di lavoro perse, in particolare tra gli uomini.

L'ETS è inoltre responsabile di diverse patologie anche nei non fumatori con crescente ricorso ai servizi sanitari e con un aumento dell'assenza dal lavoro.

Il divieto di fumare negli ambienti di lavoro risulta particolarmente importante per la salute di specifici gruppi a rischio: donne in gravidanza, persone affette da malattie cardiovascolari o respiratorie.

Risultano pertanto evidenti sia per i lavoratori che per le aziende i benefici, anche economici, derivanti da una migliore salute e da una maggiore produttività conseguenti all'attuazione di politiche di contrasto e di controllo del fumo in ambiente di lavoro.

In particolare, evitamento di costi dovuti a permessi pagati per malattia, da necessità di sostituire il personale e dalla produttività persa.

Inoltre, riduzione della maggiore probabilità di incorrere in incidenti stradali (1,5 volte) e di subire infortuni sul lavoro (1,4-2,5 volte) per maggiore distraibilità e per le particolari condizioni psicofisiche.

Esiste anche la riduzione di conflitti tra fumatori e non fumatori per il fastidio provocato dal fumo passivo, specie per la condivisione dello stesso ambiente di lavoro o la stessa stanza.

Anche la riduzione del rischio di incendi ed esplosioni viene menzionata tra i benefici, come anche l'eliminazione delle contestazioni legali dei dipendenti molestati dal fumo (datori di lavoro citati in giudizio per negligenza).

Vi è poi la riduzione delle spese di pulizia e manutenzione di oggetti ed attrezzature (mobili, tappeti, attrezzatura informatica, ...).

Infine, esiste un vantaggio per la cura dell'immagine, la comunicazione e la visibilità, per il fatto che la maggior parte della popolazione che non fuma è infastidita dal fumo passivo, per cui per un'azienda è essenziale adeguarsi ai desideri dei potenziali consumatori/clienti creando aree libere dal fumo.

Per quanto riguarda i costi economici e sociali per la popolazione, l'abitudine al fumo si configura come un problema di Sanità Pubblica, sia in termini di morbosità che di mortalità attribuibile, infatti il tabacco è la principale singola causa di malattia e di morte prevenibile, responsabile del 1,5% dei decessi che si verificano ogni anno in Italia e di una diminuzione dell'aspettativa di vita di circa 7,5 anni.

Il costo in termini di perdita di vite umane e di insorgenza precoce di malattie evitabili è consistente, in particolare in termini di costi sanitari e sociali derivanti dalle cure mediche, dalla morte prematura e dal precoce pensionamento dei soggetti affetti da patologie fumo-correlate. I costi sanitari sono riferibili alle attività di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione delle patologie fumo-correlate, cui si aggiungono i costi legati a mancato guadagno per assenteismo o perdita di lavoro per malattia, e, infine, alla morte prematura in età lavorativa.

In Italia si può stimare, sulla base di ricerche condotte negli Stati Uniti d'America, che i costi sociali dovuti alla perdita di produttività si attestino intorno a 10 miliardi di Euro l'anno.

A questi vanno aggiunti i costi sanitari in circa 15 miliardi di Euro l'anno, una somma di denaro di gran lunga superiore ai ricavi ottenuti con la vendita dei prodotti del tabacco (9,5 miliardi di Euro nel 1999).

Infine, c'è da considerare che queste valutazioni economiche non tengono in considerazione, per l'incapacità dei modelli utilizzati di monetizzarle, la morte e la sofferenza causate dal fumo.

Per quanto riguarda le strategie antifumo, l'efficacia delle politiche antifumo nei luoghi di lavoro è favorita dal fatto che le strategie di intervento sono ricompresse nei programmi di priorità regionale e nelle politiche di prevenzione dei Servizi Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro delle ASL.

Il datore di lavoro, che ha il dovere di garantire il diritto alla salute dei propri dipendenti, dovrebbe farsi carico di deliberare un programma di controllo del tabagismo nella propria realtà lavorativa; compete a lui valutare il rischio per i lavoratori (art. 4 del D.L.vo 626/94) di essere sottoposti ad agenti dannosi per la salute (tra i quali il fumo passivo) e, a partire da tale valutazione, individuare misure adeguate di prevenzione e protezione.

Il datore di lavoro è inoltre tenuto ad imporre il divieto di fumo nei locali di lavoro (ai sensi dell'art. 51 della Legge 3/2003).

In un'ottica di costruzione plurale e democratica di una policy antifumo all'interno dell'azienda, egli dovrà informare i lavoratori circa i pericoli derivanti dal fumo e favorire la costruzione di un gruppo di lavoro per progettare la strategia di controllo del tabagismo più adatta alle caratteristiche dell'ambiente lavorativo. La strategia antifumo, in quanto agisce profondamente sul comportamento dei lavoratori, necessita di un'azione organica che preveda, oltre alle restrizioni, programmi di comunicazione e di supporto ai fumatori che desiderano smettere di fumare.

Le azioni fondamentali per l'implementazione ed il successo di una strategia antifumo negli ambienti di lavoro sinteticamente prevedono:

- creazione di un gruppo di lavoro;
- nomina di un referente;
- raccolta di informazioni;
- creazione di un regolamento;
- comunicazione del regolamento;
- attivazione della vigilanza sul divieto;
- offerta di programmi per smettere di fumare;
- monitoraggio e valutazione.

Il gruppo di lavoro "Azienda senza fumo" dovrebbe supportare lo sviluppo delle azioni e rappresentare una dichiarazione esplicita della posizione aziendale relativamente al problema fumo. Tale gruppo dovrebbe prevedere una rappresentanza di tutte le parti dell'organizzazione, responsabilizzandole nello sviluppo dei regolamenti e nella consultazione di tutti i lavoratori.

Il medico competente, all'interno di questo gruppo, deve ricoprire un ruolo importante nel promuovere le azioni di prevenzione primaria e secondaria, anche relativamente al fumo; in occasione delle visite mediche periodiche, egli ha la possibilità di indagare l'abitudine al fumo dei singoli lavoratori, di informarli sui rischi connessi a tale abitudine, sui benefici derivanti dal suo abbandono e sui metodi di disassuefazione disponibili, più adatti ed efficaci.

Il medico competente è inoltre tenuto a collaborare con il datore di lavoro, il responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP) e i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS) per promuovere programmi finalizzati all'eliminazione o alla graduale sospensione dell'abitudine al fumo nell'ambito aziendale.

Inoltre egli promuoverà programmi di informazione e formazione e potrà avvalersi del servizio per la prevenzione e la sicurezza negli ambienti di lavoro (SPreSAL), che ha un ruolo essenziale nella vigilanza e nel controllo dell'applicazione e del rispetto della legge.

Il responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione (RSPP) collabora con il datore di lavoro alla valutazione del rischio derivante dal fumo attivo e passivo, all'elaborazione di procedure di bonifica e al miglioramento delle condizioni ambientali, alla proposta di programmi di informazione e formazione per i lavoratori sui pericoli del fumo.

I rappresentanti dei lavoratori e i rappresentanti sindacali collaborano nella realizzazione di interventi volti ad eliminare/limitare il fumo in ambito lavorativo.

I rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS) in un'ottica di promozione della salute nell'ambito del tabagismo, possono avere un ruolo di ascolto presso i lavoratori circa i problemi relativi al fumo passivo, di informazione sulle norme di tutela dei rischi da fumo e di proposta al datore di lavoro per quanto riguarda la regolamentazione del fumo aziendale e l'agevolazione dei fumatori che desiderano smettere di fumare nell'accesso a programmi di disassuefazione. Gli operatori del Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPreSAL) sono tenuti a inserire tra i rischi per la salute dei lavoratori il fumo di sigaretta e a valutare quindi l'applicazione della normativa in tema di protezione dei lavoratori dal fumo passivo (art n. 51 Legge 16 gennaio 2003, n. 3).

Il servizio oltre alla vigilanza, ha il compito di raccordare le strategie di controllo del tabagismo in azienda e l'offerta di servizi di sostegno da parte delle ASL (diffusione di materiale informativo e supporto alla disassuefazione per i lavoratori che fumano anche mediante convenzioni).

La Direzione dell'azienda dovrebbe accantonare le risorse economiche necessarie al conseguimento degli obiettivi; allo stesso tempo su suggerimento del gruppo di lavoro dovrebbe essere nominato un referente aziendale per il tabagismo, che risulterà essere il punto di riferimento per la conduzione dei lavori di progettazione ed implementazione delle strategie e dei regolamenti aziendali relativi al programma tabagismo.

Una volta formato il gruppo di lavoro la prima azione è quella di ottenere informazioni sul target cui è rivolta la strategia (caratteristiche dei fumatori e loro atteggiamento nei confronti della nuova politica aziendale) e sulle attività eventualmente già esistenti

Un questionario anonimo rivolto ai lavoratori potrebbe essere un valido strumento per ottenere informazioni utili alla realizzazione ed implementazione del progetto, ma potrebbe anche coinvolgere e sensibilizzare i lavoratori in questo processo e favorire il reclutamento e l'avvio dei fumatori, che intendono smettere di fumare, alla terapia di disassuefazione più appropriata. Il questionario potrebbe prevedere: una sezione dedicata alle motivazioni che inducono l'azienda a vietare il fumo, una descrizione dei danni provocati dal fumo per i fumatori e i non fumatori, i vantaggi derivanti dalla cessazione, il numero e le caratteristiche dei fumatori, i luoghi dell'ambito lavorativo dove si fuma, il numero e le caratteristiche dei fumatori che vogliono smettere di fumare, atteggiamento dei fumatori verso il divieto.

Risulta importante sin dalle fasi iniziali della progettazione della strategia antifumo assicurarsi che corrisponda alle esigenze, alle priorità ed alla percezione del rischio per la salute in ambiente lavorativo da parte dei lavoratori stessi.

Fra le strategie che possono dar voce ai lavoratori in fase di progettazione vi sono assemblee, riunioni sindacali e gruppi di discussione, che servono anche per ottenere informazioni sul contesto lavorativo nell'ottica di sviluppare dei programmi che corrispondano alle esigenze dei lavoratori ed al contesto in cui si svolgono le loro attività.

Le informazioni raccolte possono essere utilizzate per la creazione di un regolamento interno o di un documento di indirizzo, che chiarisca i termini del programma, i suoi obiettivi e gli strumenti per raggiungerli.

Il regolamento deve contenere i seguenti punti:

- principio di protezione dai rischi derivanti dal fumo;
- luoghi dove è permesso fumare e dove ne è fatto divieto totale (aree come: sale comuni, uffici, luoghi aperti come balconi, cortili e zone in prossimità delle entrate, veicoli, ...);
- il coinvolgimento di lavoratori, clienti, pazienti e visitatori;
- le conseguenze del non rispetto del divieto;
- il regolamento delle pause fumo per i lavoratori;
- il servizio eventualmente offerto ai lavoratori che vogliono smettere di fumare;
- i nominativi di responsabili deputati al controllo del rispetto del divieto.

Il regolamento stilato dal gruppo di lavoro deve prevedere successive revisioni (anche con eventuali proposte dei dipendenti) e deve essere reso visibile con lettere ai lavoratori, mediante bacheche, manifesti e sul periodico aziendale (comunicazione e supporto da parte della direzione aziendale).

Uno degli scopi delle politiche aziendali di regolamentazione del fumo è la protezione dei non fumatori con riduzione dei fattori di rischio di esposizione. In ogni caso il divieto dal fumo agisce anche sul comportamento dei fumatori, la cui spinta a fumare è influenzata dalle norme sociali (accettabilità o meno del comportamento), dalla presenza di altri fumatori e da abitudini consolidate associate a determinate situazioni (dopo i pasti, durante le pause, ...).

Le politiche di restrizione e di divieto del fumo sul luogo di lavoro portano ad una riduzione del consumo di sigarette da parte dei fumatori e ad una limitazione dell'esposizione dei non fumatori al fumo passivo.

È stato proposto in alcune situazioni il divieto totale, mentre in altre è stato proposto il divieto parziale.

Il divieto del fumo negli ospedali, negli ambulatori ed in tutti i luoghi di lavoro nelle aziende sanitarie è strategicamente importante in un'azienda il cui scopo è: curare la salute del cittadino, occuparsi dei fumatori che intendono smettere, proteggere i propri dipendenti ed i pazienti dall'esposizione al fumo passivo e promuovere scelte e comportamenti che non danneggiano la salute.

Esiste il problema della ridefinizione dei luoghi dove è possibile fumare, i fumatori infatti dopo l'applicazione del divieto tendono a spostarsi a fumare in aree al di fuori della struttura, in particolare in prossimità degli ingressi, per cui nelle aziende sanitarie è necessario estendere il divieto anche alle aree all'aperto che sono zone di passaggio e di notevole visibilità (ingressi degli ospedali o ambulatori, balconi, ...).

Il divieto deve essere comunicato ed essere visibile mediante cartelli di divieto. Inoltre devono essere utilizzati messaggi persuasivi sul rispetto della salute degli altri e deve essere fatta una comunicazione ai dipendenti circa le motivazioni dell'applica-

zione del divieto di fumare, i diritti ed i doveri dei lavoratori secondo la legislazione vigente, i danni per la salute, i benefici derivanti dalla cessazione e la pubblicizzazione del servizio per smettere di fumare a cui i dipendenti motivati possono rivolgersi. I messaggi possono essere diffusi attraverso vie diverse, come email, sms, volantini e cartelli (posti negli ingressi, in sale d'attesa, nei bar e nelle mense, ...) e possono essere sostituiti periodicamente con altri messaggi. Un'altra comunicazione è la rimozione dei posacenere.

Per una comunicazione più articolata è consigliabile istituire corsi di informazione e formazione. La comunicazione in un'azienda sanitaria può essere mirata sia ai pazienti che ai visitatori ed ai familiari dei pazienti (anche mediante volantini presenti in corsia o agli ingressi), può essere rivolta anche ai familiari dei lavoratori; il tutto in un'ottica di diffusione di messaggi (target specifici) di prevenzione di fumo passivo.

Risulta necessaria la vigilanza sul divieto mediante i responsabili deputati al rispetto di tale norma.

Un obiettivo importante in una strategia di controllo del tabagismo è offrire al dipendente fumatore desideroso di smettere, ma incapace di farlo con le sole sue forze, l'opportunità di accedere a programmi di trattamento di cessazione dal fumo efficaci. La creazione di una "azienda senza fumo" è un ulteriore stimolo per questi fumatori per realizzare il desiderio di smettere definitivamente.

L'astinenza da nicotina provoca modificazioni del tono dell'umore, scarsa qualità del sonno o insonnia, irritabilità, ansia, irrequietezza e perdita di concentrazione; in definitiva si è di fronte a un cambiamento degli stati psicologici tale per cui molti fumatori probabilmente necessitano dell'aiuto e del sostegno di personale competente.

Fornire informazioni sulle conseguenze per la salute legate all'abitudine al fumo, sui metodi per smettere e per rimanere astinenti è un primo passo per motivare i dipendenti fumatori alla cessazione, anche se la percentuale di fumatori che smette da sola in seguito all'introduzione del divieto e all'utilizzo di materiale di auto-aiuto è piuttosto bassa.

Analogamente di poca utilità è la sola comunicazione per cartellonistica.

Un luogo di lavoro senza fumo è un ambiente ideale per supportare chi ha smesso a rimanere astinente, ma assieme alla partecipazione dei lavoratori a programmi di cessazione, all'uso di incentivi o a competizioni da parte del datore di lavoro risulta avere un'efficacia piuttosto limitata.

I metodi risultati maggiormente efficaci per aiutare i fumatori a smettere di fumare sono quelli sintetizzati nelle Linee Guida Cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS, 2004).

Le strategie più incisive prevedono la presenza di un operatore sanitario (invito in counselling strutturato e chiaro di soli 5 minuti può essere sufficiente per tassi di successo del 3-7%); per cui risulta importante tale counselling da parte del medico competente.

Risulta importante la figura del promotore-facilitatore, un operatore sanitario con specifica formazione che informa i dipendenti, pazienti e visitatori sulle opportunità offerte dall'azienda per smettere di fumare.

Per gli operatori che non riescono a smettere con l'utilizzo di materiale di auto-aiuto o in seguito al consiglio dell'operatore sanitario, è possibile la presa in carico da parte dell'Azienda Sanitaria locale o del medico competente.

Una forma di intervento che risulta particolarmente efficace è l'accesso agevolato del fumatore al sevizio di disassuefazione

(tramite facilitazioni economiche o la possibilità di frequenza ai corsi durante l'orario di lavoro).

Gli approcci per agevolare l'accesso ai Centri Antifumo sono:

- semplice informazione (pro: non costoso e più semplice; contro: agevolazione limitata);
- accesso gratuito (pro: abbatte la barriera del costo per il lavoratore e dimostra il coinvolgimento dell'Azienda; contro: richiede significativo impegno economico per l'Azienda e può non stimolare la frequenza del lavoratore come sarebbe invece il pagamento);
- accesso con agevolazioni (prezzo agevolato) (pro: abbatte parzialmente la barriera del costo per il lavoratore, meno costoso dell'approccio gratuito e dimostra il coinvolgimento dell'Azienda; contro: richiede significativo impegno economico per l'Azienda);
- accesso con agevolazioni a conseguimento di risultati (previsione del rimborso totale o parziale della somma versata) (pro: abbatte parzialmente la barriera del costo per il lavoratore, dimostra il coinvolgimento dell'Azienda e stimola il mantenimento della dimissione; contro: richiede un impegno economico per l'Azienda, ma finalizzato al raggiungimento dei risultati).

L'ultimo aspetto tecnico da sottolineare è il monitoraggio e la valutazione a distanza di un certo periodo di tempo dalla partenza del progetto e periodicamente ogni 12-16 mesi da parte del gruppo "Azienda senza fumo" della strategia implementata (valutazione dei risultati) e del regolamento scritto; la valutazione potrebbe essere attuata mediante un questionario, lo stesso della fase iniziale di raccolta delle informazioni allo scopo di rilevare eventuali modificazioni del comportamento e dell'atteggiamento dei lavoratori nei confronti della politica attuata dall'azienda e per creare un rinforzo relativo al cammino intrapreso. Tali iniziative potrebbero essere proposte in occasione della Giornata Mondiale Senza Tabacco (31 maggio).

1.5. Linee di Indirizzo della Regione del Veneto

Il Piano Regionale per la Prevenzione delle Malattie Fumo-Correlate in base alle DGR relative n. 1521 del 15/6/2001, n. 3231 del 15/11/2002 e n. 2488 del 6/8/2004 ha individuato come settore strategico la disassuefazione dal fumo (classificata come attività di primo livello per gli operatori di cure primarie e come attività di secondo livello propria di ambulatori specialistici) con l'apertura di ambulatori specialistici per smettere di fumare.

Questa nota regionale definisce tutti gli aspetti operativi degli ambulatori specialistici per smettere di fumare (18).

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;
- secondo livello, dall'intervento "specialistico strutturato", fornibile da personale operante in ambulatori dedicati.

Le azioni delineate dal legislatore regionale prevedono anche la creazione di un ambiente di lavoro favorevole alla disassuefazione del personale fumatore e il fornire l'assistenza necessaria al personale che lo richieda.

Il Programma regionale di prevenzione delle patologie fumocorrelate: 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 le seguenti principali aree di attività (19, 20):

- a) attività di educazione e promozione della salute a scuola;
- b) attività di disassuefazione dal fumo, mediante l'attivazione degli operatori dei servizi socio-sanitari regionali e del volontariato a vario titolo coinvolti;
- c) 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:
- d) attività di monitoraggio e analisi epidemiologica in relazione al fenomeno del tabagismo e alla applicazione della legge 3/2003:
- e) attività di informazione e di sensibilizzazione della popolazione generale in occasione della Giornata Mondiale Senza Tabacco.

Gli obiettivi strategici perseguiti per le sopracitate aree di attività sono:

- 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 servizi, farmacista, ...) per prevenzione dell'abitudine, counselling, 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, Ambulatori di Il 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: counselling breve, gruppi per smettere di fumare (sostegno alla disassuefazione e prevenzione della ricaduta), Ambulatori di secondo 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, contributo parziale all'attività degli ambulatori di secondo livello, sperimentazione in tre Aziende ULSS 7, 9, 14 negli ambulatori di secondo livello della fornitura gratuita della terapia farmacologica ai fumatori con grave patologia-fumocorrelata e/o di co-morbilità, studiare la fattibilità di finanziare le attività di disassuefazione attraverso tariffazione regionale.
- Fumo passivo: monitoraggio e sostegno dell'applicazione della legge 3/2003 in luoghi pubblici e in ambiti sanitari, coordinamento nazionale progetto "Mamme libere dal fumo", formazione degli operatori coinvolti.
- 3. Informazione: produzione di materiale informativo per personale sanitario e utenti, sostegno di iniziative di marketing sociale legate a iniziative promosse dall'OMS (Giornata Mondiale Senza Tabacco) o a livello nazionale (Programma interministeriale "Guadagnare Salute").

1.6. Aspetti Culturali

La cultura locale tollera e favorisce l'abitudine al fumo che aumenta anche in ambito giovanile. Pur essendo la dipendenza da nicotina una malattia sociale riconosciuta da molti anni, restano limitati gli investimenti di risorse specifiche per la progettazione ed il coordinamento di rete, gli interventi di prevenzione e i programmi di diagnosi precoce, cura e riabilitazione.

1.7. Situazione e Iniziative dell'Az. ULSS 21

Nel territorio dell'Az. ULSS 21 di Legnago (Verona) gli interventi di prevenzione e sensibilizzazione nei confronti della popolazione generale e dei giovani in particolare sono attuati già da diversi anni; questi interventi negli ultimi anni relativamente ai Punti Sanità 3 e 4 (territorio di competenza del SER.D di Zevio) hanno coinvolto gli alunni delle classi seconda delle scuole medie inferiori del territorio e della classe prima del Centro di Formazione Professionale di Zevio.

Inoltre nei Punti Sanità 1 e 2 sono attivi interventi di informazione e formazione nelle scuole superiori e nei luoghi di aggregazione giovanili (Progetto Giochi Puliti gestito dal SER.D di Legnago).

Attualmente sono anche attivi su tutto il territorio dell'Az. ULSS 21 dei Programmi intensivi per smettere di fumare organizzati dal Servizio Educazione e Promozione della Salute del Dipartimento di Prevenzione.

Non esiste attualmente un intervento specifico per operatori sanitari e socio-sanitari.

I due ospedali dell'Azienda Ospedaliera di Padova e dell'Az. ULSS 21 di Legnago (Verona) fanno parte della rete veneta dell'OMS "HPH".

2. Programma di disassuefazione dal fumo per operatori sanitari e socio-sanitari

2.1. Ambulatorio per Smettere di fumare

Nel 2006 a seguito della nota tecnica del 05/12/2005 della Regione del Veneto "Istituzione ambulatorio per smettere di fumare" è stata formalizzata l'istituzione dell'ambulatorio specialistico per la disassuefazione dal fumo con delibera n. 1 del 13/01/2006 con due sedi operative presso l'Unità Operativa di Pneumologia dell'Ospedale di Legnago e il Sert.T. 1 dell'Ospedale di Zevio, dove un ambulatorio era già formalmente attivo a seguito degli *Indirizzi per gli Interventi nel Settore delle Dipendenze anno 2002* (DGR n. 2974 del 9/11/2001) che prevedevano la diffusione di linee guida per il trattamento del tabagismo e l'attivazione di specifici centri per la consulenza ed il trattamento specifico presso i Dipartimenti delle Dipendenze.

L'ambulatorio all'inizio del 2006 presso il Sert.T. di Zevio è stato implementato all'interno del Progetto Regionale e successivamente dal 2007 è diventato attività istituzionale all'interno dell'area di terapia e riabilitazione del Sert.D. di Zevio (21).

L'ambulatorio specifico per il trattamento della dipendenza da nicotina consente programmi di trattamento integrato completi (informazione, counselling, diagnosi, cura, prevenzione delle ricadute, sostegno per smettere di fumare, ...) secondo gli indirizzi regionali per le patologie fumo-correlate (DGR 2001-2008) e secondo le Linee Guida Nazionali del Ministero della Salute-Istituto superiore di sanità, Osservatorio fumo, Alcol e Droga del 2008.

2.2. Obiettivi del programma per operatori sanitari e socio-sanitari

2.2.1. Obiettivo generale

L'obiettivo specifico è costituito dal favorire la cessazione del fumo nei dipendenti e nei collaboratori dell'Azienda ULSS 21 di Legnago (Verona) e analogamente in quelli dell'Azienda Ospedaliera di Padova.

L'obiettivo generale prevede la gestione operativa di un programma di disassuefazione dal fumo per operatori sanitari e sociosanitari, in particolare dipendenti dell'Azienda ULSS, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta e studenti del Corso di Laurea in Infermieristica della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Verona (Sede di Legnago).

Il programma è previsto all'interno di azioni diversificate del progetto "Azienda senza fumo", che prevede anche un Protocollo di collaborazione con Medici di Medicina Generale dell'UTAP-Unità territoriale di assistenza primaria di Zevio e della MdGA-Medicina Generale Avanzata di Bovolone e le attività dell'Ambulatorio per Smettere di Fumare del Ser.D. di Zevio.

Il programma viene gestito dall'ambulatorio antifumo del SER.D di Zevio e prevede diagnosi, trattamento della dipendenza da tabacco e prevenzione delle ricadute.

2.2.2. Obiettivi specifici

Gli obiettivi specifici sono:

- 1. Implementazione di una rete di collaborazione aziendale per la cessazione del fumo negli operatori socio-sanitari.
- 2. Pubblicizzazione dell'iniziativa all'interno dell'Azienda.
- 3. Rilevazione epidemiologica del numero e delle caratteristiche dei dipendenti fumatori tra gli operatori socio sanitari mediante questionario anonimo.
- 4. Sensibilizzazione dei dipendenti fumatori per promuovere la motivazione alla cessazione dal fumo.
- 5. Supporto ai fumatori intenzionati a smettere con trattamenti EBM (farmacologici e non farmacologici).
- 6. Promozione della cessazione del fumo nella popolazione generale attraverso opportuna pubblicizzazione del progetto con particolare attenzione alle fasce a rischio (giovani, donne gravide, ...).
- 7. Valutazione del progetto.

2.3. Fasi Organizzative/Operative

Le fasi organizzative individuate sono:

- Coordinamento e collaborazione con le strutture dell'Azienda ULSS, i Referenti dei MMG e dei PLS e dell'Università di Verona (Protocollo di coordinamento), Lega Italiana Lotta ai Tumori e Privato Sociale.
- 2. Pubblicizzazione dell'iniziativa.
- 3. Rilevazione epidemiologica con invio del questionario agli operatori sanitari e socio-sanitari delle diverse strutture aziendali.
- 4. Informazione, sensibilizzazione e formazione per operatori sanitari e socio-sanitari.
- 5. Gestione operativa *specifica* del programma di disassuefazione dal fumo (reclutamento, trattamento, monitoraggio e follow-up).
- 6. Valutazione periodica del progetto.

2.4. Azioni

Le azioni previste per l'avvio e la gestione del *Programma Aziendale Antifumo* sono:

- 1. Definizione/ratifica del Progetto da parte della Direzione Strategica dell'Azienda ULSS e coordinamento con L'Azienda Ospedaliera di Padova.
- 2. Costituzione organizzativa del coordinamento e della collaborazione con le strutture dell'Azienda ULSS, i Referenti dei MMG e dei PLS e dell'Università di Verona, Lega Italiana Lotta ai Tumori (LILT) e Privato Sociale. In particolare si prevede l'individuazione del referente del Gruppo di Lavoro dell'Azienda senza fumo, il coordinamento del Direttore Sanitario e la costituzione dell'*Organismo Aziendale Antifumo* con i referenti di:
 - Dipartimento di Prevenzione;
 - Servizio Educazione e Promozione della Salute del Dipartimento di Prevenzione;
 - Servizio Prevenzione e Protezione (SPP);
 - Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPI-SAL):
 - Dirigenza Medica-Unità Operative Ospedaliere;
 - Dipartimento Distretto-Servizi Socio-Sanitari Territoriali;
 - Dipartimento Dipendenze;
 - Rappresentanze Sindacali;
 - · Medici di Medicina Generale;
 - Pediatri di Libera Scelta;
 - Privato Sociale e Gruppi di Auto-Aiuto.
- 3. Pubblicizzazione dell'iniziativa mediante diverse modalità d'azione:
 - conferenza stampa iniziale e finale;
 - informazione sui media e sul periodico aziendale *Pianeta Sanità 21*;
 - invio di depliant informativi per target;
 - posizionamento di cartelloni di divieto e cartelloni con messaggi persuasivi sulla salute;
 - invio di informazioni mediante e-mail;
 - informazione mediante cedolino;
 - rimozione dei posacenere agli ingressi delle strutture sanitarie, ospedali;
 - costruzione di un portale specifico sul sito aziendale per informare i cittadini circa i servizi e le iniziative antifumo.
- 4. Interventi di informazione, sensibilizzazione e formazione per operatori sanitari e socio-sanitari:
 - una giornata di sensibilizzazione per i Direttori di Struttura, Dipartimento e Unità Operativa Complessa;
 - una giornata di sensibilizzazione per il personale sociosanitario;
 - un corso di formazione per operatori referenti delle diverse strutture;
 - inserimento di una formazione sul fumo all'interno dei corsi aziendali per le seguenti patologie: cardiovascolari, polmonari, metaboliche, neurologiche, psichiatriche e dipendenze patologiche;
 - spazio specifico all'interno del sito aziendale.
- 5. Rilevazione epidemiologica mediante analisi del questionario inviato agli operatori socio-sanitari delle diverse strutture aziendali. Si prevede la proposta ai dipendenti dello stato di fumatore e l'inquadramento della motivazione alla cessazione dal fumo tramite un questionario che con una breve informazione e poche domande permetterà alla persona di definire il proprio stato di motivazione alla cessazione del fumo. Tale questionario verrà inviato mediante cedolino e sarà

disponibile sul sito aziendale e potrà essere restituito via fax o posta interna per una rilevazione dati relativa al progetto. Anche non inviando il questionario, la persona potrà autovalutare la propria motivazione a smettere di fumare attraverso la definizione di diversi profili con suggerimenti differenziati in base allo stato motivazionale. A un anno dalla prima rilevazione, il questionario verrà riproposto per valutare l'effetto del progetto anche in termini di motivazione alla cessazione dal fumo anche nei soggetti che non si sono rivolti all'ambulatorio per la cessazione dal fumo.

- 6. Implementazione del programma di disassuefazione per operatori sanitari e socio-sanitari con accesso agevolato-gratuito.
- 7. Collaborarazione a programmi di informazione, prevenzione e promozione della salute.
- 8. Costruzione del documento di indirizzo aziendale ad integrazione della normativa sul divieto.
- 9. Valutazione periodica del progetto con pubblicazione finale dei risultati.

L'andamento temporale delle diverse azioni del *Programma Aziendale Antifumo* è specificato nel cronogramma (Tab. Cronogramma)

Le azioni previste per la gestione dell'ambulatorio per smettere di fumare "dedicato" agli operatori sanitari e socio-sanitari sono:

- Organizzazione del servizio "dedicato" all'interno dell'Ambulatorio per Smettere di Fumare del Ser.D. 1 di Zevio.
- Organizzazione operativa interna (aspetti etici e amministrativi, procedure di accoglienza, trattamento, monitoraggio e followup e valutazione).
- Coordinamento organizzativo con le strutture aziendali, i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta, il Privato Sociale, i Gruppi di Auto-Aiuto, Lega Italiana Lotta ai Tumori.
- Arruolamento su base volontaria dei fumatori idonei al programma integrato di cessazione dal fumo.
- Valutazione diagnostica con attenzione agli aspetti motivazionali, psicopatologici e pneumologici-spirometrici.
- Supporto integrato alla cessazione con prescrizione farmacologica secondo EBM (disassuefazione e prevenzione della ricaduta) con terapia sostitutiva della nicotina (cerotti, inalatori, gomme, compresse sublinguali) e/o terapia anticraving (bupropione e vareniclina). In particolare per la terapia con vareniclina viene prevista nei soggetti eligibili al trattamento la fornitura gratuita per le prime due settimane di terapia ("induzione") e la successiva possibilità di ottenere il proseguimento per le 10 settimane successive con prezzo agevolato (circa 50% del costo commerciale) incluso nel costo complessivo del trattamento di cessazione. Per quanto riguarda gli interventi non farmacologici psicosociali vengono previsti diversi interventi: counseling individuale, intervento educativo e motivazionale, supporto psicologico professionale e supporto di guppo mediante gruppi di auto-aiuto (ciclo di 10 incontri) o terapia di gruppo con sostegno motivazionale e tecniche di rilassamento articolato in 8 sedute settimanali della durata di 90 minuti. Massimo numero di partecipanti per gruppo: 15 persone; ogni gruppo verrà attivato con una partecipazione minima di 10 soggetti.
- Monitoraggio dei trattamenti e follow-up post trattamento.
- Verifiche periodiche.
- Aggiornamento del personale.

Il programma di disassuefazione dal fumo gestito dall'ambulatorio per smettere di fumare del Ser.D. di Zevio è strutturato in tre fasi:

- 1. fase di accoglienza-diagnosi;
- fase di trattamento (disassuefazione e prevenzione della ricaduta):
- fase di monitoraggio del trattamento e follow-up post trattamento.

1. FASE DI ACCOGLIENZA-DIAGNOSI

Operatore	Tipo di Intervento	Obiettivo
Infermiere	 Registrazione appuntamenti, 	Informazione e valutazione della motivazione
professionale	preparazione cartelle.	(consulenza e selezione)
Educatore	 Primo contatto diretto o indiretto 	
professionale	(familiari)	
	Modulo privacy e consenso	
	informato	
	 Questionario di motivazione (stadi 	
	del cambiamento secondo Prochaska	
	& Di Clemente)	
	Misurazione CO	
	 Selezione ed invio al medico 	
Medico	Prima Visita	■ Diagnosi con valutazione del grado di
	 Test di Fagerström 	dipendenza (criteri DSM-IV-TR)
	Diario del fumatore	 Valutazione della situazione medica
	Test craving-VAS	Informazione sulle patologie correlate
	■ CGI e VGF	Progettazione programma di intervento
	· Acquisizione/prescrizione esami di	
	laboratorio e indagini strumentali	
	Consegna materiale informativo	
Psicologo	■ Valutazione psicologica e	Diagnosi psicologica e psicopatologica
	psicopatologica	(criteri DSM-IV-TR)
	Somministrazione questionari (Test	,
	Zung Ansia e Depressione,	
	Questionario della motivazione)	

2. FASE DI TRATTAMENTO (disassuefazione e prevenzione ricaduta) (visite settimanali per i primi due mesi)

Operatore	Tipo di Intervento	Obiettivo
Educatore	■ Counselling educativo-	Consolidare la cessazione del fumo o
professionale	comportamentale	affrontare il problema delle ricadute
Infermiere	Misurazione CO espirato	■ Verifica astensione
professionale	 Counselling educativo- comportamentale 	Sostegno e discussione degli ostacoli
Medico	Visita di controllo	Consolidare la convinzione sull'uso del
	 Terapia medica (NRT, 	farmaco
	vareniclina, bupropione,	 Verifica astensione
	eventuale terapia	Sostegno e discussione degli ostacoli
	antidepressiva)	Consigli pratici
	Acudetox	
Psicologo	Approfondimento della valutazione	Migliorare la condizione psicologica e
	psicologica e psicopatologica	psicopatologica
	Somministrazione questionari	
	(Test Zung Ansia e Depressione,	
	Questionario della motivazione)	
	Colloqui di supporto psicologico	
	Training di rilassamento	

3. FASE DI MONITORAGGIO E FOLLOW-UP POST TRATTAMENTO (telefonate mensili e visite al 3°, 6°, 12° mese)

Operatore	Tipo di Intervento	Obiettivo
Educatore professionale	Counselling educativo- comportamentale	 Consolidare la cessazione del fumo o affrontare il problema delle ricadute Aiutare a prevenire le ricadute
Infermiere	Misurazione CO espirato	Discutere gli ostacoli
professionale	 Counselling educativo- comportamentale 	■ Sostegno
Medico	Visita di controllo e verifiche cliniche motivazione, ansia e depressione Terapia medica	
Psicologo	Colloqui di supporto psicologico Training di rilassamento	Consolidare il miglioramento della condizione psicologica e psicopatologica
	• verifiche cliniche motivazione, ansia e depressione	

Viene prevista la consulenza e l'intervento dello psichiatra se necessario.

La modulistica specifica per la gestione del trattamento costituisce la Sezione Allegati del Progetto (depliant informativi, questionari, cartella clinica, fogli telefonata, ...).

Il processo di trattamento è schematizzato nel diagramma di flusso (Tab. Flow-chart).

Gruppi di supporto

Esiste la possibilità di inserimento in un intervento di gruppo con sostegno motivazionale ed educazionale articolato in 8-10 incontri settimanali della durata di 90 minuti; il numero massimo di partecipanti è di 15 persone, con attivazione del gruppo con un minimo di 10 persone.

Gruppi di auto-aiuto (modello aperto)

Esiste la possibilità di inserimento in gruppi motivazionali ed educazionali con un minimo di 10 incontri (con continuo inserimento di nuovi elementi e presenza quindi di vecchi e nuovi utenti).

Gli obiettivi dei gruppi sono: possibilità di interagire con soggetti con le stesse problematiche, opportunità di accudimento e sostegno.

I gruppi sono guidati da operatori formati (psicologo, educatore, infermiere).

2.5. Destinatari

I destinatari dell'ambulatorio per smettere di fumare "dedicato" sono i seguenti fumatori:

- Operatori dipendenti e collaboratori dell'Azienda ULSS.
- Medici di Medicina Generale.
- · Pediatri di Libera Scelta.
- Studenti del Corso di Laurea in Infermieristica della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Verona.

2.6. Operatori del Programma

Qualifica	N. persone	Ore settimanali
Medico	2	6
Educatore	1	4
Psicologo	2	6
Infermiere professionale	3	8

2.7. Servizi/Agenzie in collaborazione

Servizi Socio Sanitari Territoriali, Unità Operative Ospedaliere, Gruppi di Auto- Aiuto, Associazioni del Privato Sociale, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Istituzioni Pubbliche, Lega Italiana Lotta ai Tumori-LILT.

2.8. Attrezzature/Materiali

- Risorse logistiche: spazio idoneo arredato per accoglienza e terapie, telefono, computer, schedario, apparecchio per la misurazione di CO, apparecchio per spirometria, apparecchio per il controllo PAO, aghi per Acudetox, modulistica (depliant informativi, questionari, cartella clinica, fogli telefonata, ...).
- Risorse per formazione e aggiornamento del personale (budget di formazione previsto nella quota assegnata al Dipartimento Dipendenze dall'Ufficio Formazione Aziendale).
- Risorse economiche: incentivo al personale mediante progetto per maggiori obiettivi.

2.9. Modalità di accesso alla Struttura ambulatoriale

L'accesso all'Ambulatorio per smettere di fumare è possibile previa prenotazione telefonica (linea diretta) da parte dell'operatore sanitario o socio-sanitario interessato.

L'ambulatorio è normalmente operativo il mercoledì dalle ore 9 alle ore 13 per la prima visita di accoglienza, per gli operatori sanitari e sociosanitari sono previste corsie d'accesso preferenziali fuori dalla lista di prenotazione.

Negli altri giorni della settimana vengono svolti giornalmente gli interventi di trattamento e di follow-up previsti nelle visite ambulatoriali secondo l'orario di apertura del Servizio.

L'accesso all'Ambulatorio è gratuito (non è previsto pagamento per tutte le prestazioni socio-sanitarie).

Relativamente alle terapie farmacologiche è previsto l'utilizzo di farmaci attualmente indicati per la buona pratica clinica EBM nelle Linee Guida italiane e internazionali.

In particolare per quanto riguarda la terapia con vareniclina si segnala che viene prevista nei soggetti eligibili al trattamento la fornitura gratuita del farmaco per le prime 2 settimane (confezione di inizio terapia) e la successiva possibilità di ottenere il proseguimento per le 10 settimane successive (5 confezioni) con prezzo agevolato del 50% del costo commerciale (costo di circa Euro 150,00).

2.10. Indicatori di verifica

2.10.1. Verifica di processo (output)

- 1. Effettiva implementazione del coordinamento tra le strutture aziendali e extra aziendali (numero di riunioni organizzative effettuate, numero di strutture e servizi aziendali coinvolti e numero di partecipanti; numero di documenti formalizzati).
- 2. Giornate di sensibilizzazione e formazione (numero di partecipanti).
- 3. Numero di questionari compilati e restituiti nella rilevazione iniziale e di follow-up.
- 4. Numero di dipendenti e collaboratori dell'Azienda presentatisi alla valutazione ambulatoriale per la cessazione dal fumo (numero di dipendenti contattati e effettivamente arruolati in trattamento).
- 5. Numero di trattamenti di cessazione intrapresi per tipologia di trattamento; numero di sedute di terapia di gruppo svolte (numero di partecipanti).
- 6. Numero di manifesti affissi e numero di depliant distribuiti; effettivo svolgimento delle conferenze stampa di presentazione e di illustrazione dei risultati; rassegna stampa e rilevazione delle citazioni dell'iniziativa sui mass media.

2.10.2. Verifica di risultato (output)

- 1. Eventuale stesura di protocolli di intesa o linee guida condivise fra i soggetti partecipanti al coordinamento.
- 2. Rilevazione del livello di apprendimento tramite questionario di verifica a scelte multiple; rilevazione dell'attitudine all'intervento su soggetti fumatori tramite scala analogica visuale.
- 3. Stima della prevalenza di fumatori nel personale dipendente prima e dopo l'intervento; stima della distribuzione dei fumatori secondo l'intenzione di smettere di fumare (bassa, media, alta) prima e dopo l'intervento.
- 4. Stima della cessazione dal fumo al termine del trattamento e con follow-up a 3, 6 e 12 mesi: dato autoriferito dal paziente sullo stato di fumatore, numero medio di sigarette negli ultimi sette giorni precedenti la rilevazione, variazioni del CO.

- 5. Variazioni dei parametri di inquadramento: motivazionali, psicopatologi e spirometrici-pneumologici.
- 6. Grado di soddisfazione dell'utenza a fine trattamento mediante questionario.

2.11. Allegati (strumenti e tecniche per la gestione clinica) - documento allegato al progetto

Per la gestione clinica del *Programma Aziendale Antifumo* e del trattamento di cessazione e del follow-up sono utilizzati strumenti e tecniche specifici.

2.11.1. Strumenti

- 1. Questionario di autovalutazione fumo (abitudine al fumo e intenzione di cessazione).
- 2. Agenda prenotazioni (fogli telefonata).
- 3. Modulistica ticket.
- 4. Depliant informativi/Cartellonistica.
- 5. Cartella clinica.
- 6. Modulo privacy e consenso informato.

Questionari:

I Autovalutazione dell'abitudine al fumo.

Il Questionario della motivazione (Mondor, Paris).

III VAS craving (Scala analogica del craving).

IV Autovalutazione ansia (Test di Zung).

V Autovalutazione depressione (Test di Zung).

VI Test di Fagerström (FTND) (Test di valutazione della dipendenza).

VII CGI (Giudizio clinico globale).

VIII VGF (Valutazione globale del funzionamento).

IX Scheda Segnalazione Reazioni Avverse.

X Diario Fumatore.

XI Scheda terapia individuale.

XII Questionario di soddisfazione.

2.11.2. Procedure

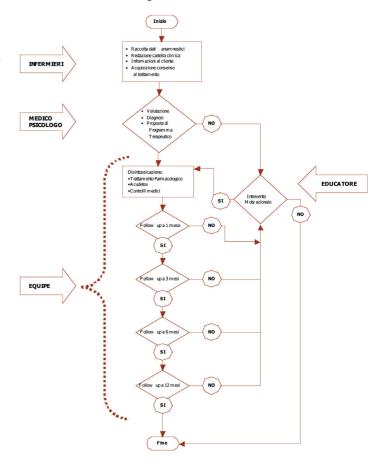
- 8. Visita medica.
- 9. Misurazione CO.
- 10. Monitoraggio polso e pressione.
- 11. Spirometria.

Fasi e tempi di esecuzione del Progetto (cronogramma)

Mesi	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	90	10°	11°	12°	13°
Costruzione													
progetto e													
coordinamento													
interaziendale.													
Presentazione													
del progetto													
Coordinamento													
aziendale,													
definizione													
organismi													
aziendali													
Inizio													
reclutamento													
utenti e verifica													
della raccolta													
dei dati													
Valutazione dei													
dati e analisi													
statistiche													
Report finale													
prima annualità													
Stesura e invio													
lavoro per													
pubblicazione													
Presentazione													
dati Agenzia													
Regionale e													
comunità													
scientifica													

Presentazione del Progetto a maggio 2009 (27-29.05.2009) Avvio del Progetto a giugno 2009 Continuazione del Progetto anche nell'anno 2010

Ambulatorio per smettere di fumare diagramma di flusso



Bibliografia

- 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: Oxford University Press, p. 658.
- 2. WHO Health Report 2000, www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en.
- WHO Strategy for Prevention and Control of Chronic Respiratory Diseases, 2002.
- 4. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2007. Available from: http://www.goldcopd.org.
- 5. Pauwels R.A., Rabe K.F. (2004), "Burden and clinical features of chronic obstructive pulmonary disease", *Lancet*, 364, 613-620.
- 6. 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.
- 7. Coultas D.B. (1998), "Health effects of passive smoking. Passive smoking and risk of adult asthma and COPD: an update", *Thorax*, 53, 381-387.
- 8. Viegi G., Pedreschi M., Baldacci S., Chiaffi L., Pistelli F., Modena P., Vellutini 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 Tubercolosis and Lung Disease*, 3, 1034-1042.
- 9. Peto R., Lopez A.D., Boreham J., Thun M. (2006), *Mortality from smoking in developed countries 1950-2000*, Oxford: Oxford University Press (2° edition revised June 2006: www.deathsfrom smoking.net), p. 517.
- 10. Dossier sull'impatto economico e sociale delle patologie legate al tabagismo in Veneto, agosto 2007.

- Nardini S., Carrozzi L., Bertoletti R., Matteelli G., Sabato E., Del Donno M. (2001), "Il progetto obiettivo AIPO Ospedali senza fumo: risultati descrittivi della prima fase epidemiologica", Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio, 16, 261-272.
- 12. Veterans Administration, Department of Defence (2004) VA/DoD clinical practice guideline for the management of tobacco use, Washington (DC): Department of Veteran Affairs p. 81.
- 13. University of Michigan Health System (2006) Guidelines for Clinical Care (Smoking Cessation), Ann Arbor (MI): University of Michigan Health System, p. 12.
- 14. Department of Health and Human Services, Public Health Services (2008) Treating tobacco use and dependence: 2008 update, Rockville (MD): Public Health Services, p. 257.
- 15. 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, p. 115.

- 16. Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio Fumo, Alcol e Droga (2008) Linee guida cliniche per promuovere la cassazione dell'abitudine al fumo. Aggiornamento 2008 Roma: Osservatorio Fumo, Alcol e Droga p. 77.
- 17. Regione Piemonte Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità (2006) Raccomandazioni per Ambienti di Lavoro Liberi dal Fumo Torino: Regione Piemonte Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, p. 48.
- 18. Regione Veneto DGR n. 2488 Piano Regionale per la prevenzione delle malattie fumo correlate, 06.08.2004.
- 19. 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. 2604 Programma Regionale di prevenzione delle patologie fumo correlate: piano di attività per l'anno 2007, 07.08.2007.
- 21. Regione Veneto DGR n. 2974 Indirizzi per gli Interventi nel Settore delle Dipendenze anno 2002, 09.11.2001.

FeDerSerD/FORMAZIONE

Primo Calendario dei Congressi regionali della Federazione

(mesi di aprile e maggio 2010)

MERCOLEDÌ 14 APRILE 2010 - TORINO

Congresso interregionale FeDerSerD Piemonte Valle d'Aosta Dalle norme alla pratica clinica. L'applicazione di misure alternative, affidamento dei farmaci, privacy e anonimato nei Servizi per le Dipendenze

Mission

L'apparente chiarezza delle norme, ad una verifica sul campo, si confronta con le necessarie declinazioni della applicazione pratica. I diversi Servizi o addirittura i diversi professionisti e i Magistrati stessi interpretano le norme in modo non univoco: finalità, compiti, culture ed esperienze diverse portano a visioni non sempre coincidenti. Peraltro, alcune applicazioni a particolari situazioni risultano gravate da fattori contraddittori, dove l'interesse individuale e quello collettivo possono confliggere o dove la tutela della volontà del singolo paziente si scontra con la minore età o l'interesse del coniuge. La giornata di studio si propone di mettere a confronto norme e applicazioni pratiche alla luce delle più recenti acquisizioni.

MARTEDÌ 4 MAGGIO 2010 - PESCARA

Congresso interregionale FeDerSerD Abruzzo Marche Molise Dall'Ulisse smarrito all'eroe ritrovato ovvero il cambiamento nelle periferie del mondo e dell'esistere

Mission

Il congresso si propone di focalizzare la necessità di una attenzione costante al cambiamento nel sistema dei servizi. Cambia-

no i pazienti, c'è una evoluzione delle conoscenze e delle evidenze scientifiche, i servizi non possono offrire sempre gli stessi programmi di cura. È necessario sia valorizzare le esperienze che migliorarle ed ampliarle per questa necessità di adeguarsi ai nuovi bisogni.

VENERDÌ 21-SABATO 22 MAGGIO 2010 - LAMEZIA TERME

Congresso regionale FeDerSerD Calabria Nuove dinamiche dei consumi ed organizzazione dei Servizi Mission

Il Congresso si propone un'analisi dei consumi in evoluzione e del mercato illecito. Le ricadute sulla operatività dei servizi è affrontata a largo spettro, con focus sul lavoro dei Ser.T., in Carcere, sulle vecchie e nuove dipendenze, in una visione integrata tra il servizio pubblico e il privato sociale.

Per informazioni e richiesta programmi:

Segreteria Nazionale FeDerSerD Expopoint - Organizzazione Congressi Eventi Via Matteotti, 3 - 22066 Mariano Comense - Co Telefono 031 748814 - Fax 031 751525 email federserd@expopoint.it www.federserd.it

Studio multicentrico nazionale per la valutazione della potenza analitica di un metodo di dosaggio delle sostanze d'abuso in matrice cheratinica

C. Leonardi¹, C. Assi², C. Bandini⁹, N. Broccoli¹, C. D'Angelo⁹, P.F. D'Egidio³, I. Dell'Eva⁶, N. Della Torre³, E. Faedda¹, M. Gottardi⁶, P. Laurenzi¹, M. Lodolini⁴, M. Calligara⁵, F. Lodi⁵, A. Lotti⁶, R. Lovaste⁷, M. Miozzo⁶, F. Nava⁸, C. Pieri⁹, L. Rocchi¹, G. Ventre¹, F. Svaizer⁶, A. Lucchini²

SUMMARY

■ In the last years the hair toxicological tests have shown to have several advantages under both clinical and legal aspects. The aim of this multicenter observational study was to investigate the efficacy and the effectiveness of the hair tests in comparison to the urinalysis using immumetric analysis. The study was conducted on 201 patients. The study evaluated 2.467 urinalysis (~1 examination every 5 days-max 7 days) and 1.407 hair testing examinations, respectively. Our research showed that the hair tests had a similar ability to urinalysis to detect the most common substances of abuse (99%). The hair tests showed only some analytical difficulties in 2 samples for the THC determination (1%). The present study suggests a future clinical use of immunmetric hair test in the clinical practice in the drug abuse units. ■

Keywords: drug addiction, drug abuse dosage, keratinic matrix, urinary matrix.

Parole chiave: tossicodipendenza da sostanze, dosaggio droghe di abuso, matrice cheratinica, matrice urinaria.

Introduzione

Con il termine di "xenobiotico" si definisce una molecola di qualsiasi tipo, di origine naturale o sintetica, estranea ad un organismo vivente.

L'individuazione di specifici marcatori biologici strettamente correlati alla sostanza estranea introdotta nell'organismo ci permette, in varie matrici biologiche, di "osservare" e "tracciare" sia la presenza dello xenobiotico in quanto tale che dei suoi metaboliti.

Normalmente il tossicologo nella sua ricerca tenta di ricomporre il percorso inverso, ossia dalla misurazione di detti marcatori nelle diverse matrici biologiche, ricostruisce, utilizzando modelli tossicologici fondati su parametri tossicocinetici e tossicodina-

- $^{\rm 1}$ U.O.C. Prevenzione e Cura Tossico
dipendenze ed Alcolismo Ser.T. ASL Roma C.
- ² Dipartimento Dipendenze ASL Milano 2.
- ³ Servizio Dipendenze ASL Pescara.
- ⁴ Laboratorio Analisi Ospedale Maggiore Settore Immunometria e Tossicologia, ASL Città di Bologna.
- ⁵ Istituto di Medicina Legale e Tossicologia Forense, Università di Milano.
- ⁶ Laboratorio Sanità Pubblica APSS Trento.
- ⁷ Ser.T. APSS Trento.
- ⁸ Dipartimento delle Dipendenze Ser.T. Castelfranco Veneto.
- 9 Ser.T. Carpaccio Polo Est Servizio Dipendenze Patologiche, ASL Città di Bologna.

mici, l'esposizione in termini qualitativi e spesso quantitativi allo xenobiotico ricercato.

Il trasferimento alla realtà di tale approccio, soprattutto nel monitoraggio della tossicodipendenza da sostanze stupefacenti, si scontra spesso con la complessità del mondo reale ed in particolar modo con la complessità dell'uso/abuso di più sostanze contemporaneamente.

Inoltre è necessario tener conto del fatto che, accanto alle sostanze stupefacenti tradizionali, si vanno vieppiù affiancando nuove classi di sostanze di derivazione sintetica o di origine naturale associate sempre più frequentemente all'abuso di farmaci e/o di sostanze dopanti.

In quest'ottica, negli ultimi anni le matrici pilifere hanno suscitato un interesse sempre crescente a livello sanitario e legislativo per la ricerca ed il dosaggio di molecole xenobiotiche, dimostrando una serie di vantaggi rispetto ad altre matrici biologiche sino ad oggi utilizzate.

I vantaggi della ricerca e della quantificazione degli analiti delle sostanze stupefacenti in matrice cheratinica possono essere i seguenti:

1. SICURO RISCONTRO DELL'ASSUNZIONE: con l'analisi del capello è possibile evidenziare anche le assunzioni sporadiche, ovvero quei contatti non continuativi con la sostanza, cosa che può non essere colta con l'analisi urinaria attraverso un'unica determinazione. Infatti spesso è sufficiente che il soggetto, che deve sottoporsi all'analisi urinaria e che tenta di risultare "pulito", non assuma sostanze nelle 24-72 ore precedenti al prelievo per ottenere delle urine effettivamente negative, talora eccezion fatta per i cannabinoidi. Con l'ana-

lisi del capello invece, si riesce a superare questo comportamento ingannevole ed a riscontrare l'avvenuta assunzione della sostanza, anche in questo caso, fatta eccezione per i cannabinoidi per i quali è sempre opportuna l'associazione di questo esame con esami urine seriali settimanali, o preferibilmente, a sorpresa.

- 2. SICUREZZA DELL'APPARTENENZA DEL CAMPIONE BIOLO-GICO: con il capello non si possono avere fenomeni di "sabotaggio" del campione prelevato direttamente dal personale sanitario, come per esempio l'adulterazione, la diluizione o addirittura lo scambio del campione stesso, cosa che invece può avvenire con le urine che non vengono raccolte sotto controllo diretto.
- 3. RICOSTRUZIONE DELLA STORIA TOSSICOMANICA: le droghe vengono incorporate nel capello durante la sua crescita, quindi eseguendo dei prelievi per segmenti, è possibile ricostruire la storia delle assunzioni della sostanza d'abuso da parte del soggetto. In genere ad 1 centimetro di lunghezza del capello corrisponde 1 mese di vita del soggetto.
- 4. DISPONIBILITÀ DEL DATO SEMIQUANTITATIVO: la quantificazione delle droghe nella matrice cheratinica anche con un dato semiquantitativo, è un valore assoluto espresso in ng/mg e rappresentativo di un periodo di tempo corrispondente alla lunghezza del segmento di capello. Tale condizione permette quindi un confronto nel tempo per lo stesso soggetto, mettendo in evidenza periodi di maggiore o minore assunzione proprio in relazione alla quantità di droga rilevata. Questo aspetto è sicuramente interessante nel monitoraggio dei pazienti in terapia agonista che usufruiscono del regime terapeutico dell'affidamento. Con le urine non è possibile effettuare un discorso di questo tipo in quanto le quantità di droga rilevata dipende molto da quanto è lungo l'intervallo tra l'assunzione ed il prelievo urinario stesso.
- 5. GESTIONE DEI PAZIENTI IN CURA AL SER.T.: in ragione della finestra analitica descritta precedentemente, i prelievi per la ricerca di sostanze nei pazienti in cura presso il Ser.T. potrebbero essere notevolmente ridotti nel numero e, con essi, i costi relativi al monitoraggio stesso. Questa opportunità, inoltre, favorisce la possibilità che gli operatori del Ser.T. possano dedicarsi ad altre attività terapeutiche incrementando, senza innalzamento ulteriore dei costi di gestione, le offerte trattamentali.
- 6. RIDUZIONE DEL RISCHIO BIOLOGICO DEL PERSONALE DEL SER.T. E DEL LABORATORIO: la matrice urinaria è considerabile un possibile substrato di trasmissione di malattie infettive e quindi gli operatori che si trovano a maneggiarle sono maggiormente esposti ad un rischio biologico. Non si ritrovano invece in letteratura, studi che evidenzino possibili trasmissioni di malattie infettive tramite il capello (Figura 1).

Fig. 1 - Caratteristiche delle diverse matrici biologiche analizzabili

TI TI ITI	TITATATE	O A T TTTA	CITACAR	CIPTITION
ELEMENTI	URINE	SALIVA	SUDORE	CAPELLI/PELI
Fines. Rilevazione	2-3 gg	↓ore	7 gg	mesi/anni
Tecnica Analitica	immunochimica	immunochimica	non appl.	immunochimica
Techica Anantica	GC/MS	GC/MS	GC/MS	GC/MS
Tipo di Misura	incremento	incremento	cumulativo	cumulativo
Adulterazione	possibile	difficile	difficile	↑difficile
Conservazione	< 20-80°C	< 20-80°C	< 20-80°C	ambiente
Analiti	metaboliti	sostanza madre	sost. mad.	sostanza madre
Concentrazione	elevata	bassa	bassa	medio-elevata
Dominio	± certo	certo	certo	certo
Riproducibilità	impossibile	impossibile	impossibile	possibile

Scopi dello studio

Obiettivo generale dello studio multicentrico è stata la realizzazione d'indagini campionarie osservazionali all'interno di singole realtà locali (Ser.T).

Nello specifico lo studio si è proposto di verificare l'affidabilità del metodo VMA-T (Comedical®) per lo screening immunometrico degli analiti degli oppiacei, della cocaina, dei cannabinoidi, del metadone, della buprenorfina, dell'amfetamina e dell'ecstasy in campioni di capelli di soggetti con dipendenza da sostanze stupefacenti in trattamento con farmaci agonisti.

Il presente studio, inoltre, si è posto l'obiettivo di effettuare una analisi dei costi/efficacia di tale metodica analitica della matrice cheratinica, con un particolare riguardo e confronto con quelli sostenuti con la metodica immunoenzimatica urinaria per l'intero periodo di screening dello studio.

Materiali e metodi

Lo studio è stato "non-interventional", osservazionale e multicentrico.

Nessuna interferenza è stata effettuata sulla cura dei pazienti che è rimasta a totale ed indipendente discrezione dei medici dei centri partecipanti che hanno arruolato i pazienti in terapia allorquando si sono resi manifesti i requisiti da loro stabiliti e indipendentemente dalle fasi dello studio in questione.

Tutti i partecipanti allo studio sono stati formati sulle corrette procedure di raccolta del materiale cheratinico/urinario e sull'allestimento dei campioni da prelevare.

La verifica dell'affidabilità dei risultati ottenuti dall'analisi del capello è stata confermata dall'utilizzazione di test immunoenziamatici urinari di routine eseguiti sugli stessi soggetti in verifica, per un periodo complessivo di giorni 75 di osservazione e secondo gli standard temporali propri del servizio, nonché dall'esecuzione di analisi di conferma della matrice cheratinica che di quella urinaria con tecnica di cromatografia liquida accoppiata alla spettrometria di massa (LC/MS).

Le analisi su matrice urinaria sono state condotte in 4 laboratori con i tradizionali test di screening immunometrici automatizzati. Per quanto riguarda lo screening della matrice cheratinica ed al fine di garantire la migliore qualità analitica, i tecnici dei laboratori analisi di riferimento di ogni centro sperimentatore, laddove necessario, sono stati coadiuvati da un tecnico specializzato nella metodica VMA-T di analisi cheratinica oggetto di questo studio.

Ogni esame urine raccolto è stato suddiviso in due aliquote di cui una inviata al laboratorio di riferimento del Ser.T. ed un'altra conservata in freezer a -20° C.

La doppia aliquotazione è stata allestita per attuare delle ulteriori verifiche di laboratorio nel caso in cui si fossero determinate delle risposte contrastanti all'atto del confronto dei risultati ottenuti dall'analisi della matrice urinaria rispetto a quella cheratinica e/o con metodo random, per conferma dei risultati ottenuti. In ragione della fisiologia del capello, la raccolta del materiale cheratinico oggetto di confronto con la matrice urinaria, è stata effettuata dopo 75 giorni dall'inizio della raccolta dei campioni urinari stessi (T2), ovvero dopo 75 giorni dall'inizio del periodo di osservazione e di studio dei soggetti arruolati.

Per gli stessi motivi già descritti per la matrice urinaria, infine, è stata raccolta una aliquota di matrice cheratinica al T1 dello studio e conservata per eventuali valutazioni di confronto con i risultati ottenuti dalle valutazioni delle matrici urinarie nei vari

tempi e/o della analoga matrice cheratinica raccolta al T2.

In entrambi i casi, la campionatura del capello è stata effettuata in una quantità tale da permettere, laddove necessario per la comparsa di dati contrastanti nel confronto con quelli ottenuti dalla matrice urinaria, la conferma in LC/MS dei risultati ottenuti con il metodo VMA-T.

È stata prevista l'effettuazione di un confronto tra gruppi e infragruppo sui risultati ottenuti.

In una prima fase di valutazione dei dati sono state applicate analisi standard, esplorative e descrittive, per ottenere una rappresentazione qualitativa e quantitativa dei dati raccolti e delle caratteristiche del campione studiato.

I dati sono stati aggregati e controllati da un unico centro di gestione (Figura 2).

Fig. 2 - Tempistica dello studio

- T0 Il medico arruola il paziente, già in cura presso il Ser.T., secondo i criteri di inclusione stabiliti per lo studio multicentrico.
- T1 Raccolta primo campione di capello e inizio rilevazione dei dati semiquantitativi provenienti dall'esecuzione dei test urinari secondo una frequenza corrispondente agli standard temporali del centro sperimentatore.
- T2 Rilevazione dei dati semiquantitativi provenienti dall'esecuzione dei test urinari e raccolta del secondo campione cheratinico (dopo 75 giorni dal tempo T1).
- T3 Rilevazione dei dati semiquantitativi provenienti dall'esecuzione del test su II matrice cheratinica.
- T4 Elaborazione dei risultati finali.
- T5 Verifica random in LC/MS dei dati non sovrapponibili sia su matrice urinaria che cheratinica.
- T6 Chiusura dello studio.

Criteri di inclusione e di esclusione

Inclusione:

- a) età maggiore o uguale a 18 anni;
- b) diagnosi di dipendenza psicofisica da sostanze secondo gli Assi I e II del DSM IV (eventuali interviste cliniche SCID e SIDP);
- c) consenso informato scritto, ai sensi della legge 675/96 e 196/03, per l'effettuazione degli esami urinari e del capello;
- d) laboratorio analisi in grado di effettuare le procedure diagnostiche immunometriche della matrice urinaria e cheratinica;
- e) consenso a non tagliare e/o tingere i capelli durante l'intero periodo dello studio, ovvero per un periodo totale di 75 giorni dal T1 dello studio.

Esclusione:

- a) disturbi psichiatrici "gravi", individuati mediante visita psichiatrica ed eventuale esecuzione di MMPI2 e interviste cliniche SCID e SIDP;
- b) malattie organiche che inducono disturbi dell'umore obbligatoriamente trattabili con psicofarmaci;
- c) soggetti che hanno sottoposto nelle tre settimane precedenti e/o durante l'esecuzione dello studio, i loro capelli all'effetto di tinte e/o altri trattamenti cosmetici;
- d) mancata dichiarazione di altre terapie farmacologiche eseguite al di fuori di quelle prescritte dai medici del Ser.T.;

- e) episodi di violenza o di spaccio all'interno o nelle immediate vicinanze del Ser.T.;
- f) partecipazione contemporanea ad un altro studio che preveda uno specifico intervento terapeutico e/o l'assunzione di un farmaco sperimentale.

Risultati

Il campionamento finale ha determinato la valutazione del test immunometrico su matrice cheratinica su 201 pazienti comparati con 2.467 esami urine (~1 esame ogni 5 giorni-max 7 giorni) e con la ricerca di 12.335 analiti urinari e 1.407 analiti cheratinici. I cut-off utilizzati sia per i dosaggi su matrice urinaria che su matrice cheratinica sono in linea con quelli indicati dall'Accordo Stato Regioni (G.U. n. 236 - 08.10.08) sulle procedure da attuare per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza in lavori addetti a mansioni a rischio.

I risultati finali hanno mostrato una sovrapposizione tra le capacità analitiche della matrice cheratinica analizzata con il metodo VMA-T e quella urinaria pari al 99% (199 pazienti), dimostrando delle difficoltà analitiche solo nel 1,0% dei casi (2 pazienti), relativamente alla determinazione dei cannabinoidi che con più difficoltà si fissano sulla matrice cheratinica stessa. Di contro la matrice cheratinica si è dimostrata più efficace rispetto a quella urinaria nel 26,4% dei casi (53 pazienti), riuscendo ad individuare delle sostanze stupefacenti che erano sfuggite ai controlli urinari soprattutto in ragione del fatto che quest'ultimi sono stati eseguiti con una cadenza di 5/7 giorni l'uno dall'altro.

L'analisi gestionale dei tempi relativi al monitoraggio con matrice cheratinica rispetto a quella urinaria, si è dimostrata nettamente favorevole alla prima, con un risparmio medio di ore di lavoro stimabile a circa 600 ore annue, ipotizzando la gestione dei prelievi di circa 100 pazienti (Figura 3).

L'analisi dei costi ha permesso di stimare che per ogni paziente monitorato, l'utilizzo delle analisi cheratiniche (frequenza ogni 75 giorni) in sostituzione di quelle urinarie (frequenza ogni 5 giorni) porta ad un risparmio netto annuo pari a circa l'89% dei costi sostenibili (Figura 4).

Fig. 3 - Analisi gestionale

	MONITORAGGIO URINARIO	MONITORAGGIO CAPELLO
Pazienti	100	100
Frequenza prelievi (giorni)	5	73
Numero prelievi/paziente/anno	73	5
Numero prelievi totali/anno	7300	500
Numero pazienti al Ser.T. ogni giorno	24,3	1,7
Tempo medio operatore x prelievo "a vista" (min)	3	15
Tempo medio operatore x gestione singolo referto/valutazione (min)	3	3
Tempo totale x prelievo (min)	6	18
Tempo complessivo x tutti i prelievi/anno (ore)	730	150
Operatore occupato x (mesi)	5	1
Risparmio tempo complessivo utilizzando il capello per il monitoraggio (ore)	5	80

Fig. 4 - Analisi costi

	MONITORAGGIO URINARIO	MONITORAGGI O CAPELLO
Pazienti	1	1
Frequenza prelievi (giorni)	5	73
Numero prelievi/anno	73	5
Numero parametri richiesti	6	6
Costo unitario parametro urinario (€) (Tarif. Naz.le)	7,00	
Costo totale x prelievo urinario (6 parametri)	42,00	
Costo unitario param. cheratinico (€) (Tarif. Naz.le)		7,00
Costo prodotti linea VMA-T (€)		19,00
Costi aggiuntivi laboratorio x allestimento metodica di indagine cheratinica (€)	8,00	
Costo totale x prelievo cheratinico (6 parametri)		69,00
Costo totale/prelievi/anno (€)	3.066,00	345,00
Risparmio utilizzando monitoraggio cheratinico (€)	2.721	,00
Risparmio utilizzando monitoraggio cheratinico (%)	88,7	

Conclusioni

Il ricorso alla valutazione tossicologica mediante matrice cheratinica favorisce una maggiore definizione degli analiti ricercabili attraverso altri substrati biologici ed inoltre, potendo utilizzare un substrato di diversa lunghezza (ogni centimetro di capello corrisponde all'incirca ad un arco temporale di un mese), è possibile eseguire un minor numero di esami all'anno con un marcato abbattimento delle ore di lavoro dedicabili alla procedura dei prelievi ed una grande riduzione dei costi diretti sui test analitici, nonché un globale risparmio relativamente alle spese di gestione.

Nessun centro ha evidenziato difficoltà per la raccolta dei campioni cheratinici, pur essendo una procedura nella maggior parte dei casi di nuova adozione.

Da parte dei laboratori partecipanti allo studio non sono state evidenziate particolari difficoltà nell'analisi dei campioni cheratinici con l'ausilio del metodo VMA-T.

È da considerare che il monitoraggio del paziente nell'arco di tempo dello studio, ha richiesto l'esecuzione dell'analisi di 15 campioni urinari (prelevati ogni 5 giorni) a fronte di un solo campione cheratinico (prelevato ogni 75 giorni); anche l'impegno analitico in termini di tempo per il laboratorio è risultato paragonabile nell'utilizzo delle due matrici.

A margine delle osservazioni finali è interessante comunicare che tutti i pazienti che hanno accettato di partecipare allo studio, hanno dimostrato di ridurre spontaneamente il concomitante uso di sostanze illegali, durante il periodo di monitoraggio T1/T2, in una media stimabile intorno al 30%.

Probabilmente sapere di essere controllati con un sistema più aderente al loro abituale comportamento tossicomanico ha prodotto dei risultati anche in questo senso.

Il presente studio è stato pertanto capace di dimostrare che gli esami tossicologici condotti su matrice cheratinica, eseguiti con estrazione secondo il metodo VMA-T e dosaggio immunometrico, hanno una capacità analitica maggiore rispetto a quelli eseguiti con la stessa tecnica immunometrica su matrice urinaria.

Rispetto ad una valutazione del rapporto costo-efficacia si è potuto stimare un notevole vantaggio in termini di risparmio sui costi diretti dei test analitici pari all'89%.

In termini di miglioramento della gestione globale lo studio indica, infine, che l'utilizzo degli esami tossicologici condotti su matrice cheratinica nei Ser.T. rappresenta una metodologia diagnostica da preferire in quanto anche in grado di sopperire, laddove esistenti, ad eventuali difficoltà organizzative determinate dal basso numero di personale operante nei servizi stessi.

Bibliografia

- 1. Pichini S., Palmieri A., Pellegrini M., Zuccaro P., Pacifici R., *Proposte di linee guida per l'analisi di farmaci e sostanze d'abuso nei capelli*, Rapporti ISTISAN 99/24.
- 2. M.C. Grassi, F. Pisetzky, P. Nencini, "L'approccio tossicologico alla clinica delle tossicodipendenze: scelta ragionata delle scale di intensità della dipendenza", *Ann. Ist. Super. Sanità*, vol. 36, n. 1 (2000), pp. 3-8.
- 3. Pacifici R., Lopez A., Pellegrini M., Zuccaro P., "Il ruolo del laboratorio nella clinica delle tossicodipendenze", *Ann. Ist. Super. Sanità*, vol. 36, n. 1 (2000), pp. 9-16.
- 4. Pichini S., Zuccaro P., Pellegrini M., Lopez A., Pacifici R., "L'analisi di farmaci e sostanze d'abuso nella matrice cheratinica", *Ann. Ist. Super. Sanità*, vol. 36, n. 1 (2000), pp. 17-27.
- Cellesi V., Bertol E., Di Milia M.G., Meini M., Trignano C., Mari F., "Analisi comparativa di capelli, peli ed unghie per la ricerca delle droghe d'abuso in soggetti afferenti ad un Ser.T. della Toscana", Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcoolismo, XXVII, n. 3-4/2004.
- SAMHSA, "Notice of Proposed Revisions to the Mandatory Guidelines for Federal WorkplaceDrug Testing", 69FR 19673, April 13th, 2004 FR DOC#04-7984.
- SOHT, "Recommedations for Hair Testing in Forensic Cases", Forensic Science Intern, January 24th, 2004.

pubbl. comedical nuova

Review dal congresso DIPENDENZE E MALATTIE INFETTIVE Modelli diagnostici-terapeutici nell'integrazione degli ambiti professionali Bologna 10-11-12 giugno 2009

A cura di Mirella Fusini* e Paola Capellini*

SUMMARY

■ Today, the active usage of addictive drugs is no more a condition sufficient to exclude patients from medical assistance benefits. Though, in Italy drug users under medical treatment into the national addiction service who gains a complete screening for viral hepatitis, is only the 60% and very few of them receives a related diagnostic elaboration or appropriate treatment.

This Congress endorses the need of a preventive and efficient approach to the problem through the improvement of proper procedures. Besides, the Congress analizes HIV infection and in particular interactions between antiretroviral therapy and methadone therapy.

Keywords: HCV - HBV - HIV infection, drug users, diagnosis, treatments.

Parole chiave: infezione da HCV - HBV - HIV, tossicodipendenti, diagnosi, trattamenti.

Introduzione

Il Congresso tematico nazionale di FeDerSerD è stato un momento importante di confronto e riflessione sugli interventi dei Ser.T. in tema di malattie infettive e dipendenze e sulle attuali indicazioni diagnostiche e terapeutiche.

Attualmente dei circa 170.000 soggetti afferenti ai Ser.T. nel territorio italiano solo circa il 60% viene testato per le epatiti virali.

Circa il 40-60% dei soggetti sottoposti a screening risulta positivo ai marcatori dell'epatite C e/o B ma frequentemente questi pazienti non arrivano a beneficiare di una terapia.

È possibile individuare una serie di "barriere" che ostacolano l'accesso al trattamento per questi pazienti quali la scarsa conoscenza del proprio stato infettivologico (lo ignora il 52%), la trascuratezza nei confronti della propria salute ed una certa sfiducia verso i sistemi di cura.

I servizi per le dipendenze potrebbero rappresentare i luoghi privilegiati per la cura di una tipologia di pazienti di solito distante da qualsiasi altro servizio sanitario.

In linea teorica, tali servizi potrebbero assolvere alla funzione di effettuare un assessment medico completo sull'infezione da HCV-HBV-HIV ed effettuare un lavoro motivazionale durante tutto il trattamento, lasciando la funzione prescrittiva al servizio di Infettivologia.

Pur non esistendo un modello di coordinazione ideale tra i servizi di cura (Ser.T., malattie infettive, psichiatria), quello di pren-

dere decisioni di trattamento attraverso consulenze, collaborazioni ed integrazioni di programmi, potrebbe rappresentare un punto di partenza incoraggiante.

Il congresso di Bologna ha cercato di fornire chiare indicazioni per lo screening e la diagnosi precoce, il monitoraggio e la terapia delle patologie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti, nonché di delineare le buone prassi da associare agli interventi di contatto precoce, di cura e di riabilitazione, che dovrebbero divenire standard di riferimento per tutti i servizi per le tossicodipendenze del territorio nazionale.

In particolare, ha evidenziato le seguenti priorità:

- 1. favorire condizioni di contatto precoce dei drug users portatori di patologia infettiva;
- 2. creare azioni per ridurre l'invalidità correlata e la mortalità;
- 3. aumentare la qualità della vita;
- 4. ridurre il disagio psicologico e la stigmatizzazione.

Tutto ciò può essere concretamente realizzato attraverso:

- programmi di prevenzione del contagio permanenti e specifici per infezioni da HCV-HBV-HIV, altre malattie a trasmissione sessuale, tubercolosi;
- offerta ed esecuzione di test per la diagnosi;
- attivazione e mantenimento di programmi vaccinali per le epatiti A e B;
- promozione dell'accesso alle terapie specifiche antivirali;
- garanzia della regolare somministrazione delle terapie specifiche e della continuità terapeutica;
- incentivazione e mantenimento della sorveglianza clinica dei portatori di infezioni.

^{*} Dipartimento delle Dipendenze ASL di Bergamo.

Addiction ed epatite C

Nella storia naturale dell'epatite HCV correlata il 15% degli infettati guarisce spontaneamente, mentre l'85% cronicizza.

Di questi ultimi l'80% presenta un quadro epatico stazionario, mentre il 20% evolve verso la cirrosi.

Di questi il 25% va incontro a complicanze e decesso.

La Tabella 1 mette a confronto la distribuzione dei diversi genotipi in Europa e in Italia.

Tab. 1 - Prevalenza genotipi HCV

Genotipo	Europa	Italia
1°	17%	7%
1b	48%	51%
2	13%	28%
3	16%	9%
4	3%	4%
Altri	3%	1%

Il genotipo 1b è nettamente prevalente al sud e nelle isole, il genotipo 2 prevale nel centro Italia, i genotipi 1-3-4 sono significativamente associati alla tossicodipendenza.

La determinazione del genotipo può servire a valutare la probabilità di risposta e la durata della terapia con interferone pegilato/ribavirina.

Non vi è una correlazione fra genotipo e carica virale, o tra gravità istologica e/o progressione della malattia.

I genotipi 2-3 rispondono favorevolmente alla terapia nell'80% dei casi, mentre l'1 e il 4 solo nel 30-40%.

I maggiori indicatori dell'evoluzione della storia naturale dell'epatite cronica HCV sono la progressione della fibrosi, l'insorgenza della cirrosi e la morte per insufficienza epatica.

I potenziali cofattori nel determinare la severità dell'epatite cronica si suddividono in 3 categorie: virali, dell'ospite ed esterni e sono riassunti nella Tabella 2.

Tab. 2 - Cofattori determinanti la severità dell'epatite C cronica

Virali	Dell'ospite	Esterni
Carica virale Genotipo Molteplicità di sottospecie	Età di contagio Durata dell'infezione Sesso Immunodeficienza Suscettibilità genetica Body mass index Steatosi Sovraccarico di ferro	Confezioni HBV, HIV Abuso alcolico Tabagismo Dieta Farmaci epatotossici

Alcuni di questi (per esempio abuso di alcol e farmaci, infezioni multiple), possono nel tempo determinare più di altri una prognosi sfavorevole ed è pertanto fondamentale favorire l'inizio della terapia, se indicata, nella popolazione di drug users il più precocemente possibile.

Quando, inoltre, l'infezione è presente da pochi anni, la terapia ha maggiori possibilità di eradicazione del virus o comunque di evitare la progressione nel tempo verso la cirrosi e/o l'epatocarcinoma.

L'esperienza clinica ha evidenziato come nei pazienti in terapia agonista sia migliore la compliance al trattamento interferone pugilato/ribavirina e più efficace il controllo degli effetti collaterali.

Il trattamento dovrebbe iniziare precocemente in quei pazienti HCV-RNA positivi e costante o ricorrente ipertransaminasemia dopo aver:

- a) ridotto l'eventuale steatosi epatica;
- b) ridotto il BMI se > 25;
- c) escluso un eventuale abuso di alcol o psicofarmaci;
- d) effettuato un opportuno screening per patologie psichiatriche, cardiovascolari, renali, malattie autoimmuni e tireopatie;
- e) aver effettuato una ecografia dell'addome superiore e/o una valutazione con fibroscan (che oggi spesso evita la biopsia epatica);
- f) aver completato la vaccinoprofilassi anti-HAV e anti-HBV. L'efficacia della terapia è andata migliorando da quando, ormai da oltre 10 anni, è stata introdotta l'associazione interferone/ribavirina. Una risposta virologica rapida (RVR) con HCV RNA neg (< 50 IU/mL) alla 4° settimana è predittrice di successo.
- Si definisce una risposta virologica precoce (EVR) completa quando l'HCV RNA risulta pos a 4 sett ma neg a 12 sett; mentre si parla di una risposta virologica precoce parziale quando l'HCV RNA è pos a 4 e a 12 sett ≥ 2 log10.

Si può parlare di ricaduta quando HCV RNA è neg al termine della terapia ma torna ad essere pos a distanza dalla sospensione della terapia.

Nei pazienti portatori di genotipo sfavorevole è consigliata la combinazione IFN pegilato (alfa 2a/2b)+ ribavirina alla dose minima di 10,6 mg/kg/die mentre per i genotipi favorevoli si utilizza una dose di 800 mg/die (ribavirina) in 2 somministrazioni giornaliere.

La durata ottimale della terapia per i pz con genotipo sfavorevole (1-4) è di almeno 48 sett; per i genotipi favorevoli (2-3) è di 24 sett.

Durante il trattamento è possibile utilizzare dei fattori di crescita per consentire la prosecuzione della terapia limitandone la riduzione di dosaggio e migliorando la qualità della vita del paziente.

Ex: Hb < 10 gr/dl o diminuzione di Hb > 2 gr/dl (epoetina alfa o beta 30-40.000 IU/w)

Neutrofili < 500/cc (G-CSF, 300 ncg/settimana)

Gli interferoni pegilati in commercio (Peg - IFN alfa-2a: Pegasys; peg - IFN alfa - Pegintron) presentano caratteristiche farmacocinetiche sovrapponibili come:

- 1. lento assorbimento;
- 2. minore clearance;
- 3. ridotta immunogenicità;
- 4. buona tolleranza;
- 5. somministrazione settimanale;
- 6. maggiore efficacia.

L'attività antivirale della ribavirina risiede nella sua capacità di inibire direttamente la replicazione dell'HCV-RNA, di inibire l'enzima inosina-monofosfato-deidrogenasi (IMPDH), di intervenire nell'immunomodulazione e nella mutagenesi.

Le ribavirine presenti in commercio (Copegus laRoche-hoffmann 200-400 mg; Rebetol Schering-Plough 200 mg) presentano caratteristiche simili in termini di efficacia, frequenza e gravità degli effetti collaterali.

La tab. 3 riassume le caratteristiche dei pazienti in relazione alla possibilità di trattamento.

Tab. 3 - Candidati al trattamento

Pazientifacili	Pazienti difficili	Pazienti da trattare
Giovani	Fibrosi avanzata	Età sup. 18 aa
Donne	Cirrosi	ALT alterate
Malattie epatiche	Alta carica virale	Epatite cronica con
lievi		fibrosi significativa
		alla biopsia
Genotipo 2-3	Genotipo 1	Malattia epatica cronica compensata
Nessuna comorbilità	Non responder	Bilirubina tot 1,5 g/dl
	Presenza	INR 1.5
	di comorbilità	,
		Albumina 3,4 gr/dl
		Piastrine 75.000/mmc
		Assenza di ascite o
		encefalopatia

La Tab. 4 indica i parametri da monitorare prima e in corso del trattamento, in relzione alla possibile tossicità. Sono inoltre da considerare, come controindicazione relativa, una storia di depressione e come ulteriore spinta al trattamento una motivazione elevata foriera di probabile buona aderenza.

 $Tab.\ 4-Parametri\ ematologici\ e\ biochimici\ basali\ compatibili\ con\ il$ trattamento

Hb 13 gr/dl nei maschi e 12 gr/dl nelle femmine Neutrofili 1500 cell/mmc Creatinina 1,5 mg/dl Storia di depressione ben controllata Motivazione al trattamento e con previsione di buona aderenza

La Tab. 5 riassume le controindicazioni assolute e le Tabb. 6 e 7 gli effetti collaterali del trattamento in ordine di frequenza.

Tab. 5 - Controindicazioni al trattamento

Depressione maggiore non controllata
Trapianto di rene, cuore, polmone
Epatite autoimmune o altre patologia che possono esacerbarsi con la
terapia
Ipertiroidismo non trattato
Gravidanza o contraccezione non efficace
Gravi patologie concomitanti come ipertensione grave
Scompenso cardiaco
Grave coronaropatia
Diabete mellito non controllato
BPCO, ipersensibilità nota ai farmaci
Età < 3 aa

Tab. 6 - Effetti collaterali dell'interferone

> 30-50%	1-30%	< 1%
Reazione cutanea nel sito di inoculo	Anoressia	Depressione grave
Sindrome simil influenzale	Calo ponderale	Infezioni batteriche/fungine
Cefalea, astenia, insonnia	Alopecia	Retinopatie
	Dist. psichiatrici	Neuropatia

Tab. 6 - segue

> 30-50%	1-30%	< 1%
	Neutropenia,	Diabete
	trombocitopenia	
	Distiroidismo	Malattie autoimmuni
	Diarrea	
	Lesioni cutanee	
Tab. 7 - Effetti colle	uterali della ribavirina	
> 30-50%	1-30%	< 1%
> 30-50% Anemia emolitica		<1% Angina
	1-30%	

e delle mucose

Tosse

Astenia

Anoressia

Le prospettive terapeutiche future dell'infezione da epatite C vanno nella direzione di trattamenti di minore durata per i genotipi più favorevoli, nella possibilità di ritrattare i pazienti non responsivi o con recidiva e nell'impiego di nuovi farmaci quali gli inibitori delle proteasi (Telapravir, Boceprevir) e gli inibitori delle polimerasi (omologhi nucleosidici, omologhi non nucleosidici).

Il NIH Consensus Statement del 2002 raccomanda di considerare il trattamento dei pazienti tossicodipendenti-HCV positivo valutando caso per caso, ritenendo l'uso di droghe per vie iniettiva una condizione non sufficiente per l'esclusione dal trattamento antivirale.

L'infezione da epatite C nella popolazione tossicomanica rappresenta ancora un problema sanitario non affrontato in modo soddisfacente per la presenza da un lato di difficoltà di coordinazione dei servizi coinvolti e dall'altro da una certa resistenza del paziente al trattamento.

Tra i lavori presentati al congresso si sono messi in evidenze interessanti esperienze di collaborazioni integrate tra Ser.T. ed infettivologia per la cura dell'epatite C rivolta a quella particolare popolazione di pazienti che considera l'infezione una condizione benigna, quasi un evento naturale, inevitabile conseguenza dell'uso di droghe e che ritiene l'infezione da HIV la preoccupazione sanitaria primaria.

Un programma terapeutico integrato permette di conoscere le reali dimensioni qualitative e quantitative del fenomeno, di intervenire più tempestivamente con personale qualificato prevenendo possibili future complicanze.

Addiction ed epatite B

La presenza di vari fattori (vedo Tab. 8) ed in particolare di marker quali: l'HBeAg, l'entità della replicazione virale, i valori delle transaminasi (ALT) e l'istologia epatica designano la gravità della malattia.

La biopsia epatica permette di confermare la diagnosi di epatite cronica, di stabilirne la gravità (Grade: gravità della necroinfiammazione; Stage: quantificazione della fibrosi), di chiarire una diagnosi dubbia quando i valori di ALT e HBV-RNA sono

discordanti, di escludere altre cause di epatopatia e di stabilire il momento più idoneo per iniziare il trattamento.

Tab. 8 - Cofattori determinanti la severità dell'epatite B

Virali	Dell'Ospite	Esterni
Carica virale	Età di contagio	Coinfezioni da HCV, HIV
Mutazioni virali HbeAg	Stato immunitario Sesso	Abuso alcolico Uso di droghe

Il trattamento antivirale ha subito una evoluzione nel tempo, dall'IFN alfa del 1988 all'Entecavir ET, Telbivudina LdT, Tenofovir TDF del 2008, così come anche la durata dello stesso (vedi Tab. 9).

Tab. 9 - Indicazioni al trattamenti

Interferone	Entecavir	Tenofovir + Entecavir
ALT sup 5xULN HBV-RNA < 200.000 IU/mL	HbeAg-pos o HbeAg-neg con alta carica virale	Immigrati
HbeAg pos	Pz. resistenti alla Lamivudina	Tossicodipendenti
Razza nera Cirrosi compensata Nessuna contro- indicazione all'uso	Coinfezioni HIV	HbeAg pos Età < 35 anni Genotipo non D
di IFN		Coinfezioni HIV, HCV Naive Coinfezione o sovrainfezione delta

La coinfezione con HIV è correlata ad un aumentato rischio di cronicità, ad una aumentata replicazione del virus dell'epatite B, ad una accelerata progressione verso la fibrosi e ad un aumentato rischio di scompenso epatico e di HCC.

L'epatite virale A e le vaccinazioni anti HAV-HBV

Il virus dell'epatite A è globalmente diffuso e causa circa 1,4 milioni di casi di epatite all'anno.

Il virus ha una incubazione di 4 settimane, una trasmissione orofecale, una contagiosità di 3 settimane ed un'evoluzione verso la guarigione (non cronicizza).

Il vaccino anti-Epatite A (HAVRIX) è consigliato nei soggetti con età > 18 anni ad un dosaggio di 1 ml (1440 units) ed eventualmente una dose di richiamo facoltativa dopo 6-12 mesi.

Una buona prassi nella presa in carico del paziente tossicodipendente deve includere anche un programma vaccinale, tenendo conte che i TD rispondono meno ai vaccini rispetto ai coetanei sani, e quelli portatori di anti-core non dovrebbero essere sottoposti a vaccinazione per HBV.

I TD affetti da epatite C hanno una risposta variabile e richiedono un follow up più accurato, mentre quelli coinfetti con HIV in terapia HAART rispondono positivamente.

Il vaccino combinato A-B non ha mostrato effetti migliori in termini di sieroconversione nella popolazione generale a differenza di quello evidenziato nella popolazione dei TD.

La memoria immunologica indotta da vaccinazione ha una durata di 15 anni nei soggetti immunocompetenti, quindi non si rendono necessarie dosi di richiamo in chi è regolarmente responder (European Consensus Group on Hepatitis B Immunity Lancet 2000).

La Tab. 10 riassume le caratteristiche dei soggetti in cui la vaccinazione anti HBV sarebbe particolarmente indicata.

Tab. 10 - Gruppi a rischio

- Soggetti con storia di MTS
- Soggetti con partner sessuali multipli (> 1 partner/6 mesi)
- Omosessuali maschi
- TD per via iniettiva
- Carcerati
- Immigrati da paesi con HBV con prevalenza 2%
- Conviventi e partner di persone infette con HBV
- Personale a rischio professionale
- Pazienti che ricevono emoderivati

I programmi vaccinali con minor drop-out sono quelli gestiti direttamente dai Ser.D.

È importante sottolineare come lo screening anti-HBV non seguito da un programma vaccinale rappresenti una occasione mancata.

Tossicodipendenti HIV positivi

Attualmente l'infezione da HIV è una malattia trasmessa in prevalenza per via sessuale (è molto diminuita la trasmissione da TD) è curabile e permette una sopravvivenza ed una qualità della vita significativamente aumentate e migliorate.

Per quanto riguarda il trattamento dell'infezione da HIV, la tendenza attuale va nella direzione di non ritardare troppo l'inizio della terapia per limitare un danno immunologico funzionale irreversibile, per diminuire il rischio delle complicazioni HIV-correlate (tubercolosi, linfoma non-Hodgkin, sarcoma di Kaposi, HPV) per diminuire il rischio di accidenti cardio-vascolari, di complicanze renali, epatiche e di infezioni non AIDS-correlate e non ultimo per diminuire il rischio della trasmissione ad altri.

L'uso di sostanze stupefacenti è associato a numerosi problemi immunologici ed infettivologici e può determinare alterazioni di numerose funzioni del sistema immunitario stimolando la proliferazione del virus HIV e condizionando il decorso della malattia (vedi Tab. 11).

Tab. 11 - Sostanze stupefacenti ed alterazioni del sistema immunitario

Oppiacei	Cocaina	Cannabis
Soppressione immunità cellulo-mediata	Soppressione delle funzioni: Natural-Killer, Linf. T, Neutrofili, Macrofagi	Riduzione del numero dei linf. CD4+
Alterazione funzione linfociti T		Riduzione del numero totale dei Natural- Killer
Ridotta attività dei natural-killer		

L'introduzione della HAART (1996) ha determinato un netto cambiamento nella progressione della malattia e nella sua mortalità rispetto all'era pre-HAART.

A tutt'oggi una quota non irrilevante di TD (14%) giunge alla diagnosi di AIDS ignorando la propria HIV positività.

Uno Studio del Ministero della Salute-ISS sulla compliance allo screening HIV e sulla prevalenza dell'infezione da HIV nei TD in trattamento ha rilevato che nel periodo compreso tra il 2005 ed il 2007 tra 2853 pazienti TD provenienti da 87 Ser.T., solo il 35% era stato testato e di questi il 15,6% era risultato HIV pos (infezione da HIV tra i TD non iniettivi soprattutto nel Sud Italia), mentre una quota di pazienti non ha mai effettuato un test nella vita.

Interazioni farmacologiche tra metadone ed HAART

È noto come alcuni farmaci utilizzati nell'infezione da HIV determinino una induzione enzimatica (Tab. 12) e quindi accelerino il metabolismo del metadone (< effetto, durata dell'effetto inferiore, sindrome da astinenza), mentre altri determinino una inibizione enzimatica (Tab. 13) con un rallentamento del metabolismo del metadone (tossicità/sedazione).

Nel metabolismo epatico del metadone è coinvolto il CYP 450 con i suoi isoenzimi: 1A2; l2B6; 2C8/9; 2D6; 3A4.

Tab. 12 - Farmaci antiretrovirali induttori enzimatici

1A2	2B6	2E1	2C8/9	2C19	3A4
RTV, NFV	EFV, NVP, RTV	RTV, NEV	RTV, NFV	,	RTV, NFV, LPV, EFV, NVP, TPV, ETV

Tab. 13 - Farmaci antiretrovirali inibitori enzimatici

1A2	2C8/9	2C19	2D6	3A4
ATV	DLV, ATV, ETV	DLV, EFV, ETV	RTV	RTV, NFV, IDV, APV, SQV, ATV, DLV, ETV

Le Tabb. 14-15 riassumono le maggiori interazioni farmacologiche da tenere presente in corso di trattamento metadonico.

Tab. 14 - Interazioni farmacologiche tra gli PI e Metadone

Atazanavir: nessuna variazione nel metadone o nei livelli di ATV.

Lopinavir/Ritonavir: AUC metadone ridotta del 53%. Può verificarsi sindrome di astinenza. Monitorare e tritare la dose se necessario. Può richiedere aumento la dose di metadone.

Fosamprenavir: con APV i livelli di metadone diminuiscono del 13%, APV Cmin dimuisce del 25%. L'interazione con FPV è ipotizzata come simila

Darunavir/Ritonavir: l'RTV è un noto induttore del metabolismo del metadone

Tab. 15 - Interazioni farmacologiche fra NNRTI e Metadone

Delavirdina: livelli di DLV sono invariati, possibile aumento del livello del metadone; monitorare la tossicità del metadone, può essere necessaria una riduzione della dose.

Efavirenz: riduce i livelli di metadone del 60%, relativamente frequente la sindrome di astinenza, spesso è necessario aumentare la dose di metadone.

Nevirapina: livelli di NVP invariati, significativa diminuzione dei livelli di metadone, relativamente frequente la sindrome di astinenza.

Il trapianto di fegato nel paziente HIV tossicodipendente

Con l'avvento della HAART il trapianto di organo solido in pazienti HIV positivi ha ricevuto un grande impulso rispetto alla fase pre-HAART dove l'aspettativa di vita post-trapianto era molto ridotta a causa della immunosoppressione iatrogena e HIV-correlata.

Trapiantare un paziente HIV in Italia richiede oggi il rispetto di due ordini di criteri strettamente correlati:

- 1. il rispetto dei criteri di buona pratica clinica nei confronti di tutti i pazienti HIV con malattia epatica terminale;
- 2. il rispetto dei criteri di selezione e appropriata gestione del Protocollo di studio Nazionale in base al quale i pazienti eleggibili possono essere inseriti nella lista di attesa del trapianto.

In Italia al momento non è possibile trapiantare un paziente HIV al di fuori del Protocollo di studio Nazionale (PsN).

Criteri aggiuntivi di inclusione:

- Infezione da HIV documentata.
- Capacità di fornire/acquisire il consenso informato.
- Pazienti mai trattati con terapia antiretrovirale con conta di linfociti CD4 + circolanti, stabilmente > o = 200/mmc.
- Pazienti in terapia antiretrovirale con conta dei linfociti CD4
 + > o = 200/mmc stabile da almeno 12 mesi e HIV-1-RNA undetectable al momento dell'inclusione in lista.
- Pazienti con malattia epatica scompensata e, per tale motivo, intolleranti a precedente terapia antiretrovirale, con conta dei linfociti CD4 > o = 100/mmc e documentata risposta alla terapia antiretrovirale nell'ultimo ciclo terapeutico.
- Compliance al trattamento antiretrovirale ed alla profilassi delle infezioni opportunistiche, se indicata.
- Volontà nel proseguire la terapia antiretrovirale e le profilassi delle infezioni opportunistiche, se indicate.
- Se femmina, test di gravidanza (beta-HCG) negativo (controllo mensile).
- I pazienti sono monitorati per CD4 e HIV-RNA a cadenza bimestrale.

La recidiva dell'infezione da virus dell'epatite C dopo trapianto di fegato si manifesta praticamente da subito nella totalità dei pazienti viremici pre-trapianto.

La recidiva dell'infezione va distinta dalla recidiva della malattia da HCV la cui diagnosi richiede la conferma istologica.

La recidiva di malattia da HCV si sviluppa nel 75-80% dei casi e tipicamente si manifesta acutamente entro 1-6 mesi dal trapianto. L'esordio è in genere caratterizzato dall'incremento delle transaminasi in un paziente altrimenti asintomatico.

La biopsia epatica, certamente raccomandabile per escludere altre cause di disfunzione epatica, nella maggior parte dei casi

evidenzia un quadro di epatite acuta non dissimile da quella riscontrabile nei soggetti non trapiantati.

Circa l'80-90% dei pazienti con epatite acuta svilupperà poi lesioni croniche e la progressione in cirrosi è osservabile in circa il 25-30% dei pazienti entro 5-7 anni dall'intervento.

Premesso che, nell'ambito di specifiche e ben determinate condizioni, il trapianto di fegato nel paziente HIV è una procedura fattibile ed efficace, i pazienti HIV si possono suddividere attraverso un'appropriata selezione in 2 sottogruppi: quello in cui non è stato dimostrato alcun rischio aggiuntivo rispetto alla controparte non HIV positiva (confezione HIV-HBV; insufficienza epatica da epatotossicità), e quello con coinfezione HIV-HCV, in cui il trapianto dovrebbe essere considerato una procedura ancora parzialmente sperimentale, sottoposto a specifici protocolli di selezione e trattamento.

Interessante è stata l'esperienza di attivazione di un protocollo di collaborazione per il trapianto di fegato in pazienti alcolisti, tra Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL di Bergamo, USC di Gastroenterologia e USSD di Psichiatria di Consultazione degli Ospedali Riuniti di Bergamo.

Secondo il protocollo l'Unità Operativa di Gastroenterologia invia ai Ser.T. e alla Unità di Psichiatria di consultazione i pazienti affetti da cirrosi alcolica, che vengono clinicamente ritenuti possibili candidati al trapianto.

Il Dipartimento delle Dipendenze, svolge un'approfondita valutazione diagnostica multidisciplinare.

Il monitoraggio continuo delle condizioni cliniche dei soggetti in cura comprende un periodo non inferiore ai sei mesi. Prima dell'eventuale immissione in lista per il trapianto, il Ser.T. provvede ad inviare una breve relazione ai colleghi della gastroenterologia in merito all'andamento clinico del paziente.

Questo protocollo ha evidenziato come il trattamento e il follow-up abbiano migliorato le condizioni cliniche di un numero significativo di pazienti, tanto da essere temporaneamente esclusi dalla lista d'attesa del trapianto per il venir meno dell'indicazione.

Quindi un'accurata presa in carico, un trattamento multidisciplinare integrato e la compliance del paziente diventano elementi essenziali in termini di efficacia ed efficienza per l'idoneità al trapianto ed il suo buon esito o viceversa per la riconsiderazione dello stesso per il sopraggiunto miglioramento clinico. I risultati raggiunti dal protocollo sono stati il miglioramento delle condizioni del paziente, una gestione equa e razionale delle liste di attesa, il buon utilizzo dell'importante investimento di risorse pubbliche dedicate ad un progetto di cura così complesso e costoso.

In conclusione

Quando il paziente è portatore di una complessità psico-sociosanitaria non è sufficiente che ogni servizio faccia bene il proprio "pezzo" di intervento, ma è necessaria l'integrazione tra servizi (la rete).

Fattori individuali come le pluridiagnosi, situazioni familiare e sociali compromesse, definiscono la complessità dei nostri pazienti che necessitano per una adeguata presa in carico, di un coinvolgimento di più operatori e più servizi, di una mediazione tra pareri formalmente corretti ma quasi mai convergenti, di una riprogettazione e ricalibrazione della rete dei servizi in funzione dell'obiettivo.

RECENSIONE



Tullio Scrimali

NEUROSCIENZE E PSICOLOGIA CLINICA Dal laboratorio di ricerca al setting con i pazienti

pp. $240, \in 29,00$ Cod. 1240.1.29 (V)

Collana: Serie di psicologia - Textbook

La psicologia clinica ha subito, negli anni recenti, un notevole processo di sviluppo grazie all'apporto di scienze nuove quali cibernetica, cognitivismo, seconda cibernetica, costruttivismo e teorie dei sistemi complessi. Ciò ha attivato, nell'ambito della disciplina, una intensa dinamica evolutiva sul piano epistemologico, teorico ed operativo. Anche le neuroscienze, sviluppatesi nella seconda parte del secolo scorso, hanno esibito nell'ultimo decennio del Novecento una crescita tumultuosa grazie alla cosiddetta decade del cervello.

Le recenti acquisizioni, che provengono dal campo delle scienze sperimentali della mente, stentano tuttavia, ancora oggi, ad inserirsi nell'ambito della psicologia clinica. Questo manuale dimostra come le teorie e le metodologie delle neuroscienze possano fornire un contributo applicativo concreto alla psicologia clinica, spostando le proprie acquisizioni dal laboratorio al setting.

Dopo aver descritto e analizzato alcune tematiche epistemologiche e concettuali di base, il volume illustra una serie di tecniche, quali la elettroencefalografia quantitativa e il monitoraggio dell'attività elettrodermica computer assistito, in grado di integrarsi perfettamente, potenziandolo, nel setting operativo della psicologia clinica.

Rifacendosi alla lunga esperienza personale di sperimentazione e ricerca, attuata nei laboratori dell'Università di Catania e, più recentemente, presso l'Università Kore e la Scuola ALETEIA di Enna, l'Autore presenta nuove metodologie di lavoro quali Neuro-SCAN e MindSCAN, per l'area della psicodiagnostica complessa, e Neurofeedback e Psychofeedback, quali tecniche da inserire nel lavoro terapeutico e riabilitativo. Sono fornite, infine, le informazioni necessarie per l'acquisizione e l'implementazione di sistemi integrati hardware e software da impiegare nel setting clinico.

Tullio Scrimali, medico, psicologo, psichiatra e psicoterapeuta, è attualmente professore aggregato di Psicologia Clinica presso l'Università di Catania e l'Università Kore di Enna.

Ha fondato e dirige, a Enna, la Scuola di Psicoterapia Cognitiva ALETEIA e il Centro Clinico ALETEIA. È autore di oltre 150 pubblicazioni tra monografie e articoli scientifici.



evidenze scientifiche realtà organizzative

FiereCongressi RIVA del GARDA ottobre 2010 Irento

IV CONGRESSO NAZIONALE

DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI

www.federserd.it

Tel 031 748814 - Fax 031 751525 ORGANIZZAZIONE CONGRESSI EVENTI 22066 Mariano Comense - Co e-mail federserd@expopoint.it Via Matteotti, 3 **EXPO POINT**

www.tederserd.it

Ancora sul concetto di tossicodipendenza (1)

Edoardo Cozzolino*

Sul tema della cronicità e tossicodipendenza nel corso del 2009 si è ri-sviluppato un interessante dibattito riportato ampiamente nella rivista. Vi si sta impegnando anche la Consulta delle Società Scientifiche dell'Addiction che vi ha dedicato un seminario di due giorni a Perugia di alto livello, del quale tra poco saranno disponibili gli atti sintetici. In FeDerSerD, oltre all'impegno in Consulta, si è aperto un interessante dibattito che vogliamo in parte riportare per la chiarezza e il solito orientamento alla pratica clinica dei servizi.

Vorrei ancora una volta partire dalla definizione OMS della tossicodipendenza come una patologia cronica ad alto rischio di recidiva.

Tale inquadramento mi ha sempre lasciato insoddisfatto.

Ho sempre considerato stridente che la definizione di cronicità fosse attribuita a una patologia che vede circa il 30% dei casi guarire spontaneamente senza neppure la necessità di un intervento professionale.

Certo qualcuno potrebbe dire, e se non ricordo male qualcuno l'ha detto, che quelli che "guariscono" ci riescono perché non erano realmente malati; quelli realmente malati non guariscono e quindi sono cronici.

Pertanto, proseguendo con questo ragionamento, si arriverebbe all'assurdo di essere partiti da una definizione di malattia che cronicizza, per arrivare a una dichiarazione in base alla quale è l'esistenza della cronicità a testimoniare quella della malattia. Dogmatico e inaccettabile.

Quello che non riesco ad condividere è che siano usati, per definire la cronicità della tossicodipendenza, approcci diversi da quelli utilizzati per definirla nelle altre patologie. Qualche considerazione:

- Nessuno si sente di dichiarare che l'epatite C è una patologia cronica; tutti diciamo che cronicizza in circa il 70% dei casi. Esiste un 30% di casi in cui la patologia non progredisce e non dà sequele cliniche (e in questo senso guarisce).
- Per la tossicodipendenza, invece, pur avendo il 30% di remissioni spontanee, diciamo che è cronica.
- Certo, qualcuno potrebbe sostenere che il termine cronicità è utilizzato secondo il criterio medico della durata superiore a sei mesi; però questo criterio non dovrebbe essere utilizzato in una patologia che vede (nei primi mesi di cura) l'induzione e la stabilizzazione del paziente, e il cui esito di trattamento deve essere valutato a distanze temporali molto maggiori.

Forse, nel caso della dipendenza patologica si potrebbe ipotizzare un modello di questo genere:

 Contatto con la sostanza, suo uso esplorativo più o meno regolare per un periodo di tempo ridotto (ma non saprei dire quanto ridotto), suo abbandono spontaneo con basso o bassissimo rischio di ricadute successive.

* Direttore UOC Ser.T. 1 ASL Milano, Presidente Regionale FeDerSerD Lombardia. Superata la fase precedente, il consumo della sostanza si stabilizza e diventa più pervasivo, la possibilità di guarigione spontanea si riduce enormemente e arriva a valori prossimi a zero. Sono necessari interventi terapeutici prolungati, anche di molto, per affrontare la malattia che ha ancora la possibilità di estinguersi (non di guarire in senso pieno perché gli eventuali fattori neurobiologici di vulnerabilità permangono). Il rischio di cronicizzazione è sempre più elevato.

In questa fase, che poi corrisponde alla fase in cui entra in gioco il Ser.T., diventa cruciale il modo in cui si gestisce il trattamento del paziente. Qui si giocano le ultime carte, se la patologia non può essere disinnescata ora, il paziente sfocia nella fase successiva.

L'utilizzo della sostanza è presente nella vita del paziente da molti anni (spesso la maggior parte di quelli che ha vissuto), gli effetti secondari (legali, psicopatologici, infettivologici, ecc.) si sono manifestati e consolidati. Il paziente ha svolto più trattamenti di vario tipo con esito infausto. La possibilità di guarigione è un'ipotesi sempre meno credibile.

A questo punto il paziente è definibile come cronico.

Naturalmente tutti noi abbiamo avuto in cura soggetti in queste ultime condizioni, su cui non avremmo scommesso neppure un centesimo, che sono poi guariti in modo stabile. Si tratta però di eccezioni assolute in cui, spesso, la guarigione è stata determinata da eventi ad alto potere traumatico per il paziente, assolutamente imprevedibili e tanto meno programmabili.

Va inoltre preso in considerazione che il termine cronicità è legato a più variabili: aggressività della noxa patogena, fattori favorenti o di vulnerabilità individuale, disponibilità di cure in grado di eradicare la malattia.

Un virus può essere più o meno aggressivo, l'assetto HLA del paziente più o meno adeguato nel definire la risposta immunitaria, ma alla fine, se non esiste una cura adatta, la malattia o uccide il paziente o cronicizza.

Riscriviamola così:

un virus può essere più o meno aggressivo (capacità della sostanza d'abuso di determinare dipendenza), l'assetto hla del paziente più o meno adeguato nel definire la risposta immunitaria (presenza o meno di fattori di vulnerabilità individuale), ma alla fine se non esiste una cura adeguata (qui entra in gioco il tormentone del "recupero globale della persona" vs la mera terapia farmacologica) la malattia o uccide il paziente (overdoseincidente) o cronicizza (perché non è disponibile o, laddove disponibile, non è applicata la cura adeguata).

Seguendo questo ragionamento possiamo anche cominciare a capire e a commentare i costrutti che stanno alla base delle critiche che, a vari livelli, sono portate ai Servizi.

Nella società è stata diffusa la convinzione che i Ser.T. (depositari, nei fatti, della cura) adottino trattamenti che non sono orientati alla guarigione; ciò perché sono portatori di una filosofia d'intervento (terapia di una patologia cronica) che non prevede la possibilità di guarire non solo dalla malattia, ma neanche dai

comportamenti e dall'emarginazione, in un'ottica, quindi, anche di riscatto dal punto di vista sociale.

Trattamenti con cui si può al massimo bloccare la progressione dei rischi e dei danni, con cui il soggetto forse – o sicuramente – ridurrà il consumo di droghe ma continuerà ad usarle e in più, tramite l'assunzione di farmaci agonisti, svilupperà una dipendenza iatrogena che lo legherà indissolubilmente ai Servizi e a un modello di conduzione della giornata che, ripetendosi quotidianamente per periodi indefiniti, finirà per essere esso stesso fonte di cronicizzazione. Questa posizione, lo sappiamo, è sempre stata usata strumentalmente dalla politica per avversare i Servizi Pubblici e glorificare, invece, quelli del Privato Sociale; ma sinceramente penso che alcune istanze, alcuni argomenti, possano contenere del vero. Penso che si debba fare lo sforzo di valorizzare alcuni elementi portati dai nostri detrattori inserendoli in un contesto generale in cui siano presenti anche le verità scientifiche ma, ripeto, ridefinendo meglio dei paradigmi che ritengo non siano soddisfacenti neppure per noi.

Siamo in una situazione in cui il connubio Ser.T./cura/cronicità è così stretto, nella mentalità dei politici e degli amministratori, da spingerli ad escludere la cura dal novero degli interventi virtuosi sulla tossicodipendenza; è per questo, secondo me, che parlano solo di prevenzione e di reinserimento.

La cura è fonte e affermazione di cronicità.

Stiamo ben attenti a non alimentare noi per primi questo pensiero: giacché si curano solo i soggetti afflitti da una patologia e visto che, lo dicono proprio molti degli addetti ai lavori, questa patologia è cronica, ne consegue che la stessa attivazione della terapia agonista affermi di per sé la diagnosi di cronicità – questo è uno dei motivi per cui i soggetti tossicodipendenti ambiguamente la chiedono ma resistono a intraprenderla – poiché alcune istituzioni, e la politica in genere, considerano eticamente inaccettabile prendere in considerazione una situazione di questo tipo, ecco confezionata a puntino una conflittualità ideologica su cui ci siano scornati per decenni e potremo continuare a farlo fino alla fine dei secoli.

Dobbiamo comprendere e far comprendere che le cose non stanno necessariamente così.

Per farlo penso però che si debba anche cambiare.

Torno sulla definizione OMS per dire questo: se condividiamo che dovrebbe essere diversa, possiamo cercare di capire perché è stata scritta così. Può essere che sia l'espressione, più che di un principio medico-clinico, di un messaggio di politica sanitaria. Aspetti rilevanti dell'intervento erano e sono: la disponibilità della terapia agonista, i dosaggi e i periodi di trattamento adeguati, insomma il diritto alla cura di una categoria di persone rispetto alle quali la società non dava e non dà l'impressione di sentirsi impegnata nel riconoscere garanzie.

Potrebbe essere che, per questo, la patologia sia stata dichiarata cronica (nel senso di lunghissima durata) per attestare che al tossicodipendente andava garantita la cura per tutto il tempo necessario, e ai dosaggi necessari, senza condannarlo a interventi terapeutici a basso risultato e alto rischio per lui (vedi le detossificazioni indiscriminate e le conseguenti morti per overdose). In considerazione di tutto ciò penso che sia cruciale sviluppare

In considerazione di tutto ciò penso che sia cruciale sviluppare il ragionamento su:

- perfezionamento delle definizioni;
- individuazione dei compiti dei Servizi rispetto all'utenza largamente intesa e, quindi, non solo quella ad alta complessità che abbiamo selezionato negli anni con i trattamenti tipici dei nostri Servizi;
- modelli di trattamento per le differenti tipologie d'utenza (il tipico modello di presa in carico dei Ser.T. appare essere piuttosto "istituzionalizzante", più idoneo ai soggetti con problematiche multiple che a quelli con problematiche focalizzate).

Stiamo usando ancora il modo di lavorare che è nato quando essere tossicodipendente era per molti una "scelta", uno "status sociale" che poteva addirittura essere esibito come simbolo d'appartenenza ad un gruppo sociale ben preciso che possedeva anche una sua "sub-cultura".

Si tratta di qualcosa di molto diverso rispetto alla dipendenza patologica di oggi che molti soggetti vivono come un incidente di percorso, un effetto collaterale indesiderato all'interno della gestione della loro "addittività".

Tanti argomenti non li ho esposti, mi riservo di farlo. Proseguiamo nella discussione.

FeDerSerD/DALLE REGIONI

10° Happening del Terzo Settore a Palermo

Si è tenuto a Palermo, dall'8 al 10 ottobre 2009, il 10° Happening del Terzo Settore organizzato dalla Rete di Imprese Sociali Siciliane - Consorzio Sol.Co e da numerosi network sociali dell'isola.

Grande come sempre la partecipazione e qualificati i relatori istituzionali e scientifici.

Anche quest'anno FeDerSerD è stata presente all'iniziativa e ha dato un contributo di idee con l'intervento del suo vicepresidente nazionale dott. Guido Faillace.

Ancora sul concetto di tossicodipendenza (2)

Raffaele Lovaste*

Sostanzialmente condivido quanto ha scritto Edoardo. Provo a riformulare i concetti proposti da Edoardo Cozzolino secondo il mio punto di vista.

Partiamo dai concetti generali.

Parliamo di malattia quando una o più cause (note o criptogenetiche) determinano una modifica del funzionamento e/o della struttura di un organo o dell'intero organismo (nel caso di malattie sistemiche) documentabile attraverso segni e sintomi.

Non sempre l'esposizione estemporanea o prolungata di un organismo alla noxa patogena genera malattia in quanto il patrimonio genetico, l'assetto ambientale e gli eventuali altri fattori protettivi messi in atto possono proteggere l'individuo e annullare gli effetti patogeni della noxa.

Parliamo di guarigione quando le cause che hanno determinato la malattia sono state rimosse ed è possibile la "restitutio ad integrum" ovvero la ricostituzione della situazione precedente il contatto dell'organo o dell'organismo con la noxa patogena.

Parliamo di malattia asintomatica quando non è possibile la restitutio ad integrum e l'organo interessato o l'intero organismo risultano ancora compromessi ma non sono presenti segni o sintomi che dimostrano l'attività o l'evolutività della malattia.

A prescindere anche dal trattamento.

Parliamo di trattamento appropriato quando le risposte messe in atto sono capaci di influire positivamente sul decorso naturale della malattia.

Inoltre una malattia può:

- guarire se c'è restitutio ad integrum;
- risolversi anche senza restitutio ad integrum se sono state eliminate le cause responsabili dei segni e sintomi (penso ad esempio ad un intervento chirurgico che rimuove un appendicite infiammata);
- diventare cronica se dura più di sei mesi;
- diventare cronica evolutiva se col passare del tempo diventa sempre più grave;
- diventare cronica recidivante se il decorso avviene a fase alterne e sono altamente probabili delle riacutizzazioni;
- portare al decesso del paziente.

La malattia cronica (durata superiore ai sei mesi) a sua volta può guarire, risolversi, diventare evolutiva/recidivante o portare al decesso.

Trasportiamo questi concetti alla dipendenza.

Le sostanze psicotrope rappresentano sempre una noxa patogena. Tutti i soggetti esposti alla singola sostanza manifestano gli effetti farmacologici specifici anche se con intensità variabile da soggetto a soggetto.

Per cause non ancora del tutto chiare, almeno a me, solo alcuni soggetti dopo l'esposizione a questa noxa sviluppano una modificazione significativa dell'anatomia (collegamenti neuronali nuovi e diversi) e del funzionamento del cervello.

* Direttore U.O.C. Ser.T. Provincia Autonoma di Trento.

Le persone che, dopo esposizione, non mostrano significative modificazioni del funzionamento e dell'anatomia del cervello sono, passatemi il termine, "immuni".

Normalmente questi soggetti hanno un contatto breve con la sostanza o mantengono un contatto sporadico nel tempo.

Quando queste modificazioni si sono instaurate non si può che parlare di malattia (brain disease o mental disease a seconda dell'aspetto che vogliamo privilegiare).

Il decorso naturale di questa malattia è per circa un terzo dei soggetti positivo nel senso che si risolve e possibilmente guarisce con restitutio ad integrum (anche se questo dato è solo presumibile perché spesso non abbiamo documentazione dei danni cerebrali prodotti nella fase dell'esposizione) senza alcun intervento terapeutico o con un intervento terapeutico appropriato.

Per i due terzi dei soggetti l'evoluzione è verso la cronicizzazione nel senso stretto del termine ovvero la persistenza dei sintomi per più di sei mesi.

In questa coorte di pazienti la metà, con un intervento terapeutico appropriato raggiunge la fase di "malattia asintomatica" caratterizzata da assenza di segni e sintomi che può durare mesi, anni o decenni e l'altra metà evolve verso una forma cronica evolutiva e/o cronica recidivante.

I soggetti che evolvono verso una forma cronica evolutiva possono avere una persistenza nel sintomo di molti anni (in media dagli 8 ai 15 anni).

I soggetti che evolvono verso una forma cronica recidivante presentano più o meno frequenti ricadute di durata variabile.

In definitiva, secondo me, possiamo dire che la popolazione che sviluppa questa malattia del cervello chiamata dipendenza ha una probabilità del 30% di risoluzione spontanea e del 70% di evoluzione cronica con le differenziazioni descritte prima.

Problemi

La diagnosi

Come facciamo a dire che un paziente si colloca in uno o nell'altro stadio di malattia?

Secondo me bisogna accettare il concetto che la diagnosi in questa patologia è un processo dinamico e che un singolo paziente può passare da uno stadio all'altro a seconda della prevalenza dei fattori protettivi o facilitanti lo sviluppo naturale della malattia.

Quindi non possiamo parlare di una diagnosi valida sempre ma dobbiamo parlare di una diagnosi valida in un intervallo di tempo.

Possiamo avere quindi diverse situazioni:

- Stadio 1: la malattia evolve verso la risoluzione della sintomatologia
- Stadio 2: la malattia evolve verso una forma cronica pauci sintomatica o asintomatica persistente nel tempo;
- Stadio 3: la malattia evolve verso una forma cronica evolutiva;
- Stadio 4: la malattia evolve verso una forma cronica recidivante

Se accettiamo questa possibili evoluzioni bisognerà provare degli indicatori che individuano i vari stadi della malattia.

Trattamenti

Se accettiamo gli stadi della malattia bisognerà anche individuare i trattamenti più appropriati per singolo stadio e smetterla di parlare genericamente di trattamenti per la dipendenza.

In definitiva secondo me lo sforzo che dobbiamo fare è dare maggiore scientificità ed inquadramento diagnostico terapeutico a questa malattia.

Il mandato di controllo sociale del fenomeno, affidato più o meno chiaramente ad una struttura socio-sanitaria come il Ser.T., sta in piedi solo se rimane il concetto di vizio o comportamento deviante. Se si impone il concetto di malattia è ovvio che i medici la curano e la società la previene.

NOTIZIE IN BREVE

Francesca Sangalli con *Mitigare il buio* vince il premio europeo Enrico Maria Salerno 2009 per la Drammaturgia

La Giuria, composta da Laura Andreini Salerno, Maurizio Barletta, Benedetta Buccellato, Fabio Cavalli, Massimo Mascini, Giovanna Marinelli, Luciano Meldolesi, Giorgio Patrizi, Carlo Maria Pensa, Andrea Porcheddu, Aggeo Savioli, comunica che il Premio è stato assegnato a Francesca Sangalli per *Mitigare il buio*, ex aequo con Pierpaolo Palladino per *Una vita semplice*.

Le Motivazioni

Marti, Alice e Benedetta sono tre giovanissime alle prese con l'eroina. Compagne di scuola, compagne di gioco, compagne nel presente, unica dimensione temporale che percorre il testo. Vivono in simbiosi e parlano in continuazione: di cinema, di cibo, di uomini, ma mai dei loro dolori. Fra loro non si apre mai lo spiraglio verbale che come un raggio di luce potrebbe aiutarle a sbirciare nel buio. Il buio interiore resta tale. E per sopravvivere, rimane l'eroina: lenimento all'angoscia, espiazione di colpe non formulate, surrogato di affetti familiari mancanti. In questa overdose di droga e di parole, il testo teatrale si corrompe, si sgretola, sconfina in altri generi letterari, diventa narrazione, flusso di coscienza fra il presente, il passato, il sogno, la realtà, il ricordo.

Il testo richiama alcune poetiche del teatro di Beckett, laddove l'assenza di senso del vivere è coperta dalle parole ossessive e la banalità del chiacchiericcio diventa l'ancora di salvezza alla quale aggrapparsi, per riempire il tempo e il vuoto.

Mitigare il buio testimonia ancora una volta la tenace ricerca della Sangalli di una drammaturgia nuova che non solo

nei contenuti, ma soprattutto nella forma, diventi epifania del nostro sentire postmoderno.

Francesca Sangalli è l'autrice, diplomata presso l'accademia d'arte drammatica Nico Pepe di Udine. Tra i suoi testi messi in scena: *Macchia nera, Midia, A come Arianna*. Sviluppa per MTV la serie tv *Magic Bus*.

Massimiliano Speziani è il regista. Diplomato presso la Civica Scuola D'Arte Drammatica Paolo Grassi di Milano. Ha lavorato con Giancarlo Cobelli, Luca Ronconi, Massimo Castri. Ha lavorato stabilmente con la Compagnia Katzenmacher, diretta da Alfonso Santagata. Dal 2002 è nella compagnia Lombardi-Tiezzi. Nell'estate 2009 ha debuttato a Spoleto in *Le Nuvole* da Aristofane per la regia di Antonio Latella.

Ilaria Pardini (Babba di minchia) Stefania Ugomari di Blas (Alice) e Serena di Gregorio (La Benedetta) sono le attrici.

FeDerSerD ha seguito dai primi passi la nascita di questa opera, seguendo una mission di impegno nella sensibilizzazione culturale e sociale dei cittadini utilizzando le forme opportune di comunicazione comprese le espressioni artistiche.

FeDerSerD si è impegnata a patrocinare e promuovere *Mitigare il buio*.

Per le annualità 2010-2011, curerà la distribuzione dello spettacolo nelle scuole medie superiori e in eventi congressuali. Il debutto avverrà nel settembre 2010 in Trentino, in prossimità del IV Congresso nazionale di FeDerSerD (Riva del Garda, 12/15 ottobre 2010) con presentazioni in ambito scolastico.

pubbl. Molteni

Newsletter "Clinica dell'Alcolismo"

Anno I, n. 4

MISSION n. 28

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

Redazione: Mauro Cibin, Ezio Manzato, Felice Nava

Direttore scientifico: Alfio Lucchini

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

Redazione Mission: Via Martiri della Libertà n. 21 - 20066 Melzo (Milano)

Alcol e medicina generale

Roberta Agabio*, Valeria Zavan**

Glossario

AAP: American Academy of Pediatrics APA: American Psychiatric Association

ALT: transaminasi alanina-transferasi (o siero-glutammico-

piruvico-transaminasi, SGPT)

AST: transaminasi aspartato-transferasi (o siero-glutammicoossalacetico-transaminasi, SGOT)

Binge drinking: consumo di alcol che comporta alcolemie superiori a 0,8 g/l, corrispondente nell'adulto, a 5 o più unità alcoliche per l'uomo e 4 o più unità alcoliche per la donna, assunte in meno di due ore

CDT: transferrina desialata

DSM-TR-IV: Diagnostic and Statistical Mental Disorders

Manual Text Revised IV edition

EtG: etilglucuronide

GGT: gamma-glutamil-transpeptidasi

ICD10: International Classification of Diseases 10° edition

MCV: volume corpuscolare medio

MG: medicina generale

MMG: medico di medicina generale

NIAAA: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism

OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità

PAC: Problemi Alcol Correlati

1. Introduzione

1.1. Cenni storici

Se si parla con un Medico di Medicina Generale (MMG) e gli si chiede quando la Medicina Generale (MG) ha ini-

* Ricercatrice, Dipartimento di Neuroscienze, Università di

** Medico tossicologo, resp. U.O. Ser.T. - Alcologia Novi Ligure, Dipartimento Dipendenze Patologiche Alessandria.

ziato a ritenere che fosse un suo compito intervenire nei Problemi Alcol Correlati (PAC) vi dirà senz'altro dal

È questa difatti una data storica, la data di divulgazione da parte della International Conference on Primary Health Care della cosiddetta "dichiarazione di Alma Ata" nella quale si enunciava che "Il medico di medicina generale a contatto con le comunità, con le famiglie, con l'individuo nel suo contesto sociale è il primo referente di fiducia del suo paziente e favorisce lo sviluppo di comportamenti idonei a modificare lo stile di vita dell'individuo per la promozione della salute intesa come benessere fisico, psichico e sociale".

Il medico di famiglia passa quindi dall'essere il referente della cura della malattia all'essere il catalizzatore di processi di modificazione comportamentale nella direzione della salute e del miglioramento della qualità della

Il binomio malattia/salute diviene inscindibile ed il concetto di malattia riorientato in funzione di quello di salute.

Il documento viene indicato presso gli Stati Membri come "la base per la formulazione di politiche nazionali, strategie e piani d'azione, e complessivamente come base per formulare strategie regionali e globali per ottenere un accettabile livello di salute per tutti entro il 2000".

In realtà questo non esprimeva altro che la specifica per la MG del concetto globale di "salute per tutti", già introdotto nell'81 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e ripreso poi con il coinvolgimento della MG in una parte degli obiettivi di tutti i piani di azione sull'alcol da allora ad oggi.

La MG ha maturato nel corso del tempo un percorso che dalla salute per tutti ('78) si è sviluppato, passando attraverso il riorientamento dei servizi sanitari di base anche in relazione alla prevenzione e gestione dei PAC ('86), con la definizione del ruolo dell'ambulatorio di MG nei danni da alcol ('92) inserita in un'assistenza accessibile ed economica finalizzata a promuovere globalmente stili di vita sani ('94).

L'impegno europeo, con stanziamento di fondi per studi e ricerche, si è perpetrato nel tempo con l'intento di dare anche alla MG strumenti e metodi validati ed omogenei e riscontri di efficacia del lavoro svolto.

L'obiettivo generale perseguito era ed è a tutt'oggi la riduzione dei consumi in tutti i soggetti, in un'ottica di miglioramento generale della salute, con particolare attenzione ai "problem drinker" (detti altresì bevitori eccessivi o problematici - vedi par. 2) che è necessario identificare e riportare se non all'astinenza almeno ad una diminuzione sino ad un livello accettabile ("safe") di introito alcolico o ad un uso meno problematico di alcol

I soggetti affetti da dipendenza alcolica debbono invece essere trattati in collaborazione con altre strutture più specialistiche.

Già dal '93 il ruolo del MMG nella gestione dei problemi connessi all'alcol è il seguente: "... per i soggetti a basso rischio (di sviluppare patologie determinate dall'alcol, cioè per bassi consumi)... di focalizzarsi sul provvedere all'educazione alla salute, ... per rischi superiori di provvedere all'identificazione, alla valutazione, alle consulenze brevi ed al follow up. Per i soggetti ad alto rischio e con PAC severi... di includere l'identificazione, la valutazione, l'invio (a servizi specialistici) ed il follow up' (Anderson).

Con l'evoluzione del concetto di trattamento, che passa da trattamento del soggetto alcol-dipendente a gestione dei soggetti a rischio di sviluppo di PAC, il successo dell'intervento è definito più che dall'astensione assoluta dalla diminuzione significativa dell'introito alcolico nei soggetti identificati, in particolare nei "problem drinker".

Nel '90 Drummond pubblica su *Lancet* il primo di una serie di risultati di uno studio che suscita parecchio interesse: lo studio, condotto su bevitori problematici, trattati con *counseling* e seguiti per 6 mesi, conclude che l'esito era altrettanto efficace se il counseling veniva somministrato presso il setting del MMG piuttosto che presso il servizio specialistico.

Il ruolo della MG nel trattamento della Dipendenza Alcolica si inserisce invece in tutte le sue fasi, dalla disintossicazione al mantenimento in un approccio integrato con altre agenzie specialistiche, istituzionali, del privato sociale o del *no profit*.

L'evoluzione delle modalità di trattamento nel corso del tempo non sono state tanto a carico della componente medico-farmacologica (disintossicazione, mantenimento con farmaci atti ad evitare la ricaduta, riabilitazione tramite gruppi, gestione delle patologie organiche alcol correlate...) quanto a carico delle modalità di approccio e rispetto agli obiettivi.

Per gli aspetti tecnico-clinici di gestione del paziente affetto da Dipendenza da Alcol dalla disintossicazione, al mantenimento, al reinserimento sociale e familiare è reperibile una vasta produzione di materiale ad uso dei MMG, materiale soprattutto di ordine divulgativo ed informativo.

Manca per altro la produzione scientifica e di ricerca da parte dei MMG stessi che non compare, se non in minima misura, prima della fine degli anni '70.

Gli anni '60 e '70, sotto il segno dell'alcolismo come malattia, sono improntati alla cura: si sviluppa il concetto di rete di strutture coordinate per il trattamento. Il MMG viene visto come punto di riferimento per le disintossicazioni semplici, per il monitoraggio dell'aftercare, per il recupero al trattamento di soggetti drop out rispetto ai trattamenti specialistici.

Viene stressato il concetto di miglioramento delle condizioni generali del soggetto, prendendo in considerazione nuovi obiettivi, anche di bere moderato nei casi in cui l'astinenza completa non venga raggiunta.

Nella IV edizione del trattato per MMG Family Medicine ('94) il capitolo dedicato all'alcolismo raccomanda una routinaria raccolta dei dati relativi al consumo di alcol in ogni assistito adolescente ed adulto.

Segnala i questionari CAGE e MAST (vedi par. 3) come strumenti di *screening* oltre alla classica anamnesi ed agli esami ematochimici.

Consiglia l'informazione e l'induzione al trattamento dei soggetti identificati.

Per il trattamento degli alcolisti ritiene fondamentale la precisa valutazione complessiva in modo da proporre un programma adeguato senza procedere per approssimazioni.

La disintossicazione viene considerata semplicemente il primo passo rispetto ad un finale obiettivo che è la riabilitazione.

Vengono dati elementi per la valutazione del programma a lungo termine, ambulatoriale o in ambiente protetto, con o senza gruppi di autoaiuto.

Il monitoraggio continuo, compreso quello farmacologico viene incoraggiato.

Viene per altro sottolineata la funzione preventiva e l'esistenza per i più interessati di training sull'"addiction". Il testo conclude con "... un monito all'etica relativamente al dovere di riconoscimento e di trattamento di una patologia spesso sgradita ai MMG".

Nel percorso storico di specificità della MG in campo alcologico si è provveduto quindi dapprima a riconoscerne il ruolo, quindi a provvedere alla strutturazione di nuovi strumenti adatti al setting, ai nuovi target e ai nuovi obiettivi ad essa attribuiti, strumenti di cui la MG, tradizionalmente deputata alla cura attraverso i classici strumenti della medicina classica, era per lo più sprovvista.

L'attenzione viene focalizzata sulla introduzione di strumenti sostanzialmente nuovi ed inusuali per la MG perché non medici: dapprima su questionari e testistica cartacea e quindi su modalità non più "casalinghe" e di buon senso ma strutturate, di applicazione dello strumento "relazione e comunicazione".

Queste ultime, sostanziate nelle tecniche di counseling applicate ai cosiddetti interventi brevi (vedi par. 4), segnano il passo di una rivoluzione della MG nell'approccio al paziente/cliente nella gestione di tutte le patologie e gli stili di vita che arrivano alla loro osservazione.

Nella risoluzione del Parlamento Europeo del 5 settembre 2007 su una "strategia comunitaria volta ad affiancare gli Stati membri nei loro sforzi per ridurre i danni derivanti dal consumo di alcol" si chiede di "promuovere la diffusione di strumenti quali l'AUDIT (test d'identificazione dei disturbi dovuti al consumo di alcol) messo a punto dall'OMS, che consente di individuare rapidamente le persone a rischio ancor prima che si rendano conto di avere un problema legato all'alcol; evidenzia che un dialogo informale tempestivo tra medico generico e paziente costituisce uno degli strumenti più efficaci per informare i pazienti in merito ai rischi legati al consumo nocivo e pericoloso di alcol e promuovere i necessari cambiamenti di comportamento tra i bevitori incalliti; invita gli Stati membri a sostenere la specializzazione dei medici generici in materia di problemi connessi all'alcol nonché ai disturbi e agli opportuni interventi".

1.2. MG e minori

Nel panorama dell'aumentata sensibilità non soltanto rispetto al consumo di alcol, ma anche in generale su stili di vita sani, aumenta in particolare la percezione della necessità di tutela di bambini e giovani.

Si modificano le modalità del bere delle giovani generazioni con un prevalere di binge drinking.

Molti altri "nuovi" comportamenti "devianti" vengono considerati e portati all'attenzione della MG, come ad esempio la prevenzione del rischio suicidario nei giovani e negli anziani, riconoscendo nell'alcolismo una diagnosi frequentemente ad esso associata (7-15%) spesso in comorbilità con disturbi dell'umore e di personalità. L'aumentato rischio suicidario viene correlato a specifici fattori come l'insorgenza precoce dell'alcolismo, una lunga storia di alcolismo, dipendenza grave, depressione, compromissione fisica (cronicità, disabilità, prognosi infauste), compromissione lavorativa, storia familiare di alcolismo, rotture o perdite relazionali recenti.

Nel 2005 la American Academy of Pediatrics (AAP) dedica spazio al ruolo del Medico Pediatra nella prevenzione, identificazione e gestione dell'abuso di tabacco, alcol e altre sostanze in adolescenti e preadolescenti

con riferimento agli obiettivi da raggiungere entro il 2010 su questo target e per questa problematica dettati dalla US Department of Health and Human Services: essi intendono diminuire l'utilizzo di alcol e sostanze in bambini, preadolescenti ed adolescenti, ma anche ridurre l'incidenza delle sindromi alcol fetali, delle morti e delle disabilità di minori per coinvolgimento in incidenti stradali o perché viaggiano in auto con qualcuno che ha bevuto.

Viene rilevato come solo una parte di pediatri, meno della metà, indaghino l'uso di alcol o sostanze e come l'uso ricreazionale delle stesse non venga da una buona parte di essi percepito come un problema.

Le ragioni addotte circa le difficoltà di identificazione precoce non differiscono nella sostanza nei pediatri rispetto ai MMG, né all'estero né nel nostro paese: problemi di tempo, inadeguata preparazione, scarsità di informazione su risorse e servizi specialistici. Vengono segnalate anche motivazioni specifiche come quella di preoccupazioni circa un possibile "etichettamento" che possa isolare o danneggiare i piccoli pazienti e le loro famiglie, la mancanza di studi che supportino esiti del trattamento o effetti in mancanza di riconoscimento precoce, scarso rimborso economico per un'attività sentita come impegnativa e dispendiosa.

Viene comunque riconosciuto il pediatra come professionista in grado di riconoscere l'insorgere dei problemi associati a sostanze, ritenendo che l'abuso possa essere la diagnosi più comunemente misconosciuta tra le diagnosi pediatriche.

Viene raccomandata la diagnosi differenziale non solo in ambito comportamentale, ma anche nella sintomatologia medica.

Un atteggiamento confidenziale, empatico e non giudicante, utilizzando domande aperte in prima battuta relative agli atteggiamenti, pensieri, attitudini individuali e del gruppo piuttosto che domande dirette sul personale uso può essere d'aiuto.

A tale scopo possono essere utilizzati anche questionari cartacei.

Fornire informazioni e consigli sull'uso di alcol e sostanze dovrebbe essere dato regolarmente e non solo su richiesta degli assistiti e delle loro famiglie, così come informazioni su fattori di rischio e fattori protettivi e sui servizi specialistici presenti sul territorio.

I pediatri dovrebbero monitorare un eventuale passaggio da uso occasionale a un uso più regolare e/o in situazioni rischiose; dovrebbero altresì dare assistenza nell'after care.

Le strategie consigliate non differiscono nella sostanza da quelle utilizzate nell'adulto, eventualmente modificate in funzione dello specifico target.

Un recente studio utilizza in maniera positiva il setting del pediatra di base per lo screening dell'uso di alcol nei genitori degli assistiti afferenti, identificando come positivo un familiare su 9 (11%). La maggior parte dei partecipanti aveva accettato lo screening come parte della routine di visita del bambino; allo stesso modo la maggior parte dei soggetti risultanti positivi aveva accettato sia di parlarne che un intervento di counseling sull'effetto del loro bere sul minore. La maggiore difficoltà riscontrata nelle madri risultate positive non sembra aver influito sull'onestà delle risposte allo screening.

2. Classificazione della popolazione in base al consumo di alcol

La popolazione generale può essere suddivisa in diverse categorie in base al rischio di sviluppare una conseguenza correlata al consumo di alcol (vedi Tabella 1). In dettaglio, la categoria associata al minor rischio è costituita dagli individui astemi mentre quella associata al maggior rischio è costituita dai soggetti affetti da abuso o dipendenza da alcol.

Tra questi due estremi sono compresi gli individui che assumono bevande alcoliche ma non soddisfano i criteri diagnostici della dipendenza o dell'abuso di alcol.

Più specificatamente, secondo l'Istituto Nazionale americano sull'Abuso di Alcol e Alcolismo (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, NIAAA) gli uomini che assumono 5 o più bevande alcoliche per singola occasione o più di 14 per settimana e le donne che assumono 4 o più bevande alcoliche per singola occasione o più di 7 per settimana (una bevanda alcolica contiene circa 12-14 grammi di alcol puro, vedi Tabella 2) costituiscono la categoria dei "consumatori a rischio" mentre gli individui che assumono quantità inferiori di alcol sono considerati "consumatori moderati".

In alcune situazioni nessuna quantità di alcol può essere considerata scevra da rischi come, ad esempio, durante l'adolescenza, durante la gravidanza o in occasione di patologie che possono essere aggravate dal consumo di alcol o il cui trattamento possa risentire di tale consumo.

Secondo l'OMS gli individui che assumono quantità di alcol tali da aumentare il rischio di conseguenze avverse appartengono alla categoria dei "consumatori azzardati".

Secondo la Società Americana di Psichiatria (American Psychiatric Association, APA), la dipendenza da alcol viene classificata tra i disturbi mentali. In dettaglio, questo disturbo è caratterizzato da una modalità patologica di consumo di alcol che conduce a menomazione o a disagio clinicamente significativi e si manifesta con almeno tre dei seguenti criteri nell'arco di 12 mesi:

 tolleranza (ovvero la necessità di assumere quantità maggiori di alcol per raggiungere l'intossicazione o un determinato effetto desiderato o la percezione di effetti di intensità inferiore in seguito al consumo continuativo delle stesse quantità);

- (2) astinenza (ovvero l'insorgenza della caratteristica sindrome in seguito alla sospensione o alla forte riduzione del consumo di alcol o dalla sua assunzione al fine di attenuare o evitare i sintomi della sindrome d'astinenza);
- (3) assunzione di alcol in quantità maggiore o per periodi superiori a quanto previsto;
- (4) desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare il consumo di alcol;
- (5) grande dispendio di tempo in attività finalizzate a procurarsi le bevande alcoliche (per es., guidando per lunghe distanze), o per consumarle o per riprendersi dagli effetti dell'alcol;
- (6) interruzione o riduzione di importanti attività sociali, lavorative o ricreative a causa del consumo di alcol:
- (7) consumo continuativo di alcol nonostante la consapevolezza di avere un problema causato o esacerbato da tale consumo.

Questa definizione di dipendenza, riportata nella quarta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (Diagnostic and Statistical Mental Disorders Manual TR-IV, DSM-TR-IV), risulta praticamente uguale a quella elaborata dall'OMS e riportata nella 10° edizione della Classificazione Internazionale delle Malattie (International Classification of Diseases, ICD10).

L'unica differenza tra le due definizioni riguarda il numero di criteri, pari a 6 secondo l'OMS e a 7 secondo l'APA.

Nonostante l'accordo sulla definizione di dipendenza, ancora oggi molto spesso per definire questo disturbo viene utilizzato il termine più popolare di "alcolismo". Infine, secondo l'APA, l'abuso di alcol è caratterizzato da una modalità patologica di consumo di alcol che comporta menomazione o disagio clinicamente significativi, che si manifesta con la comparsa di almeno una o più delle seguenti condizioni ripetutamente nel corso di 12 mesi:

- (a) consumo di alcol che impedisca di realizzare i propri compiti (per es. ripetute assenze o scarse prestazioni lavorative; assenze, sospensioni, o espulsioni da scuola; trascuratezza nella cura dei bambini o della casa);
- (b) ricorrente consumo di alcol in situazioni fisicamente rischiose (per es. guidando un'automobile);
- (c) ricorrenti problemi legali correlati al consumo di alcol (per es. arresti per condotta molesta);
- (d) consumo di alcol continuativo nonostante persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati da tale consumo (per es. discussioni coniugali sulle conseguenze delle intossicazioni, scontri fisici).

L'abuso e la dipendenza, secondo l'APA, rappresentano i "disturbi da uso di alcol" (AUDs)".

Secondo l'OMS, gli individui che assumono alcol e presentano anche un problema fisico o mentale o ad

entrambi rientrano nella categoria del "consumo dannoso di alcol".

Secondo tali definizioni, le due categorie "abuso" e "consumo dannoso" non descrivono gli stessi individui. Per semplificare la classificazione degli individui in base al consumo di alcol è stata utilizzata la definizione "unhealthy alcohol use", che, in italiano, potrebbe essere tradotta come "consumo non sicuro di alcol".

Questa definizione viene utilizzata per indicare tutte le persone con un consumo di alcol che comporta un importante fattore di rischio per la salute e cioè tutte le categorie dello spettro del consumo di alcol escluso gli astemi e i consumatori moderati.

3. Strumenti diagnostici

3.1. Anamnesi

Una accurata anamnesi alcologica dovrebbe raccogliere una serie di informazioni relative al consumo di alcol che consentano di individuare la categoria di rischio a cui appartiene il paziente in esame.

In dettaglio, l'anamnesi alcologica dovrebbe indagare la possibile presenza di familiarità per la dipendenza da alcol attraverso la raccolta di informazioni relative al consumo nei familiari del paziente (genitori, nonni, zii e zie).

Quindi, l'anamnesi dovrebbe indagare l'età di inizio del consumo di alcol e la quantità di alcol assunto giornalmente o settimanalmente espresso in unità alcoliche.

In caso il paziente riferisca periodi di consumo eccessivo di alcol, si dovrebbe valutare l'inizio di questi periodi, gli eventuali fattori scatenanti e le quantità assunte in tali periodi. Ancora, dovrebbero essere indagati gli eventuali trattamenti effettuati in tali periodi (ricoveri ospedalieri, trattamenti in regime ambulatoriale, trattamenti farmacologici e frequentazione di Associazioni attive nel trattamento dell'alcolismo).

Infine dovrebbe essere valutata attentamente la possibile presenza di altri disturbi mentali quali ad esempio episodi depressivi maggiori, disturbi di ansia o abuso di altre sostanze psicoattive che possono essere sospettati in caso di comportamenti aggressivi o di evitamento, alterazioni del pensiero, amnesie che possono esitare nella confabulazione, difficoltà di concentrazione, "scoloramento" delle esperienze emozionali (con alexitimia), alterazioni della postura (rigidità) e della deambulazione (atassia), deficit cognitivi e inadeguatezza di fronte a nuovi compiti, gelosia patologica e idee suicidarie.

3.2. Esame objettivo

L'esame obiettivo consente di valutare la presenza di una serie di segni e/o sintomi che possono essere di aiuto per porre diagnosi di AUDs o di consumo eccessivo di alcol.

In base al momento della loro insorgenza, i segni e/o sintomi possono essere definiti precoci, di stato, tardivi e stabilizzati (vedi Tabella 3).

E importante tenere a mente che alcuni di questi sintomi e segni possono presentarsi in varie combinazioni tra loro mentre altri possono non manifestarsi mai.

3.3. Marker ematici

L'alcol viene eliminato dal nostro organismo più o meno alla velocità di una bevanda alcolica all'ora.

Per tale ragione, la determinazione di alcol nei vari fluidi biologici quali ad esempio, sangue, urine, saliva o aria espirata risulta positiva solo per un breve periodo di tempo successivo all'assunzione di alcol.

Questa limitata durata nel tempo non consente di utilizzare la determinazione di alcol nel fluidi biologici per la diagnosi di dipendenza o per il monitoraggio delle ricadute durante un trattamento.

Al contrario, altri marker risultano positivi per periodi di tempo superiori e costituiscono degli utili strumenti diagnostici o di monitoraggio, quali, ad esempio, il volume corpuscolare medio (MCV), la gamma-glutamil-transpeptidasi (GGT), le transaminasi (AST e ALT), la transferrina desialata (CDT) e l'etilglucuronide (EtG).

Ciascuno di questi marker presenta però alcuni svantaggi che limitano il loro utilizzo nella pratica clinica quali marker del consumo eccessivo di alcol.

3.3.1. GGT

La determinazione dei livelli di GGT costituisce probabilmente il marker più frequentemente utilizzato di consumo eccessivo anche perché viene effettuato di routine, in tutti i laboratori di analisi con un costo moderato.

Il valore normale di GGT è inferiore a 40-50 U.I./l.

È stato osservato che un consumo cronico di 4 o più bevande alcoliche al giorno aumenta tali livelli e sono necessarie 4-5 settimane di astensione perché i livelli ritornino entro i valori di normalità.

La GGT non costituisce però un marker particolarmente sensibile: è stato calcolato che tali livelli risultano alterati solo nel 30-50% degli individui che assumono quantità eccessive di alcol.

Inoltre, molte altre condizioni possono indurre un aumento dei livelli di GGT quali ad esempio, le epatopatie, le cardiopatie, le nefropatie, l'obesità, il diabete e i farmaci anticoagulanti e antiepilettici.

3.3.2. MCV

La determinazione dei valori di MCV costituisce un esame di costo moderato, utilizzato frequentemente quale marker di consumo eccessivo.

Il volume medio degli eritrociti è normalmente pari o inferiore a 98 femtolitri (1 fL = 10^{-15} L). È stato osservato che il consumo eccessivo di alcol aumenta questo valore e sono necessari 2-4 mesi di astensione dal consumo di alcol perché si normalizzino.

Anche il valore di MCV non costituisce un marker particolarmente sensibile: è stato valutato infatti che meno del 50% degli individui con un consumo eccessivo di alcol mostra un aumento del valore di MCV; inoltre, molte altre condizioni possono indurre un aumento del valore di MCV quali ad esempio, le epatopatie non alcoliche, il fumo, l'età avanzata, i farmaci anticonvulsivanti, la carenza di Vit. B12 e di acido folico.

Nonostante queste limitazioni, il valore di MCV costituisce il miglior marker, tra quelli tradizionali, di consumo tra le donne.

3.3.3. ALT e AST

Il consumo eccessivo di alcol può indurre un aumento delle transaminasi aspartato-transferasi (AST, chiamata anche siero-glutammico-ossalacetico-transaminasi, SGOT) e alanina-transferasi (ALT, o siero-glutammico-piruvico-transaminasi, SGPT) i cui valori normali risultano rispettivamente inferiori a 50 U.I./l e a 45 U.I./l. In particolare, un valore del rapporto tra AST e ALT superiore a 2,0 suggerisce che sia l'alcol la causa dell'incremento mentre un valore inferiore a 1,0 praticamente esclude l'alcol dalle possibili cause.

Le alterazioni dei valori di AST ed ALT causate dal consumo di alcol richiedono circa due settimane di astensione per rientrare nei valori normali.

Molteplici altre condizioni possono però indurre un aumento di questi enzimi quali ad esempio, l'infarto del miocardio (in questo caso l'aumento di ALT e AST è in genere di lieve entità e di breve durata) e muscolare (in questa evenienza l'aumento di ALT e AST si verifica in associazione a quello di un altro enzima, la creatinfosfo-chinasi).

3.3.4. CDT

Nel 2001, la CDT è stata approvata come marker di consumo eccessivo di alcol dall'ente Food and Drug Administration.

La CDT è una glicoproteina che deriva dalla transferrina, proteina sintetizzata e rilasciata dal fegato con la funzione di trasportare il ferro.

È stato osservato che un consumo pari a 4-5 bevande alcoliche al giorno per una o due settimane comporta una riduzione della porzione glucidica della molecola della transferrina, dando luogo ad un aumento della concentrazione plasmatica di CDT, di solito espressa come valore percentuale della transferrina totale (%CDT): il valore plasmatico di CDT considerato indicativo di un consumo eccessivo di alcol è superiore al 6%.

Rispetto ai precedenti marker, la CDT aumenta in un numero minore di altre condizioni quali, ad esempio, la cirrosi biliare, l'epatite cronica attiva e il carcinoma epatico.

Ancora, la durata dell'astensione necessaria per la normalizzazione della CDT è inferiore rispetto a quella richiesta dagli altri marker ed è pari a circa due settimane.

Il significato dell'aumento della %CDT è analogo a quello della emoglobina glicosilata nel monitoraggio del trattamento del diabete, con la differenza che la %CDT fornisce informazioni relative al consumo di alcol nelle ultime due settimane mentre l'emoglobina glicosilata fornisce indicazioni relative alle glicemie negli ultimi 3 mesi

Per tale ragione, nel monitoraggio del trattamento della dipendenza da alcol è stato proposto di richiedere il dosaggio della CDT ogni due settimane.

Anche la CDT presenta delle limitazioni: ad esempio, i valori di CDT possono non risultare attendibili nelle donne che assumono quantità eccessive di alcol perché i valori di CDT registrati nelle donne che non assumono bevande alcoliche risultano di norma più elevati rispetto a quelli registrati negli uomini che non assumono bevande alcoliche.

Inoltre, la CDT risulta un test particolarmente costoso perché la metodica necessaria per la sua misurazione è lunga e laboriosa.

3.3.5. Etilglucuronide (EtG)

L'etilglucuronide è un metabolita minore dell'alcol, pari a circa lo 0.1% di tutto l'alcol metabolizzato.

La determinazione di questo marker risulta positiva nelle urine per un lungo periodo di tempo dal termine della assunzione di alcol.

Nelle urine la sua emivita (tempo necessario perché la sua concentrazione si riduca alla metà) è stimata pari a 3-5 giorni con un picco massimo di concentrazione che si registra dopo 5 ore dall'ingestione di alcol.

L'EtG è presente anche nella matrice cheratinica e la sua determinazione può essere effettuata anche nei capelli.

3.4. Questionari

Diversi strumenti si sono dimostrati efficaci nell'identificazione precoce del consumo di alcol non sicuro come, ad esempio, i questionari AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), CAGE e il test costituito da una singola domanda proposto dall'Istituto NIAAA. Le principali differenze esistenti tra questi strumenti di screening riguardano fondamentalmente il numero di domande di cui sono costituiti, il tempo richiesto per la loro somministrazione e la abilità di distingue-

re le diverse categorie di consumo non sicuro per la salute.

Complessivamente, il questionario AUDIT risulta più efficace nell'identificare i soggetti a rischio (sensibilità: 51%-97%; specificità 78%-96%), mentre il CAGE nell'identificare abuso e dipendenza (sensibilità 43%-94%; specificità 70-97%).

3.4.1. AUDIT

Il questionario AUDIT è stato realizzato dall'OMS per identificare il consumo eccessivo di alcol da parte di individui che non soddisfano i criteri diagnostici della dipendenza (vedi Tabella 4).

In Italia esiste una versione validata del questionario AUDIT e sia la versione cartacea che quella computerizzata hanno dimostrato di essere altrettanto efficaci nell'identificazione dei soggetti a rischio.

In dettaglio, l'AUDIT è costituito da 10 domande relative all'entità del consumo di alcol, alla modalità di tale consumo, alle reazioni avverse e ai problemi ad esso correlati.

A ciascuna domanda può essere assegnato un punteggio variabile da 0 a 4 punti, con un punteggio totale che varia da un minimo di 0 ad un massimo di 40 punti. Il cut-off (valore soglia al di sopra del quale l'esito del questionario viene considerato positivo) suggerito inizialmente per considerare il questionario AUDIT positivo è uguale o superiore a 8 ma recenti studi suggeriscono di utilizzare valori inferiori almeno per le donne.

In generale, utilizzare bassi valori di cut-off aumenta il rischio di falsi positivi cioè di includere soggetti che non assumono quantità eccessive, ma contemporaneamente riduce il rischio di un errore negativo cioè la possibilità di non identificare un individuo che assume quantità eccessive di alcol.

Al contrario, utilizzare cut-off elevati aumenta questo ultimo rischio ma riduce il rischio di errori positivi.

Per le donne è stato suggerito l'utilizzo di un *cut-off* pari o superiori a 4.

Anche l'Istituto NIAAA suggerisce di utilizzare punteggi inferiori non solo per le donne ma anche per gli adolescenti e gli uomini di età superiori ai 60 anni.

I cut-off suggeriti dall'NIAAA sono i seguenti: pari o superiori a 8 per gli uomini di età inferiori ai 60 anni e pari o superiore a 4 per le donne, gli adolescenti e gli uomini di età superiore ai 60 anni.

Il questionario AUDIT può essere somministrato da un operatore sanitario o essere auto-somministrato e la sua somministrazione richiede circa 5 minuti.

Nonostante le segnalazioni di sensibilità e specificità del questionario AUDIT, la letteratura internazionale e nazionale ha evidenziato i seguenti punti critici nel suo utilizzo nel setting della MG:

1. la lunghezza del test;

2. il problema dell'insorgenza di resistenze a domande molto dirette e a volte di difficile traduzione per un pubblico con bere mediterraneo.

Per risolvere il problema dell'eccessiva lunghezza sono state proposte, anche in Italia, forme ridotte del questionario AUDIT (AUDIT-C, 3 e 4, Fast, ecc., vedi Tabella 5) ancora comunque non utilizzate su vasta scala.

Il problema della resistenza alle domande, sollevato in Italia per primi da due studi naturalistici condotti nel setting di MG e comparsi sulla rivista italiana di MG (il primo condotto in Veneto ed il secondo in FVG, sulla applicazione di AUDIT all'interno del software Millewin), segnalavano una grande variabilità di identificazione attraverso vari sperimentatori.

Questo porterebbe a suggerire modalità di somministrazione guidate, con previsione di brevi training per favorirne la corretta applicazione.

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) raccomanda l'uso del questionario AUDIT e suggerisce i seguenti interventi in base al punteggio ottenuto:

- per punteggi inferiori a 8, effettuare un intervento informativo;
- per punteggi inferiori a 13, un intervento breve inteso a ridurre i consumi;
- per punteggi superiori a 13, un intervento breve inteso all'invio specialistico.

3.4.2. AUDIT Fast

Il questionario AUDIT Fast è costituito da 4 domande che possono essere autosomministrate o somministrate da un operatore, relative alle massime quantità di alcol assunte, la presenza di amnesie, episodi di perdita di controllo e di segnalazione di bere eccessivo da parte degli altri.

Il questionario AUDIT Fast è stato validato nei dipartimenti di emergenza, nella medicina generale e in sede ambulatoriale.

In particolare, esso è utile in mancanza di tempo o in setting molto affollati.

3.4.3. AUDIT 3

L'AUDIT 3 consiste nella somministrazione delle prime tre domande del questionario AUDIT a 10 item.

In Italia la verifica dell'efficacia d'uso e della predittività è stata valutata all'interno del progetto PRISMA (Progetto per la promozione di strategie di prevenzione precoci dell'alcol-dipendenza per la riduzione del danno alcol correlato nei setting e nei servizi socio-sanitari di base - Ministero della Salute).

3.4.4. CAGE

Il questionario CAGE è lo strumento di screening maggiormente utilizzato per l'identificazione dei disturbi da uso di alcol (vedi Tabella 6).

Il suo nome è un acronimo che deriva dalle iniziali delle parole chiave delle quattro domande di cui è costituito:

- "Ridurre il consumo: Cut down";
- "Essere infastidito: Annoyed";
- "Sentirsi in colpa: Guilty";
- "Al momento del risveglio: Eye opener".

Il questionario CAGE è considerato positivo quando a due o più domande si ottengono risposte affermative ma, un *cut-off* pari a 1 è spesso raccomandato.

Le quattro domande presentano il vantaggio di essere facilmente ricordabili e rapidamente somministrabili da parte del MMG.

Nonostante queste caratteristiche, è stato riportato che il questionario CAGE viene comunque utilizzato raramente come dimostra il numero esiguo di individui affetti da dipendenza da alcol che ricevono una diagnosi e un trattamento.

3.4.5. Singola domanda di screening

Infine, l'Istituto NIAAA ha elaborato una Guida destinata ai MMG che è stata recentemente tradotta in italiano.

In questa Guida, viene suggerito quale strumento di screening per il consumo non sicuro di alcol di rivolgere a tutti i pazienti una singola domanda.

In dettaglio, la Guida prevede la seguente domanda preliminare: "Le capita di assumere bevande alcoliche?". Se la risposta alla domanda preliminare è negativa, l'intervista viene conclusa.

In caso di risposta positiva, si prosegue con la seguente domanda: "Quante volte nel corso dell'ultimo anno ha assunto 5 o più bevande alcoliche al giorno (o 4 per le donne)?". Secondo la Guida dell'Istituto NIAAA, lo screening viene considerato positivo se la risposta è pari a 1 o più.

Uno studio recente ha dimostrato che questa domanda è particolarmente sensibile e specifica nell'identificare il consumo di alcol non sicuro proprio nel *setting* della medicina di base.

3.4.6. CRAFFT

Per l'identificazione precoce del consumo di alcol negli adolescenti l'AAP raccomanda per i soggetti sotto i 20 anni un questionario autosomministrato composto da serie di domande ricordabili con l'acronimo CRAFFT: "Car": sei mai stato in un'auto guidata da te o qualcun altro che aveva assunto alcol o altre sostanze?";

"Relax": Assumi alcol o altre sostanze per rilassarti o sentirti meglio?;

"Alone": Assumi alcol o altre sostanze quando sei solo?; "Forget": Ti sei mai dimenticato cosa hai fatto sotto l'effetto di alcol o altre sostanze?;

"Friends": La tua famiglia o un tuo amico ti hanno mai suggerito di ridurre il consumo di alcol o di altre sostanze?;

Trouble": Ti sei mai trovato nei guai a causa del consumo di alcol o di altre sostanze?).

La positività ad almeno due risposte, riferite agli ultimi 12 mesi, suggerisce la presenza di un serio problema con alcol o altre sostanze.

In realtà molti altri test o questionari cartacei sono stati sviluppati per lo *screening* negli adolescenti, orientati alla rilevazione di PAC o di alcol ed altre sostanze pressoché nessuno comunque utilizzato in Italia.

Alcune considerazioni generali riguardano aspetti peculiari quali: il maggior utilizzo di questionari che considerano varie sostanze piuttosto che l'alcol da solo, a causa della maggior frequenza negli adolescenti dell'uso di varie sostanze contemporaneamente; i diversi tempi di sviluppo dei problemi associati a sostanze se paragonati a quello degli adulti; il ruolo rivestito dall'uso di sostanze ed i processi evolutivi ad esso connessi che rendono ragione della frequenza con cui alcuni sintomi di abuso possano essere soddisfatti anche in soggetti che nel tempo non evolvono nella direzione di una dipendenza, differentemente che nella popolazione adulta. L'affidabilità dei test cartacei per gli adolescenti è stata

L'affidabilità dei test cartacei per gli adolescenti è stata comunque riscontrata valida quanto negli adulti con piccole specificazioni (vedi Tabella 7).

4. Intervento breve

È stato dimostrato che un colloquio definito "intervento breve" è in grado di ridurre il consumo di alcol da parte degli individui che assumono quantità eccessive di alcol ma non soddisfano i criteri diagnostici della dipendenza de alcol

In dettaglio, l'intervento breve è costituito da un colloquio della durata di 10-15 minuti, durante il quale il MMG espone chiaramente al paziente le proprie conclusioni e raccomandazioni relative al consumo di alcol e quindi valuta la disponibilità del paziente a cambiare le proprie abitudini (Figg. 1-4).

Il MMG, durante il colloquio dovrebbe offrire al paziente la propria disponibilità ad aiutarlo e sostenerlo nel tempo

Una recente revisione sistematica della letteratura, attraverso la valutazione dei risultati ottenuti in 21 studi clinici randomizzati, su un campione di oltre 7.000 individui, ha concluso che l'intervento breve è efficace nel ridurre in modo significativo e duraturo nel tempo il consumo eccessivo di alcol (Kaner e coll., 2007).

L'intervento breve nel *setting* della MG può essere più o meno breve o includere il ricorso ad uno specialista (Vedi Tabella 8).

Il livello di intervento necessario per un determinato individuo dipende dalla gravità del disturbo da uso di alcol, dall'eventuale uso di altre sostanze psicoattive (tabacco o sostanze illegali), dalla presenza di altri problemi medici o psichiatrici, così come dal setting, dalle

competenze e dall'interesse del medico, e dal tempo disponibile.

I medici con un tempo limitato potrebbero voler ricorrere ad un intervento di livello 1 per tutti i pazienti che assumono alcol oltre i limiti raccomandati e, alla visita di *follow up*, rimandare allo specialista per il trattamento della dipendenza da alcol quei pazienti che non hanno risposto all'intervento di livello 1.

In particolare, l'intervento breve di livello 1 consiste in una o due semplici affermazioni. Questo livello è strettamente centrato sul medico: egli riferisce di essere preoccupato per il consumo di alcol del paziente, che eccede i limiti raccomandati e che potrebbe portare l'insorgenza di PAC.

Il medico quindi consiglia al paziente di ridurre al minimo o di sospendere completamente il consumo di alcol. L'intervento breve di livello 2 comprende due brevi incontri con il paziente, programmati a distanza di un mese l'uno dall'altro, ciascuno seguito da un colloquio telefonico a distanza di 2 settimane.

Questo intervento, utilizzato in una sperimentazione clinica condotta con pazienti di MMG, è risultato efficace nel ridurre il consumo di alcol fino a quattro anni successivi l'intervento. I pazienti che avevano ricevuto l'intervento avevano infatti ridotto il consumo di alcol, i giorni di ospedalizzazione e i ricoveri rispetto ai pazienti del gruppo di controllo.

Infine, il livello 3 è un livello di intervento breve più esteso, di circa 15-20 minuti, in cui vengono utilizzate strategie atte ad aumentare la motivazione del paziente a modificare il proprio consumo di alcol.

Ad esempio possono essere fornite al paziente informazioni sulle conseguenze negative del consumo di alcol, sui rischi della comparsa di ulteriori problemi e sui potenziali benefici dell'astensione dal consumo di alcol. Questo tipo di intervento è indicato per pazienti che presentano sintomi di abuso o dipendenza da alcol, per i quali l'astensione dal consumo di alcol potrebbe essere l'obiettivo primario.

Il ricorso ad uno specialista è spesso una componente di questo tipo di intervento.

L'intervento breve è una forma di counseling, ovvero una interazione tra un consulente ed un cliente all'interno di una relazione di aiuto.

L'obiettivo del counseling è quello di aiutare il cliente a sviluppare, attraverso un processo di chiarificazione progressiva, la propria autonomia decisionale rispetto ad un determinato problema, valorizzando e sviluppando le risorse individuali.

Gli interventi di *counseling* possono essere più o meno strutturati e più o meno direttivi, ma hanno in comune l'enfasi posta alla qualità della relazione che deve essere caratterizzata dal saper ascoltare e dal saper osservare nel "qui ed ora" in un rapporto necessariamente empatico.

In campo sanitario i vari tipi di *counseling*, brevi o meno, vedono una maggiore presenza di funzioni di tipo

educativo ed informativo, con un maggior utilizzo di componenti psico-educative rispetto al *counseling* applicato in altri campi.

Il Colloquio Motivazionale (*Motivational Interwieving* – MI) non è altro che una particolare forma di *counseling*, in genere sviluppata in poche sessioni come intervento a sé stante, come preludio ad un trattamento o in combinazione con componenti di altri trattamenti, nel qual ultimo caso viene definito AMIs (*Adaptation of MI*) cioè MI adattato.

Un esempio ne è la MET (Motivational Enhancement Therapy) che combina MI col feedback personalizzato della valutazione.

Gli interventi brevi motivazionali considerano anche essi la somministrazione di un *counseling* in una o più incontri di durata variabile (da una decina di minuti ad oltre 1 ora), in ogni caso di poche sessioni.

Caratteristicamente essi, come AMIs, vengono applicati a *setting* quali la MG o altri con tempi di intervento molto limitato, quale, ad es., il Pronto Soccorso.

Sono stati proposti anche interventi motivazionali brevi strutturati come ad esempio quello introdotto quasi 25 anni fa da Miller e Sanchez e definito dall'acronimo FRAMES (Feedback, Responsability, Advice, Menu of Strategy, Empathy, Self Efficacy).

Una serie di revisioni su interventi brevi motivazionali in vari setting hanno concluso che essi risultavano efficaci in un'ampia varietà di comportamenti correlati alle sostanze.

È stato inoltre osservato che l'efficacia è correlata al tempo di somministrazione e al numero di sessioni.

In generale ciò risulta particolarmente interessante in setting con possibilità di contatti brevi e ripetuti nel tempo come quello della MG.

Infine, è stato concluso che la maggior parte degli interventi brevi ha come ingrediente almeno qualche elemento di natura motivazionale.

5. Conclusioni

Il MMG dovrebbe sempre indagare il consumo di alcol durante la prima visita di ciascun paziente e, durante le visite successive, valutare eventuali cambiamenti insorti. Infatti, il MMG si trova nella posizione ideale per identificare precocemente i pazienti con un consumo di alcol non sicuro e intervenire, se necessario.

Molto spesso il MMG è il primo operatore sanitario che viene consultato direttamente dal paziente o indirettamente da un suo familiare.

Il MMG può essere consultato per diverse ragioni, a esempio per l'insorgenza di un disturbo correlato al consumo di alcol, come una gastrite, l'ipertensione arteriosa o l'insonnia.

A volte il paziente può non essere consapevole della relazione esistente tra il consumo di alcol e il disturbo medico.

In questo caso, la semplice spiegazione fornita dal MMG accompagnata dal suggerimento di sospendere o ridurre significativamente il consumo di alcol può risultare sufficiente per far regredire il disturbo.

Altre volte il MMG può essere contattato da un familiare di un paziente affetto da dipendenza da alcol. In questo caso, il primo compito del MMG consisterà nell'accertare la diagnosi, compito che può essere ostacolato dalla negazione o minimizzazione caratteristiche dei pazienti affetti da dipendenza.

Una volta accertata la diagnosi, il MMG dovrebbe suggerire al paziente di rivolgersi presso un centro specia-

Ma, anche in questa fase il MMG può incontrare le resistenze dei pazienti che spesso non accettano di recarsi presso un centro specializzato per il trattamento della dipendenza, quale, ad esempio i Servizi per le Dipendenze.

È stato però osservato che anche i pazienti che non accettano di essere seguiti in un centro specializzato possono comunque migliorare significativamente attraverso visite periodiche, focalizzate sul consumo di alcol, con un operatore sanitario.

Nonostante queste premesse, molto spesso i MMG non rivolgono ai propri pazienti domande relative al consumo di alcol e, di conseguenza, il consumo eccessivo e la dipendenza non vengono diagnosticati.

Ad esempio, uno studio condotto presso gli ambulatori dei MMG degli Stati Uniti ha evidenziato che solo il 10% dei pazienti affetti da dipendenza da alcol aveva ricevuto una diagnosi per tale disturbo dal proprio MMG.

I disturbi da uso di alcol vengono spesso misconosciuti anche in altri setting clinici come, ad esempio, nella salute mentale.

Uno studio condotto presso un ospedale psichiatrico ha stimato che solo un quarto dei pazienti affetti da dipendenza da alcol e da un altro disturbo mentale aveva registrato in cartella la dipendenza da alcol.

Anche uno studio condotto in Italia ha confermato la grave sottostima dei disturbi da uso di alcol tra i pazienti ambulatoriali per il trattamento di un altro disturbo mentale.

Diversi fattori possono contribuire alla sottostima dei disturbi da uso di alcol e al consumo eccessivo di alcol. A volte alcuni medici non rivolgono domande relative al consumo di alcol ai propri pazienti nel timore che essi possano offendersi, altri addirittura ritengono che la dipendenza da alcol non sia un disturbo medico e come tale non possa beneficiare di un trattamento.

Ancora, è stato osservato che la formazione nel campo dell'alcologia è carente sia negli Stati Uniti che in Italia. In accordo i medici ritengono che le dipendenze da alcol o altre sostanze costituiscano disturbi difficili da

Complessivamente, negli Stati Uniti è stato calcolato che solo il 6% dei pazienti affetti da dipendenza da alcol riceve uno specifico trattamento e meno del 1% riceve un trattamento farmacologico.

In Italia i dati ministeriali riportano che su 3½ milioni di individui che abusano di alcol e su un milione di individui affetti da dipendenza di alcol, solo 60.000 individui (approssimativamente 6% dei pazienti alcolisti) ricevono un trattamento sanitario.

Questo trattamento nasce essenzialmente dalla frequenza dei Servizi territoriali specialistici.

I MMG dispongono di pochi strumenti farmacologici a cui appoggiarsi; farmaci che, invece, sono parte della attività dei Servizi.

In questo senso va notato che il ruolo dei MMG si differenzia da quello abituale della sua attività, nella dinamica malattia-farmaco.

Comunque, come sopra riportato, solo una piccola percentuale dei pazienti affetti da dipendenza da alcol cerca e riceve un trattamento sia perché la maggior parte dei pazienti sono convinti di riuscire a smettere di assumere bevande alcoliche da soli ma, soprattutto perché la quasi totalità non nutre alcuna fiducia nei trattamenti disponibili.

Invece è stato dimostrato che i trattamenti disponibili nel campo dell'alcologia possono ottenere ottimi risultati, come ad esempio, l'intervento breve effettuato dal MMG.

Cambiare questa falsa percezione sul consumo eccessivo di alcol e l'efficacia dei trattamenti costituisce un passaggio obbligatorio per aumentare il numero di individui che in futuro possano ricevere un inquadramento diagnostico e un trattamento corretti.

6. Referenze bibliografiche

American Psychiatric Association (2000), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition, Text Revision, DSM-IV-TR, Washington DC.

Conigrave K.M., Davies P., Haber P., Whitfield J.B. (2003), "Traditional markers of excessive alcohol use", Addiction, Dec, 98, Suppl 2, pp. 31-43.

Cross G.M., Hoffman K.J. (1994), Alcoholism, in Taylor RB (ed.), Family Medicine. Principle and Practice, fourth edition, Springer-Verlag, N.Y., pp. 451-61.

Cyr M.G., McGarry K.A. (2002), "Alcohol use disorders in women. Screening methods and approaches to treatment", Postgrad Med, Dec, 112(6), pp. 31-2, 39-40, 43-7.

Donovan D.M. (2003), "Assessment to Aid in the Treatment Planning Process", in Allen J.P., Wilson V.B. (eds.), Assessing Alcohol Problems. A Guide for Clinicians and Researchers (pp. 125-188). Second Edition, Revised. NIH Publication n. 03-3745, NIAAA, Bethesda, MD.

Drummond D.C., Thom B., Brown C., Edwards G., Mullan M.J. (1990), "Specialist versus practitioner treatment of problem drinkers", Lancet, 336, pp. 915-918.

Ferguson L., Ries R., Russo J. (2003), "Barriers to identification and treatment of hazardous drinkers as assessed by

- urban/rural primary care doctors", *J Addict Dis*, 22, pp. 79-90.
- Fiellin D.A., Reid M.C., O'Connor P.G. (2000), "Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review", *Arch Intern Med*, Jul 10, 160(13), pp. 1977-89.
- Fleming M.F., Mundt M.P., French M.T. et al. (2002), "Brief physician advice for problem drinkers: Long-term efficacy and benefit-cost analysis", Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 26(1), pp. 36-43.
- Fleming M.F. (2006), "Screening ed intervento breve nel setting della medicina di base", Medicina delle Tossicodipendenze, 51, pp. 39-45.
- Helander A. (2003), "Biological markers in alcoholism", *J Neural Transm*, Suppl., (66), pp. 15-32.
- Hodgson R., Alwyn T., John B. (2002), "The fast alcohol screening test", *Alcohol and Alcoholism*, 37, pp. 61-66.
- Kaner E., Beyer F., Dickinson H., Pienaar E., Campbell F., Schlesinger C., Heather N., Saunders J., Burnand B. (2007), "Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations", Cochrane Database Syst Rev, 18(2):CD004148.
- Kulig J.W. and and the Committee on Substance Abuse (2005), "Tobacco, Alcohol, and Other Drugs: The Role of the Pediatrician in Prevention, Identification, and Management of Substance Abuse", *Pediatrics*, 115, pp. 816-821.
- McGlynn E.A., Asch S.M., Adams J. et al. (2003), "The quality of health care delivered to adults in the United States", N Engl J Med, 348(26), pp. 2635-2645.
- Miller & S. Rollnick, *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed. pp.), Guilford Press, New York.
- Montalto N.J., Bean P. (2003), "Use of contemporary biomarkers in the detection of chronic alcohol use", *Med Sci Monit*, Dec, 9(12):RA285-90.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism and National Institute of Health (2005), *Helping Patients Who Drink Too Much*, Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, www.niaaa.nih.gov.
- Niemelä O. (2007), "Biomarkers in alcoholism", *Clin Chim Acta*, Feb, 377(1-2), pp. 39-49.
- Noonan W.C., Moyers T.B. (1997), "Motivational interviewing: A review", *Journal of Substance Misuse*, 2, pp. 8-16.
- O'Brien C.P. (2008), "The CAGE questionnaire for detection of alcoholism: a remarkably useful but simple tool", *JAMA*, 300(17), pp. 2054-6.
- O'Connor P.G., Schottenfeld R.S. (1998), "Patients with alcohol problems", *The New England Journal of Medicine*, 338, pp. 592-602.
- Piccinelli M. (1997), "Efficacy of the alcohol use disorders identification test as a screening tool for hazardous alcohol intake and related disorders in primary care: a validity study", *BMJ*.
- Pouletty P. (2002), "Drug addictions: towards socially accepted and medically treatable diseases", *Nature Reviews Drug Discovery*, 1, pp. 731-736.
- Reinert D.F., Allen J.P. (2007), "The alcohol use disorders identification test: an update of research findings" *Alcohol Clin Exp Res*, Feb, 31(2), pp. 185-99.

- Reynaud M., Schellenberg F., Loisequx-Meunier M.-N., Scwan R., Maradeix B., Planche F., Gillet C. (2000), "Objective diagnosis of alcohol abuse: compared values of Carbohydrate-deficient transferrin (CDT), g-glutamyl transferase (GGT), and mean corpuscolar volume (MCV)", Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 24, pp. 1414-1419.
- Rollnick S., Allison J., Ballasiotes S., Barth T., Butler C.C., Rose G.S., Rosengren D.B. (2002), "Variations on a Theme: Motivational Interviewing and Its Adaptations", in Miller W.R., Rollnick S., *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed. pp.), Guilford Press, New York.
- Rubak S., Sandboek A., Lauritzen T., Christensen B. (2005), "Motivational interviewing: a systematic review and metaanalysis", *British Journal of General Practice*, 55, 513, pp. 305-312.
- Saitz R. (2005), "Unhealthy alcohol use", *N Engl J Med*, Feb 10, 352(6), pp. 596-607.
- Saunders J.B., Aasland O.G., Babor T.F., de la Fuente J.R., Grant M. (1993), "Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption II", Addiction, Jun, 88(6), pp. 791-804.
- Scafato E., Allamani A., Patussi V. (2006), Project on Identification and Management of Alcohol-related Problems in Primary Health Care Report on Phase IV, Chapter 11: Italy, www.who.int.
- Schuckit M.A. (2006a), Drug and alcohol abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment, Sixth edition, Springer, New York, NY, USA.
- Schuckit M.A. (2009), "Alcohol-use disorders", *Lancet*, Feb 7;373(9662), pp. 492-501.
- Smith P.C., Schmidt S.M., Allensworth-Davies D., Saitz R. (2009), "Primary care validation of a single-question alcohol screening test", *J Gen Intern Med*, Jul, 24(7), pp. 783-8.
- Strategia comunitaria volta ad affiancare gli Stati membri nei loro sforzi per ridurre i danni derivanti dal consumo di alcol. Risoluzione del Parlamento europeo del 5 settembre 2007 su una strategia comunitaria volta ad affiancare gli Stati membri nei loro sforzi per ridurre i danni derivanti dal consumo di alcol (2007/2005(INI), Gazzetta ufficiale dell'Unione Europea, C 187E/160, 24.07.2008.
- Struzzo P.L., DeFaccio S., Moscatelli E., Scafato E. (2006), "per il gruppo di ricerca prisma, identificazione precoce dei bevitori a rischio in assistenza primaria in Italia: adattamento del questionario AUDIT e verifica dell'efficacia d'uso dello short-audit test nel contesto nazionale", Bollettino per le Farmacodipendenze e l'alcoolismo, XXIX, n. 1-2
- Vasilaki E.I., Hosier S.G., Cox W.M. (2006), "The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review", *Alcohol and Alcoholism*, 41, pp. 328-35.
- WHO (1998), Regional Office for Europe, Alma-Ata, WHO, www.who.dk, pp. 1-2.
- WHO (2000), Preventing suicide a resource for General Physicians, Geneva.

- Willenbring M.L., Olson D.H. (1999), "A randomized trial of integrated outpatient treatment for medically ill alcoholic men", Arch Intern Med, 13, 159(16), pp. 1946-1952.
- Wurst F.M., Alling C., Aradottir S., Pragst F., Allen J.P., Weinmann W., Marmillot P., Ghosh P., Lakshman R., Skipper G.E., Neumann T., Spies C., Javors M., Johnson
- B.A., Ait-Daoud N., Akhtar F., Roache J.D., Litten R. (2005), "Emerging biomarkers: new directions and clinical applications", Alcohol Clin Exp Res, Mar, 29(3), pp. 465-73.
- Wilson C.R. (2008), "Parental Alcohol Screening in Pediatric Practices", Pediatrics, p. 122;e1022-.

7. Tabelle e figure

Tab. 1 - Classificazione della popolazione in base al consumo di alcol

Definizione	Criteri
Consumo moderato (NIAAA)	Uomini: ≤ 2 bevande alcoliche al giorno Donne: ≤ 1 bevanda alcolica al giorno Uomini di età superiore ai 65 anni: ≤ 1 bevanda alcolica al giorno
Consumo a rischio (NIAAA)	Uomini: > 14 bevande alcoliche a settimana o > 4 bevande alcoliche per singola occasione Donne: > 7 bevande alcoliche a settimana o > 3 bevande alcoliche per singola occasione
Consumo azzardato (OMS)	Persone a rischio di conseguenze avverse
Abuso di alcol (APA)	Modalità patologica di consumo di alcol, che porta a menomazione o a disagio clinicamente signifi cativi, manifestata da una (o più) delle condizioni seguenti entro un periodo di 12 mesi: 1. incapacità di adempiere ai principali compiti sul lavoro, a scuola o a casa; 2. ricorrente consumo di alcol in situazioni rischiose; 3. problemi legali correlati al consumo di alcol; 4. consumo continuativo di alcol nonostante o i problemi sociali o interpersonali. I sintomi non hanno mai soddisfatto i criteri per la dipendenza da alcol.
Consumo dannoso (OMS)	Consumo che risulta in un danno fisico o psicologico
Dipendenza (APA)	 Modalità patologica di consumo di alcol che conduce a menomazione o a disagio clinicamente signi ficativi, manifestata da tre (o più) delle condizioni seguenti, nello stesso periodo di 12 mesi: 1. tolleranza (bisogno di quantità più elevate di alcol o effetti diminuiti con il consumo delle stesso quantità); 2. astinenza (comparsa dei sintomi di astinenza o consumo di alcol per evitare i sintomi dell'asti nenza); 3. consumo in quantità maggiori o per periodi più lunghi di quanto desiderato; 4. desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o sospendere il consumo di alcol; 5. dispendio di una grande quantità di tempo per procurarsi le bevande alcoliche, per assumerle o per riprendersi dagli effetti dell'alcol; 6. interruzione o riduzione di importanti attività sociali, lavorative o ricreative a causa dell'uso d sostanza; 7. consumo continuativo nonostante la consapevolezza di avere un problema fisico o psicologico cor relato al consumo di alcol.

NIAAA: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

APA: American Psychiatric Association. OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità.

Fonte: O'Connor e Schottenfeld, 1998.

Tab. 2 - Corrispondenza tra le più comuni bevande alcoliche e il numero di unità alcoliche

Tipo di bevanda e gradazione	Volume	Numero di unità alcoliche	
Birra (4%)	Bicchiere da 200 ml	0,5	
,	Bicchiere da 400 ml	1,1	
	Lattina da 330 ml	0,9	
	Bottiglia da 650 ml	1,7	
Vino (12%)	Bicchiere da 125 ml	1,0	
	Bottiglia da 750 ml	6,0	
Aperitivo (18%)	Bicchiere da 40 ml	0,5	
, ,	Bottiglia da 750 ml	9,0	
Amaro (30%)	Bicchiere da 40 ml	0,8	
	Bottiglia da 750 ml	15,0	
Liquore (40%)	Bicchiere da 40 ml	1,1	
-	Bottiglia da 750 ml	20,0	

L'unità di misura del consumo di alcol utilizzata dalla comunità scientifica è il "drink", ossia una bevanda alcolica contente circa 12 grammi di alcol (NIAAA, 1995).

La formula che consente di calcolare la quantità di alcol, espressa in grammi, di una bevanda è la seguente: grammi di alcol: [(volume della bevanda, in ml) \times (gradazione alcolica) \times (densità dell'alcol = 0,8)]/100.

Tab. 3 - Sintomi e segni fisici correlati al consumo eccesivo di alcol suddivisi in base all'epoca di insorgenza

Precoci	Tachicardia facilmente evocabile; Eritema del volto; Ripetuti segni di contusioni e/o ferite ; Alitosi alcolica; Iper-reflessia osteotendinea; Ipoestesia localizzata agli arti; Sudorazione non altrimenti giustificabile
Di stato	Tachicardia spontanea; Tremori mattutini; Conati di vomito mattutini; Crisi convulsive; Discromie cutanee; Ipertensione arteriosa; Aspetto senescente; Alitosi alcolica al mattino; Iporeflessia osteotendinea (con eventuale scomparsa dei riflessi achillei); Iperemia congiuntivale; Segni di stasi circolatoria con edemi variabili; Prurigo; Tremore della lingua; Miopatia
Tardivi	Spider naevi; Facies cushingoide; Flapping tremor; Segni di neuropatia periferica; Alterazioni mestruali; Eritema palmare; Edemi indurativi; Sindrome di Mallory-Weiss; Alito dolciastro; Miopatia; Parodontite, alterazione della dentatura; Ritardo di guarigione delle ferite; Epatomegalia
Esiti stabilizzati	Tremori fini; Astenia; Morbo di Dupuytren; Neuropatia stabilizzata; Cardiomiopatia; Riduzione del campo visivo; Ipogonadismo

Tab. 4 - Questionario AUDIT (Alcohol Use Identification Test)

Domande	0	1	2	3	4
1. Con quale frequenza assume bevande alcoliche?	Mai	1 volta al mese o meno	Da 2 a 4 volte al mese	Da 2 a 3 volte alla settimana	4 o più volte alla settimana
2. Nei giorni in cui beve, quante bevande alcoliche assume, in media?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7 o 8	10 o più
3. Con quale frequenza le capita di assumere 5 o più bevande alcoliche in un'unica occasione?	Mai	Meno di 1 volta al mese	1 volta al mese	1 volta alla settimana	Ogni giorno o quasi
4. Con quale frequenza durante l'ultimo anno si è accorto di non riuscire a smettere di bere una volta che aveva iniziato?	Mai	Meno di 1 volta al mese	1 volta al mese	1 volta alla settimana	Ogni giorno o quasi
5. Con quale frequenza durante l'ultimo anno non è riuscito a fare ciò che normalmente ci si aspetta da lei a causa del consumo di alcol?	Mai	Meno di 1 volta al mese	1 volta al mese	1 volta alla settimana	Ogni giorno o quasi
6. Con quale frequenza durante l'ultimo anno ha avuto necessità di assumere alcol di prima mattina?	Mai	Meno di 1 volta al mese	1 volta al mese	1 volta alla settimana	Ogni giorno o quasi
7. Con quale frequenza durante l'ultimo anno ha provato sensi di colpa o rimorso per aver assunto bevande alcoliche?	Mai	Meno di 1 volta al mese	1 volta al mese	1 volta alla settimana	Ogni giorno o quasi
8. Con quale frequenza durante l'ultimo anno non si è ricordato cosa le era successo la sera precedente a causa dell'alcol?	Mai	Meno di 1 volta al mese	1 volta al mese	1 volta alla settimana	Ogni giorno o quasi
9. Si è mai fatto male o ha fatto male a qualcuno a causa dell'alcol?	No		Sì, ma non nell'ultimo anno		Sì, nell'ultimo anno
10. Un parente, un amico, un medico o un altro operatore sanitario si sono preoccupati per il suo consumo di alcol o le hanno suggerito di smettere?	No		Sì, ma non nell'ultimo anno		Sì, nell'ultimo anno

Totale:

 $Il \ questionario \ viene \ considerato \ indicativo \ di \ un \ consumo \ non \ sicuro \ per \ la \ salute \ ai \ seguenti \ valori \ di \ punteggio:$

- 1. uomini di età inferiori ai 60 anni: pari o superiore a 8 punti;
- 2. donne, adolescenti e uomini di età superiore ai 60 anni: pari o superiore a 4 punti (NIAAA, 2005).

 $Tab.\ 5 - Questionario\ AUDIT\ FAST$

Domande				
	esso hai consumato 8 o più d sso hai consumato 6 o più di	O		
Mai	Meno di 1 volta al mese al mese	Più volte alla settimana	Più volte	Ogni giorno o la maggior parte dei giorni
2. Quanto spesso nell' quenza di amnesie)	ultimo anno sei stato incapao	ce di ricordare quanto avv	enuto la notte precede	ente a causa del bere? (Fre
Mai	Meno di 1 volta al mese al mese	Più volte alla settimana	Più volte	Ogni giorno o la maggior parte dei giorni

3. Quanto spesso nell'ultimo anno non sei riuscito a fare quello ciò che ci si aspettava tu facessi a causa del bere?

Mai Meno di 1 volta Più volte Più volte Ogni giorno o al mese al mese alla settimana la maggior parte dei giorni

4. Nell'ultimo anno un medico, un operatore sanitario, un parente o amico hanno mostrato preoccupazione per il tuo bere o ti hanno suggerito di smettere?

Più volte Mai Meno di 1 volta Più volte Ogni giorno o al mese al mese alla settimana la maggior parte dei giorni

Score delle prime tre domande: 0, 1, 2, 3, 4 Score della quarta domanda: 0, 2, 4 (cut off > 3).

Tab. 6 - Questionario CAGE ("Cut down", "Annoyed" "Guilty" "Eye opener")

Domande Sì No

- 1. Ha mai sentito la necessità di ridurre il suo consumo di alcol?
- 2. È mai stato infastidito da critiche sul suo consumo di alcol?
- 3. Ha mai provato disagio o senso di colpa a causa del suo consumo di alcol?
- 4. Ha mai assunto alcolici appena alzato?

Totale:

Il questionario CAGE è considerato positivo quando a due o più domande si ottengono risposte affermative ma un cut-off pari a 1 è spesso raccomandato.

Tab. 7 - Validità dei questionari auto somministrati

I questionari auto somministrati sono ritenuti validi. Sono validi anche nella somministrazione ad adolescenti

Situazioni che ne aumentano la validità:

assicurare la confidenzialità in un rapporto di fiducia col cliente associare rilevazioni biologiche come i controlli urinari utilizzare test standardizzati

Situazioni che ne riducono l'affidabilità:

in ambienti connessi con la giustizia

nel riportare l'uso oltre l'anno precedente quando lo stesso è non molto frequente

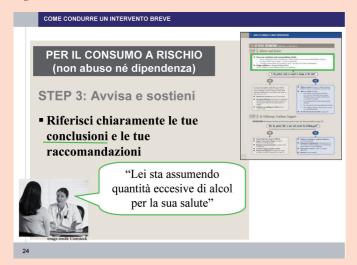
I report dei familiari possono dare elementi non utili o sottostimati circa l'utilizzo di sostanze

Tab. 8 - Intervento breve

Livello di intervento breve	Quando usare questo livello	Tecnica di intervento breve
1	Quando i risultati dello <i>screening</i> indicano che è necessario l'intervento breve ma il tempo a disposizione è limitato	Esternare la preoccupazione relativa al fatto che il consumo di alcol del paziente supera i limiti raccomandati e potrebbe portare a problemi alcol-correlati. Raccomandare di ridurre al minimo o sospendere l'assunzione di alcol
2	Quando non è necessario ricorrere ad uno specialista. Quando l'obiettivo non è necessariamente raggiungere l'astensione dal consumo di alcol	Due brevi sessioni faccia a faccia programmate a distanza di un mese l'una dall'altra, con una conversazione telefonica di follow-up effettuata due settimane dopo ciascuna sessione
3	Quando il paziente soddisfa i criteri della dipendenza o dell'abuso di alcol Quando l'obiettivo è l'astensione dal consumo di alcol	Valutare la motivazione del paziente; ricorrere ad uno specialista

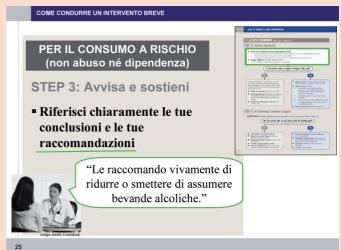
Tratto da Fleming M.F., "Screening ed intervento breve nel setting della medicina di base", Medicina delle Tossicodipendenze, 51, 2006, pp. 39-45.

Fig. 1 - Come condurre un intervento breve



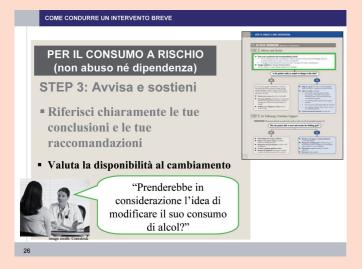
Fonte: NIAAA's Guide «Helping patients who drink too much» http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/practitioner/Clinicians Guide2005/Guide_Slideshow.htm

Fig. 2 - Come condurre un intervento breve



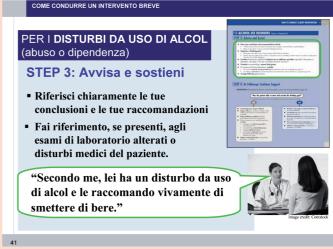
Fonte: NIAAA's Guide «Helping patients who drink too much» http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/practitioner/Clinicians Guide2005/Guide_Slideshow.htm

Fig. 3 - Come condurre un intervento breve



Fonte: NIAAA's Guide «Helping patients who drink too much» http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/practitioner/Clinicians Guide2005/Guide_Slideshow.htm

Fig. 4 - Come condurre un intervento breve



Fonte: NIAAA's Guide «Helping patients who drink too much» http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/practitioner/Clinicians Guide2005/Guide_Slideshow.htm

Si ringrazia il Laboratorio Farmaceutico CT per il supporto educazionale.

pubbl. Laboratorio CT nuova

La percezione della qualità dei Servizi da parte dei professionisti del Ser.T. e delle Comunità Terapeutiche in Trentino

Raffaele Lovaste*, Rose Marie Callà**, Lorella Molteni**, Cleto Corposanto***

SUMMARY

■ This report illustrates the findings of a research carried out in Trentino in 2007 on the perception of drug abuse of patients and professionals working in the Public Territorial Service for Drug Addiction as well as in the different Therapeutic Communities of the area. The report describes the levels of satisfaction of professionals in regards to the services provided by the different therapeutic institutions within which they operate. ■

Keywords: quality, professionals satisfaction. Parole chiave: qualità, soddisfazione professionale.

Premessa

Da quando, anche in Italia, si è assistito ad una focalizzazione da parte della pubblica amministrazione sulla centralità dei cittadino, assume progressiva rilevanza il tema della qualità dei servizi socio sanitari e della connessa loro valutazione (Ortigosa, 2000).

È divenuta sempre più diffusa la necessità di una (auto)riflessione costante sulla qualità stessa - "un occhio attento deve essere rivolto al monitoraggio dei processi assistenziali e alla valutazione sistematica dei risultati di assistenza sanitaria, in un'ottica di costante miglioramento della qualità" (Alfano, 2003:27) - come processo e frutto di un lavoro condiviso che si attua attraverso il coinvolgimento di più attori che, a vario titolo, interagiscono nell'ambito sanitario: pazienti, manager, dirigenti e amministratori delle organizzazioni sanitarie, politici, la comunità scientifica. A questo elenco vanno, ovviamente, aggiunti anche i professionisti che operano nei diversi servizi sanitari, coloro che praticamente, quotidianamente, erogano quelle stesse prestazioni e servizi, oggetto di percezione e valutazione, in termini di costi, in termini di efficacia (Setti Bassanini, 2000), in termini di efficienza e in termini, appunto, di soddisfazione percepita.

In questo intervento, ci occuperemo proprio della valutazione fatta e/o percepita da parte di quest'ultima categoria di soggetti - i professionisti - relativamente alla qualità dei servizi erogati dal servizio Ser.T. dell'APSS della Provincia di Trento e dalle Comunità terapeutiche convenzionate sul territorio trentino. Di quelle tre dimensioni della qualità dei servizi sanitari indivi-

duate da Øvretveit nel 19961, se ne prende, dunque, in considerazione sola una, la qualità professionale, per la quale il soggetto valutatore è appunto il professionista: il "giudizio dei professionisti sulla misura in cui il servizio soddisfa i bisogni dei clienti così come li stabiliscono i professionisti stessi, e sulla capacità delle procedure e dei metodi professionali usati di soddisfare tali bisogni" (Ortigosa, 2000: 11).

L'indagine alla quale si fa riferimento in questo intervento è stata realizzata nella Provincia di Trento nel corso del 2007, il cui obiettivo² era la messa a confronto delle potenziali ed eterogenee percezioni che diversi gruppi di soggetti possiedono sul fenomeno della tossicodipendenza e su tutte le sue possibili declinazioni.

L'idea di rilevare (o meno) una molteplicità di visioni a seconda del target chiamato a rispondere3, è stato il fil rouge dell'indagine, ponendolo a tratti come motivo di fragilità - la diversità di percezioni, di letture, di linguaggi, di orientamenti e prassi in una parola di "culture diverse sulla droga" - di una rete preposta alla cura e alla riabilitazione della tossicodipendenza, e a tratti come risorsa, come potenziale possibilità di confronto costante che arricchisce, che problematizza e che non si irrigidisce a fronte di un fenomeno che è per sua natura in constante trasformazione (Cipolla, 2007; Lovaste, 2009).

1. La qualità professionale: il punto di vista dei professionisti sulle prestazioni erogate dai servizi preposti alla cura e alla riabilitazione delle tossicodipendenze

Prima di analizzare le risposte che i professionisti del Ser.T. e delle Comunità hanno fornito alle domande relative alla qualità delle prestazioni erogate dai rispettivi servizi, si descriveranno in maniera sintetica le principali caratteristiche socio-demografiche e lavorative dei due gruppi di soggetti.

Hanno partecipato all'indagine in totale 67 professionisti, di cui 27 appartenenti al servizio Ser.T. della Provincia di Trento, dislo-

^{*} Dirigente Ser.T., Provincia Autonoma di Trento.

^{**} Sociologhe, ricercatrici presso il Ser.T., Provincia Autonoma di Trento.

^{***} Professore Ordinario di Sociologia.

cato nelle tre sedi di Trento, Rovereto e Riva del Garda, e gli altri 40 operanti presso le tre Comunità Terapeutiche convenzionate con l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari: ossia Voce Amica, Centro Anti Droga, Centro Trentino Solidarietà, presenti sul territorio con quattro sedi.

Per quanto attiene alle caratteristiche demografiche si rileva come il 37% dei professionisti del Ser.T. si situi nella fascia d'età 31-40 anni, mentre circa il 26% tra i 41 e i 50 anni e, infine, circa il 26% tra i 51-60 anni.

I professionisti operanti nelle strutture comunitarie risultano essere nettamente più giovani: il 50% dei soggetti rispondenti si situa, infatti, nella fascia 20-30 anni, mentre circa il 27% ha tra i 31 e i 40 anni.

L'andamento rilevato per la variabile età per i due gruppi di soggetti si riscontra – coerentemente – se si analizza la variabile "anzianità di servizio": una maggiore anzianità di servizio caratterizza i professionisti del Servizio Ser.T.: infatti il 20% degli operatori ha maturato oltre 15 anni di esperienza nell'ambito del servizio pubblico, il 16% da 11 a 15 anni di servizio e un 40% dai 6 ai 10 anni.

Più giovani "professionalmente" risultano essere invece gli operatori delle comunità: il 61,3% di essi ha maturato un'esperienza nel privato sociale tra uno e 5 anni, mentre il 22,6% ha un'esperienza lavorativa tra i 6 e i 10 anni.

Per quanto riguarda le figure professionali coinvolte nel servizio pubblico per la cura e riabilitazione delle tossicodipendenze, si rileva una certa eterogeneità di ruoli: circa il 26% di assistenti sociali, il 22,2% di medici, un altro 22,2% di psicologi e, infine, un 7,4% di infermieri.

Infine, poco più di un quinto dei professionisti operanti nelle sedi del Ser.T. (21%) dichiara di essere stato impiegato, in passato, nel privato sociale.

I professionisti afferenti al privato sociale – strutturati nella pianta organica delle comunità terapeutiche – risultano invece essere appartenenti quasi totalmente ad un'unica figura professionale: per circa l'83% si tratta infatti di educatori di comunità, mentre un 10% circa risulta essere composto da operatori tecnici, un 3,4% da medici e 3,4% da psicologi.

Più scarsa anche l'esperienza che tali professionisti hanno maturato nel servizio pubblico: il 90,6% degli operatori della Comunità infatti dichiara di non aver avuto esperienze lavorative nell'ambito di tale area sanitaria.

L'unica caratteristica socio-demografica che rileviamo speculare nelle due tipologie di servizio è quella relativa alla variabile "genere": in entrambi i servizi, infatti, rileviamo come la maggior parte dei professionisti coinvolti sia di genere femminile: il 67% circa presso il Ser.T. e il 69% circa presso le Comunità Terapeutiche.

Caratteristica questa in linea con la connotazione di genere che si riscontra nelle professioni preposte alla "cura": i percorsi di studio e le carriere femminili restano nel tempo strettamente legate all'identità di genere e incanalate in specifici canali occupazionali (di tipo sociale e sanitario), attività che «riflettono, per il contenuto e per il contesto in cui si svolgono, l'attività femminile non di mercato: lavori, in una parola, che riflettono e riproducono le rappresentazioni collettive circa l'identità femminile rispetto a quella maschile» (Zanuso, 1987; Vicarelli, 2003, 2007).

1.1. La valutazione dei servizi erogati da parte dei professionisti del Ser.T. della Provincia di Trento

Cominciamo dall'analisi delle risposte fornite dagli operatori del Ser.T. rispetto alla valutazione della qualità delle prestazioni erogate dall'assistenza medica, infermieristica, psicologica e sociale fornite proprio da parte del Servizio Ser.T.

Da tale valutazione emerge che per i professionisti Ser.T. l'attività svolta presso il Servizio che andrebbe migliorata è quella relativa al sostegno sociale: circa un terzo dei rispondenti si esprime in tal senso; al contrario le prestazioni erogate dall'area infermieristica sono quelle che riscuotono maggiore successo: solo circa il 4% dei rispondenti afferma che anche tali attività andrebbero migliorate.

Per quanto riguarda le prestazioni di area medica e di area psicologica solo l'11% circa dei professionisti intervistati afferma che andrebbero migliorate.

1.2. La valutazione dei servizi erogati da parte dei professionisti delle Comunità terapeutiche convenzionate della Provincia di Trento

Anche agli operatori delle Comunità è stato chiesto di esprimersi rispetto alla qualità delle prestazioni erogate presso le strutture nelle quali sono impiegati.

Cominciamo con il dire che, rispetto ai professionisti del Ser.T., quelli operanti nelle Comunità Terapeutiche sono mediamente meno soddisfatti di tutte le attività svolte nelle loro strutture: circa un quarto degli operatori dichiara infatti che l'assistenza medica (25%), l'assistenza infermieristica (27%), il sostegno psicologico (24%) e il sostegno sociale (26%) andrebbero migliorate.

Anche l'attività ludico-ricreativa organizzata per gli ospiti della comunità andrebbe migliorata per il 34,5% dei soggetti rispondenti. È la psicoterapia di gruppo che sembra ottenere da parte dei soggetti rispondenti la migliore valutazione: solo il 10% dei professionisti afferma che tale attività andrebbe migliorata.

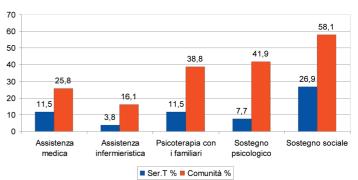
1.3. Che si dice dell'altro servizio?

Interessante è stato, ai fini dell'indagine volta a scoprire la visione e la percezione della tossicodipendenza e mettere a confronto prospettive (potenzialmente) differenti tra i vari target partecipanti, chiedere ai due gruppi di professionisti di esprimersi rispetto alle prestazioni erogate dall'altro servizio.

Ecco, di seguito, cosa emerge dal confronto relativo alle "percezioni incrociate" sulle diverse prestazioni erogate.

Per tutte le attività svolte dal Ser.T., gli operatori della comunità terapeutiche si sono espressi in maniera più critica rispetto a quanto affermato dai professionisti afferenti al servizio Ser.T. stesso, come si evince dal grafico seguente.

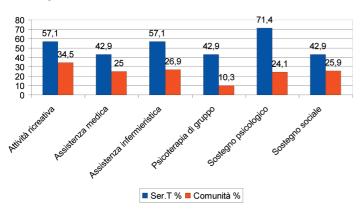
 $Graf.\ 1$ - Confronto professionisti Ser.T. e professionisti Comunità convenzionate sulle attività svolte dal Ser.T. che necessitano di miglioramento



Sono soprattutto il sostegno sociale e il sostegno psicologico erogati presso il servizio Ser.T. che lasciano maggiormente insoddisfatti i professionisti delle comunità: sembrano, tali operatori, più critici ed esigenti verso quelle attività che ritengono salienti per l'attivazione e completamento del processo di cambiamento individuale che il paziente tossicodipendente dovrebbe seguire per la fuoriuscita dalla condizione di "dipendenza", obiettivi questi "tipicamente comunitari" (Dal Cengio, 1991).

Allo stesso modo, tuttavia, i professionisti del Ser.T. esprimono un grado di soddisfazione inferiore dei professionisti delle comunità rispetto alle prestazioni erogate da queste ultime. Traspare uno scetticismo diffuso sulla qualità del trattamento: andrebbero migliorate, infatti, per i professionisti del Servizio Ser.T., sia quelle attività che sono più attinenti al Servizio Ser.T. nell'ottica della cura di una malattia ad andamento recidivante (attività medica ed infermieristica, dunque) (Lovaste, 2009), ma anche le attività che sono più specifiche della comunità relative alla ristrutturazione identitaria (attività ricreativa, assistenza psicologica, psicoterapia di gruppo) (Dozza, 2000).

Graf. 2 - Confronto professionisti Ser.T. e professionisti Comunità convenzionate sulle attività svolte presso le Comunità che necessitano di miglioramento



Si può dunque rilevare la presenza di un certo "campanilismo" di servizio da parte di entrambi i gruppi di professionisti che favoriscono una certa dose, per altro fisiologica, di favoritismo dell'*ingroup* a scapito dell'*outgroup* (Tajfel, 1978).

Tuttavia, appare più aspra la valutazione negativa da parte dei professionisti Ser.T. relativamente alla qualità delle prestazioni erogate da parte delle comunità terapeutiche, forse parzialmente giustificata da una maggiore conoscenza del privato sociale – stante una maggiore esperienza passata in tale settore da parte dei professionisti Ser.T. – e che viene in un certo senso confermata da una maggiore autocritica da parte dei professionisti delle comunità sul loro stesso operato.

Frutto di una maggiore obiettività di questi ultimi o adeguamento alla percezione dominante (Devine, 1989)?

Quesito, questo, che rimane tutto da indagare.

1.4. Qualità dei trattamenti per cura della dipendenza presso il Ser.T.

Nell'indagine si è inoltre tentato di approfondire la percezione di utilità, da parte dei due gruppi di professionisti, relativa ad alcuni trattamenti erogati sia dal Servizio Ser.T. (trattamenti farmacologici brevi e protratti) sia dalle Comunità Terapeutiche (trattamento residenziale) rispetto alla dipendenza da eroina e da cocaina.

Per quanto riguarda i professionisti Ser.T., come si evince dalla tabella 1, il trattamento per dipendenza da eroina che viene percepito qualitativamente più adeguato è il "trattamento integrato", quel trattamento cioè che si avvale in contemporanea e/o in successione di interventi terapeutici di area sanitaria e psicosociale

Seguono il "trattamento psicologico" con l'85% delle preferenze e il "trattamento sociale" con l'85% delle risposte.

Per quanto attiene ai trattamenti farmacologici sembra prevalere l'idea dell'adeguatezza di un trattamento progettato in tempi lunghi: il 69% dei rispondenti afferma infatti che il trattamento farmacologico protratto è "del tutto o molto utile" contro il 34,6% dei rispondenti che si esprime in tal senso per il trattamento farmacologico breve.

La maggior parte dei professionisti del Ser.T. (77%) ritiene "del tutto utile", per la dipendenza da eroina, il trattamento residenziale fornito dalle comunità terapeutiche.

Tab. 1 - Distribuzione risposte professionisti Ser.T. sul grado di utilità dei trattamenti per dipendenza da eroina e cocaina

"Trattamento del tutto e molto d'utile"	Ser.T. %	
Dipendenza da eroina		
Trattamento sociale	84,6	
Trattamento psicologico	85,0	
Trattamento comunitario	77,0	
Trattamento farmacologico protratto	69,2	
Trattamento farmacologico breve	34,6	
Trattamento integrato	96,3	
"Trattamento del tutto e molto d'utile"	Ser.T. %	
Dipendenza da cocaina		
Trattamento sociale	54,0	
Trattamento psicologico	81,5	
Trattamento residenziale	46,1	
Trattamento farmacologico breve	42,5	
Trattamento farmacologico protratto	34,6	
Trattamento integrato	88.8	

Per quanto riguarda la dipendenza da cocaina il livelli di soddisfazione relativi ai diversi trattamenti erogati sono tendenzialmente più bassi, fatta esclusione per il "trattamento integrato" con circa l'89% delle preferenze e il "trattamento psicologico" con l'81,5%.

Queste affermazioni rispetto al (minore) grado di adeguatezza dei trattamenti per la cocaina risentono forse di un certa difficoltà che i servizi hanno nell'impostare l'organizzazione e le prestazioni da erogare per una sostanza diversa da quella per cui sostanzialmente sono nati, ossia l'eroina e a interagire sovente con target sostanzialmente eterogenei e *naive* rispetto ai più o meno classici assuntori di oppioidi (Nizzoli, 2004).

1.5. Qualità dei trattamenti per cura della dipendenza presso le Comunità Terapeutiche

Per quanto attiene ai professionisti delle Comunità Terapeutiche, ciò che emerge appare in linea con i presupposti e gli obiettivi che si prefiggono le strutture residenziali: attivare percorsi volti alla (ri)costruzione di un'identità positiva dei soggetti attraverso la relazione d'aiuto (Dozza, 2000).

Sia, infatti, per la dipendenza da eroina che per la dipendenza da cocaina i trattamenti che sono valutati qualitativamente più adeguati sono quelli "comunitario" in generale, quello "integrato" e quelli di natura socio-psicologica.

I trattamenti farmacologi, sia protratti che a breve termine, vengono percepiti come soddisfacenti e utili sono da un quinto dei professionisti coinvolti nell'indagine.

Tab. 2 - Distribuzione risposte professionisti Comunità Terapeutiche sul grado di utilità dei trattamenti per dipendenza da eroina e cocaina

"Trattamento del tutto e molto d'utile" Dipendenza da eroina	Comunità %
Trattamento sociale	87,8
Trattamento psicologico	94,0
Trattamento comunitario	97,0
Trattamento farmacologico protratto	21,2
Trattamento farmacologico breve	27,3
Trattamento integrato	96,9

"Trattamento del tutto e molto d'utile" Dipendenza da cocaina	Comunità %
Trattamento sociale	79,0
Trattamento psicologico	97,0
Trattamento comunitario	99,0
Trattamento farmacologico protratto	21,9
Trattamento farmacologico breve	21,9
Trattamento integrato	97,0

Operando un confronto tra la valutazione della qualità dei trattamenti erogati percepita dai professionisti dei due servizi si rileva, per quanto riguarda l'eroina (vedere Graf. 3a), come la differenza sostanziale sia inerente i trattamenti farmacologici protratti: mentre il 69,2% degli operatori del Ser.T. ritiene che i trattamenti farmacologi protratti siano "del tutto utili e molto utili", solo il 21,2% degli operatori della comunità condivide questa visione. Un'apparente maggiore condivisione si rileva invece rispetto ai trattamenti farmacologici brevi che vengono ritenuti "del tutto utili e molto utili" dal 34,6% dei professionisti Ser.T. e dal 27,3% degli operatori.

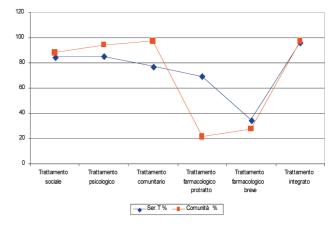
Risulta apparente questa condivisione nel senso che la condivisione da parte dei professionisti della comunità si può leggere come una sorta di "concessione possibile" rispetto al trattamento farmacologico: "sì ai medicinali sostituivi delle droghe, ma per un periodo limitato"; mentre per quanto riguarda gli operatori del Ser.T. la condivisione si può leggere venata da un certo scetticismo verso i trattamenti farmacologici a breve: "sì, ma tanto i trattamenti farmacologici brevi sono poco efficaci".

Percentuali simili, dunque, che nel grafico 3a rappresentano uno dei tre punti di congiunzione tra le due rette, ma provenienti tuttavia da letture diverse.

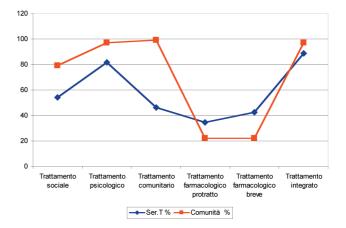
Una certa condivisione si riscontra anche per la percezione di adeguatezza del trattamento sociale per la dipendenza da eroina e, nella punta di più alto gradimento da parte di entrambi i gruppi di professionisti, si riscontra il trattamento integrato.

Per quanto riguarda il confronto tra i due gruppi di professionisti relativamente ai trattamenti preposti per i dipendenti da cocaina (vedere graf. 3 b), invece, il grado di utilità espresso sia da parte dei professionisti del Servizio Ser.T. sia da parte dei professionisti delle Comunità è connotato da una maggiore condivisione in positivo verso il trattamento integrato e in negativo per i trattamenti farmacologici.

Graf. 3a - Confronto professionisti Ser.T. e professionisti Comunità convenzionate sull'utilità dei trattamenti per dipendenza da eroina



Graf. 3b - Confronto profes. Ser.T. e profes. Comunità convenzionate sull'utilità dei trattamenti per dipendenza da cocaina



La massima distanza tra i due gruppi si rileva nella percezione di adeguatezza del trattamento residenziale per i dipendenti da cocaina: alta per i professionisti delle comunità e piuttosto bassa per i professionisti Ser.T.

Da notare come entrambi i gruppi sono meno propensi a ritenere utili nella cura della dipendenza da eroina e da cocaina i trattamenti farmacologici brevi e/o protratti.

Per entrambe le sostanze si assiste ad una maggiore enfasi da parte delle comunità nelle affermazioni espresse – sia in positivo per i trattamenti "tipicamente residenziali", sia in negativo per i trattamenti "medico-farmacologici" – rispetto ai professionisti Ser.T. che rimangono mediamente più contenuti.

Si potrebbe affermare, dunque, da un lato di rilevare una maggiore convinzione e audacia ideale da parte dei professionisti delle comunità su una certa tipologia di trattamenti socio-psicologici e una tendenza alla negazione dell'utilità dei trattamenti medicofarmacologici; dall'altro, come sia assolutamente convinzione da parte di entrambi i gruppi che solo un trattamento integrato possa dare risposta ad una malattia che si può definire ad eziologia e sintomatologia multidimensionale (Lovaste, 2009).

2. Le aspettative dei professionisti sugli obiettivi dei programmi terapeutici

Un altro quesito dell'indagine indagava il grado di condivisione relativamente agli obiettivi ultimi dei progetti terapeutici erogati dai servizi, da parte degli utenti e dei professionisti.

Gli obiettivi terapeutici attivati dai servizi preposti alla cura e riabilitazione della tossicodipendenza – raggiungibili teoricamente attraverso la realizzazione dei programmi terapeutici – seguono in sostanza due orientamenti: quello della fuoriuscita dalla condizione di tossicodipendenza, denominato in questa sede come "orientamento alla guarigione", e quello invece del miglioramento delle condizioni di vita, denominato come "orientamento alla riduzione del danno"⁴.

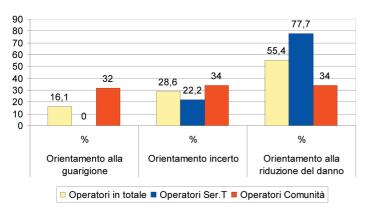
Ai fini, dunque, dell'analisi della domanda "Quanto condivide la possibilità di raggiungere i seguenti obiettivi con i progetti terapeutici erogati dal Servizio Ser.T./Comunità?" è stato costruito un indice che misura il grado di "aspettativa" – definito *livello di aspettativa* – a tre livelli che sintetizza le risposte fornite da professionisti (e utenti)⁵:

- 1. il livello con orientamento alla "guarigione";
- 2. il livello con orientamento alla "riduzione del danno";
- 3. il livello intermedio tra i primi due con orientamento "incerto".

Come si evince dal grafico 4, nel quale si confrontano gli indici relativi ai tre diversi orientamenti, si rileva come gli operatori dei servizi propendono in generale per l'orientamento alla riduzione del danno ed in minima parte verso l'orientamento alla guarigione.

Se, tuttavia, confrontiamo l'orientamento prevalente dei professionisti del Ser.T. con l'orientamento prevalente dei professionisti della Comunità Terapeutiche, si rileva come questi ultimi si distribuiscano tra i tre diversi orientamenti quasi in modo speculare, mentre gli operatori del Ser.T. si concentrino sull'orientamento della riduzione del danno (77,7%).

Graf. 4 - Distribuzione di frequenza rispetto alla condivisione degli obiettivi di guarigione, di riduzione del danno e intermedio da parte dei professionisti di comunità e professionisti del Servizio Ser.T.



Queste differenze sono sufficientemente convergenti con quelle che sono le diverse filosofie di fondo che animano i due tipi di servizi: da un lato la prospettiva – a tratti venata da speranza, ma anche illusione e ideologismo – di guarigione e di ristrutturazione della personalità delle Comunità Terapeutiche e dall'altro la prospettiva di controllo sociale e contenimento delle conseguenze negative per l'individuo e per la società della malattia tossicodipendenza – a tratti venata da pragmatismo, ma anche cinismo e disillusione.

È stato interessante, infine, verificare se rispetto agli obiettivi dei trattamenti le aspettative tra professionisti e pazienti afferenti ai rispettivi servizi coincidessero.

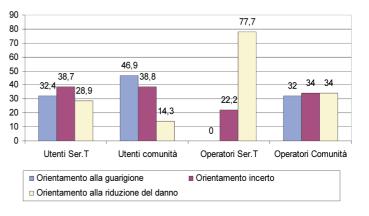
Come si evince dal grafico 5 se esiste una discrepanza tra le aspettative tra pazienti nutrite dai professionisti delle Comunità rispetto all'orientamento alla riduzione del danno, maggiormen-

te rappresentato nei secondi con il 34% contro il 14% circa nei primi, la discrepanza diventa più significativa tra professionisti e utenti Ser.T. Fra questi ultimi, infatti, l'aspettativa verso l'obiettivo alla "riduzione del danno" è affermata da circa il 29% dei rispondenti contro circa il 78% dei rispondenti professionisti. Forse degna di maggiore attenzione è la presenza di un terzo

circa di pazienti Ser.T. (32,4%) con aspettative alte nutrite verso gli obiettivi del trattamento terapeutico che non sono per nulla rappresentate nel gruppo dei professionisti del servizio pubblico: la percentuale infatti dell'orientamento alla guarigione fra professionisti Ser.T. è pari allo 0% contro il 32,4% dei pazienti Ser.T. Le indagini sulla qualità dei servizi sanitari percepita dai pazienti ci mettono in guardia sulla capacità di valutazione di questi stessi soggetti e, più in generale, sulla capacità di lettura della propria condizione psico-fisica sia per una condizione di subalternità di tipo tecnico e conoscitivo rispetto al servizio e ai professionisti con i quali interagiscono, sia per la concomitante condizione di bisogno che vivono, sia per la condizione di clientiutenti-malati nella quale si dibattono (Altieri, 2002).

Tuttavia, nell'ambito del vasto concetto di qualità di un servizio sanitario, viene compresa fortemente anche la capacità del servizio stesso di tener conto delle motivazioni e delle aspettative degli utenti-pazienti (Cipolla, 2003; Cinotti, Sturlese, 2003).

Graf. 5 - Distribuzione percentuale dell'indice di... da parte degli utenti delle comunità e del Ser.T., e degli operatori del Ser.T. e delle Comunità



Alla base della sottoscrizione partecipata e condivisa dei programmi terapeutici attivati nel servizio pubblico e nelle strutture residenziali è presente, come a priori di fondo, la condivisione teorica degli obiettivi che tale programma (e il soggetto dunque) dovrà raggiungere in ragione dell'ottenimento di una maggiore efficacia ed efficienza del servizio stesso.

È proprio al paziente, infatti, che viene riconosciuto il ruolo di interlocutore e co-attore insieme al professionista con il quale si relaziona: "una risorsa potenziale che l'operatore sanitario è chiamato a riconoscere e valorizzare" (Ortigosa, 2000:16).

È dunque ravvisabile la necessità di una riflessione sia sulle aspettative da parte dei professionisti rispetto agli obiettivi dei programmi terapeutici attivati e sia sul livello di comprensione comunicativa tra professionisti e pazienti, anche nell'ottica di un rafforzamento dei sistemi relazionali diretti al cittadino-utente (Alfano, 2003).

In questo specifico aspetto la presenza di una certa diversità "di cultura", di una certa diversità "di percezione" potrebbe costituire fattore di fragilità per i servizi stessi, per l'intera rete assistenziale.

3. Conclusioni

I professionisti del servizio Ser.T. risultano essere mediamente più soddisfatti rispetto ai professionisti delle Comunità Terapeutiche relativamente alle prestazioni erogate dal proprio servizio

Per quanto sia i professionisti Ser.T. che i professionisti delle Comunità Terapeutiche ritengano che il trattamento più adeguato per la dipendenza da eroina sia quello integrato, ossia quello che si avvale contemporaneamente o in successione temporale di interventi specialistici di area medica e psicosociale, i primi sono propensi ai trattamenti farmacologici di lunga durata, mentre i professionisti della comunità sono maggiormente orientati verso interventi farmacologici di breve durata

Maggiormente prudente è l'atteggiamento dei professionisti Ser.T. rispetto all'adeguatezza dei trattamenti per dipendenza da cocaina: la "nuova" sostanza di abuso ed i "nuovi" gruppi di soggetti che si rivolgono ai servizi per le problematiche connesse all'abuso, fanno soprattutto avvertire la necessità di ripensare l'organizzazione del servizio e i contenuti degli interventi specialistici da erogare.

Maggiormente convinti invece della adeguatezza del trattamento residenziale, anche ai fini della fuoriuscita dalla dipendenza da cocaina, sono i professionisti operanti nelle Comunità Terapeutiche.

Ciò appare un po' stridente con una minore qualità percepita delle diverse prestazioni erogate proprio dai professionisti delle strutture residenziali. In definitiva i professionisti delle Comunità Terapeutiche percepiscono da un lato "la comunità come soluzione possibile per la dipendenza da sostanze", ma dall'altro "la comunità che deve migliorare in molte delle sue aree di intervento".

Infine, rispetto alla direzione degli obiettivi dei programmi terapeutici, si rileva tra professionisti Ser.T. e professionisti delle Comunità Terapeutiche la tradizionale diversità di orientamento dei due servizi: riduzione del danno e miglioramento della qualità della vita da parte del servizio pubblico *vs* ristrutturazione della personalità e guarigione dalla tossicodipendenza da parte del privato sociale.

Tale diversità di orientamento può essere interpretata come diversità di percezione e diversità di cultura, nell'ottica tuttavia di una ricchezza aggiuntiva per la rete assistenziale che meglio interpreta l'eterogeneità dell'universo droga.

Ricchezza che, tuttavia, può trasformarsi in punto di debolezza quando le aspettative che i professionisti nutrono sui risultati dei progetti terapeutici, sono diverse, anche in modo significativo dalle aspettative dei diretti interessati.

Per concludere, si ritiene, dunque, importante non solo la valorizzazione della percezione di qualità da parte di tutti i soggetti protagonisti della relazione terapeutica, ma soprattutto l'integrazione di tutti i punti di vista sulla qualità: "la dimensione organizzativo-gestionale della qualità privilegiata dal management (la qualità attesa), la dimensione tecnica della qualità tipica del professionista, la dimensione relazionale della qualità privilegiata dal cittadino (qualità attesa)" (Giarelli, 2002).

Questo perché la frustrazione del professionista, come l'insuccesso del manager e come il disagio del paziente, possono incidere negativamente sulle relazioni stesse, trasferendosi da l'uno all'altro/altri soggetto/i con effetti negativi e perversi sulla qualità globale del servizio sanitario (Ortigosa, 2000).

Note

- 1. Øvretveit (1996) assume come criterio "il soggetto valutatore" per declinare in diverse dimensioni il concetto di qualità, individuandone tre: la qualità valutata dei clienti che consiste nelle opinioni dei clienti e dei fornitori di cure sulla misura in cui il servizio da loro ciò che essi desiderano dal servizio; la qualità di gestione che consiste nell'uso efficace e produttivo di risorse per soddisfare le richieste del cliente all'interno dei limiti e direttive date; la qualità professionale definita nel corpo del testo per la quale il soggetto valutatore è il professionista (Ortigosa, 2000: 11).
- 2. Si rimanda al volume in preparazione dal titolo *Uso occasionale e dipendenza da sostanze psicotrope. Professionisti e pazienti a confronto* (a cura di) Corposanto C., Lovaste R. e al succitato articolo "La percezione della qualità dei pazienti nei Ser.T. del Trentino" di Lovaste, Corposanto, Molteni e Callà (*Mission*, n. 26, 2009). La ricerca scientifica è stata eseguita con il contributo della Provincia Autonoma di Trento nel Fondo Speciale dell'Ateneo Trentino (CRS, 2006).
- 3. Si è utilizzato come strumento di rilevazione un questionario strutturato, somministrato ai seguenti gruppi di soggetti: operatori Ser.T., operatori comunità terapeutiche, pazienti Ser.T., pazienti comunità terapeutiche, soggetti fermati dalla Forze dell'Ordine e indirizzati al Commissariato del Governo, professionisti del Servizio Alcologia e utenti servizio alcologia. Il questionario ha previsto sezioni uguali per tutti i target di soggetti e sezioni specifiche.
- 4. Nell'ambito della organizzazione del Ser.T. di Trento sono stati individuati alcuni indicatori per riuscire a definire l'esito del programma terapeutico che avesse come obiettivo o la riduzione del danno o la fuoriuscita dalla condizione dalla tossicodipendenza: per quanto attiene al primo sono la riduzione o scomparsa dei problemi legali a atti di devianza, il miglioramento della condizione lavorativo-scolastica, riduzione del pericolo di overdose o di altri rischi sanitari correlati all'uso di sostanze; riduzione della sofferenza fisica, mentre per quanto attiene al secondo l'indicatore principale è l'astensione dall'uso della sostanza per la quale si è richiesto il trattamento, la concomitante risoluzione dei problemi che hanno causato la dipendenza, in una parola, dunque, la guarigione dalla tossicodipendenza.
- 5. Per la costruzione dell'indice di si veda la nota metodologica di Molteni nel volume in preparazione Uso occasionale e dipendenza da sostanze psicotrope. Professionisti e pazienti a confronto (a cura di) Corposanto C., Lovaste R. e nell'articolo pubblicato su Mission a cura di Lovaste, Corposanto, Molteni e Callà (2009): "La procedura di costruzione di tale misura ha previsto dapprima il raggruppamento degli intervistati in due indici additivi separati, l'uno denotante l'orientamento verso il superamento volontario della tossicodipendenza, l'altro l'orientamento alla riduzione del danno e al miglioramento della qualità della vita. In seguito, al primo indice sono stati sottratti i punteggi del secondo, per cui i risultati positivi hanno dato luogo all'orientamento verso il superamento volontario della tossicodipendenza e i risultati negativi all'orientamento alla riduzione del danno, mentre i valori prossimi allo zero hanno definito il tipo incerto. Si precisa che si sono utilizzati i punteggi standardizzati per evitare una sovra-rappresentazione di casi nell'orientamento alla riduzione del danno per effetto della maggiore numerosità degli item coinvolti in questo gruppo di domande" (Mission, n. 26, 2009).

Bibliografia

A.a.Vv. (1999), "Il processo di (ri)socializzazione del tossicodipendente: un'ipotesi professionale e organizzativa", *Rivista Prospettive Sociali e Sanitarie*, anno XXIX, n. 1/99.

Albanesi C. (2004), I focus group, Carocci Editore, Roma.

Alfano A. (2003), "Qualità percepita e management sanitario", in Cinotti C., Cipolla C. (2003) (a cura di), *La qualità condivisa tra servizi sanitari e cittadini*, FrancoAngeli, Milano.

Altieri L. (a cura di) (2002), Verso una valutazione come negoziazione in un pluralismo di valori/interessi, in Cipolla C., Giarelli G., Altieri L., Valutare la qualità in sanità. Approcci, metodologie e strumenti, FrancoAngeli, Milano.

Setti Bassanini M.C. (2000), "L'approccio tecnico-professionale", in Ortigosa E.R. (2000) (a cura di), *La valutazione di qualità nei servizi sanitari*, FrancoAngeli, Milano.

Bertelli B. (2009) (a cura di), *Devianze emergenti e linee preventive*, Valentina Trentini Editore, Trento.

Bloor M., Frankland J., Thomas M., Robson K. (2002), I focus group nella ricerca sociale, Erickson, Trento.

Cinotti R., Cipolla C. (2003) (a cura di), *La qualità condivisa tra servizi sanitari e cittadini*, FrancoAngeli, Milano.

Cinotti R., Sturlese V. (2003), "Perché un programma per la valutazione della qualità percepita", in Cinotti R., Cipolla C. (2003) (a cura di), *La qualità condivisa tra servizi sanitari e cittadini*, FrancoAngeli, Milano.

Cipolla C. (2007), "Il consumo di sostanze psicoattive oggi", Salute e Società, a. VI, suppl. al n. 1.

Cipolla C., Giarelli G., Altieri L. (2002) (a cura di), *Valutare la qualità in sanità: approcci, metodologie e strumenti*, FrancoAngeli, Milano.

Corposanto C., Lovaste R. (a cura di), *Uso occasionale e dipendenza da sostanze psicotrope. Professionisti e pazienti a confronto*, volume in preparazione.

Corposanto C. (2007) (a cura di), *Sulla valutazione della qualità nei servizi sociali e sanitari*, FrancoAngeli, Milano.

Dal Cengio D. (1991), Tossicodipendenza e processo terapeutico. Analisi di una esperienza rieducativi in ambito comunitario, Edizioni Nuovo Progetto, Vicenza.

Devine P.G. (1989), "Stereotypes and prejudice, their automatic and controller components", *Journal of Personality and Social Psychology*, n. 56, pp. 5-18.

Dozza L. (a cura di) (2000), *Professioni educative per il sociale. Contesti e metodologie del lavoro di gruppo*, Adda Editore, Bari.

Giarelli G., "Conclusioni. Le connessioni possibili: i sistemi di miglioramento della qualità", in Cipolla C., Giarelli G., Altieri L. (2002) (a cura di), Valutare la qualità in sanità: approcci, metodologie e strumenti, FrancoAngeli, Milano.

Lovaste R. (2009), "Tossicodipendenza: interpretazioni, fenomenologia e strategie terapeutiche", in Bertelli B. (2009) (a cura di), Devianze emergenti e linee preventive, Valentina Trentini Editore, Trento.

Lovaste R., Corposanto C., Molteni L., Callà R.M. (2009) (a cura di), "La percezione della qualità dei servizi da parte dei pazienti nel Ser.T. del Trentino", *Mission*, n. 26.

Ortigosa E.R. (2000) (a cura di), *La valutazione di qualità nei servizi sanitari*, FrancoAngeli, Milano.

Øvretveit L. (1996), La qualità nel servizio sanitari, Edises, Roma.

Nizzoli U. (2004), Il sistema dei servizi per le dipendenze patologiche. Programmazione, qualità e valutazione, FrancoAngeli, Milano.

Tajfel H. (1970), Differentiation between social groups: Studies in the social psychology of intergroup relation, Academic Press, London.

Vicarelli G. (2003), "Il genere nelle professioni di cura. La diade medico-infermiere, *Salute e Società*, pp. 47-67.

Vicarelli G. (2007) (a cura di), Donne e professioni nel Novecento, Il Mulino, Bologna.

Zanuso L. (1987), Gli studi sulla doppia presenza: dal conflitto alla norma, Rosemberg & Sellier, Torino.

RECENSIONE



A cura di Cleto Corposanto e Raffaele Lovaste

USO OCCASIONALE E DIPENDENZA DA SOSTANZE PSICOTROPE. PAZIENTI E PROFESSIONISTI A CONFRONTO

pp. 298, € 28,00

Editore: FrancoAngeli

Collana: "Salute e Società - Ricerca e

spendibilità"

Il volume è il frutto di una ricerca realizzata grazie al finanziamento provinciale sul Fondo Speciale dell'Università degli Studi di Trento che, per ampiezza dei temi trattati e dei servizi coinvolti, non ha precedenti in Italia.

L'indagine si è proposta di ricostruire i punti di vista sul fenomeno droga a partire dall'interrogazione di soggetti che, con diversi livelli di contiguità e con ruoli diversi, ne hanno avuto esperienza: gli utenti del Ser.T. e delle Comunità Terapeutiche, gli utenti del Servizio di Alcologia, i segnalati al Commissariato del Governo per detenzione o uso di sostanze stupefacenti e i professionisti sociosanitari della rete che vivono quotidianamente la relazione con i pazienti tossicodipendenti o alcolisti.

La finalità del lavoro è duplice. Da un lato, risponde ad una esigenza di tipo conoscitivo, che porta ad analizzare le diverse culture $\label{eq:continuous} della\ droga\ e\ a\ valutare\ se-e\ in\ che\ modo-il\ diverso\ grado\ di\ prossimità\ alle\ sostanze\ da\ parte\ degli\ intervistati,\ o\ il\ loro\ ruolo\ di\ terapeuti/pazienti,\ influenzi\ la\ vision\ del\ fenomeno.\ Dall'altro\ lato,\ l'indagine\ ha\ voluto\ esplorare\ l'aspetto\ qualitativo\ dei\ servizi\ e\ la\ loro\ capacità\ di\ risposta\ ai\ bisogni\ degli\ utenti,\ al\ fine\ di\ individuare\ gli\ eventuali\ punti\ deboli\ del\ sistema\ per\ riadattarli\ alle\ esigenze\ portate\ dai\ fruitori.$

L'insieme dei dati forniti dall'indagine costituisce una ricca base empirica che sostiene la lettura delle recenti evoluzioni del fenomeno, che spingono verso un progressivo processo di normalizzazione dell'uso e/o della rappresentazione dell'uso di sostanze, seppure con velocità differenti e geometrie variabili nei diversi attori sociali coinvolti.

Cleto Corposanto è attualmente Professore straordinario di Sociologia presso l'Università Magna Grecia di Catanzaro. In passato ha lavorato nell'Ateneo di Trento, come ricercatore prima e quindi come Professore Associato. È autore di numerose pubblicazioni scientifiche sui temi della metodologia della ricerca sociale, dei servizi sociali e sanitari, della sociologia della salute e della malattia, della pianificazione e della valutazione sociale.

Raffaele Lovaste è Direttore del Servizio per le tossicodipendenze dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento, è membro dell'ufficio di presidenza e del consiglio direttivo nazionale della FeDerSerD, del Gruppo Interregionale di esperti nel settore delle tossicodipendenze e referente nazionale per la Provincia Autonoma di Trento in materia di dipendenze.

Propensione al gioco in provincia di Caserta

Antonio d'Amore*, Giovanni Di Martino**

SUMMARY

■ In the article are reported the results of an enquiry which reveals the indicators of vulnerability in the gambling(game)referred to a community of 450 people residing in Caserta's country and mainly in the ex ASL CE/2's area. To the involved people was supplied a structured inventory through a phone interview. The enquiry showed that among the players (the 55% of the determined sample) the 6% accedes to the game in each competition, the 4% follows sistematically the fixed terms of each competition and the 2% plays daily. These results show a bigger propensity to problematic behaviour's play.

Then it follows the description of some information and prevention programs for potential risks due to the encreased social penetration of public games (mainly among young people) in crisis periods like this they are living in. ■

Keywords: players, indicators of vulnerability, gambling.

Parole chiave: giocatori, indicatori di vulnerabilità, gioco patologico.

Premessa

Negli ultimi anni si è fatta sempre più forte l'esigenza di comprendere come l'utenza del gioco strutturi i propri comportamenti all'interno delle dinamiche socio-economiche di un territorio ed in uno specifico arco temporale, al fine di delineare la fisionomia del giocatore-tipo alla luce delle diversificate condizioni dell'offerta di gioco pubblico.

Quella del gioco è attualmente la terza realtà industriale del paese (con un volume di denaro raccolto di oltre 47 miliardi di euro, pari al 2% del Pil nazionale): classificata come industria da intrattenimento ha moltiplicato esponenzialmente tanto la gamma dei giochi quanto il volume complessivo della raccolta (raddoppiato negli ultimi quattro anni).

Parallelamente è capillarmente aumentata la diffusione territoriale dei punti di gioco, ormai talmente prossimi all'utenza da riuscire a raggiungere giocatori anche attraverso le potenzialità della rete telematica.

Aumentando la velocità nei meccanismi di gioco e non contenendone l'impatto emotivo a difesa, è cresciuto il rischio sociale di tracimazione dalle forme ludiche di gioco a quelle problematiche (ossessivo-compulsive).

La necessità di tenere il polso dei comportamenti di gioco sul piano territoriale ha motivato la predisposizione di un'analisi,

condotta su un campione di popolazione nella provincia di Caserta, capace di rilevare i potenziali rischi di sviluppo di ludopatie per predisporre più puntuali programmi di prevenzione in tema di gioco d'azzardo.

L'indagine

L'indagine condotta dall'Unità Operativa Semplice Dipartimentale "Nuove Forme di Dipendenza" afferente al Dipartimento Dipendenze dell'Azienda Sanitaria Locale Caserta (già ASL CE/2) – sensibilmente attiva da circa 5 anni nel campo della prevenzione e cura dei comportamenti di gioco problematici e patologici – con la collaborazione dell'"Osservatorio Internazionale sul Gioco" del Dipartimento Scienze Storiche e Sociali dell'Università degli Studi di Salerno, è stata rivolta ad un campione rappresentativo della popolazione residente nel territorio della provincia di Caserta e, segnatamente, in quello di competenza della ex ASL CE/2 (campione selezionato casualmente ma indicativo delle ripartizioni per sesso, classi d'età, titolo di studio, professione, stato civile) a cui è stato somministrato un questionario strutturato, a mezzo intervista telefonica, per la rilevazione degli indici di vulnerabilità al gioco.

Il campione

La rilevazione è parte integrante di un più ampio progetto che si intende realizzare, di concerto con il predetto Osservatorio Internazionale sul Gioco, su tutto il territorio della Regione Campania: l'individuazione del campione va pertanto inserita all'interno del piano complessivo di 3.000 interviste da somministrare in tutta la regione.

^{*} Direttore Dipartimento Dipendenze dell'ASL Caserta, Presidente FeDerSerD Campania.

^{**} Psicologo-psicoterapeuta, responsabile Unità Operativa Semplice Dipartimentale "Nuove Forme di Dipendenza" afferente al Dipartimento Dipendenze dell'ASL Caserta. Membro Comitato di Ricerca dell'Osservatorio Internazionale sul Gioco del Dipartimento di Scienze Storiche e Sociali dell'Università di Salerno.

Per la provincia di Caserta l'ampiezza del campione individuato è di **450 soggetti**, calibrata sull'incidenza che la popolazione di questa provincia ha sul totale regionale (15%) - cfr. Tavola 1

In dettaglio, la somministrazione è stata effettuata ad un campione composto per il 67% di donne e per il restante 33% di uomini; le fasce d'età prevalentemente indagate sono state quelle dei maggiorenni (solo il 10% aveva un'età inferiore ai 18 anni) con punte maggiori nelle fasce 19-40 e oltre 50 anni.

Il campione si è contraddistinto per un'elevata scolarizzazione, con oltre il 70% di diplomati e laureati (50% i primi e 22% i secondi). Fatta eccezione per i disoccupati (studenti 19%, privi di occupazione non in età scolare 6%, pensionati 20%), la maggior parte degli intervistati rientra nella categoria impiegato-operaio, mentre il 30% circa dichiara occupazioni non comprese nelle opzioni proposte.

Oltre la metà del campione è coniugato (58%) mentre i non coniugati risultano pari al 32%.

Tavola 1 - Popolazione residente per classe di età - Campania (dettaglio provinciale) - Censimento 2001

Province	Classi di età							
	meno di 19	20-29	30-39	40-49	50-59	oltre 60	Totale	Di cui: minorenni
Caserta	225.381	130.875	136.507	111.046	93.965	155.098	852.872	199.808
Benevento	64.336	39.355	42.686	36.438	31.242	72.985	287.042	56.987
Napoli	812.424	484.240	486.784	402.320	349.020	524.408	3.059.196	721.373
Avellino	97.710	59.757	65.874	56.306	46.034	103.497	429.178	86.350
Salerno	255.092	154.946	166.219	145.154	119.257	232.975	1.073.643	225.811
Campania	1.454.943	869.173	898.070	751.264	639.518	1.088.963	5.701.931	1.290.329

Province			Inter	viste suddivise pe	r età		
	meno di 19	20-29	30-39	40-49	50-59	$oltre\ 60$	Totale
Caserta	120	69	72	58	49	82	450
Benevento	34	21	22	19	16	38	151
Napoli	428	255	256	212	184	276	1.610
Avellino	51	31	35	30	24	55	226
Salerno	134	82	87	76	63	123	565
Campania	766	457	473	395	337	573	3.001

Fonte: Nostra elaborazione dati Istat.

Comportamenti di gioco

Dati generali

Il campione individuato per l'analisi in questione è composto per il 55% da giocatori.

La percentuale individuata, sulla base della domanda posta (Le capita di giocare?) risulta composta da giocatori abituali, saltuari e occasionali; di contro, il 45% degli intervistati ha dichiarato di non giocare mai, manifestando una buona tenuta dei fattori di contenimento quali minore disponibilità economica o scarsa affidabilità agli investimenti rischiosi poiché soggetti a maggiore aleatorietà.

Il popolo dei giocatori

Tra i giocatori l'indagine ha evidenziato una percentuale pari al 38% orientata ad affrontare il rischio del gioco in maniera occasionale (coloro che giocano poche volte all'anno) a fronte di un 62% di giocatori abituali; disaggregando il dato, la percentuale maggiore di questi ultimi (34%) gioca settimanalmente, il 22% mensilmente e ben il 6% accede al gioco ad ogni concorso (il 4% segue sistematicamente le scadenze di ogni concorso e il 2% gioca quotidianamente).

Tale ripartizione consente di rilevare che, sebbene la prevalenza del campione sia orientata verso forme ludiche di gioco con frequenza delle giocate concentrate prevalentemente in una volta a settimana o in una volta al mese, una non trascurabile quantità di utenti (6% del popolo dei giocatori) è interessata ad un

accesso sistematico al gioco, indice di maggiore propensione per comportamenti di gioco problematici.

Tra gli intervistati, esattamente la metà ha dichiarato di preferire modalità di gioco in gruppo (con amici il 36% e con parenti il 14%) e l'altra metà ha dichiarato di preferire strategie di gioco in solitudine (il 48% dei giochi viene effettuato in maniera solitaria ed il 2% on-line).

Ciò consente di osservare che per il 50% dei giocatori si registra una buona tenuta dei fattori di induzione in meccanismi di coazione a ripetere, più incisivi in assenza di potenziali intermediari (compagni di gioco, ricevitori, esercenti o altro).

In questa fetta del campione preso in esame è evidente la connotazione ludica dei comportamenti di gioco, in quanto giocare in compagnia prevede una condivisione emotiva che, per questa ragione, viene depotenziata.

La condivisione del gioco è, pertanto, indice di una maggiore dimensione pubblica dell'azione, segno anche di maggiore visibilità e dunque di più elevata tutela sociale.

Tuttavia, la restante metà del popolo dei giocatori (il rimanente 50% del campione intervistato), propendendo per giochi praticati in maniera solitaria – prevalentemente "gratta e vinci", "nuove slot machines", "lotterie on line" e "casinò on line" –, è sensibilmente esposta al rischio di sviluppare addiction, se si considera, come evidenziato sia dalla letteratura che dal lavoro clinico in tema di gioco d'azzardo, che l'alienazione dai rapporti umani rappresenta uno dei principali fattori di rischio per lo sviluppo di comportamenti problematici di gioco.

Il 58% dei giocatori intervistati ha dichiarato di aver vinto occasionalmente, mentre il 37% ha segnalato di non aver realizzato alcuna vincita: il 5% dei giocatori, invece, ha indicato vincite frequenti.

Quest'ultima condizione si configura come elemento di induzione nel meccanismo della coazione a ripetere.

Le categorie distacco-contentezza, relative alle emozioni provate durante il gioco, rappresentano ben oltre il 70%, evidenziando la prevalenza dei comportamenti di gioco finalizzati al puro divertimento e privi di elementi ansiogeni.

Purtuttavia, il 12% degli intervistati gioca con ansia o paura, rivelando in tal modo un certo coinvolgimento emotivo nella condotta di gioco; ciò, a nostro avviso, potrebbe rappresentare una condizione di rischio per lo sviluppo di gioco problematico se si tiene conto del fatto che, come messo in risalto dal lavoro clinico con pazienti affetti da GAP, non di rado il giocatore compulsivo gioca d'azzardo per alleviare un umore disforico (per es., sentimenti di impotenza, colpa, ansia o depressione).

Inoltre, il 95% dei giocatori indica di non aver mai avuto problemi nei rapporti sociali a causa del gioco, a riprova di una maggiore visibilità dei giocatori rispetto al negativo pregiudizio sociale.

Il 5% dichiara, però, che il gioco procura problemi nelle relazioni interpersonali ("raramente" il 3%, "ogni tanto" l'1%, "spesso" l'1%), altra condizione che sovente si riscontra tra coloro che hanno sviluppato un comportamento problematico di gioco.

Relativamente al profilo emotivo derivante dal non favorevole esito del gioco, il 73% è rappresentato da coloro che, rassegnati, assumono un atteggiamento distaccato, mostrando in tal modo, attraverso l'elaborazione della mancata vincita, di avere buona consapevolezza dei meccanismi di gioco (indici di probabilità).

Una percentuale non trascurabile pari al 14% manifesta, di contro, l'intenzione di volersi rifare, esponendosi così al rischio di cadere preda del fenomeno dello *chasing* (ossia, rincorsa alle perdite), nel tentativo di recuperare il denaro perso, che porta sovente a pericolose *escalation*.

Il desiderio di rifarsi costituisce, infatti, un aspetto centrale nel mantenimento del problema del gioco, perché motiva a ricominciare a giocare, pur avendo come unico esito finale quello di amplificare le perdite e, quindi, i problemi finanziari, che in tal modo divengono a loro volta fattori scatenanti di nuovi episodi di gioco, contribuendo così ad innescare un vero e proprio circolo vizioso.

Benché non sia indicativo di effettiva capacità di autocontrollo, il 96% degli intervistati è convinto di poter smettere di giocare in qualsiasi momento (l'1% preferisce non rispondere alla specifica domanda), mentre il 3% non nasconde la propria difficoltà ad interrompere il gioco d'azzardo.

Quest'ultima condizione, al pari dell'"inseguimento" delle perdite, viene considerata nel DSM-IV (1994) – il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali dell'APA (American Psychiatric Association) – uno dei dieci sottocriteri comportamentali per la diagnosi di gioco d'azzardo patologico (GAP).

In relazione alle somme investite, il 97% della totalità dei giocatori non presenta esposizioni economiche eccessive, impegnando in ogni giocata una somma non superiore ai 15 euro; il 3% del popolo dei giocatori, però, investe ad ogni giocata importi più alti, compresi tra i 15 ed i 40 euro, mostrando in tal modo di essere probabilmente abbastanza coinvolto nel comportamento di gioco d'azzardo.

Lotto, Gratta e Vinci e Superenalotto rappresentano nell'ordine i prodotti di più elevato gradimento (rispettivamente 31%, 29% e 21%); si segnala un contenuto gradimento per i giochi on line o per le slot-machine.

Interessante è anche il dato relativo alle scommesse sportive (13%), in linea con gli incrementi significativi che questo prodotto registra anche a livello nazionale.

I soldi vinti potrebbero essere reinvestiti nel gioco dal 44% degli intervistati: il 56% dichiara, invece, l'intenzione di non voler impegnare nel gioco le somme vinte.

Relativamente alle motivazioni del giocare, si rileva, per il 41% del campione, l'esigenza di migliorare la propria condizione di vita (elemento che giustifica anche una dimensione "biologico-esistenziale" del gioco come generatore di speranze vicarie), mentre l'11% insegue la soddisfazione personale ed un ulterio-re 11% gioca per realizzare un sogno (comprare casa o auto). Interessante rilevare come il 28% dei giocatori intenda investire in solidarietà (opzione "aiutare gli altri") le eventuali vincite. Infine, va segnalato che oltre il 5% del campione intende reinvestire la vincita in altre giocate, per il puro piacere di continuare a giocare.

Proiezioni

Tra le domande sottoposte al campione intervistato vi era una sezione riguardante la rilevazione della percezione del gioco da parte dell'utenza e l'impianto culturale che ne alimenta i tratti; a tale riguardo le domande sono state suddivise in maniera tale da consentire la rilevazione della presenza dei fattori "alea" (sorte) e "abilità" nelle strategie di gioco.

L'esito delle interviste, consente di rilevare una modalità prevalentemente razionale dei processi induttori la propensione al gioco.

La quasi totalità degli *item* relativi alle modalità di impostazione della propria vita e delle strategie di gioco ha permesso di riscontrare come la maggioranza delle risposte propendesse verso l'opzione 1 (categoria "per niente") per tutte quelle affermazioni che riconducono alla casualità tanto nella vita reale, quanto nelle dinamiche di gioco.

Il 93% degli intervistati è convinto che non serva consultare le carte e che non sia utile aumentare la posta da giocare nelle successive puntate.

L'81,41% non crede che sia più facile vincere giocando presso le ricevitorie dove siano già state effettuate vincite.

Quasi il 70% ritiene che non si debba necessariamente rincorrere la vincita e l'81% dichiara di non giocare per bisogno.

Il 66,20% afferma l'inutilità di affidarsi alla fortuna nei momenti di crisi.

Tuttavia, in una fetta non trascurabile di giocatori intervistati, si riscontra la presenza di meccanismi cognitivi e motivazionali che rimandano all'irrazionalità del pensiero nelle strategie di gioco ovvero alla componente dell'*aleatorietà* nella dimensione del gioco

Più specificamente, considerando le percentuali di risposta del popolo dei giocatori agli items "Giocando e rigiocando, prima o poi, la fortuna arriverà" (l'11,27% degli intervistati ha affermato di essere "d'accordo", mentre il 19,44% si è detto "abbastanza d'accordo"), "Bisogna aumentare la posta nella giocata successiva se si vince" (il 2,25% del campione risponde di trovarsi "d'accordo" ed il 5,35% afferma di essere "abbastanza d'accordo"), "Nelle ricevitorie dove ci sono state vincite consistenti è più facile vincere" (il 2,25% del campione è "d'accordo" ed il 7,61% "abbastanza d'accordo"), "È bene continuare a giocare fino a quando non si vince" (il 4,23% del campione è "d'accordo" ed il 13,52% "abbastanza d'accordo"), e "Quando i tempi sono difficili è meglio affidarsi alla fortuna" (il 5,07% dei gioca-

tori si dichiara "d'accordo" ed il 16,34% "abbastanza d'accordo"), emerge che una fetta di giocatori oscillante tra il 2 ed il 16% circa percepisce la dinamica del gioco maggiormente orientata verso la componente aleatoria: è la Fortuna, la "dea bendata" la vera ed unica dispensatrice di favori ed il gioco è completamente diretto dalla sua forza.

Il giocatore che si affida all'incontrollabile Fortuna per riceverne i favori può, però, sviluppare l'idea che il cambiamento non derivi dalla costruzione di percorsi lavorativi e di impegno, bensì da "salti" economici prodotti dalla vittoria.

In questa ottica, la vittoria è vissuta, come sottolinea Lavanco G. (2001), come una rivalsa contro le frustrazioni dello sviluppo, mentre si assiste ad una espansione dell'Io desiderante e ad un consumismo distruttivo.

Per questo tipo di soggetti, che, seguendo lo stesso autore, potremmo definire portatori di un'"identità vagante", il gioco d'azzardo non è rischioso in sé, ma in quanto correlato con una dimensione debole della formazione dell'identità e della relazione con l'altro.

Conclusioni

Come già riportato nelle diverse sezioni esplicative dei risultati emersi dall'indagine condotta nella Provincia di Caserta, si ritiene di poter affermare che il territorio in esame non presenti forti rischi di tracimazioni problematiche dei comportamenti di gioco.

Tuttavia, nello stesso territorio è molto diffusa la cultura del gioco (dimostrata dal fatto che oltre un intervistato su due si dichiara giocatore e che il 40% degli intervistati è ascrivibile alla categoria "giocatore abituale").

Va altresì considerato che la maggior parte dei giocatori si rivolge a prodotti ad elevato indice di aleatorietà (Lotto, Superenalotto, Gratta e vinci), segno di un sensibile affidamento al caso, in controtendenza con il dato culturale rilevato che evidenzia, al contrario, una propensione per un approccio razionale alle difficoltà della vita.

L'analisi degli stessi dati derivati dalla ricerca mette altresì in evidenza che in alcuni giocatori intervistati operano meccanismi cognitivi o motivazionali che ne illustrano l'irrazionalità del pensiero, tipica del giocatore problematico e patologico, come ormai è stato ampiamente dimostrato dagli specialisti dell'approccio cognitivo alla problematica del gioco d'azzardo.

Più in dettaglio, alla luce dei risultati ricavati dall'indagine svolta, è possibile evidenziare quanto segue:

- 1. pur di fronte ad una prevalenza di comportamenti ludici di gioco, si registra la presenza nel campione preso in esame di una percentuale non del tutto irrilevante di giocatori in cui si rinvengono caratteristiche di gioco (frequente accesso al gioco nel 6% del campione, percezione della dinamica del gioco maggiormente orientata verso la componente aleatoria in una fetta di giocatori oscillante tra il 2 ed il 16% circa, problemi nelle relazioni interpersonali dichiarati dal 5% del campione, desiderio di rifarsi per il 14% dei giocatori, un certo coinvolgimento emotivo attestato dalla presenza di ansia e paura nella condotta di gioco per il 12% degli intervistati, difficoltà ad interrompere il gioco d'azzardo da parte del 3% del popolo dei giocatori) indicative di un forte rischio di sviluppo di gambling problematico;
- 2. prevalenza di giocatori abituali e/o occasionali ma, al tempo stesso, non trascurabile presenza di giocatori sistematici nella misura del 6% circa del campione intervistato che accede al gioco ad ogni concorso (il 4% segue sistematica-

mente le scadenze di ogni concorso e il 2% gioca quotidianamente) e che, per ciò stesso, si espone al rischio di condotte problematiche di gioco. Di particolare interesse è il constatare che tale percentuale è sostanzialmente in linea con i risultati dei principali studi di prevalenza sul gioco d'azzardo nella popolazione generale basati sugli ultimi sei mesi/un anno, studi che hanno per l'appunto dimostrato che una percentuale minima compresa tra lo 0,5 e il 2% degli adulti incontra i criteri del gioco problematico. Tale percentuale si raddoppia quando il campione dell'indagine è composta da adolescenti;

- 3. modesta visibilità sociale dei giocatori, dimostrata soprattutto dal fatto che, se la metà di essi ha dichiarato di preferire modalità di gioco in gruppo (con amici il 36% e con parenti il 14%), l'altra metà ha dichiarato di preferire strategie di gioco in solitudine (il 48% del campione gioca in maniera solitaria, mentre il 2% gioca on-line);
- 4. buona capacità di elaborazione della perdita al gioco nel 73% del campione dei giocatori;
- 5. basso impegno finanziario (entro i 15 euro) per ciascuna giocata nel 97% del campione preso in esame ed importante investimento economico (tra 15 e 40 euro per ogni giocata) nel 3% dei giocatori intervistati;
- 6. non trascurabile presenza di elementi aleatori nella condotta di gioco (l'11,27% degli intervistati dichiara che prima o poi, continuando a giocare, la fortuna arriverà; il 2,25% del campione è "d'accordo" ed il 7,61% "abbastanza d'accordo" nel sostenere che "Nelle ricevitorie dove ci sono state vincite consistenti è più facile vincere"; il 5,07% dei giocatori si dichiara "d'accordo" ed il 16,34% "abbastanza d'accordo" con l'affermazione "Quando i tempi sono difficili è meglio affidarsi alla fortuna");
- 7. consistente preferenza, da parte del popolo dei giocatori, per strategie di gioco in solitudine (48% dei giochi effettuati da soli, mentre il 2% degli intervistati gioca on-line). I giochi praticati in maniera solitaria sono prevalentemente i gratta e vinci, le nuove slot machines, le lotterie ed il casinò on line. È questo un dato estremamente preoccupante poiché, come è ben evidenziato dalla letteratura e dal lavoro clinico in tema di gioco d'azzardo, l'alienazione dai rapporti umani rappresenta uno dei fattori di rischio per lo sviluppo di comportamenti problematici di gioco. Inoltre, è possibile sostenere che la penetrazione e la diffusione di forme di gioco d'azzardo in più luoghi e nel passaggio verso forme di gioco solitario stanno di fatto trasformando la funzione sociale del gioco d'azzardo da fenomeno collettivamente condiviso e contestualizzato in luoghi e orari precisi e con regole e riti condivisi, in fenomeno sempre più asociale (solitario) e possibile in ogni luogo ed a qualsiasi ora.

In conclusione, si ritiene di poter affermare che, benché il territorio risulti prevalentemente "sano" in relazione alla presenza di comportamenti problematici "da gioco", sia fortemente presente, nei tratti culturali prevalenti, una significativa fiducia nelle potenzialità offerte dal gioco stesso.

Il piacere per il gioco è presente nelle risposte offerte dagli intervistati, come forte si percepisce la necessità di riscattare la propria condizione di vita affidandosi all'aleatorietà di un biglietto (oltre il 40% degli intervistati, infatti, ricorre al gioco per migliorare la propria condizione di vita).

L'analisi condotta nel territorio della provincia di Caserta evidenzia, pertanto, una buona tollerabilità del gioco ma manifesta tutti i tratti del rischio potenziale di tracimazione nella problematicità, riconducibile all'incalzare dell'offerta di mercato e alla maggiore prossimità dei punti di gioco.

In tal senso si richiama il ruolo fondamentale svolto dalle strutture socio-sanitarie presenti sul territorio (e di fatto già attive) che hanno, tra gli altri, il compito di monitorare costantemente l'evoluzione del fenomeno per pianificare non soltanto azioni di intervento (laddove siano già presenti comportamenti problematici) ma anche per mettere in campo programmi di informazione e prevenzione dei rischi potenziali rappresentati dall'aumentata penetrazione sociale dei giochi pubblici (soprattutto tra le fasce più giovani) in momenti di crisi come quelli attuali.

In proposito, si rivelano estremamente utili programmi volti ad informare i giocatori sul gioco d'azzardo e sugli errori cognitivi che lo accompagnano. Intervenendo a livello delle cognizioni, è possibile mettere a fuoco la nozione di caso.

Nello specifico, vanno innanzitutto fornite, in un'ottica di prevenzione primaria e secondaria, informazioni di base sul gioco, specialmente sul funzionamento dei giochi d'azzardo, sulle caratteristiche del caso, sull'indipendenza delle singole giocate, sull'inesistenza di strategie per vincere, sulle probabilità statistiche e sulla probabilità negativa di guadagno. In secondo luogo, è bene fornire anche chiarimenti sulla nozione di "percezioni erronee" o "inappropriate" nel campo del gioco e sottolineare che l'"illusione di controllo" costituisce uno dei principali fattori di mantenimento delle abitudini al gioco.

I promotori dell'approccio cognitivo ritengono che i *fattori cognitivi* siano essenziali per capire la perseveranza nel gioco. Essi constatano che i giocatori non tengono conto di quella caratteristica tipica dei giochi d'azzardo denominata "probabilità negativa di vincita e di guadagno", secondo cui, seguendo Ladouceur R. et al. (2000), a lungo termine è impossibile per un giocatore vincere e guadagnare, se continua a giocare, poiché "i giochi servono in primo luogo ad arricchire i loro organizzatori, e sono concepiti in modo da sfavorire invariabilmente il giocatore, specialmente quello che gioca regolarmente".

Secondo gli specialisti dell'approccio cognitivo, sia i giocatori occasionali che i giocatori eccessivi persistono nel gioco perché non si rendono conto della probabilità negativa di vincita, anzi credono che i risultati del gioco, alla lunga, gli dovranno essere favorevoli. Queste percezioni erronee svolgono un ruolo importante nella comparsa, nello sviluppo e nel mantenimento dei problemi di gioco.

Esse si manifestano in modo che il giocatore crede di avere sotto controllo il gioco, al punto da poterne prevedere il risultato.

Tenta allora di capire il "sistema" elaborando strategie che dovrebbero consentirgli di sconfiggerlo, ignorando o non tenendo nel debito conto che non può né dominare né predire alcunché, perché è soltanto il caso a determinare il risultato del gioco d'azzardo.

Questo fenomeno, secondo cui il giocatore stabilisce un legame causale tra la sua azione ed il risultato del gioco, è comunemente chiamato *illusione di controllo*.

Prendere coscienza per poi imparare a riconoscere l'esistenza di credenze erronee deve rappresentare uno degli obiettivi principali di interventi di prevenzione dei comportamenti problematici di gioco d'azzardo, potendo in tal modo aiutare il giocatore a meglio padroneggiare i suoi pensieri inadeguati, istillando in lui dei dubbi sulla veridicità delle sue credenze e favorendo la sostituzione delle idee erronee con idee appropriate.

Inoltre, se si guarda al rischio che il *gioco sociale* (categoria alla quale appartengono quegli individui che giocano solo per divertirsi, per passare il tempo o per rilassarsi e che nella nostra ricerca riguarderebbe complessivamente il 56% del campione) – come fenomeno estremamente più ampio rispetto alle manifestazioni problematiche e patologiche – possa trasformarsi in

forme di gioco non più innocue ma preoccupanti, allora assumono centralità gli interventi di prevenzione.

In questo campo può essere estremamente utile sfruttare le peculiarità e la positività del gioco stesso, propendendo per la diffusione di una "cultura del gioco" i cui protagonisti siano il divertimento e la voglia di socializzare.

In questa prospettiva, riteniamo fondamentale dare particolare rilievo ad azioni svolte anche all'interno dei luoghi della scommessa, quali:

- informazioni sui rischi del gioco e sulle possibilità di aiuto;
- programmi di informazione, formazione e addestramento per chi opera nei luoghi della scommessa, finalizzati al riconoscimento precoce dei vari tipi di giocatori (ricreativi, problematici, compulsivi e professionali) e per accrescere la possibilità di intervenire precocemente al fine di evitare forme autodistruttive nell'uso di attività di gioco d'azzardo;
- monitoraggio costante, ossia osservazione sistematica (basata su indicatori quali: la frequenza del luogo di gioco e delle giocate, la durata, le somme destinate al gioco ed il comportamento nella sala giochi) compiuta da persone all'uopo formate ed addestrate, di chi si reca a giocare, sì da individuare tempestivamente i soggetti a rischio e, tramite un colloquio di sensibilizzazione, persuaderli a rivolgersi ai servizi specialistici per ricevere l'aiuto necessario;
- spazi di confronto e discussione per la socializzazione, il confronto, la riflessione, al fine di recuperare la dimensione di socialità insita in tutte le forme di gioco e, al contempo, mettere in evidenza la dose di abilità che il gioco d'azzardo richiede da parte del giocatore, per evitare che il gioco stesso sia invaso dal pensiero magico, che ha un ruolo fondamentale nella genesi del gioco d'azzardo patologico, conducendo ad una progressiva estraniazione dal reale e al rifugio problematico in una dimensione virtuale e parallela che distorce il senso di sé, dei rapporti con gli altri e con l'ambiente circostante.

Un ambito di intervento cruciale, da una prospettiva sociale e di comunità, è la scuola, soprattutto se si considera che il gioco d'azzardo problematico e patologico insorge spesso proprio nel periodo adolescenziale.

Una ricerca realizzata in Gran Bretagna (Fischer, 2000) su un campione di 10.000 studenti adolescenti ha permesso di rilevare che il 5,6% dei ragazzi presenta problemi legati al gioco d'azzardo; questo dato viene rinforzato, inoltre, dalle dichiarazioni della maggior parte dei giocatori patologici, a proposito del periodo in cui hanno iniziato a giocare: intorno ai 14-15 anni. Riteniamo, pertanto, di grande utilità anche gli interventi finalizzati all'apprendimento o all'incremento di abilità personali e sociali, tra cui le competenze assertive, cognitivo-comportamentali relative alla pianificazione del tempo libero e alla responsabilizzazione connessa ad un buon utilizzo di esso, le abilità di decision-making, l'abitudine a porsi degli obiettivi.

Ugualmente guardiamo con grande interesse a quegli interventi volti a rinforzare nei giovani l'autostima, la capacità di controllo dei propri impulsi, la fiducia verso il futuro.

Non vanno poi trascurate le strategie orientate a prevenire l'ansia e l'impulsività nei bambini, poiché sono aspetti strettamente correlati al gioco d'azzardo.

Si tratta di un'area di intervento che interessa più in generale le diverse agenzie educative quali la famiglia, la scuola e le associazioni.

Se il gioco, anziché luogo simbolico e separato di svago, di sperimentazione e crescita, diventa il vero "luogo" di riscatto della vita inducendo le persone ad affidarsi all'irrazionale, anziché basarsi sulle proprie capacità e sulla sfera razionale, anziché

associarsi agli altri per affrontare i problemi, le sfide e i conflitti del vivere quotidiano, forse qualcosa non sta funzionando e allora bisogna intervenire sul piano culturale, scolastico, familiare, in ultima analisi della comunità, per contrastare il radicamento dell'idea che sia possibile rifarsi degli scacchi della vita con "salti" economici determinati dalla grande vincita al gioco, anziché attraverso la costruzione di percorsi lavorativi e di impegno. Ed è ugualmente nel contesto familiare e scolastico che vanno contrastati quelli che vengono definiti come i fattori predisponenti che si riferiscono alle conoscenze, alle credenze ed ai valori individuali che possono supportare o meno un'attrazione verso il gioco patologico.

A questo proposito, l'area di interesse riguarda:

- a) l'ambito della costruzione del pensiero magico, gli errori cognitivi o le credenze erronee che, come sottolineato da Ladouceur e collaboratori (2003), svolgono un ruolo importante nello sviluppo dei comportamenti problematici di gioco;
- b) la conoscenza delle regole della probabilità;
- c) il rapporto tra probabilità e pagamento.

Parallelamente, un'attenzione particolare va rivolta altresì allo sviluppo o potenziamento dei *fattori protettivi*, ossia dei fattori che ostruiscono il passaggio dal gioco sociale al gioco problematico e patologico.

È merito delle ricerche longitudinali, degli studi nord-americani, inglesi e scandinavi, l'aver messo in risalto l'efficacia dei fattori protettivi.

Sono questi ultimi che, combinandosi variamente con i fattori di rischio, impediscono un esito scontato, benché prevedibile, di molte situazioni difficili.

Riguardo ai fattori protettivi, se ne annoverano due ambiti: quello dei processi cognitivi e quello socio-relazionale.

Con l'espressione "processi cognitivi" si fa riferimento ai cosiddetti fattori di *self-efficacy*, di autoefficacia, che si basano sulla convinzione individuale di poter contare sulle proprie forze. Alcuni, in proposito, chiamano in causa il concetto di intelligenza emotiva, di stile cognitivo ottimistico, di cui un indicatore è rappresentato da qualche successo nell'area delle prestazioni. Gli psicologi parlano di *locus of control interno*, per indicare che l'individuo attribuisce a sé, e non all'ambiente, al caso, al destino, la responsabilità delle scelte, degli avvenimenti e delle circostanze.

Tra i fattori protettivi che rientrano nell'ambito relazionale, giocano un ruolo molto importante le relazioni che veramente contano nella vita delle persone: un genitore, un parente, un adulto significativo, un amico intimo.

Anche godere di elevata stima da parte dei coetanei risulta essere protettivo.

Vivere una relazione significativa profonda, sicura, costituisce un fattore che consente un'individuazione di sé e fa percepire e sentire di essere amabili.

Elaborazione dei dati

Sesso	
Maschi	33,24%
Femmine	66,76%
Età	
Meno di 18	9,58%
Tra 19 e 30	16,90%
Tra 31 e 40	$20,\!28\%$
Tra 41 e 50	16,34%
Tra 51 e 60	13,80%
Oltre 60	23,10%

Titolo di studio Nessun titolo Licenza elementare Licenza di media inferiore Diploma superiore Laurea		0,85% 4,23% 22,82% 50,42% 21,69%
Professione Disoccupato Studente Impiegato/Operaio Insegnante Libero professionista Pensionato Altro		5,63% 19,44% 12,11% 7,61% 7,89% 19,44% 27,89%
Stato civile Celibe/nubile Coniugato/a Separato/a Divorziato/a Vedovo/a Convivente		31,55% 57,75% 2,25% 5,07% 3,38% 0,00%
1. Le capita di giocare? Sì No		55,49% 44,51%
2. Con che frequenza? Tutti i giorni Una volta alla settimana Una volta al mese Ad ogni concorso Poche volte all'anno	Sul totale (%) 0,88 18,87 12,39 2,25 21,13	Sui giocatori 2% 34% 22% 4% 38%
3. Le piace giocare: Da solo In gruppo con amici Con conoscenti occasionali Con parenti Con il ricevitore Online	26,48 20,00 - 7,61 0,28	48% 36% 0% 14% 0%
4. Le capita di vincere: Spesso Ogni tanto Raramente Mai	1,13 2,82 10,42 21,41 20,85	2% 5% 19% 39% 37%
5. Quando gioca quale emozione prova: Paura di perdere Ansia Distacco Contentezza Altro	1,41 4,79 22,82 17,46 9,01	3% 9% 41% 31% 16%
6. Il gioco le ha mai procurato problemi nei rapporti sociali (con familiari, amici o colleghi)? Spesso Ogni tanto Raramente No Non risponde	0,28 0,56 1,92 52,68	1% 1% 3% 95% 0%
7. Quando non vince cosa prova: Rabbia Senso di colpa Rassegnazione Voglia di rifarsi Distacco (non è importante vincere ma partecipare)	4,51 2,82 9,86 7,61 30,70	8% 5% 18% 14% 55%

8/2008**·Mission**...../U

8. Sente di riuscire a smetter		ale (%) S	ui giocatori	11. Secondo lei il gioco è questione di:	
di giocare in qualsiasi mome				Abilità	1,13%
Sì	53	3,24	96%	Fortuna	74,08%
No	1.	,69	3%	Abilità e fortuna	$23,\!66\%$
Non risponde	0.	,56	1%	Non risponde	$1,\!13\%$
9. L'importo medio delle sue	giocate è di:				
Fino a 5 euro	41	.13	74%	10 17 11 1	
Tra 5 e 15 euro	12	2,68	23%	12. Vorrebbe vincere per:	30.00~
Tra 15 e 40 euro		,69	3%	Soddisfazione personale	10,99%
Tra 40 e 80 euro		_	0%	Migliorare la propria condizione di vita	$41,\!41\%$
Tra 80 e 200 euro	_		0%	Comprare casa o auto	10,70%
Più di 200 euro		_	0%	Reinvestire la vincita in altre giocate	$0,\!56\%$
1 iu ui 200 curo		_	0 70	Continuare a giocare semplicemente perché le piace	4,79%
10. Fra i seguenti giochi a q	uale gioca o	oiocherebbe?	(anche fino a	Aiutare gli altri	$28,\!45\%$
tre opzioni)	I opzione	II opzione	III opzione	Altro	$3,\!10\%$
Lotto	31.83%	9,86%	1,92%		
	,	,	*		
Superenalotto	21,13%	17,75%	5,60%	19 D' ' / ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' '	7 7 7
Bingo	2,25%	2,54%	1,11%	13. Rigioca (se questionario intero dopo il "sì" alla	,
Scommesse sportive	$13,\!24\%$	5,07%	$1,\!12\%$	rigiocherebbe (se questionario ridotto dopo il "no" alla	domanda 1)
Gratta e Vinci	29,01%	$18,\!31\%$	$7{,}04\%$	i soldi vinti?	
On line	$1,\!13\%$	$2,\!25\%$	$0,\!85\%$	Sì	$6,\!20\%$
Slot machine	$1,\!41\%$	1,41%	$1,\!25\%$	No	55,77%
Nessun altro	_	$42,\!82\%$	81,11%	Dipende dalla somma vinta	$38,\!03\%$

Domanda		Per niente	Poco	Abbastanza	d'accordo
Giocando e rigiocando, prima o poi, la fortuna arriverà	A	50,70%	18,59%	19,44%	11,27%
È utile consultare le carte o l'oroscopo prima di giocare	\mathbf{A}	93,24%	4,51%	1,41%	0,85%
Il successo è soltanto frutto di duro lavoro	\mathbf{L}	$4,\!51\%$	8,73%	$32,\!39\%$	$54,\!37\%$
La vita è controllata da eventi accidentali	\mathbf{N}	16,06%	27,61%	$40,\!85\%$	$15,\!49\%$
Le disgrazie delle persone derivano dagli errori che commettono	\mathbf{L}	$25,\!07\%$	$30,\!42\%$	$30,\!14\%$	$14,\!37\%$
È bello provare cose nuove	\mathbf{N}	$6,\!20\%$	14,65%	$28,\!17\%$	50,99%
La vita dipende dal caso	\mathbf{A}	12,39%	29,01%	$42,\!82\%$	15,78%
Bisogna aumentare la posta nella giocata successiva se si vince	\mathbf{A}	$82,\!82\%$	9,58%	$5,\!35\%$	$2,\!25\%$
Nella vita bisogna rischiare	\mathbf{A}	7,32%	23,94%	39,44%	29,30%
Le emozioni che prova durante il gioco sono proporzionali alla somma giocata	\mathbf{A}	51,55%	17,46%	$17,\!18\%$	$13,\!80\%$
Nelle ricevitorie dove ci sono state vincite consistenti è più facile vincere	\mathbf{A}	81,41%	8,73%	7,61%	$2,\!25\%$
Il gioco è un vizio	\mathbf{L}	3,38%	3,10%	14,93%	78,59%
È superstizioso	\mathbf{A}	56,62%	25,92%	12,96%	4,51%
È bene continuare a giocare fino a quando non si vince	\mathbf{A}	$67,\!32\%$	14,93%	$13,\!52\%$	$4,\!23\%$
Quando fa dei progetti è sicuro di portarli a termine	\mathbf{L}	11,55%	$10,\!42\%$	40,85%	$37,\!18\%$
La pubblicità induce a giocare	\mathbf{L}	$8,\!45\%$	10,99%	$20,\!85\%$	59,72%
Gioca per bisogno	\mathbf{A}	$81,\!13\%$	9,30%	$5,\!35\%$	$4,\!23\%$
Quando i tempi sono difficili è meglio affidarsi alla fortuna	\mathbf{A}	66,20%	12,39%	16,34%	5,07%
Gioca importi che non la rovinano di certo	\mathbf{N}	6,48%	$0,\!28\%$	2,82%	90,43%
Nei periodi di crisi è meglio risparmiare anziché giocare	\mathbf{L}	1,69%	3,38%	15,49%	$79,\!44\%$
In caso di non vincita, sapere che una quota-parte della somma da lei giocata vada in beneficenza le è di consolazione	N	6,20%	3,38%	14,93%	75,49%

Bibliografia

Bonino S. (2003), *Il fascino del rischio negli adolescenti*, Giunti, Firenze. Bosio S. (2002), "Un approccio di rete al gioco d'azzardo", in D. Capitanucci e V. Marino (a cura di), *La vita in gioco*?, FrancoAngeli, Milano, pp. 132-153.

Capitanucci D. (2008), "Azzardo globale: il gioco d'azzardo come metafora dell'oggi in Italia", in G. Lavanco e M. Croce (a cura di), *Psicologia delle dipendenze sociali. Mondo interno e comunità*, McGraw-Hill, Milano, pp. 85-97.

Caretti V., Craparo, G. e Schimmenti A. (2008), "Fattori eziopatologici dell'addiction: un inquadramento", in G. Lavanco e M. Croce (a cura di), *Psicologia delle dipendenze sociali. Mondo interno e comunità*, McGraw-Hill, Milano, pp. 279-297.

Caretti V. e La Barbera D. (a cura di) (2009), *Le nuove dipendenze: diagnosi e clinica*, Carocci, Roma, pp. 36-42; 82-98.

Couyoumdjian A., Baiocco R. e Del Miglio C. (2006), Adolescenti e nuove dipendenze. Le basi teoriche, i fattori di rischio, la prevenzione, Laterza, Bari, pp. 41-65.

Croce M. (2006), "È possibile prevenire o ridurre i danni del gioco d'azzardo?", in G. Lavanco e L. Varveri (a cura di), *Psicologia del gioco d'azzardo e della scommessa. Prevenzione, diagnosi, metodi di lavoro nei servizi*, Carocci, Roma, pp. 139-151.

De Rosa O. e Russo G. (a cura di) (2007), *Gioco e dipendenza*, Editrice Gaia, Salerno.

Fernàndez F.A. (1996), *Le altre droghe*, trad. it. Edizione Universitarie Romane, Roma, 1999.

Fisher S. (1993), "Gambling and pathological gambling in adolescence", in *Journal of Gambling Studies*, 9, pp. 277-287.

Grosso L. (2001), "Adolescenti e azzardo", in M. Croce e R. Zerbetto (a cura di), *Il gioco & l'azzardo. Il fenomeno, la clinica, le possibilità di intervento*, FrancoAngeli, Milano, pp. 84-97.

- Guerreschi C. (2000), *Giocati dal gioco. Quando il divertimento diventa malattia: il gioco d'azzardo patologico*, San Paolo, Milano.
- Guerreschi C. (2005), New Addictions. Le Nuove Dipendenze, San Paolo, Roma.
- Gupta R., Deverensky J. (1998), "Adolescent gambling behaviour: a prevalence study and examination of the correlates associated with excessive gambling", in *Journal of Gambling Studies*, 14, pp. 319-345.
- La Barbera D. e Sideli L. (2008), "Disturbi di personalità e nuove dipendenze", in G. Lavanco e M. Croce (a cura di), Psicologia delle dipendenze sociali. Mondo interno e comunità, McGraw-Hill, Milano, pp. 245-277
- Ladouceur R., Sylvain C., Boutin C. e Doucet C. (2003), *Il gioco d'azzardo eccessivo*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Lavanco G. e Varveri L. (2001), "Dal gioco sociale al gioco problematico: percorsi di un intervento di comunità", in D. Capitanucci e V. Marino (a cura di), *La vita in gioco?*, FrancoAngeli, Milano, pp. 75-94.
- Lavanco G. e Varveri L. (2001), "Il giocatore sociale. L'intervento di psicologia di comunità", in G. Lavanco (a cura di), *Psicologia del gioco*

- d'azzardo. Prospettive psicodinamiche e sociali, McGraw-Hill, Milano, pp. 165-208.
- Lavanco G. e Varveri L. (2005), "Gioco d'azzardo. Una scommessa tra il benessere e la patologia", in V. Caretti e D. La Barbera (a cura di), *Le dipendenze patologiche. Clinica e psicopatologia*, Cortina, Milano, pp. 205-233.
- Maddux J.F., Desmond D.P. (2000), "Addiction or dependence?", in *Addiction*, 95, pp. 661-665.
- Margaron H. (1997), *Il labirinto della dipendenza*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Martinotti G., Andreoli S. e Tonioni F. (2006), "Psicopatologia del gioco d'azzardo: da dimensione sociale a realtà patologica", in L. Janiri, E. Caroppo, M. Pinto e G. Pozzi (a cura di), *Impulsività e compulsività: psicopatologia emergente,* Franco Angeli, Milano, pp.118-139.
- Moran E. (1975), "Pathological Gambling", in *British Journal of Psichiatry*, "Special Publication", 9, "Contemporary Psichiatry".
- Rosenthal R.J. (1992), "Pathological Gambling", in *Psychiatric Annals*, 22, pp. 72-78.

NOTIZIE IN BREVE

Progetto "Nuove Droghe: medici di famiglia, operatori di Ser.T. e operatori di comunità, un network nazionale di prevenzione e aggiornamento

L'ISS organizza, sia centralmente a Roma sia nelle singole Regioni, Corsi di Formazione sulle Tossicodipendenze previsti dal Progetto "Nuove Droghe: medici di famiglia, operatori di SerT e operatori di comunità, un network nazionale di prevenzione e aggiornamento", finanziato dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

L'iniziativa vede la attiva collaborazione di SIMG, FeDer-SerD, CNCA e FICT.

I Corsi durano due giorni e prevedono lezioni sulla rete territoriale del pubblico e del privato sociale, le peculiarità della medicina generale, il sistema informativo, la presa in carico nei Ser.T., l'accesso nelle Comunità, il ruolo del MMG nella osservazione e diagnosi.

Largo spazio è dedicato alle linee guida e ai percorsi diagnostici terapeutici, ai trattamenti preso i Ser.T. e le strutture

del privato sociale, ai trattamenti a domicilio e presso i MMG.

Il metodo di lavoro comprende lavori di gruppo e al termine dei lavori dei singoli corsi la approvazione di un protocollo di collaborazione tra gli attori coinvolti.

Anche la realtà dei Centri Antifumo e del Telefono Verde Antidroga sono affrontate nelle giornate di lavoro.

I corsi, accreditati ECM per le figure professionali del sistema di intervento, riservati a 20 partecipanti, vedono la direzione del prof. Piergiorgio Zuccaro, dirigente dell'ISS.

Un'ottima iniziativa, nell'ottica della valorizzazione della rete territoriale e della costruzione di riferimenti certi e competenti in ogni Regione.

Per ulteriori informazioni: www.iss.it/ofad o www.feder-serd.it

Il craving alcolico nella personalità narcisistico-onnipotente

Mario G.L. De Rosa*, Antonella Mazzanti**, Alice Sanguigni°, Alessia Raffaeli°°, Ezio Manzato^

SUMMARY

■ Introduction. The Narcisistic Personality Disorder is a diagnostic category in which there is a grandiose sense of self-importance, the need for constant admiration, typical responses to the threats to self-esteem and disturbances in interpersonal relationships. Alcohol craving is described as a multiform strong desire in which alcohol can has more meanings according to specific types of personality. Objective. The aim of this study is the preliminary investigation of relation between Narcisistic Personality Disorder and alcohol craving through analysis of object relations. The sample is composed of 11 patients with alcohol dependence who are in treatment at The Centre for the Drug Addiction of Civitanova Marche. The subjects of the sample have been selected through clinical diagnosis. Methods. The Structured Clinical Interview for DSM - Axis II (SCID II) is used to define personality traits and diagnostic categories; The Sacks Sentence Completion Test is used to bring out object relations and unconscious representations. The personality of each patient has been defined by diagnostic criteria that allow to include personality in nosographic categories and to find comorbility of personality traits. Then, the object relations and unconscious dynamics are brought out from the sentences of Sacks projective test that allows to analyze the dimensions of family, sexuality, interpersonal relationships and self-concept. Results. The results suggest that there are three types of Narcisistic Personality in patients with alcohol dependence: "shy/covert narcissist", "arrogance/overt narcissist" and narcissist that has shows borderline dynamics. Each type of personality has particular self-images and specific object relations in which alcohol has an ego-syntonic meaning. This study examinates also the appropriate psychotherapeutic strategies to treat specific personalities. ■

Keywords: Narcisistic Personality Disorder, alcohol craving, alcohol craving analysis, three types of Narcisistic Personality: "shy/covert", "arrogance/overt" and narcisist that has shows borderline dynamics, psychotherapeutic strategies.

Parole chiave: Disturbo di Personalità Narcisistico, craving alcolico, analisi del craving, tre tipologie narcisistiche: "puro" o "covert", "overt" e con "funzionamento borderline", strategie psicoterapeutiche.

Introduzione: il Disturbo Narcisistico

In psichiatria il termine "narcisismo" fu usato per la prima volta da Havelock nel 1892 in uno studio psicologico sull'autoerotismo (1).

Lo studioso descrisse le radici mitologiche e letterarie del Mito di Narciso e, per la prima volta, estese il termine di narcisismo ad un comportamento non manifestatamente sessuale.

- * Medico Psichiatra Coordinatore Dipartimento Dipendenze Asur-Z.T. n. 8 di Civitanova Marche.
- ** Dirigente Psicologa Dipartimento Dipendenze Asur-Z.T. n. 8 di Civitanova Marche.
- ° Medico Psichiatra Dipartimento Dipendenze Asur-Z.T. n. 8 di Civitanova Marche.
- $^{\circ\circ}$ Psicologa Tirocinante Dipartimento Dipendenze Asur Z.T. n. 8 di Civitanova Marche.
- ^ Medico Psichiatra Direttore SER.D 1, Dipartimento Dipendenze Az-ULSS 21 di Legnago (VR).

Nel 1899 Nacke (2) usò lo stesso termine per connotare, invece, una perversione sessuale, mentre fu Sadger (3) che nel 1908 introdusse il "narcisismo" nel linguaggio psicoanalitico.

Freud usò questa terminologia ufficialmente nella riunione della Società Psicoanalitica di Vienna del 10 novembre 1909.

Rank nel 1911, nel suo scritto dedicato specificamente al narcisismo, per la prima volta lo collegò esplicitamente a fenomeni come la vanità e l'autoammirazione (4).

Si attribuisce però all'importante lavoro di Freud del 1914, *Introduzione al narcisismo*, la conferma ufficiale di questo concetto in psicoanalisi (5).

Da allora il termine narcisismo ha avuto sempre maggiore rilievo all'interno del movimento psicoanalitico arricchendosi, nel tempo, di importanti contributi da parte di autori quali Abraham (6) e Jones (7): quest'ultimo fu il primo a descrivere i "tratti della personalità narcisistica".

Più di recente altri autorevoli contributi si sono aggiunti nella ricerca del disturbo di personalità narcisistica.

Tra questi ricordiamo quello di Rosenfeld che in Inghilterra ha elaborato le importanti intuizioni di Melanie Klein contenute nel

libro *Invidia e gratitudine* del 1957 e di Grunberger in Francia, mentre negli Stati Uniti sono stati Kernberg e soprattutto Kohut che hanno dato una vivacità dialettica in seno alla comunità scientifica riguardo al disturbo narcisistico.

Infine dobbiamo rilevare che la "nascita" ufficiale del "Disturbo di personalità narcisistica" è avvenuto con la stesura del DSM III nel 1980.

Se tale evento può essere interpretato come il riconoscimento da parte della Psichiatria di una delle più feconde "questioni psicoanalitiche", dall'altra l'inserimento di un disturbo di personalità con caratteristiche narcisistiche, quale entità nosografica autonoma, ha comportato una serie di aspre critiche da una parte del mondo Accademico dell'epoca compreso quello Psicoanalitico.

Venne infatti criticata, nella sede congressuale dell'American Psychiatric Association di Toronto nel 1982, l'inclusione nel Manuale di alcuni disturbi di personalità come quello narcisistico che erano stati introdotti a livello clinico solo 10 anni prima nelle città americane in teatri d'opera ed istituti psicoanalitici e sconosciuti nella gran parte del resto del mondo.

Da allora, tuttavia, questa entità categoriale ha riscosso sempre maggiori consensi fino a giungere, nella stesura del DSM IV dell'Associazione Psichiatrica Americana del 1994 (8), alla sistematizzazione del disturbo, che viene descritto come segue:

Criteri diagnostici DSM IV per Disturbo Narcisistico di Personalità Un quadro pervasivo di grandiosità (nella fantasia o nel comportamento), necessità di ammirazione e mancanza di empatia che compare entro la prima età adulta ed è presente in una varietà di contesti come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:

- 1. Ha un senso grandioso di importanza (per es.: esagera risultati e talenti, si aspetta di essere notato come superiore senza un'adeguata motivazione).
- 2. È assorbito da fantasie di illimitato successo, potere, fascino, bellezza, e di amore ideale.
- 3. Crede di essere "speciale" e unico, e di dover frequentare e poter essere capito solo da altre persone (o istituzioni) speciali o di classi elevate.
- 4. Richiede eccessiva ammirazione.
- 5. Ha la sensazione che tutto gli sia dovuto: ha la irragionevole aspettativa di trattamenti di favore o di soddisfazione immediata delle proprie aspettative.
- 6. Sfruttamento interpersonale: si approfitta degli altri per i propri scopi.
- 7. Manca di empatia: è incapace di riconoscere o di identificarsi con i sentimenti e le necessità degli altri.
- 8. È spesso invidioso degli altri, o crede che gli altri lo invidino.
- 9. Mostra comportamenti o atteggiamenti arroganti e presuntuosi. In una prospettiva *Psicopatologica*, parafrasando e sviluppando i tratti caratteristici della personalità narcisistica sintetizzati ed elencati nel precedente schema, possiamo affermare che il Disturbo Narcisistico si caratterizza **per il senso grandioso di importanza che il soggetto ha di sé**.

La persona si percepisce secondo un sentimento di unicità che lo fa sentire diverso rispetto al resto del genere umano.

Numerosi atteggiamenti esprimono tuttavia il contrario di questa che potrebbe sembrare una rassicurante certezza: vivono, cioè, una **condizione di dubbio costante** che li pone in una continua ricerca di conferme esterne che abbiano il significato soggettivo della rassicurazione rispetto al loro vissuto di potenza.

Le varie descrizioni dei pazienti narcisisti, presentate da diversi autorevoli studiosi, possono essere concettualizzate inscrivendole tra i due poli di un continuum che coinvolge lo stile delle relazioni interpersonali: il cosiddetto "narcisista inconsapevole" e quello "ipervigile" (9).

I narcisisti "inconsapevoli" non sembrano avere una consapevolezza del loro impatto sugli altri: in situazioni sociali parlano come se si rivolgessero ad un vasto pubblico, stabilendo raramente un contatto visivo con l'interlocutore.

Si relazionano "al cospetto" di altri e non "con" gli altri, ignari di essere estremamente noiosi. Mostrano un evidente bisogno di essere al centro dell'attenzione, insensibili ai bisogni degli altri al punto di non permettere a nessuno di contribuire alla conversazione.

La tipologia "inconsapevole" coincide perfettamente con quanto descritto rispetto alla personalità narcisistica nella categoria diagnostica del DSM IV (9).

Invece il narcisista "ipervigile" presenta un'estrema sensibilità nella relazione interpersonale: la sua attenzione è sempre diretta verso gli altri, ricercandone un'approvazione.

Come il paziente paranoide ascolta attentamente l'interlocutore alla ricerca della minima critica, manifestando una forte tendenza a sentirsi offeso.

È timido ed inibito ed evita di mettersi in luce per il timore di essere rifiutato e umiliato.

Nel nucleo del mondo interno vi è un profondo senso di vergogna relativo al suo segreto desiderio di esibirsi con una "modalità grandiosa" (9).

Sebbene entrambe le tipologie di narcisisti combattano per mantenere la loro stima di sé la modalità con cui vivono questo aspetto è diametralmente opposta.

Infatti il narcisista inconsapevole tenta di impressionare gli altri con il suo valore, i suoi talenti, cercando di preservarsi dalla ferita narcisistica, eludendo le risposte dell'interlocutore.

Il narcisista ipervigile adotta invece strategie interpersonali finalizzate a salvaguardare la sua autostima studiando attentamente gli altri per "apparire come si deve".

Attribuisce proiettivamente all'interlocutore la disapprovazione che nutre per le sue fantasie grandiose (9).

Questa tipologia è strettamente correlata con la distinzione introdotta da Rosenfeld nel 1987 tra pazienti narcisisti dalla "pelle dura" e narcisisti dalla "pelle sottile" (10) e con le categorie di Broucek nel 1982 di narcisista egotistico e narcisista dissociativo (11).

Tornando ai tratti descrittivi del disturbo narcisistico secondo il DSM IV (che sembra, a questo punto, aver trascurato le caratteristiche dell'"ipervigile") si osserva come i rapporti interpersonali di questi pazienti, sia a livello sentimentale che lavorativo e sociale, vengono esperiti secondo la necessità soggettiva di una incessante ricerca di attenzione ed ammirazione.

Hanno inoltre la tendenza a mettere in atto **atteggiamenti di manipolazione degli altri** per il mero conseguimento dei propri scopi.

Conseguenza di ciò è l'inevitabile difficoltà nelle relazioni interpersonali.

In definitiva ciò che caratterizza il disturbo narcisistico è un difetto di base nelle strutture psichiche che presiedono funzionalmente alla consapevolezza e al controllo dell'autostima, con oscillazioni estreme tra il polo di una grandiosità esagerata a quello di una totale mancanza di valore, entrambi ugualmente lontani dalla oggettività della persona.

Sono i fatti anche obiettivamente insignificanti della vita quotidiana che continuamente mettono in discussione **l'instabile** equilibrio che il soggetto ha riguardo **l'immagine di sé,** minacciandone la fragilità.

Una preoccupazione ipocondriaca, più o meno fluttuante nel tempo, può costituire spesso l'evento di esordio, la prima manifestazione di un disagio soggettivo: questa condizione problematica può comparire sia in concomitanza con disturbi fisici lievi sia in presenza di elementi reali di malattia.

Sullo stesso registro anche il funzionamento nella sfera psichica può essere investito da tali elaborazioni per cui il soggetto può manifestare la tendenza a preoccuparsi esageratamente del proprio stato fino a esperire la **paura di impazzire**: talvolta generiche difficoltà di concentrazione, ruminazioni coatte o un fastidioso tachipsichismo potranno essere esagerate a tal punto da creare situazioni di allarme.

Allo stesso modo viene concepito il vissuto di **depersonalizzazione** che, transitoriamente, si può manifestare nel narcisista in condizioni di stress relazionale: questa esperienza psichica traduce in modo quasi letterale la profonda **frammentazione del Sé** così come viene esperita e riferita da questi pazienti.

I quadri clinici spesso si arricchiscono di episodi psicopatologici in cui la tonalità affettiva è caratterizzata da "umore pessimistico" dando luogo a "fasi di scompenso narcisistico".

In queste situazioni il soggetto è sopraffatto da un sentimento di inutilità che investe gli altri e l'ambiente che lo circonda.

Sempre in queste fasi emergono sentimenti di rabbia impotente, umiliazione o vergogna profonda che possono dar luogo a comportamenti di aggressività agiti più o meno esplicitamente, talvolta auto-diretti.

Nella prospettiva *Psicodinamica* il narcisismo è considerato tra i più importanti complessi psicopatologici ma anche uno dei più controversi dal punto di vista teorico.

Diverse difficoltà concettuali erano presenti già nel lavoro di Freud nel 1914, il quale, non a caso si considerò più volte insoddisfatto dell'elaborazione teorica che aveva sviluppato rispetto al narcisismo (5).

Superata la teoria degli "affetti", della seduzione (quando Freud si accorse che molti fatti traumatici, molte seduzioni, non erano avvenute realmente ma erano frutto di fantasie delle sue pazienti), i traumi reali esterni persero di importanza nella genesi del conflitto nevrotico e acquistarono rilevanza le fantasie, che venivano considerate come derivate da pulsioni interne.

Nacque così, insieme al complesso edipico, la psicoanalisi vera e propria, segnata dall'importanza della teoria delle "pulsioni". In questa prima fase si rese esplicito il dualismo tra "pulsioni sessuali" e "pulsioni dell'Io": quelle sessuali adatte alla conservazione della specie, quelle di autoconservazione (o dell'Io) miranti alla preservazione dell'individuo (ad es. la fame).

Per Freud le pulsioni dell'Io "limitavano e rimuovevano", mentre quelle sessuali venivano "limitate o rimosse": in definitiva le due pulsioni erano in conflitto tra loro.

I problemi causati da questa prima teoria duale delle pulsioni si evidenziarono soprattutto quando Freud affrontò in particolare il tema del narcisismo.

A questo proposito è utile ricordare che l'autore aveva postulato numerose fasi dello sviluppo della pulsione sessuale che chiamava anche "libido".

Secondo Freud la libido all'inizio è autoerotica, cioè senza oggetto, fase in cui ogni pulsione parziale cerca soddisfazione su parti del corpo (le zone "erogene" orale, anale e fallica).

In seguito la pulsione diventa alloerotica, cioè con una scelta oggettuale.

Successivamente Freud postula una fase intermedia tra le due, la fase narcisistica, in cui il soggetto unifica le due pulsioni sessuali parziali autoerotiche e prende se stesso come primo oggetto d'amore.

Ciò implica anche che la scelta oggettuale sia, in via transitoria, di tipo omosessuale cioè rivolta ad un oggetto simile a quello che ha già amato, per poi passare alla definitiva scelta eterosessuale.

Freud sosteneva che, dopo la fase di investimento oggettuale, la libido può essere nuovamente ritirata dagli oggetti e chiamò questa fase "narcisismo secondario", definendo invece come "narcisismo primario" quello descritto in precedenza.

Nel corso degli anni e in virtù dell'osservazione clinica questa teoria venne superata perché non rendeva conto della possibilità per il soggetto di poter investire nel mondo esterno e contemporaneamente di mantenere una buona autostima.

Più recentemente Kohut nel 1971, mentre affrontava lo studio dei vari aspetti clinici del "narcisismo sano", tentò di risolvere questo problema teorico ipotizzando l'esistenza di due linee di sviluppo della libido, rispettivamente quella oggettuale e quella narcisistica, questa volta intese come due linee di sviluppo autonome e non unite come dei vasi comunicanti.

Nei suoi scritti successivi modificò ulteriormente la sua concezione iniziale allontanandosi dalle teorie freudiane, affermando che esiste una sola libido, quella narcisistica, che grazie a rapporti empatici con le figure genitoriali (definiti oggetti – Sé) trasformerebbe il Sé in forme meno arcaiche e gradualmente più mature (12).

Negli ultimi vent'anni la comprensione psicodinamica del Disturbo Narcisistico di Personalità si è incentrata sui modelli teorici di Kohut (12) e di Kernberg (13) che differiscono comunque significativamente tra loro.

Le maggiori differenze teoriche nel modo di concettualizzare il disturbo narcisistico possono riferirsi anche alla differente popolazione di pazienti che i due autori hanno preso in considerazione nei loro studi: i pazienti oggetto di studio di Kohut erano essenzialmente ambulatoriali, con un funzionamento psichico relativamente buono, che potevano affrontare il metodo psicoanalitico (12).

Kernberg, invece, ha sempre lavorato in ospedale con pazienti "più primitivi, più arroganti, più aggressivi" (spesso con soggetti antisociali), palesemente più grandiosi nel loro vissuto (sebbene la grandiosità possa alternarsi con la timidezza) rispetto a quelli di Kohut (13).

Secondo il modello di Kohut gli individui affetti da Disturbo Narcisistico di Personalità si sono arrestati, da un punto di vista evolutivo, ad uno stadio in cui hanno bisogno di specifiche risposte dalle persone del loro ambiente per mantenere un Sé coeso: in mancanza di queste tendono alla frammentazione del Sé (12).

Kohut definisce lo stadio dell'arresto come "Sé grandioso arcaico" che risulterebbe da "fallimenti empatici" con i genitori, da relazioni frustranti.

Gli stessi sarebbero anche l'origine della tendenza a formare dei particolari tipi di transfert: speculare, gemellare (considerato una variante di quello speculare) e idealizzante.

Nel transfert "speculare" il paziente esprime il bisogno di essere ammirato e "rispecchiato" dal terapeuta mentre nel transfert "idealizzante" manifesta il bisogno complementare di idealizzare e ammirare il terapeuta stesso (12).

Kohut sposa quindi la teoria delle "relazioni oggettuali" per cui l'ambiente ha una primaria responsabilità nella costituzione personologica del soggetto.

L'obiettivo del trattamento, da questo punto di vista, è di partire da un bisogno di oggetti – Sé arcaici per arrivare alla capacità di utilizzare oggetti – Sé più maturi ed appropriati (12).

Kernberg concepisce invece la personalità narcisistica in modo più tradizionale.

Lo studioso è d'accordo con Kohut nel ritenere che la patologia si incentra su un disturbo della regolazione dell'autostima e della persistenza di un Sé grandioso, ma non ritiene che questo sia la riattivazione di una fase dello sviluppo infantile normale, bensì patologico (14).

Infatti, dove Kohut parla di *Sé grandioso arcaico*, Kernberg introduce il concetto di *Sé grandioso patologico*. Ne consegue che in terapia il paziente non deve "essere lasciato crescere" ma deve "essere interpretato" nelle difese caratteriali narcisistiche (13). Secondo le teorizzazioni di Kernberg, l'organizzazione difensiva della personalità narcisistica è da considerarsi simile al Disturbo di Personalità Borderline: la interpretò, infatti, come una delle diverse tipologie di questa organizzazione psicopatologica di personalità.

Il Sé grandioso patologico è una fusione del Sé ideale, dell'oggetto ideale e del Sé reale che determina una svalutazione distruttiva delle immagini dell'oggetto (13).

Il dibattito teorico tra Kohut e Kernberg spesso ha oscurato altri interessanti contributi rispetto alla comprensione del disturbo, tra questi ricordiamo quelli di Rinsley nel 1989 che ha collegato l'origine del disturbo Narcisistico al quadro evolutivo della Mahler.

L'autore sostiene che mentre il paziente borderline soffre per un arresto evolutivo di entrambi i sottoprocessi di separazione e di individuazione, il narcisista presenta una dissociazione evolutiva dei due sottoprocessi: l'individuazione si è sviluppata mentre la separazione si è arrestata.

Ciò porta ad un bambino pseudo-maturo che assume in sé il messaggio per cui gli è consentito di separarsi dalla madre purché alla fine ogni conquista sia in relazione con lei (15).

Questa spiegazione concorda con l'osservazione di Kernberg che in certe aree psichiche il paziente narcisista può funzionare egregiamente e può essere in grado persino di ottenere risultati significativi (ad es.: nel lavoro), nonostante soffra ancora a causa di relazioni oggettuali altamente problematiche (13, 15).

Narcisismo e Alcolismo

Esistono nella letteratura scientifica diversi studi che hanno evidenziato una stretta correlazione tra disturbo narcisistico e alcolismo.

Freud e Fenichel (1945) riferivano l'alcolismo ad una fissazione orale del soggetto, pertanto l'alcolista manifestava importanti comportamenti di dipendenza e narcisistici (16).

Il punto di vista dei seguaci di Adler (1941) è che l'alcolismo rappresenta una lotta per il potere che compensa un penetrante sentimento di inferiorità (17).

Blum, in una review riguardante il punto di vista della psicoanalisi sull'alcolismo, ipotizza per l'alcolista un arresto dello sviluppo alla fase orale con un eccesso di narcisismo, passività e dipendenza.

Secondo l'autore la fissazione orale deriva da una carenza nel rapporto con le figure significative dell'infanzia (18).

McClelland e colleghi nel 1972 (19), Willsnack e colleghi nel 1976 (20) hanno evidenziato altresì che gli alcolisti maschi possono essere considerati come soggetti che lottano per il potere e il controllo, mentre le donne si sforzano di raggiungere la femminilità come compensazione di sentimenti inconsci di autodisistima: l'alcol procura artificiosamente una sensazione di potere e alimenta l'autoimmagine conscia di grandezza.

Questo intenso bisogno di grandezza è stato definito come "Grandezza Reattiva".

Anche Tiebout (1965) rileva che l'aspetto psicologico nucleare nell'alcolista è caratterizzato da una sorta di Grandezza Reattiva con il corrispondente bisogno di potenza (21).

Lo studioso ha compiuto un interessante studio su alcolisti in trattamento presso i gruppi di Alcolisti Anonimi osservando che non a caso il programma terapeutico di questi gruppi si basa sull'indurre sentimenti di umiltà e di ridimensionamento dell'Io.

Queste tappe sono necessarie affinché si produca una limitazione del narcisismo dell'alcolista: nei gruppi l'onnipotenza viene sublimata e indirizzata verso obiettivi socialmente utili (in particolare la redenzione di altri alcolisti) (21).

Zimberg (1984) sottolinea che la terapia dell'alcolista deve avere l'obiettivo primario di allentare la Grandezza Reattiva del soggetto, che produce il massiccio diniego dei sentimenti profondi di un bere autodistruttivo e distruttivo della famiglia (22).

Kernberg (1987) ha evidenziato altresì la condotta alcolica in soggetti con deficit delle relazioni oggettuali e come l'alcol svolga la funzione di sedare l'emozionalità da frustrazione oggettuale (23). Hewitt e Fletty (1991) hanno rilevato tre dimensioni psicologiche comprese nel concetto di perfezionismo: il perfezionismo auto-centrato, il perfezionismo auto-indotto e il perfezionismo socio-indotto.

Gli autori hanno individuato un legame tra i primi due tipi di perfezionismo con la dimensione narcisistica.

Proseguendo la ricerca hanno osservato anche significative correlazioni tra il perfezionismo e l'abuso alcolico (24).

Successivamente Hewitt e colleghi (2003) hanno evidenziato importanti associazioni tra perfezionismo e narcisismo in un campione di alcolisti (25).

Infine De Rosa e colleghi (2005) hanno descritto una specifica fenomenologia del craving alcolico presente in due distinte tipologie di pazienti: gli "alcolisti narcisisti" e gli "alcolisti onnipotenti", rilevando inoltre un continuum tra le due tipologie e come il desiderio di bere acquisisca un "Senso psicopatologico" che caratterizza la disposizione dipendente e infantile di questi soggetti (26).

Un'indagine preliminare sulla relazione tra alcolismo, narcisismo e relazioni oggettuali

Ipotesi di ricerca

In questa ricerca empirica preliminare si è analizzata la tipologia delle relazioni oggettuali e del mondo affettivo di pazienti alcolisti con diagnosi di personalità narcisistica.

In un precedente studio De Rosa e colleghi hanno descritto sette tipologie di alcolismi evidenziando la problematicità psicopatologica e lo specifico "senso" che il craving alcolico significava per gli alcolisti "narcisisti" e "onnipotenti" (26).

Il presente lavoro vuole analizzare più specificamente le "relazioni oggettuali" in un campione di alcolisti con diagnosi di Disturbo Narcisistico di Personalità per verificare l'ipotesi di base per cui all'interno della dimensione del "narcisismo" e dell'"onnipotenza" dell'alcolista sono presenti ulteriori sottotipologie che costituiscono e integrano uno "spettro Narcisistico-Onnipotente".

Il Disturbo Narcisistico di Personalità è stato diagnosticato sia come dimensione categoriale nosografica (DSM IV-APA, 1994) (8) sia come "tratto significativo" in comorbilità con altri disturbi di personalità.

Lo scopo dello studio è di evidenziare inoltre il "senso" che l'alcol assume nel vissuto psicopatologico di questi soggetti, ciò è stato possibile utilizzando la tecnica dell'Analisi del craving durante i colloqui clinici con gli alcolisti presi in esame (26).

Campione

Il campione di riferimento per la ricerca è composto da 11 soggetti alcolisti o ex alcolisti, in trattamento presso il Dipartimento Dipendenze dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale - Zona n. 8 di Civitanova Marche.

La scelta degli 11 soggetti è derivata da una selezione clinica preliminare che ha permesso di definire una diagnosi di Disturbo Narcisistico di Personalità secondo i criteri del DSM IV (APA, 1994) (8). La diagnosi di personalità è stata ulteriormente approfondita attraverso gli strumenti psicodiagnostica descritti nel prossimo paragrafo.

Il campione è composto da 11 soggetti con età media di 41,5 anni (Dev. S. = 6,5; range tra 26 e 48 anni).

Le caratteristiche sociodemografiche e sulle condotte di abuso del campione sono riportate nelle Tabelle 1 e 2.

Tab. 1 - Caratteristiche socio-demografiche del campione

	Numero casi			
Sesso	n. 10 maschi	n. 1 femmine		
Stato civile	n. 8 celibi/nubili	n. 3 coniugati		
Scolarizzazione	n. 4 scuola media inf.	n. 7 scuola media sup.		
Occupazione	n. 10 occupati	n. 1 disoccupati		

Tab. 2 - Condotte d'abuso e tipologia di trattamento del campione

	Numero casi				
Durata abuso	n. 0 meno	n. 3 da 1 a	n. 1 da 4 a	n. 7 da più	
	di 1 anno	3 anni	da 6 anni	di 6 anni	
Astinenza	n. 1 da	n. 4 da	n. 1 da	n. 5 da	
	1 settimana	circa 1 mese	circa 6 mesi	1 anno o più	
Durata	n. 3 meno	n. 4 da	n. 2 da	n. 2 da	
trattamento	di 1 anno	1 a 3 anni	4 a 6 anni	6 anni o più	
Trattamento seguito	n. 2 farmacologico	n. 4 o psicologico	n. 5 integrato		

Strumenti Psicodiagnostici e Modalità di somministrazione

Sono stati utilizzati la *Structured Clinical Interview for DSM - Axis II (SCID II)* per rilevare i tratti e le categorie di personalità, il *Reattivo delle Frasi da Completare* di Sacks e colleghi per identificare aspetti inconsci non propriamente consapevoli e un *Questionario socio-demografico* per ricavare informazioni e variabili di confronto, comprensivo di una domanda a risposta aperta che ha permesso un'ulteriore analisi clinica per valutare il "senso psicopatologico" che l'alcol presenta nel vissuto del soggetto alcolista (Analisi del craving) (12).

La Structured Clinical Interview for DSM - Axis II (SCID II) (27) è un'intervista clinica semi-strutturata sviluppata da Spitzer e colleghi (2006) per valutare i disturbi di personalità codificati sull'Asse II del DSM-III-R.

Lo scopo della SCID II è di migliorare l'attendibilità della diagnosi psichiatrica attraverso la standardizzazione delle procedure di valutazione.

Il reattivo delle frasi da completare di Sacks e coll. (R.F.C.S.) (28) è un test semiproiettivo composto da 60 frasi incomplete che il

soggetto deve completare spontaneamente nel più breve tempo possibile.

Il test, creato da Sacks nel 1950, ha lo scopo di fornire rilievi significativi sul contenuto e la dinamica degli atteggiamenti, dei sentimenti e delle relazioni oggettuali del paziente.

La teoria di riferimento è quella psicoanalitica, in particolare il contributo della Klein sembra essere di particolare utilità per l'analisi e l'interpretazione dei risultati.

Le 60 frasi definiscono quattro macro aree all'interno delle quali si chiedono precisi atteggiamenti:

- a) famiglia: padre (item 1, 16, 31, 46), madre (item 14, 29, 44, 59) e unità familiare (item 12, 27, 42, 57);
- b) *sesso*: donna (item 10, 25, 40) e rapporti eterosessuali (item 11, 26, 41, 56);
- c) *relazioni interpersonali*: autorità inferiori (item 4, 19, 34, 49), autorità superiori (item 6, 21, 36, 51), amici (item 8, 23, 38, 53) e colleghi (item 13, 28, 43, 58);
- d) *concetto di sé*: risorse personali (item 2, 17, 32, 47), ideali di vita (item 3, 18, 33, 48), futuro (item 5, 20, 35, 50), passato (item 9, 24, 39, 54), paure (item 7, 22, 37, 52) e colpe (item 15, 30, 45, 60).

Il reattivo, in quanto semiproiettivo, può far riflettere pensieri e sentimenti consci, preconsci e inconsci in relazione alle aree appena descritte, il tipo di rapporto interpersonale nella sua dinamica esistenziale, il concetto di sé e degli oggetti relazionali.

Attualmente, dopo numerose revisioni, l'attribuzione di un punteggio per ogni risposta viene data in base alla valutazione dell'intensità del rapporto con l'oggetto.

La relazione oggettuale può oscillare entro una bipolarità di cui un estremo può essere definibile come autenticamente "cattivo" e l'altro probabilmente "buono".

Il Questionario socio-demografico e la domanda aperta sulla funzione dell'alcol

Alla batteria di test è stato allegato un questionario socio-demografico creato appositamente per la ricerca, con il quale si richiedono informazioni utili per chiarire le caratteristiche personali, il quadro dell'addiction di ogni soggetto, ed alcuni elementi relativi alla durata, alla tipologia e alla efficacia del trattamento.

La domanda aperta sulla funzione dell'alcol ha lo scopo di accedere alla dimensione soggettiva dell'uso, dell'abuso e della dipendenza da alcol cercando di definire la funzione svolta dalla sostanza psicoattiva per ogni paziente.

L'analisi dei dati ricavati evidenzia il senso che l'alcol ha per la persona e ne significa quindi il craving.

Metodologia di somministrazione dei tests, setting e procedimento di analisi

Il presente lavoro di ricerca è da ritenersi "preliminare" considerato che il campione esaminato non raggiunge un numero sufficiente di soggetti per poter dare una garanzia contro gli errori casuali e sistematici.

Inoltre il campione è stato scelto su base clinica per avere nell'immediato un gruppo di soggetti con tratti o personalità narcisistici.

Sono state mantenute comunque stabili le condizioni di somministrazione dei tests cercando di porre attenzione all'ordine delle prove e di rilevare i dati in un breve arco di tempo.

Non è stato possibile utilizzare metodologie di analisi statistica sia per la natura degli strumenti utilizzati, di stampo marcatamente qualitativo, sia per lo scopo dell'indagine stessa che prevede un analisi di tipo clinico-diagnostico delle dinamiche emotive e relazionali dei pazienti alcolisti con tratti di personalità narcisistici.

Si è inteso quindi rilevare una tendenza del campione rispetto a varie aree psicologiche così da poter successivamente avanzare ulteriori e approfonditi disegni di ricerca.

I due strumenti utilizzati rendono possibile la descrizione della dimensione conscia e auto consapevole (SCID II) e di approfondire alcune aree inconsce o preconsce (Reattivo di Sacks). L'analisi delle dimensioni psicologiche auto-descritte e delle relazioni oggettuali proiettate permette perciò di avere un'immagine di ogni soggetto che attraversa più strati, dalla superficie alle dinamiche profonde.

Risultati

Dall'Analisi Categoriale attraverso la SCID II dei pazienti alcolisti diagnosticati clinicamente come Narcisisti emerge che il Disturbo Narcisistico di Personalità si presenta spesso sottosoglia e in condizione di comorbilità con altri disturbi di personalità. Il disturbo di personalità che si presenta con maggiore pervasività insieme a quello narcisistico è il Disturbo Borderline di Personalità (9 soggetti su 11).

La maggioranza dei soggetti si colloca all'interno del cluster B (8 soggetti) anche in comorbilità con il Disturbo Istrionico di Personalità (7 soggetti) confermando una dinamica psichica incentrata sul melodramma emotivo, sull'impulsività e sull'imprevedibilità; 3 casi presentano comorbilità con il Disturbo Antisociale di Personalità e con il Disturbo della Condotta.

Rispetto alla comorbilità con il cluster A (stranezza ed eccentricità) alcuni soggetti presentano anche tratti paranoidei (8 soggetti); in alcuni si presentano forti tratti schizoidi (6 soggetti) e schizotipici (6 soggetti).

Rispetto al cluster C (individui ansiosi e paurosi) emerge che 3 soggetti mostrano tratti del Disturbo Evitante, 3 soggetti tratti del Disturbo Dipendente di Personalità e 6 soggetti tratti del Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità.

In 8 soggetti si verifica una concomitanza dei tratti narcisistici con quelli depressivi e passivo-aggressivi.

Analisi qualitativo-dimensionale delle dinamiche profonde di personalità e delle relazioni oggettuali

L'analisi qualitativa effettuata attraverso il Reattivo delle Frasi da Completare ha permesso di approfondire le dinamiche relazionali e affettive dei soggetti esaminati.

Grazie alle potenzialità proiettive dello strumento le dinamiche narcisistiche latenti sono emerse anche in quei pazienti che nell'intervista non manifestavano particolari sintomi ascrivibili ad una personalità di tipo narcisistica.

D'altra parte, essendo un test proiettivo senza criteri di valutazione statistici, non è stato possibile effettuare un'analisi quantitativa, quanto piuttosto una valutazione qualitativa generale del campione.

Vengono descritte di seguito le diverse macro-aree e le sottodimensioni relazionali rilevate.

A) Famiglia

Rispetto a questa area emergono due stili relazionali alternativi. In alcuni soggetti si osserva un'ipervalutazione della famiglia ("sono stato trattato come un re o come un gioiello"), associata però anche a una sensazione di "mancanza affettiva"; in altri emerge una forte conflittualità e una dinamica difensiva di evasione dalle tematiche familiari che sembrano suscitare angoscia. La *figura paterna* viene descritta generalmente come assente o come incapace e debole, associata spesso a una relazione oggettuale emotivamente insufficiente. In alcuni casi i soggetti si sono dimostrati difensivi rispondendo in modo molto evasivo.

La figura materna al contrario difficilmente scatena reazioni di rifiuto o atteggiamenti difensivi. Viene spesso idealizzata sia l'immagine che la relazione, descritta come "felice e meravigliosa"; però questa idealizzazione si alterna frequentemente con un senso di oppressione. In pochi casi "l'oggetto materno" viene collocato all'interno della polarità negativa descrivendolo come opposto al sé e ipercritico.

L'unità familiare infine è l'area che scatena la maggiore ambivalenza: si alternano sentimenti positivi rispetto alla relazione, con riferimenti però negativi rispetto a un'affettività descritta come intrisa di odio e di incomprensioni.

B) Sesso

Quest'area viene solitamente connessa ai transfert materni e familiari e stimola fantasie sulla sessualità. Nei soggetti esaminati il rapporto con la *donna* è molto conflittuale e ambivalente: "il femminile" appare a volte totalmente idealizzato. Nelle frasi dove emerge un transfert materno si rilevano spesso risposte difensive o conflittuali.

I rapporti eterosessuali appaiono anch'essi molto ambivalenti e la sessualità concomitante sembra in alcune frasi negata e in altre idealizzata. In alcune risposte la sfera sessuale è totalmente negata, soprattutto in quei soggetti che mostrano una relazione deficitaria o carente con l'altro sesso. Un soggetto ha mostrato una conflittualità intensa relativa ad una sfera sessuale particolarmente perversa (abuso subito in famiglia).

C) Relazioni interpersonali

L'aspetto delle relazioni interpersonali assume delle caratteristiche peculiari e particolarmente problematiche che si riferiscono ad aree narcisistiche sia di tipo "covert" che di tipo "overt".

Rispetto alle *autorità superiori* la maggioranza dei soggetti mostra relazioni connotate da un'invidia proiettata e un'aggressività che si manifesta con un'ipercritica o un franco disprezzo. In molti soggetti emerge un senso di grandiosità e di onnipotenza che si traduce nell'incapacità a mettersi in una posizione di sana dipendenza verso i propri superiori. Si osservano inoltre un'aperta conflittualità e sottili critiche. In soggetti con tendenze depressive o con tratti narcisistici di "tipo covert" emergono ansia e sentimenti di inadeguatezza rispetto ai superiori.

In alcuni soggetti si rilevano inoltre fantasie di onnipotenza e di grandiosità rispetto alle *autorità inferiori*. La maggior parte dei soggetti di fronte alle fantasie di potere, mostra un'ipervalutazione di sé e delle proprie capacità. La relazione che emerge è di dominanza ed è priva di empatia. In alcuni casi alcune ansie di inadeguatezza vengono proiettate nelle autorità inferiori o vengono negate attraverso risposte evasive di difesa. In questa dimensione emergono anche elementi positivi di costruttività. Rispetto ai *colleghi* alcuni soggetti mostrano risposte difensive o tendenzialmente negative di insufficienza relazionale delinean-

tendenzialmente negative di insufficienza relazionale delineando un quadro critico della situazione emotiva in particolare rispetto alla situazione lavorativa. Altri trovano nei colleghi un'area di positività relazionale con possibilità costruttive. La dimensione degli *amici* è particolarmente problematica e

La dimensione degli *amici* è particolarmente problematica e arida per la maggior parte dei soggetti del campione. Emergono molte frasi evasive e difensive alternate a una relazionalità di polarità marcatamente negativa. Tutti i soggetti manifestano una marcata aridità relazionale evidenziando la tendenza ad un ritiro schizoide rispetto alle relazioni. Attraverso gli item di quest'area sono anche stimolate proiezioni relative ad un'insufficienza del sé come sfiducia, sfruttamento e disprezzo degli altri. Si riscontrano inoltre meccanismi paranoidei, rilevati anche dall'intervista: quasi tutti i soggetti sono reticenti a parlare di sé per

paura che qualcuno possa usare le informazioni contro di loro. Attraverso questa modalità gli "aspetti cattivi" scissi vengono proiettati all'esterno. Le tonalità positive emergono invece nel desiderio di avere amici simili a sé confermando l'aspetto relazionale di tipo narcisistico.

D) Concetto di sé

Il concetto di sé, inteso come risorse personali, ideali di vita e futuro, si manifesta nei soggetti del campione attraverso tre stili relazionali diversi. Una modalità prevede la cristallizzazione del sé all'interno di meccanismi di grandiosità e di onnipotenza caratterizzati da fantasie di autosufficienza e di grandezza illimitate (narcisismo "puro o overt"); in questi soggetti scompare la relazione con l'altro che viene negato e allontanato dalle aspirazioni. In altri soggetti, con tendenze depressive, il futuro viene negato e le risorse personali e le aspirazioni fanno emergere una considerazione di sé intrisa di inefficienza, inadeguatezza e angoscia (narcisismo "covert"). La terza tendenza, spesso associata a dinamiche borderline di personalità, mostra un'affettività fortemente ambivalente verso il sé. Si riscontrano molte immagini incostanti e non integrate dell'identità correlate alla paura della relazione profonda, comunque riconosciuta come indispensabile. In questi casi il concetto di sé appare inconsistente e frammentario e spesso è associato a sentimenti cronici di vuoto, emersi anche nell'intervista (narcisismo "borderline").

Il passato, nella maggior parte dei soggetti del campione, viene negato attraverso frasi difensive dalle quali traspaiono intensi sentimenti negativi. Raramente emergono ricordi di un passato sereno. Le paure sono molteplici e si caratterizzano per una forte angoscia relativa alle relazioni profonde, all'abbandono, all'esistenza, alla maturazione e all'essere se stessi. Alcuni soggetti, i più radicati nelle difese narcisistiche, manifestano una tendenza difensiva di negazione delle proprie paure.

In molti dei soggetti esaminati le *colpe* vengono riferite all'esistenza e alla nascita, mettendo in luce nuclei depressivi profondi. Altri si sentono colpevoli di errori non ben definiti, di crescere e della sessualità perversa. Quasi tutti i soggetti ammettono le colpe del loro abuso alcolico. Elementi che riguardano l'alcolismo difficilmente vengono manifestati nel reattivo tranne che in quest'area.

Facendo riferimento ad altri studi presenti in letteratura sul narcisismo abbiamo identificato, nel campione esaminato, 3 tipologie di personalità narcisistica (29) nell'alcolista, a seconda delle dinamiche del mondo fantasmatico e della tipologia delle relazioni oggettuali.

Il narcisista 'puro'-"overt", che appare cristallizzato nelle sue difese onnipotenti e nella grandiosità del sé, alle prese con l'idealizzazione e la svalutazione degli "oggetti esterni" che rispecchiano le scissioni schizoidi degli "oggetti interni". Le relazioni aride e superficiali evidenziano la loro incapacità relazionale e la negazione della dipendenza dall'oggetto. Quest'ultimo appare inesistente o fuso con il sé ed ha una funzione rispecchiante-idealizzante. L'alcol per questa personalità ha la funzione dell'oggetto-sé: fondersi con l'oggetto-alcol aumenta il senso di autostima e conferma l'onnipotenza e la grandiosità, al riparo da relazioni con oggetti interi vissuti come potenzialmente minacciosi e disconfermanti. I soggetti con queste caratteristiche descrivono l'alcol come "distruttivo" ma necessario. Presentano una scarsa consapevolezza riguardo alla propria problematicità esistenziale e sintomatologia e non nutrono sensi di colpa rispetto alla propria condizione disfunzionale.

Il narcisista "covert" che manifesta più palesemente nuclei profondi di inadeguatezza e di impotenza e una pseudo-empatia che lo tiene lontano dalle relazioni significative. L'Oggetto/Altro è vissuto con minaccia perché è possibile fonte di critiche e quindi evoca sentimenti di invidia e gratitudine in base alla soddisfazione che deriva dal rapporto. La depressione che spesso lo pervade è intrisa di vergogna e umiliazione. Può provare un'invidia cronica, sospettosità e un'ideazione paranoide. All'interno di questa dinamica l'alcol lo aiuta a superare i sentimenti di inadeguatezza e incrementa i circuiti paranoidei innescando circoli viziosi che confermano la propria sospettosità. Viene vissuto inoltre come un efficace antidepressivo e ansiolitico, che dà tranquillità e che li aiuta a socializzare.

Il narcisista con "funzionamento borderline" si trova invece in una dimensione disintegrata e frammentaria del sé, alle prese con sentimenti cronici di vuoto e d'abbandono. È incline a sentimenti di colpa alternati ad aggressività e distruttività manifeste. La scissione degli oggetti interni e degli affetti traspare dalla forte ambivalenza nei confronti di sé e degli altri significativi. Cerca il rapporto con l'Oggetto/Altro però teme la minaccia della frammentazione. All'interno di questa dinamica l'alcol svolge il ruolo di "oggetto privilegiato e ricercato" che permette il "riempimento alternativo del buco dell'lo". L'alcol aiuta a superare le angosce abbandoniche e a dare un senso di coesione al sé anche se provvisorio. Le espressioni che emergono rispetto all'alcol si riferiscono infatti ad una funzione di "copertura", di "compagnia", di "valvola di sfogo" e "di senso".

Le tre tipologie emerse possono collocarsi lungo un "continuum depressivo" che va dall'assenza totale del senso di colpa alla colpa costante e persistente, questa collocazione determina parte delle potenzialità di miglioramento. Nella Tabella 3 sono descritte le caratteristiche cliniche delle tre tipologie narcisistiche rilevate.

Tab. 3 - Caratteristiche cliniche delle tipologie narcisistiche

Caratteristiche cliniche e craving	Narcisista Overt	Narcisista Covert	Narcisista Borderline
Concetto di sé	Grandiosità pervasiva Fantasie irrealistiche	 Condizione di dubbio costante Equilibrio instabile Vergogna Paura di impazzire 	Disturbo dell'autostima Impotenza Fallimento Sentimenti cronici di vuoto
Coscienza di malattia	 Insensibilità rispetto al mondo interno Negazione del problema 	 Nelle fasi di scompenso narcisistico: parziale consapevolezza Preoccupazioni ipocondriache 	Intermittente Forte reattività alla visione di sé come bisognoso di aiuto
Operazioni difensive	 Idealizzazione Scissione Fuga in avanti Onnipotenza	 Proiezione Rabbia autodiretta Alienazione Ambivalenza 	 Frammentazione del sé Depersonaliz- zazione Acting out Rabbia eterodiretta Negazione
Esame di realtà	Mantenuto ma va in crisi in situazione di stress ambientale	Mantenuto ma va in crisi in episodi depressiv e reattivi	

Tab. 3 - Caratteristiche cliniche delle tipologie narcisistiche

Caratteristiche cliniche e craving	Narcisista Overt	Narcisista Covert	Narcisista Borderline
Relazioni oggettuali	Incessante ricerca di attenzione e ammirazione Sfruttamento delle relazioni interpersonali Ipercritica	 Penetrante sentimento di inferiorità Evitamento Ritiro schizoide 	Svalutazione distruttiva delle immagini dell'oggetto Passività e masochismo
Uso di alcol e craving	Abusi frequenti e craving "alessitimico" Ricerca di soddisfazione immediata dei propri impulsi	Effetto antidepressivo e ansiolitico Alcol come compensazione del senso di disistima	Alcol come oggetto transizionale (buco dell'Io) Abusi frequenti associati a scompensi comportamentali Aiuto a superare angosce abbandoniche
Transfert	 Transfert speculare e idealizzante Manipolazione Ipervalutazione di sé e del poter del terapeuta Svalutazione 	Identificazione proiettiva Chiusura e interruzioni nei periodi di maggiore sofferenza psichica	Trasfert dipendente e infantilismo Proiezioni sul terapeuta dell'aggressività Frequenti fughe dal setting terapeutico

Discussione

Dall'analisi dei risultati dello studio è possibile desumere una serie di considerazioni cliniche preliminari rispetto alla Personalità Narcisistica dell'alcolista, al suo percorso terapeutico, alla sua prognosi che di seguito verranno descritte analiticamente.

La dimensione psicodinamica

Un primo aspetto problematico del craving alcolico di tipo narcisistico è l'intensità e la modalità assolutamente improvvisa con cui si manifesta.

Durante i colloqui emerge un'incapacità, da parte del soggetto, di percepire lo stato emozionale che precede l'insorgere del craving (Fase pre-craving) (26).

La scarsa consapevolezza riguardo al proprio psichismo favorisce somatizzazioni emozionali o l'erompere improvviso delle emozioni che si correlano automaticamente con il craving alcolico.

La persona non riesce a individuare eventuali fattori o eventi scatenanti la fenomenologia emozionale del pre-craving.

Perciò sono del tutto coperte, nella fase iniziale della presa in carico terapeutica, le motivazioni e i desideri che, a seguito di una frustrazione esistenziale, si associano a intensi stati emotivi che vengono vissuti come "Mal-Essere" e che il soggetto fronteggia con l'alcol come lenitivo chimico.

In preda al craving queste persone vivono stati di coscienza irrazionali a cui seguono comportamenti problematici che riflettono l'incongruità della loro condizione psichica.

Possono infatti compiere azioni etero e autoaggressive e sviluppare condotte pericolose per sé e per gli altri.

L'alcol viene utilizzato quindi per compensare l'emozione incontrollata e non riconosciuta conseguente a desideri e a biso-

gni frustrati, da questa fenomenologia psichica origina dunque il craving alcolico.

Questi soggetti non hanno la capacità di armonizzare l'istanza di desiderio con la realtà, per cui le pulsioni emergono "irrazionali", spinte onnipotentemente verso la meta di soddisfazione.

È uno stile primitivo di funzionamento mentale che rivela una dimensione psichica ancora infantile, quando le pulsioni emergevano libere senza un medium egoico in grado di armonizzarle con la realtà.

Per questo la dimensione psicologica che si evidenzia in queste personalità si caratterizza per una sfera pulsionale e di desiderio onnipotente, priva di un principio di realtà e di un lo strutturato, capace di percepire e di riconoscere il limite di desiderio rispetto al mondo esterno.

È comprensibile perciò la difficoltà del paziente nel confrontarsi emozionalmente con il terapeuta durante le prime fasi del rapporto psicologico in quanto presenta una marcata confusione rispetto al proprio mondo interiore che è pervaso da istanze infantili e narcisistiche che non riconosce, non critica, ma anzi tendono ad emergere anche nella relazione terapeutica, spesso in maniera intensa e aggressiva.

Infatti il soggetto si difende per non cadere nel completo smarrimento dovuto al riconoscimento del suo impass esistenziale, in quanto l'ipertrofia egoica non riesce a sopportare critiche e giudizi altrui che comporterebbero una profonda angoscia esistenziale e una frammentazione della propria Identità.

Perciò le resistenze poste in essere risultano difese rigide, di ordine prevalentemente proiettivo, e fungono da strenuo baluardo intangibile che il paziente eleva rispetto al cambiamento che inevitabilmente si caratterizza, almeno all'inizio, con sentimenti di dolore e di sofferenza nel riconoscere una propria "insufficienza" e "incapacità", condizioni inimmaginabili per chi ha costruito un ideale di sé onnipotente e perfetto.

Pertanto nelle fasi iniziali del rapporto terapeutico il paziente vive frequenti stati emozionali dovuti alla percezione di minaccia e di pericolo rispetto al proprio Essere narcisistico, per cui sono frequenti le ricadute nell'abuso alcolico nel tentativo di ricomporre e di riaffermare il suo senso di Potenza per mezzo degli effetti psicoattivi indotti dall'alcol.

Per comprendere meglio il vissuto psicologico di questi pazienti è utile analizzare la fenomenologia dinamica della dimensione narcisistico – onnipotente.

A livello psichico è presente un lo fragile, poco strutturato, che appare incapace di contenere l'impulso di desiderio che in maniera prorompente permea la coscienza del soggetto.

Ne deriva una dimensione onnipotente a livello pulsionale e la pretesa infantile di soddisfare, senza frustrazioni esistenziali, la propria dimensione di desiderio.

Il costrutto razionalizzante che la persona ha di sé è orientato verso una concezione di Grandezza, di Superiorità e di Perfezione.

Da qui origina la pretesa che il mondo esterno riconosca e valorizzi il proprio Essere e quindi i propri desideri, ritenuti plausibili, inconfutabili, speciali e quindi incontestabili proprio perché espressione di un proprio Essere Superiore.

Da questa posizione ogni ostacolo verso la soddisfazione di sé viene concepito perciò come persecutorio (stato paranoideo) rispetto alla ovvia realizzazione di un sé così Potente.

Ne consegue che la relazione del Narcisista con il mondo risulta problematica, in quanto si pone "superbo" rispetto agli altri e con atteggiamento di pretesa, rivendicazione e rancore, per cui

è presente un netto e marcato divario tra il "Sé grandioso" e il mondo esterno.

Questa condizione relazionale di tipo patologico esprime la dimensione "Schizo" dell'onnipotente. La persona "Schizo-Paranoide" cerca di evitare ogni situazione che possa metterlo alla prova o minacciare il suo Essere.

Infatti la disconferma e la delusione rispetto al proprio costrutto onnipotente determinerebbe Angoscia e Depressione.

Per cui la condizione esistenziale del soggetto Onnipotente si colloca spesso nel polo dell'irrigidimento e dell'evitamento relazionale per confermare dereisticamente il proprio Essere ed eludere il polo emozionale-depressivo.

In molti casi, quando il costrutto di sé onnipotente entra in crisi, si osserva un'ulteriore regressione che esprime una Posizione francamente Narcisistica.

Nella Posizione narcisistica il soggetto vive una condizione di completo schizoidismo rispetto al mondo, si richiude totalmente in sé e contempla solo le proprie istanze interiori onnipotenti in una condizione pre-psicotica.

In genere il soggetto che vive nella posizione Onnipotente-Schizoparanoide ancora "compensata" non presenta una dipendenza fisica o patologie alcolcorrelate in quanto il suo stile di abuso alcolico è a "poussés", seppure intenso. Si verifica infatti solo quando sente minacciato il proprio Essere.

Invece la dipendenza a livello psicologico è molto forte, e il paziente è in grado di contenerla solo per brevi periodi.

La dimensione psicologica sopra descritta fa sì che questi soggetti sviluppino spesso degli intensi stati emozionali da frustrazione esistenziale.

Le emozioni a loro volta, non percepite ed elaborate, tendono a "somatizzare" e a determinare quello che viene riferito da questi soggetti come un "profondo malessere" che evoca automaticamente il craving verso l'alcol nel tentativo di "sciogliere" la sofferenza che provano e riparare così la "ferita narcisistica" dell'lo ipertrofico che hanno subito.

Perciò quando scatta il craving l'episodio di abuso è grave e prolungato perché alimentato da un vissuto di intenso malessere. Inoltre il craving si associa con una specifica slatentizzazione comportamentale a seconda che il paziente abbia più attiva una dimensione borderline o una dimensione depressiva (in quest'ultimo caso si rileva una chiusura schizoide dopo l'abuso alcolico). Di frequente nel caso del "narcisista tipo covert", a seguito dell'episodio di abuso alcolico grave, si verifica un periodo di ritiro dalle relazioni con pensieri paranoidei e sensazioni di profonda solitudine; il soggetto ha bisogno di un tempo di "ripristino" rispetto a un funzionamento più adeguato.

À livello comportamentale si verifica un'assenza dal lavoro, il rifiuto di parlare anche con i familiari più vicini.

A volte mette in atto anche fughe dalla propria abitazione apparentemente immotivate.

Anche l'entità dei sentimenti di colpa e di vergogna che seguono la ricaduta risultano dei validi indicatori diagnostici perché nelle personalità più marcatamente borderline prevale l'aspetto dell'amnesia a livello cognitivo e della rimozione dell'episodio a livello emotivo, mentre nelle personalità più depressive il vissuto di colpa risulta più angosciante e pervasivo e così anche la vergogna "relazionale".

È importante quindi definire una diagnosi psico-dinamica e non soltanto una diagnosi categoriale, perché la ricaduta nell'abuso alcolico cambia frequentemente nei connotati fenomenologici e consente una visione maggiormente dinamica ed evolutiva.

Infatti se il paziente "legge" i propri abusi come "tutti uguali" tende ad appiattirne il senso e a negare le relazioni interne tra i propri stati d'animo e i comportamenti esterni.

A questo scopo il lavoro psicologico sulla ricostruzione del "senso" dell'abuso alcolico deve essere calibrato rispetto:

- all'entità dell'angoscia che, in particolare nel narcisista con "funzionamento borderline", è intensa e rischia di essere la motivazione di un drop-out al trattamento;
- alla diversa capacità del paziente che nel continuum tra onnipotenza e depressione può costruire una consapevolezza solo in successione e per gradi.

Un altro aspetto importante da rilevare è che la dimensione intrapsichica del paziente narcisista si presenta inizialmente come una "scatola nera", le emozioni non hanno posto nella sua mente, non sono percepite e riconosciute ma vengono proiettate e razionalizzate e quindi attribuite ad altri.

Abbiamo evidenziato che la struttura dell'Io è molto debole in tutte e tre le tipologie sopra descritte (overt, covert e borderline). Questa fragilità può essere situata lungo un "continuum psichico" che va da una condizione narcisistica ad una più arcaica di tipo schizoparanoide fino ad una dimensione psicologica al limite della posizione depressiva.

Già nella prima fase dell'approccio terapeutico è possibile definire un indicatore di gravità della struttura di personalità.

In questa prospettiva è molto utile, ai fini diagnostico-clinici, l'utilizzo della "intervista strutturale" di Kernberg (30), che consente, sin dai primi passaggi della valutazione, di inquadrare la qualità delle relazioni oggettuali ed esprime in maniera significativa il grado di compromissione del soggetto.

In riferimento allo spettro psicodinamico precedentemente descritto questo continuum può prevedere:

- 1. Una completa destrutturazione delle relazioni, anche primarie (conflitti sia con la famiglia di origine che con quella acquisita); i conflitti sono esacerbati ormai da anni e hanno determinato la rottura dei legami affettivi: il sintomo "abuso alcolico" ha coperto le motivazioni relazionali di rifiuto e la dinamica della "relazione impossibile o fallimentare" (alcolista tipo overt).
- 2. Relazioni primarie e secondarie conservate, ma con alta conflittualità: l'abuso alcolico è iscritto nella dinamica del "figlio cattivo" o del "marito/padre cattivo" che pensa solo al proprio piacere narcisistico, alle dinamiche proiettive, al senso di colpa (alcolista tipo borderline).
- 3. La presenza di relazioni con una prevalenza del conflitto più sul versante nevrotico, con dinamiche meno arcaiche, una maggiore accettazione e consapevolezza di un abuso alcolico collegato al disagio sottostante (alcolista tipo covert).

In tutte e tre le tipologie è rilevabile una povertà nelle relazioni amicali e affettive.

La persona vive le relazioni solo nell'ambiente lavorativo o nella vita familiare; non ha una capacità di investimento su altri oggetti/piaceri esterni.

Non esiste l'area "intermedia", che corrisponde alle relazioni né troppo profonde, né di conoscenza superficiale.

È questa un'area transizionale, che, nella prevalenza dei soggetti "normali", costituisce una base "di relazioni giocose" e piacevoli. Spesso all'anamnesi psicologica-psicopatologica emerge che il soggetto era profondamente solo già dall'adolescenza, non c'è mai stato il famoso "amico del cuore, il confidente", era già presente un certo grado di rigidità affettiva con un'affettività che risultava bloccata, ottusa, con una vita immaginativa e interiore piatta.

Con il passare del tempo l'incongruenza emotiva, che si esprime nel distacco, nel ritiro, nella difficoltà di rapporto e nell'ambivalenza, è stata "curata" con l'assunzione di alcolici, per "sciogliere" l'imbarazzo, la vergogna e la bassa autostima.

Il soggetto solo bevendo riesce ad esprimere un comportamento relazionale spigliato e divertente nel quale emerge comunque il suo ipertono affettivo ed emotivo, della sua "stigma narcisistica". Tuttavia le relazioni più dirette mantengono sempre un tratto di distacco e di inconsistenza, fino ad un isolamento da "Turris eburnea".

Il trattamento psicologico

A nostro avviso la diagnosi più efficace per queste personalità deriva dalla relazione psicologica che si sviluppa durante il rapporto terapeuta-paziente, quando il paziente si mostra nella sua interezza e senza possibili manipolazioni.

Infatti il clinico, nel rapporto psicologico diretto, riesce più facilmente a riconoscere i meccanismi di difesa e il contenuto psichico latente del soggetto.

Tenendo conto dello psichismo di questi pazienti il primo obiettivo terapeutico è proprio quello della "sospensione dell'azione", di frenare cioè l'acting out che il soggetto manifesta, non soltanto come modalità di difesa dall'angoscia, ma anche come suo unico stile di funzionamento psichico e relazionale, incapace di riflessione e di autocontrollo.

Il raggiungimento di questo obiettivo richiederà un rilevante lavoro psicologico soprattutto nelle tipologie "overt" e "borderline".

In queste due tipologie la figura del terapeuta avrà inizialmente un "potere" identificatorio, necessario a rimettere in atto un processo "fallito" che è quello dell'identificazione con figure genitoriali non adeguate e frustranti.

Il mondo interno del paziente è bloccato e ogni volta che si prova a confrontarlo con tutto ciò che non sia azione (fantasie, desideri, sentimenti ed emozioni) opera strategie di fuga.

La fuga esprime quindi i meccanismi di difesa del soggetto rispetto al proprio mondo interno: si protegge dal rischio di una completa "debacle" della sua fragile identità e quindi dalla psicosi.

Per questo i meccanismi di difesa del paziente schizoparanoideo non possono essere posti in discussione se non attraverso un processo psicoterapeutico lento e graduale, caratterizzato, soprattutto all'inizio, da caute operazioni di sostegno psicologico e di confrontazione.

In tutta la fase iniziale è necessario quindi rafforzare le difese e supportare l'Io ponendo a confronto le proiezioni con la realtà, aiutando la persona ad esercitare l'organo dell'osservazione di sé. Dopo la prima fase, acquisendo maggior fiducia nella relazione con il terapeuta, il paziente inizia a mostrare le sue parti più fragili e al contempo tende a sviluppare una dipendenza con il terapeuta.

Questa dipendenza esprime il suo transfert verso il terapeuta: manifesta così il desiderio di sentirsi protetto, soddisfatto in ogni bisogno emergente, in maniera impulsiva e onnipotente.

Perciò la dipendenza nel setting terapeutico mostra "tout court" il nucleo patologico del soggetto.

In relazione a tale fenomenologia psichica è ovvio che questa fase del rapporto terapeutico risulta estremamente delicata.

Infatti ad ogni vissuto di frustrazione il soggetto può ricorrere all'alcol o a schemi di comportamento psicologico regressivi che bloccano il percorso di cambiamento.

Le ricadute nell'abuso alcolico sono correlate alla difficoltà di tollerare i suoi bisogni di dipendenza; a volte, in questa fase, il

paziente si lega affettivamente con un partner, salvo poi sentirne l'eccessiva presenza e mal tollerarne l'invasività.

C'è sempre un gioco tra "fughe in avanti", nella salute, e bruschi viraggi regressivi nella patologia.

È la fase della separazione tra Sé e l'altro.

Spesso il terapeuta viene "attaccato" perché poco disponibile, non abbastanza potente, incapace di prevedere lo scenario della vita futura del paziente.

Il vissuto onnipotente, che il soggetto prima amplificava e modulava con l'alcol, viene ora proiettato in senso paranoicale sul terapeuta stesso attraverso la critica del setting.

Perciò nel rapporto terapeutico le identificazioni proiettive sono intense: il paziente, ipervigile, nota anche le più lievi modificazioni o nell'aspetto fisico o nell'umore del clinico e fa domande a volte anche invadenti e inopportune.

L'invasione della sfera personale del terapeuta, attraverso domande relative alla condizione familiare, alla abitazione, alla disponibilità rispetto a contatti extra terapeutici è particolarmente presente nel "narcisista overt", che ha bisogno di essere riconosciuto come paziente speciale, unico, onnipresente nella mente del terapeuta.

Questa condizione esprime il bisogno del paziente di sentire se il terapeuta c'è e se è in grado di sostenere l'angoscia che lo tormenta, una volta che ha abbandonato l'"oggetto parziale-alcol". Infatti l'alcol risulta per il soggetto un medium tra sé e il mondo, per affrontare la propria esistenza, come un "bastone di appoggio" per continuare a camminare nel suo percorso esistenziale, seppure in maniera problematica.

Senza l'alcol il suo psichismo "patologico" rimane scoperto e cerca nuovi sostentamenti: il terapeuta facilmente ricopre questa funzione nel vissuto psicopatologico del paziente.

Il superamento di questa fase critica apre allo sviluppo effettivo del processo psicoterapeutico: allora il paziente sarà in grado di mantenere l'astinenza dall'alcol sperimentando una "dipendenza buona" dall'oggetto-terapeuta; le manipolazioni del setting risulteranno meno intense e comincerà ad esperire un proprio modo di Essere maggiormente integrato ed equilibrato, sulla base del quale si potranno costruire ulteriori consapevolezze e relazioni meno manipolatorie.

Il paziente, se prosegue il trattamento, potrà cominciare ad identificare un "prima e un dopo" rispetto alle sue condizioni psichiche e a perseguire uno stile di vita più armonico e salutare in cui la valutazione delle situazioni e delle scelte deriva da una strategia soggettiva e autentica e non risulta più permeata da una confusione paranoicale amplificata dall'alcol.

Transfert e Controtransfert

Nel rapporto con il terapeuta il "narcisista overt" mette in atto un transert cosiddetto "speculare".

Prevale l'aspetto della svalutazione del terapeuta, connotato come insignificante, ininfluente, letto come privo di efficacia rispetto al mondo onnipotente dell'alcolista.

L'aspetto distruttivo del transfert è prevalente anche nel paziente narcisista con "funzionamento borderline" che manifesta attacchi non diretti alla persona del terapeuta, ma orientati al setting (appuntamenti mancati, ritardi, richieste di essere ricevuto al di fuori degli orari concordati).

Nel rapporto con il terapeuta il paziente "narcisista covert" tende invece all'"incorporazione": ha spesso espressioni di ammirazione che sottendono l'invidia rispetto alla capacità del terapeuta di cogliere i suoi aspetti interiori.

Anche il terapeuta è vissuto inizialmente, così come l'alcol, come un "oggetto transizionale", con cui "giocare" una relazio-

ne parziale, senza coinvolgersi se non per gli aspetti di piacere che la relazione può provocare.

In tutte e tre le tipologie il terapeuta si sente usato, manipolato, ridotto ad un oggetto, ad una "nullità"; nel mondo psichico del paziente non c'è spazio per nessuno che come l'alcol non possa essere incorporato senza potenziali minacce rispetto alla sfera psichica.

Il terapeuta pertanto sarà accettato di buon grado all'inizio solo perché costituisce una novità per il soggetto, ma rischia di essere "respinto" non appena la relazione terapeutica comporterà l'analisi dei "nuclei sostanziali" della sua personalità e soprattutto non appena il paziente percepisce che qualcosa sta cambiando nel setting e nella terapia, che può quindi minacciare il proprio parziale equilibrio.

Se il paziente prosegue il trattamento psicologico sarà comunque un paziente "impegnativo", che chiede molto e dà poco: l'oralità domina la scena, alternata ad aspetti schizo-paranoidei con attacchi aggressivi, difese proiettive e negazioni.

Con il paziente borderline l'aspetto prevalente nel controtransfert del terapeuta è la difficoltà a sostenere i suoi bisogni di dipendenza celati negli attacchi alla relazione terapeutica.

Nella migliore delle fasi il paziente è lamentoso e dipendente, impaurito, legato ad un pensiero concreto, in difficoltà rispetto a consapevolezze e insight.

Terrà fuori dal setting terapeutico ciò che ha di buono, per il timore inconscio di esserne "derubato". Sarà ossessivo nel descrivere i dettagli, ma non ammetterà mai che il terapeuta è direttamente coinvolto nel miglioramento della sua condizione. Si dichiarerà "solo" fino alla fine del trattamento, senza ammettere alcuna "defaiance" nella sua attitudine alla "falsa autonomia" e autosufficienza.

Per il terapeuta sarà necessario un ascolto paziente, senza giudizi di merito.

Dopo ogni seduta è importante che estrapoli dai contenuti e dalla forma del colloquio con il paziente i temi di reale interesse che sono emersi, separandoli da quelli spesso inutili, perché ripetitivi e di autoconferma, che il soggetto ha comunicato.

Si tratta di cercare la "pietra preziosa in un torrente di sassi insignificanti": questa dimensione di sintesi e restituzione rappresenta il lavoro di confine e di contenimento che esprime la funzione curante principale per questi pazienti.

Indicatori ed obiettivi terapeutici perseguibili

Il paziente con personalità narcisistico-onnipotente, così come l'alcolista cronico, in relazione alla sua strutturazione psichica arcaica, primitiva, risulta un paziente "difficile" da trattare e i cambiamenti sono comunque lenti e graduali.

Di fronte a questa condizione psicopatologica molti studiosi sostengono che non si arriva mai ad una "guarigione" completa, bensì ad un miglior adattamento psichico che permette al soggetto di condurre un'Esistenza più equilibrata e "compensata" rispetto alla condizione patologica iniziale.

È necessaria pertanto una forte consapevolezza nel terapeuta sia della "gradualità" del paziente nel raggiungimento di obiettivi di trasformazione, sia dei rischi di ricaduta sempre presenti, anche dopo diversi mesi di astensione dal bere.

La prima fase di trattamento mira a un contenimento dell'abuso alcolico tramite l'integrazione di presidi medico-clinici con un counseling motivazionale e di sostegno psicologico.

Il paziente è molto sensibile alla "autorevolezza" del medico, allo stesso tempo non accetterà o comunque avrà una scarsa compliance e ambivalenza rispetto alla terapia farmacologica. Per questo è importante strutturare fin dall'inizio un adeguato rapporto psicologico con il soggetto, in quanto la dimensione psicologica può modulare le sue istanze di fuga verso l'alcol rispetto al contesto terapeutico.

Infatti la terapia psicologica avvalora una relazione più accogliente della semplice e fredda prescrizione farmacologica.

Tuttavia la relazione psicoterapeutica richiede al paziente un impegno che inizialmente non sempre è disposto ad accettare. Si tratta di individualizzare i tempi e gli interventi, tenendo conto che un approccio con lo psicoterapeuta o troppo anticipato o troppo tardivo tende a peggiorare la compliance al trattamento già di per sé problematica.

Nel "narcisista overt" la relazione viene accettata più facilmente nelle fasi di "scompenso narcisistico", con umore pessimistico o a seguito di eventi traumatici (incidenti in stato di ebbrezza, ricoveri in stato confusionale, ritiro della patente, ecc.).

Questi eventi, che riducono momentaneamente la "grandezza reattiva" del paziente, possono costituire la fase più propizia per l'aggancio alla cura.

Il narcisista "puro o overt" da una fase inconsapevole, passerà ad una modalità ipervigile, e in questa direzione i primi obiettivi conseguiti devono essere sempre fortemente valorizzati.

Il tema che ricorre è relato all'"affidarsi" al terapeuta; questa fase può durare a lungo, anche più di un anno.

Le difese narcisistiche occuperanno il lavoro terapeutico per tutta la seconda fase.

In questi soggetti la riduzione in frequenza degli abusi e il miglioramento della situazione clinica, sia a livello fisico che psicologico, costituiscono degli indicatori positivi di programma.

Ricapitolando, i primi indicatori che riteniamo utili per la valutazione dell'efficacia del trattamento dopo la prima fase di terapia (3-6 mesi) sono:

- riduzione delle unità alcoliche assunte giornalmente;
- riduzione degli episodi di abuso alcolico e/o altre sostanze psicoattive;
- riduzione delle condotte a rischio per la vita (incidenti stradali, coma etilico, aggressività autodiretta, abuso di farmaci concomitante e acting out);
- riduzione degli accessi al Pronto Soccorso o ai Servizi di Diagnosi e Cura Psichiatrici per intossicazione alcolica acuta;
- riduzione dei disturbi della condotta associati all'abuso alcolico (aggressività eterodiretta e guida in stato di ebbrezza).

Se il paziente prosegue il trattamento psicoterapeutico dovrà volgere l'attenzione verso le proprie difese arcaiche narcisistiche, dato che solo in questa seconda fase l'alcolista è pronto ad accettare di "criticare" le relazioni oggettuali altamente problematiche rinforzate dall'alcolismo.

Solo ora l'alcol, che aveva preso il posto della relazione oggettuale infantile, può essere riconosciuto come l'arma di attacco e di svalutazione distruttiva di qualsiasi relazione.

È in questo stadio del lavoro psicoterapeutico che si potranno perseguire risultati anche sul piano del miglioramento delle relazioni familiari e della situazione sociale e lavorativa:

- minore conflittualità sia a livello del nucleo originario che della famiglia attuale;
- riduzione dell'ansia e dei vissuti negativi dei familiari nei confronti del paziente;
- riacquisizione di un livello di autonomia su diversi piani (patente di guida, lavoro, autosufficienza economica e vita affettiva)

Nella fase centrale del trattamento gli indicatori sono relativi alla variazione delle modalità comportamentali e di relazione

con gli "oggetti" interni ed esterni più che agli aspetti sintomatici esterni.

In particolare il rapporto tra l'istanza del piacere, vissuta precedentemente solo con una modalità regressiva, può essere sperimentata anche in situazioni più costruttive, attraverso esperienze di Sé meno autodistruttive.

Spesso con il paziente narcisista questi obiettivi possono realizzarsi o nell'ambito lavorativo, laddove la persona sia riuscita a mantenere una propria autonomia, o nell'ambito delle relazioni in cui il paziente è ora più presente e disponibile a non mettere in atto fughe o difese narcisistiche.

Il miglioramento clinico si manifesta con una riduzione dei comportamenti "borderline" (acting out, rabbia, proiezione, identificazione proiettiva e scissione) e con un miglioramento della vita affettiva e di relazione.

L'obiettivo e allo stesso tempo l'indicatore conclusivo della fase terapeutica si ha quando il paziente manifesta la capacità di percepire una sensazione di "nuova identità": in questa dimensione riesce a non sperimentare sistematicamente la confusione relazionale che caratterizzava i primi contatti terapeutici, si attiva su istanze meno onnipotenti e di realizzazione, attraverso una sublimazione sia interna (senso di Sé, autostima e autoefficacia) che esterna (relazioni, obiettivi e riapertura di una prospettiva futura). Naturalmente il funzionamento globale sarà ancora deficitario sia in ambito relazionale che di empatia, tuttavia i follow-up potranno rilevare una graduale acquisizione di un equilibrio interiore ("senso di Sé") e della propria esistenza, e un percorso psicologico evolutivo orientato su una costante motivazione verso un ulteriore cambiamento che mira soprattutto ad una sublimazione nei comportamenti sociali.

Elemento prognostico positivo risulta essere, sin dalle prime fasi del trattamento, la presenza di un moderato senso di colpa che a volte assume le tinte più fosche della vergogna, ma che apre comunque ad una prospettiva più depressiva che schizoide.

Tipologia del trattamento psicoterapeutico

Rispetto al mantenimento del rapporto psicoterapeutico è importante rilevare il senso che esso ha nel vissuto del paziente.

Ad esempio è necessario riconoscere se il paziente stia mettendo in atto una "fuga nella salute" o se realmente mantiene un contatto con le sue "fragilità" psicologiche senza "scappare" da quella che a volte percepisce pesantemente come una rete terapeutica che lo limita.

A livello psicoterapeutico nel nostro Servizio è stato sviluppato un approccio espressivo-supportivo per operare un intervento terapeutico non destrutturante le parti dell'lo già fragili di questi pazienti.

Una particolare attenzione viene rivolta contestualmente a definire il Senso del craving nel soggetto, per comprendere il significato fenomenologico dell'abuso alcolico nella sua Esistenza (Analisi del craving).

Si è rilevata comunque una significativa difficoltà del paziente narcisistico-onnipotente a rimanere astinente dall'alcol, proprio per l'intensa dimensione psicologica di dipendenza che originariamente caratterizza questa tipologia personologica.

Perciò la relazione terapeutica si pone come primo obiettivo di trasporre la dimensione di dipendenza nel setting, dove verrà modulata e analizzata.

Il paziente con molte resistenze si affrancherà dall'oggetto transizionale "alcol" sino a che non si affida e sviluppa una "dipendenza" con il terapeuta.

Allo stesso modo ha difficoltà ad analizzare realisticamente i propri rapporti affettivi, che percepisce come "prolungamenti del proprio lo ipertrofico": in effetti non è realmente interessato al "bene dell'altro", l'altro è vissuto solo strumentalmente, in funzione della propria dimensione narcisistica, quindi in maniera autoreferenziale ed egoistica.

L'analisi delle difese, delle resistenze e del craving dovrà seguire perciò un procedimento più fondato sulla confrontazione che sulla interpretazione che invece facilmente crea angoscia da frustrazione in una personalità così fragile e mal-strutturata.

Accettare la propria fragilità è il primo obiettivo di trasformazione per il paziente, così come fare i conti con se stesso, con la propria onnipotenza e con la difficoltà a percepire e a tollerare il proprio mondo interiore angosciante.

Nella fase intermedia del trattamento si lavorerà sul rinforzo dell'lo e delle difese meno primitive, aiutando il paziente a riconoscere le proprie proiezioni, identificazioni proiettive e istanze aggressive.

Il soggetto, pur astinente, farà sempre difficoltà a rivolgere l'attenzione al suo mondo interno. Infatti la sua capacità empatica e percettiva è deficitaria e le possibilità di insight sono di conseguenza limitate e condizionate dalla "fobia" verso una posizione depressiva.

Tuttavia anche con queste personalità così gravi si può sviluppare un lavoro clinico e raggiungere una condizione di discreto compenso psichico e relazionale che può consentire una qualità di vita significativamente migliore rispetto alla condizione di degrado e di autodistruttività iniziale, con cui hanno varcato la porta al primo colloquio, esternando, con tutta l'aggressività di cui sono capaci, i loro dubbi riguardo alle possibilità di successo di un trattamento psicologico!

Gli aspetti fondamentali delle fasi del trattamento sono riassunte nella Tabella 4.

 $Tab.\ 4-Aspetti\,fondamentali\,delle\,fasi\,del\,trattamento$

Fase terapeutica	Obiettivi	Aspetti clinici critici	Indicatori	Evoluzioni cliniche problematiche
Fase iniziale	 Riconoscimento del problema Analisi del craving Valutazione della condizione psico-fisica Motivazione 	 Ridurre la negazione Accettazione di sé come 'malato' Accettazione da parte dei familiari della necessità di partecipare attivamente alla cura 	Riduzione degli acting-out Riduzione del comportamento problematico (uso-abuso-stato di ebbrezza) Riduzione degli episodi di aggressività eterodiretta	Rischio di drop-out Somatizzazioni o manifestazioni psichiche di scompenso Falsa alleanza terapeutica (falso Sé)

Fase terapeutica	Obiettivi	Aspetti clinici critici	Indicatori	Evoluzioni cliniche problematiche
Fase intermedia	 Riconoscimento delle dinamiche conflittuali familiari e counseling familiare Astensione dall'uso ed eventuali trattamenti farmacologici correlati Individuazione della fenomenologia psicologic che sostiene il craving 	 Affrontare la frustrazione esistenziale e i bisogni onnipotenti Rinforzare l'Io e riduzione delle istanze infantili e narcisistiche 	sull'identità soggettiva • Sblocco dell'impasse	al setting terapeutico) • Comparsa del senso di colpa • Espressione di una
Mantenimento e follow up	 Rinforzo positivo dei cambiamenti apportati allo stile di vita Miglioramento della qualità delle relazioni oggettuali 	 Rischio di ricaduta rispetto a stress ambientali Analizzare il funzionamento del paziente nella fase di risoluzione del trattamento terapeutico 	 Riduzione della rigidità affettiva Comparsa dell'"altro" nella propria motivazion al cambiamento 	 La Ricaduta è puntuale e di breve periodo Richiesta di aiuto spontanea di fronte a stress ambientale e di vita (cambiamenti di lavoro, matrimonio, nascita di figli)

Conclusioni

Lo studio, effettuato su un campione di alcolisti con Disturbo Narcisistico di Personalità, ha evidenziato la presenza di uno "Spettro" di tipologie eterogenee all'interno della Dimensione Narcisista del paziente alcolista: il narcisista "puro" o "overt", il narcisista "covert" e il narcisista con "funzionamento borderline".

Questa eterogeneità si significa, nelle tipologie riscontrate, con una diversità rispetto alla fenomenologia psichica interiore, alle relazioni oggettuali, al livello di consapevolezza di malattia, alla gravità, al Senso della dipendenza alcolica, alla compliance al trattamento e alla prognosi.

Ne consegue una Strategia Terapeutica, soprattutto a livello psicologico, che deve tener conto delle specificità personologiche al fine di evitare drop-out al trattamento, scompensi psicopatologici gravi e intense ricadute nell'abuso alcolico, al fine di facilitare un miglioramento dello stile comportamentale che la collusione con l'alcol tende invece a rinforzare in queste strutture personologiche.

In particolare, nelle singole tipologie, si sono evidenziate le seguenti caratteristiche cliniche (esemplificate in tre casi clinici appartenenti al campione esaminato e riportati di seguito al presente paragrafo).

L'alcolista narcisista "covert" ha un livello di consapevolezza maggiore degli altri due tipi, aderisce meglio al programma e con maggiori possibilità sviluppa un "transito depressivo" che lo aiuta ad equilibrare le sue disarmonie personologiche.

Il "Senso" dell'alcol è nella sua capacità di ridurre lo stato emozionale che deriva da una relazione oggettuale vissuta come minacciosa e potenzialmente disconfermante, oltre che di "oggetto" che rinforza il tono timico e l'onnipotenza frustrata.

La struttura di personalità dell'alcolista "covert" evidenzia infatti un'estrema fragilità emotiva rispetto alle frustrazioni esistenziali e una tendenza all'autoriferimento cui si associa al contempo un'intensa dimensione proiettiva.

È particolarmente sensibile alla disconferma rispetto alla stima di sé che può verificarsi in ogni situazione relazionale, soprattutto se di tipo affettiva.

L'alcolista "covert" al contempo può scompensare, in condizioni di estremo stress relazionale, in una condizione schizoide, con chiusura verso il mondo esterno e vivere una dimensione autoreferenziale ove l'alcol assume il senso di oggetto totale, con azione lenitiva del vissuto di completa inadeguatezza ed angoscia rispetto alle relazioni interpersonali.

L'alcolista narcisista "overt", completamente egosintonico, poco consapevole della propria condizione personologica disfunzionale, ha una conseguente scarsa compliance al trattamento. Frequenti sono i drop out, in quanto vive come minaccia alla propria dimensione onnipotente la stessa seduta psicoterapeutica. Generalmente riesce a conservare con la fuga la sua dimensione onnipotente, allontanandosi da ogni pericolo che può disconfermando.

In questo "equilibrio psicopatologico" evita la regressione schizoide ma anche il possibile e salutare "transito depressivo".

L'alcol per questa personalità ha il senso di riequilibrare e ristabilire la "grandezza dell'lo" una volta che venga disconfermata.

Per questo la dipendenza alcolica appare estremamente intensa e poco violabile da un punto di vista terapeutico.

Il paziente riesce a prevenire, con l'evitamento, il rischio di uno scompenso psicotico-schizoide o depressivo.

Infine l'alcolista narcisista con "funzionamento borderline" presenta un certo grado di consapevolezza di malattia, soprattutto rispetto al senso di vuoto, di difficoltà relazionale e di rischio di frammentazione dell'lo.

Al contempo però fa difficoltà a sviluppare il "transito depressivo" terapeuticamente guidato in quanto sente la minaccia della frammentazione psichica e la conseguente angoscia d'allarmo

Infatti il rischio evolutivo di questa tipologia è lo scompenso psicotico più che una regressione schizoide come si rileva invece nel narcisista "covert".

Tab. 5 - Aspetti clinici e terapeutici degli 11 casi analizzati

Caso	Sesso	Età	Diagnosi	$Tipologia\ trattamento\ psicologico$	$Terapia\ farma cologica$	Poli-dipendenza
A	M	33	Narcisismo overt	Psicoterapia lungo periodo	No	Pregresso uso di cannabinoidi e cocaina
В	\mathbf{M}	45	Narcisismo covert	Psicoterapia lungo periodo	Disulfiram	Pregresso uso di cocaina
C	\mathbf{M}	45	Narcismo borderline	Psicoterapia lungo periodo	Olanzapina	Uso di cannabinoidi
D	\mathbf{M}	48	Narcisismo covert	Psicoterapia lungo periodo	Tiapride	no
\mathbf{E}	F	45	Narcismo borderline	Supportivo espressivo	No	no
\mathbf{F}	\mathbf{M}	45	Narcisismo overt	Psicoterapia lungo periodo	GHB	Pregresso uso di eroina
G	\mathbf{M}	42	Narcisismo covert	Supportivo espressivo	Disulfiram	no
\mathbf{H}	\mathbf{M}	26	Narcismo borderline	Counseling motivazionale	Tiapride	Uso di cannabinoidi
I	\mathbf{M}	46	Narcismo borderline	Supportivo espressivo	Disulfiram	Uso dicannabinoidi
L	\mathbf{M}	38	Narcismo borderline	Psicoterapia lungo periodo	Naltrexone	Uso di cannabinoidi e cocaina
M	M	42	Narcisismo overt	Counseling motivazionale	No	Gioco azzardo patologico

Nel narcisista borderline si è riscontrata inoltre una maggiore tendenza a permanere in trattamento in relazione ai marcati tratti di dipendenza che lo caratterizzano e che proietta sul terapeuta.

Con l'alcol il narcisista con "funzionamento borderline" cerca di modulare l'instabilità emotivo-affettiva e quindi di "riparare" un senso dell'Io, già di per sé fragile, onde evitare e allontanare il "fantasma" della frammentazione psichica e dell'angoscia psicotica.

Il nostro studio ovviamente ha le peculiarità di un indagine preliminare nella clinica dell'alcolismo narcisistico, visto l'esiguo campione finora esaminato.

Al contempo delinea uno "spettro" di tipologie personologiche all'interno della dimensione Narcisismo-Alcolismo che appare interessante sia per l'inquadramento diagnostico che terapeutico e prognostico di questa complessa patologia.

L'analisi dei soggetti in trattamento ha permesso di sviluppare quindi una maggiore conoscenza della dimensione narcisistica nell'alcolista e di descriverne la fenomenologia della dipendenza alcolica al fine di stabilire uno specifico percorso terapeutico, tenendo conto in particolare delle diverse tipologie rilevate, descritte nei casi clinici riportati (Tab. 5 e esemplificazione tipologie cliniche).

Ci si riserva un'ulteriore analisi e valutazione clinica una volta implementato numericamente l'attuale campione psicopatologico.

Casi clinici (esemplificazione tipologica)

Caso A

Maschio di anni 33 - Diagnosi con SCID II: Disturbo Borderline di personalità e tratti narcisistici (narcisismo overt).

Afferisce al Servizio su consiglio del suo avvocato dopo aver causato un incidente stradale in stato di ebbrezza alcolica nel quale è deceduta una persona. A. non è mai "approdato" precedentemente ad alcun Servizio, non avendo mai riconosciuto il suo abuso ricorrente di alcol come un problema. Pregresso uso anche di cannabinoidi e cocaina.

Dopo un episodio depressivo reattivo all'incidente intraprende un percorso psicoterapeutico con un buon livello di compliance dal quale emerge la sua totale assenza di riferimenti-guida sia nei genitori che a livello amicale.

A. non ha il senso del limite e il craving si potenzia in relazione al suo oscillare tra idealizzazione di sé (bell'aspetto fisico, capacità seduttive con le donne e capacità lavorative mantenute) ed episodi di ansia soprattutto in relazione alla rottura di rapporti affettivi.

A. infatti non riesce a comprendere i bisogni dell'altro e le proprie sensazioni e sentimenti. Presenta quindi un certo grado di alessitimia.

Si chiede se è mai stato innamorato.

Come un pre-adolescente, privo di esperienze affettive, è primitivo sul versante delle capacità relazionali.

Non ha mai sviluppato sintomi deliranti, in situazioni di stress esperisce invece una forte confusione che cerca di sedare con l'alcol.

Si instaura così un circolo vizioso che lo porta inizialmente a sentirsi onnipotente per poi scivolare nell'angoscia e in un senso di colpa post-sbornia.

Il pre-craving evidenzia quindi una frustrazione dei suoi desideri espressi in maniera onnipotente, ne segue un corteo emozionale in cui prevale lo smarrimento e la rabbia che è propedeutico allo sviluppo di un intenso craving alcolico.

Il senso di colpa, sottostante alla struttura narcisistica, ha costituito la prima leva terapeutica che ha facilitato il processo di elaborazione del lutto "interno" del soggetto.

L'immagine fragile di sé, come bambino bello e vizioso, è stata ristrutturata in quella del giovane adulto finalmente capace di "vedere l'altro" e di "effettuare rinunce" rispetto al piacere immediato e senza limiti, realizzando una costruzione di sé basata maggiormente sul senso di realtà.

Da circa quattro anni A. assume alcolici occasionalmente e moderatamente, e si astiene se deve mettersi alla guida dell'auto.

Non sono state prescritte terapie farmacologiche, si è consigliato esclusivamente di assumere in modo controllato disulfiram nei periodi di maggiore stress.

Tuttavia il paziente ha sempre "gradito" maggiormente il lavoro psicologico che ha inteso come una forma di terapia non invasiva. Si tenga presente che questa preferenza deriva anche dalla tendenza paranoidea del soggetto sul controllo di sé e dell'altro, ciò spiegherebbe eventuali timori verso il farmaco, che non può controllare.

Caso B

Maschio di anni 45-Diagnosi con SCID II: Disturbo Dipendente di personalità con tratti narcisistici e ossessivo-compulsivi (narcisismo covert).

I genitori sono separati da quando aveva 15 anni, si rileva inoltre una familiarità per depressione paterna – il padre è morto suicida. Coniugato e abbandonato dalla moglie dopo un anno di matrimonio.

Inizia ad abusare di alcol a circa 16 anni, in questo periodo abbandona anche lo sport nel quale riusciva bene.

Aspetti psicologici: scarsa autostima, vissuti intensi di vergogna, pervasività dei ricordi del passato che provoca un'insostenibile pressione psicologica interna che viene sedata dall'alcol.

Nel pre-craving si evidenzia dunque un sentimento depressivo e di inferiorità relato alla frustrazione rispetto all'ideale di sé, di persona capace in maniera onnipotente di relazionarsi con l'altro, soddisfacendo così i suoi desideri esistenziali.

Non ha mai accettato il divorzio dalla moglie.

Manifesta un rapporto di attaccamento vischioso con la madre. Accetta il trattamento dopo diversi ritiri di patente per guida in stato di ebbrezza ma anche in relazione alla morte della madre, avvenuta circa 5 anni fa.

L'abuso alcolico evidenzia una dinamica di chiusura narcisistica secondaria al fallimento relazionale e ad un profondo senso di solitudine e di inferiorità.

L'alcol è utilizzato come affetto di compensazione rispetto alla disistima e al rischio di abbandono da parte delle figure femminili (madre, moglie, partner).

Il trattamento ha previsto anche un piano farmacologico, inizialmente con un farmaco antidepressivo e con disulfiram; il paziente ha sviluppato una forte dipendenza dal terapeuta, sostitutivo rispetto ai bisogni affettivi precedentemente sedati con l'alcol.

Da circa 4 anni è sobrio e astinente, tranne un episodio di ricaduta puntuale a seguito di un problema lavorativo.

Si è risposato, ha ripreso la patente ed è in fase di sgancio dal programma terapeutico.

Il trattamento psicoterapeutico ha contribuito come equilibratore psichico di fronte alla "confusione" dell'esperienza, alla difficoltà di dare una lettura agli eventi e alla onnipotenza dei propri bisogni infantili e immaturi.

Caso C

Maschio di anni 45-Diagnosi con SCID II: Disturbo Borderline di personalità, tratti depressivi e narcisistici (narcisismo borderline). Seguito dal Servizio da circa 7 anni per problemi di alcoldipendenza e privatamente da uno psichiatra per un Disturbo Ossessivo Compulsivo compensato da terapia farmacologica.

La famiglia è di origine normocostituita, padre e madre anziani e fratello maggiore non convivente con problematiche psicologiche (non ha mai intrapreso uno svincolo affettivo dalla famiglia).

C. ha iniziato ad utilizzare alcol in famiglia, per la tradizione della zona collinare in cui abita e per un'abitudine familiare permessa sia dal padre che dal fratello.

Nonno paterno alcolista deceduto per cirrosi epatica.

Gli aspetti psicologici del paziente sono la ricerca di una gratificazione immediata, scarsa tolleranza alla frustrazione, difficoltà nell'inibire la manifestazione degli impulsi, onnipotenza e deficit nel percepire i propri limiti.

La madre ha una forte personalità con tratti narcisistici per cui ha sempre posto in primo piano i propri bisogni e soprattutto ha investito C. di una funzione "riempitiva" delle proprie frustrazioni nel rapporto di coppia.

Il craving alcolico, potente, è scatenato nel soggetto dal senso di colpa nel tentativo di separarsi/individuarsi dalla figura materna e ha effetto antidepressivo sedante.

È scarsa la consapevolezza circa le proprie difficoltà, anche nella gestione dei farmaci, verso i quali C. sviluppa una vera e propria dipendenza e abuso.

Presenta sentimenti di cronici di vuoto, senso di fallimento e scarsa autostima.

Dopo un percorso comunitario, ultimato con buoni esiti, C. investe la figura di una partner, anch'essa alcolista, della funzione di distanziamento dalla figura materna.

Tuttavia la scarsa forza dell'Io, la volontà "intermittente" di interrompere l'uso di alcolici, la tendenza passiva e autodistruttiva lo portano ad una ricaduta e alla necessità di un ricovero ospedaliero per disintossicarsi.

A seguito di tale ricovero ha intrapreso la frequenza regolare di un gruppo di A.A. e diminuito le "fughe" dal setting terapeutico, rimettendo in gioco progetti di relazione con una partner non dipendente che lo sta aiutando ad assumere una posizione "adulta".

Permangono tratti di infantilismo, di impulsività e di negazione per i quali tuttavia la "visione spirituale" del gruppo di A.A. rappresenta un efficace strumento di cambiamento.

Bibliografia

- (1) Havelock E. (1893), "The Nationalization of Health", *Journal of Mental Science*, 39, pp. 423-424.
- (2) Nacke P. (1899), "Die Sexuellen Perversitaten in der Irrenanstalt", *Psychiatrische en Neurologische Bladen*, 3, pp. 122-149.
- (3) Sadger J. (1908), "Fragment der Psychoanalyse Eines Homosexuellen", Jahrbuch fur Sexualle Zwischenstufen, 9, pp. 339-424.
- (4) Rank O. (1924), Il trauma della nascita, SugarCo, Milano, 1993.
- (5) Freud S. (1914), Introduzione al narcisismo, Boringhieri, Torino.
- (6) Abraham K. (1919), "Una forma particolare di resistenza nevrotica al metodo psicoanalitico", in *Opere*, vol. 2, Boringhieri, Torino, 1975.
- (7) Jones E. (1962), Vita ed opere di Sigmund Freud, Il Saggiatore, Milano.
- (8) American Psychiatric Association (1994), Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. DSM-IV, Masson, Milano, 1998.
- (9) Gabbard G.O. (2007), *Psichiatria Psicodinamica*, Raffaello Cortina, Milano.
- (10) Rosenfeld H. (1987). *Comunicazione ed interpretazione,* Boringhieri, Torino 1989.
- (11) Broucek F. (1982), Shame and its relationship to early narcissistic disorders. Int. J. Psychoanal., 63, p. 369.
- (12) Kohut H. (1971), *Narcisismo e analisi del Sé*, Boringhieri, Torino, 1977.
- (13) Kernberg O. (1975), *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Boringhieri, Torino, 1978.
- (14) Madeddu F. (2000), *I disturbi psichiatrici di Asse I e II nell'alcoldi- pendenza*, in "La comorbilità psichiatrica nell'alcoldipendenza", Atti della Riunione Monotematica Sez. Regionale Triveneta SIA, a cura di Manzato E., Barbara G., Litozetatre, Verona, pp. 17-18.
- (15) Rinsley D.B. (1989), Developmental Psychodynamic of Borderline and Narcisistic Personalities, J. Aronson, N.J.
- (16) Fenichel O. (1945), Trattato di Psicoanalisi, Astrolabio, Roma, 1951.
- (17) Adler A. (1941), "Individual Psychology of Alcholic Patients", J. Crim. Psychopath., 3:74.
- (18) Blum E.M. (1966), "Psychoanalytic Views of Alcholoism: A Review. Quart.", J. Stud. Alc., 27, pp. 259-299.
- (19) McClelland D.C., Davis W.N., Kalin R., Wanner G. (1972), *The drinking man: alcohol and human motivations*, Free Press, New York
- (20) Wilsnack S.C. (1976), The impact of sex roles and women's alcohol use and abuse, in Alcoholism problems in women and children, Grune and Stratton, New York.
- (21) Tiebout H.M. (1965), "Alcholics Anonymous", Amer. J. Psychotherapy, 19, pp. 408-416.
- (22) Zimberg. S. (1984), La cura clinica dell'alcolismo, Ferro, Milano.

- (23) Kernberg O.F. (1987), *Disturbi gravi della personalità*, Bollati Boringhieri, Torino.
- (24) Hewitt P.L., Fletty G.L. (March 1991), "Perfectionism in the Self and Social Contexts: Conceptualization, Assessment, and Association with Psychopatology", *Journal of Personality and Social Psychology*, Volume 60 (3).
- (25) Hewitt P.L., Fletty G.L., Sherry S., Habke M., Parkin M., Lam R., McMurtry B., Ediger E., Fairlie P., Stein M. (June 2003), "The interpersonal expression of perfection: Perfectionistic Self-presentation and psychological di stress", *Journal of Personality and Social Psychology*, Volume 84 (6).
- (26) De Rosa M.G.L., Pierini C., Grimaldi C. (2005). *Alcolismo: analisi del craving*, FrancoAngeli, Milano.
- (27) First M.B., Gibbon M., Spitzer R.L., Williams J.B.W., Benjamin L.S. (2006), SCID II. L'assessment secondo I criteri del DSM IV, Organizzazioni Speciali, Firenze.
- (28) Riva A. (1989), *Il Reattivo delle frasi da completare di Sacks e coll. nell'uso della psicodiagnostica di tipo clinico,* Organizzazioni Speciali, Firenze.
- (29) Ronningstam E.F. (2001), *I disturbi del narcisismo*, Raffaello Cortina, Milano.
- (30) Kernberg O.F. (1981), "Structural interviewing", Psychiatric Clinics of North America, 4, 1, pp. 169-195.

NOTIZIE IN BREVE

I primi tre mesi del Progetto Giocaresponsabile

Il progetto *Giocaresponsabile* è attivo da poco più di tre mesi e sta avendo un buon riscontro di utilizzo da parte di cittadini di tutte le aree geografiche del Paese.

I numerosi contatti via web ma soprattutto via telefono, hanno generato più di 500 richieste di aiuto e orientamento di vario tipo.

La Regione più rappresentata è la Lombardia, seguita da Lazio, Abruzzo e Campania, che sono le Regioni dove la quantità di denaro giocato pro capite è più elevata.

Circa il 70% degli utenti del servizio è costituito da persone che chiamano direttamente per un loro problema, il resto è costituito da familiari e amici che chiedono consigli e aiuti per congiunti.

In maggioranza maschi ma non mancano le femmine che sono circa il 40% degli utenti.

La rete dei servizi di cura e assistenza attualmente accreditata nel data base è di circa duecento servizi, in gran parte Servizi delle Dipendenze, ai quali sono stati orientati un certo numero di persone che necessitano o richiedono la presa in cura specialistica.

Numerose sono anche le consulenze legali che vengono offerte dal servizio *Giocaresponsabile* insieme alle consulenze specialistiche di psicoterapeuti e psichiatri.

Ricordiamo il numero verde gratuito del Servizio 800 921 121, contattabile da telefono fisso e cellulare, e on line il portale www.giocaresponsabile.it.

Informazioni anche sul sito www.federserd.it.

FeDerSerD/DALLE REGIONI

Nominato il Comitato Scientifico di FeDerSerD Calabria

Il Presidente regionale della Federazione Dott. Francesco De Matteis comunica che in data 29 gennaio 2010 il Direttivo Regionale FeDerSerD Calabria, riunitosi a Lamezia Terme, all'unanimità dei presenti, ha proceduto alla nomina del Comitato Scientifico Regionale, che risulta così composto:

Dott. Roberto Calabria - presidente Dott. ssa Caterina Caridi - componente

Dott. ssa Cinzia Ranieri - componente

Dott. Andrea Lo Polito - componente

Sig.ra Antonietta Saladino - componente

FeDerSerD/DALLE REGIONI

Nel 2008 il IV congresso regionale di FeDerSerD Lombardia indicò la necessità di organizzare gruppi di lavoro.

Tra i numerosi proposti, due sono giunti ad un livello di elaborazione utile per la articolazione di sessioni nel V congresso regionale, che si terrà il 25 e 26 febbraio a Milano.

Riportiamo i report dei coordinatori dei gruppi.

Un grande ringraziamento ai tanti colleghi che stanno impegnandosi in questi percorsi. Questa attività della Federazione è stata comunicata formalmente alla Regione Lombardia.

Gruppo di lavoro "Cocaina e Policonsumo"

Antonia Cinquegrana*

L'attività del gruppo di lavoro "Cocaina e Policonsumo" si è svolta nell'arco di un anno, dal dicembre 2008 al novembre 2009: i cinque incontri effettuati hanno mantenuto l'orientamento definito nel convegno del giugno 2008, dove si era approfondito lo **Sviluppo del Progetto Cocaina e Policonsumo**.

Questa sessione di lavoro indirizzava fortemente ad un approccio clinico ed il gruppo che si è costituito ha sempre tenuto in considerazione le linee guida sintetizzate nella proposta di discussione: "Cosa si sta facendo, come possiamo condividere obiettivi a medio termine".

Quaranta persone avevano dichiarato il loro interesse a partecipare al gruppo di lavoro e 15 di loro, provenienti sia dai servizi pubblici, sia dal privato accreditato, di differenti professionalità, hanno poi avuto l'opportunità di confrontarsi sui possibili orientamenti clinici nei confronti del trattamento dei pazienti cocainomani e di condividere le esperienze maturate.

L'abuso di cocaina oggi è prevalente ed è una crescente preoccupazione nella maggior parte dei paesi europei (1).

Poiché la cocaina viene utilizzata sempre con maggior frequenza in ampi strati della popolazione, parallelamente a tale incremento per uso ludico/ricreazionale si verifica un consumo patologico della sostanza in termini di abuso e di dipendenza e quindi negli ultimi 5 anni l'affluenza dei soggetti cocainomani (cocaina sostanza d'abuso primaria) ai Ser.T. italiani è costantemente aumentata, specialmente nei Servizi per le Tossicodipendenze della Lombardia, Lazio, Emilia Romagna (2).

L'esperienza clinica dei partecipanti ha fatto emergere come all'interno della grande categoria dei pazienti cocainomani, in realtà siano rappresentate diverse tipologie di problematiche che necessitano di una sistematizzazione accurata per poter identificare strategie di intervento ad hoc.

Approcci differenti per differenti pazienti (3) è stato proprio l'argomento ricorrente negli incontri del lavoro di gruppo.

Si sono quindi esaminate le **differenti tipologie di pazienti cocainomani** (*cocaina sostanza d'abuso primaria*) più frequentemente osservate:

- Cocainomani soggetti a Provvedimenti Penali ed Amministrativi.
- Cocainomani con "Doppia Diagnosi".
- Cocainomani Socialmente Inseriti.
- Cocainomani Poliabusatori, soprattutto con co-dipendenza da Alcol.

Cocainomani soggetti a Provvedimenti Penali ed Amministrativi Nella esperienza clinica della maggior parte dei partecipanti al

 \ast Medico - Dipartimento Dipendenze ASL Brescia, Direttivo regionale FeDerSerD Lombardia.

gruppo di lavoro il target più rappresentativo è costituito da soggetti che accedono al Ser.T. in quanto chiedono un intervento correlato a **provvedimenti penali ed amministrativi** e precisamente:

- Soggetti sottoposti a provvedimenti penali.
- Soggetti inviati dal Tribunale dei Minori.
- Soggetti inviati dalla Prefettura.
- Soggetti inviati dalla Commissione Patenti.

Dal 2009 giungono al Ser.T. anche i lavoratori inviati dal Medico Competente ai sensi del Provvedimento 30.10.2007 "Intesa ai sensi dell'art. 8 comma 6 della legge 5 giugno 2003 n. 131 in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza".

I soggetti inviati dalla Prefettura effettuano percorsi ad hoc, diversamente declinati nei singoli Ser.T.

Per i soggetti inviati dalla Commissione Patenti e dal Medico Competente si è considerato di valutare l'opportunità di suggerire l'attivazione in ogni ASL di un gruppo di lavoro ristretto, specificatamente dedicato a tali problematiche.

In questo modo andrebbero a differenziarsi all'interno del Dipartimento Dipendenze due specifiche attività: una a connotazione clinica ed una a connotazione medico-legale.

Verrebbe così maggiormente tutelato lo spirito della legge 309/90, art. 120 "terapia volontaria ed anonimato".

Si eviterebbe in questo modo, che il medico del Ser.T. che svolge attività clinica si trovi costretto ad utilizzare, per svolgere attività certificatoria di presenza/assenza di tossicodipendenza, notizie raccolte per l'attuazione di una terapia volontaria.

Cocainomani con "Doppia Diagnosi"

Tale tipologia di pazienti è presente presso i Servizi in una percentuale variabile, determinata da molteplici fattori.

Si elencano i principali individuati:

- Tra i professionisti è presente una scarsa condivisione delle specifiche patologie psichiatriche che concorrono a definire una "doppia diagnosi". Infatti mentre vengono generalmente considerati pazienti con diagnosi duale soggetti affetti da schizofrenia e disturbi dell'umore (depressione maggiore, disturbo bipolare), orientamenti non univoci vengono attuati per i soggetti con disturbi di personalità (in particolar modo nei confronti dei soggetti affetti da disturbo borderline di personalità).
- Inoltre la percentuale dei pazienti in doppia diagnosi ai Ser.T. è influenzata direttamente anche dalle modalità di lavoro del CPS territoriale: alcuni psichiatri inviano quasi in automatico al Servizio Tossicodipendenze i loro pazienti che abusano anche saltuariamente di sostanze stupefacenti, altri psichiatri utilizzano modalità di invio più restrittive.

Anche considerando che non esistono farmaci di comprovata efficacia per il trattamento del cocainismo è da definire una articola-

zione delle modalità di collaborazione Ser.T./CPS, prevedendo la sottoscrizione di protocolli di intesa tra il Dipartimento Dipendenze e il Dipartimento di Salute Mentale, per meglio orientare la presa in carico dei pazienti in "doppia diagnosi".

Le linee guida relative alla co-gestione dei pazienti cocainomani in "doppia diagnosi" potrebbero prevedere l'approfondimento di queste indicazioni:

- Soggetti cocainomani con diagnosi già accertata di schizofrenia e disturbi dell'umore (di seguito definita patologia psichiatrica grave). Si consiglia una presa in carico CPS (psichiatra case manager) e consulenza Ser.T. relativamente alla condotta tossicomanica. Può essere utile proporre un trattamento residenziale per ottenere l'astinenza da cocaina, qualora questa determini un aggravamento della patologia psichiatrica. In regime di non residenzialità è tuttavia assai frequente la ripresa dell'utilizzo di sostanze stupefacenti.
- Soggetti cocainomani privi di diagnosi accertata di patologia psichiatrica grave ma con sintomi psichiatrici in atto: si consiglia una presa in carico Ser.T. (case manager professionista Ser.T.) e eventuale consulenza CPS, soprattutto per situazioni in cui si sospetta un pericolosità del paziente rivolta a sé od altri. Il fine della terapia deve volgere alla cessazione dell'uso/forte riduzione di cocaina per poter in questo modo diagnosticare o meno una patologia psichiatrica. In molti casi il trattamento ambulatoriale è insufficiente ed è opportuno proporre un trattamento residenziale, speso di breve durata (ad esempio trimestrale). Se accertata diagnosi psichiatrica grave, il case-manager diviene lo psichiatra CPS, mentre la funzione Ser.T. sarà consulenziale.
- Soggetti cocainomani con disturbi di personalità (soprattutto disturbo borderline). Questi pazienti, allorché fanno un uso ricorrente di cocaina in genere non vengono seguiti dallo psichiatra CPS. Per tali soggetti potrebbe essere prevista una presa in carico Ser.T. in co-gestione con psichiatri CPS.

Cocainomani socialmente inseriti

Con questa accezione vengono identificati i soggetti cocainomani che:

- depongono una assunzione di cocaina esclusivamente per via inalatoria.
- Presentano anamnesi negativa per uso di eroina, per pregressa patologia psichiatrica, per problemi abitativi.
- Non presentano problematiche legali/amministrative all'ammissione al trattamento.

Questo target non è considerato numeroso nell'esperienza clinica del gruppo, ad eccezione di quanti effettuano un programma specificatamente dedicato (ASL Brescia).

Cocainomani Poliabusatori, soprattutto con utilizzo di Alcol

Con questa accezione vengono identificati quei soggetti che presentano il consumo di entrambe le sostanze, indipendentemente dal fatto che si tratti di co-abuso o di co-dipendenza.

Questo target è risultato particolarmente numeroso e non sono univoci gli orientamenti emersi per quanto riguarda la gestione della terapia: si va da esperienze con un invio tout-court ai NOA, ad una co-gestione Ser.T./NOA, alla proposta di un intervento trattamentale, che sia totalmente a carico del servizio a cui il paziente si è rivolto, sia esso il Ser.T. od il NOA.

Conclusioni

Nel gruppo di lavoro si è condiviso l'obiettivo di provare a sistematizzare, all'interno della grande categoria dei pazienti cocainomani (cocaina sostanza d'abuso primaria) i target più frequentemente rappresentati al fine di poter disporre di differenti modelli e modalità di intervento specifiche, la cui efficacia sia basate su evidenze scientifiche.

Se dalla nostra esperienza deriverà la possibilità di suscitare l'interesse di un numero maggiore di professionisti delle dipendenze patologiche per intraprendere uno studio di fattibilità in cui, per il numero di pazienti trattati e per gli approcci terapeutici proposti sarà possibile mettere in atto metodi per valutare la qualità dei trattamenti ed introdurre analisi statistiche significative, sarà molto di più di quello che il nostro gruppo potesse mai aspettarsi, prima di intraprendere questa impresa bella e difficile.

Bibliografia

- Haasen C., Prinzleve M., Zurhold H., Rehm J., Güttinger F., Fischer G., Jagsch R., Olsson B., Ekendahl M., Verster A., Camposeragna A., Pezous A.M., Gossop M., Manning V., Cox G., Ryder N., Gerevich J., Bacskai E., Casas M., Matali J.L., Krausz M., "Cocaine use in Europe a multi-centre study. Methodology and prevalence estimates", Eur Addict Res, 2004, 10(4), pp. 139-146.
- 2. Ministero della Salute Rilevazione attività nel settore tossicodipendenze Anno 2006 Anno di pubblicazione: 2007.
- 3. Cinquegrana A., Bussola T., Gruppo di Studio "Cocaina" dei Responsabili UO Ser.T. 1- Brescia, "Terapia della dipendenza da cocaina approcci differenti per differenti pazienti", *Mission*, 26, 2009, pp. 63-65.

28/2008•**Mission** 90

Genitorialità e differenza di genere

Cosetta Greco*, Sandra Basti**

I temi della genitorialità e della differenza di genere sono stati affrontati nel corso dell'ultimo congresso regionale di FeDer-SerD (2008), al seguito del quale è stato costituito un gruppo di lavoro formato da operatori di diversi settori del pubblico e del privato sociale che ha proseguito l'elaborazione concettuale e metodologica e avviato un percorso tecnico operativo tra diverse realtà. Elementi significativi di questo lavoro di gruppo sono stato oggetto di dibattito nel corso del Seminario "Donne che diventano madri, Uomini che diventano padri nell'esperienza della dipendenza patologica", organizzato da FeDerSerD a Milano nel maggio 2009.

Le questioni si aprono su un capitolo complesso e articolato che intende chiarire la dipendenza e l'abuso di sostanze nei suoi effetti e rapporti con la femminilità in termini psico-neuro-biologici e socio-antropologici, la funzione materna e paterna sia nell'azione educativa e di accudimento che nel posto che occupa nell'immaginario e poi nella pratica di chi ha il compito della cura e della tutela.

Il confronto si allarga dalle prassi operative alle funzioni istituzionali, alla domanda sui modelli e sulle strategie in termini di efficacia e validabilità, correlandoli ai fabbisogni formativi e di aggiornamento, allargando l'orizzonte al tema dell'impegno etico e all'analisi di fattori individuali "cognitivo-emozionali" che "interpretano e agiscono" posizioni ideologiche del sistema, del gruppo e del singolo.

... la differenza di genere...

La differenza tra maschile e femminile appare cosa di ovvietà disarmante, le differenze tra uomini e donne, alla luce delle conoscenze e sensibilità odierne, appaiono più sfumate, ma pur tuttavia tali da essere oggettivabili e confrontabili sotto vari aspetti, parametri, fenomenologie e ideologie, eppure quasi sempre proponiamo ad entrambi lo stesso tipo di trattamento, diamo loro le stesse risposte sia dal punto di vista metodologico, logistico, clinico.

Nell'approccio alla differenza di genere è necessario tenere conto dei correlati culturali, strutturali e di categorizzazione sociale in cui si rappresenta e si oggettivizza.

"La cultura è l'intelaiatura di significati nei cui termini gli esseri umani interpretano la loro esperienza e guidano le loro azioni, la struttura sociale è la forma che prende l'azione, la rete di rapporti sociali realmente esistente" (1).

Nella cultura condivisa da un gruppo di primaria importanza vi sono i comportamenti relativi al genere.

Le idee e i comportamenti relativi al genere sono pervasive di ogni ambito sociale e, in quanto rappresentazione condivisa del maschile e del femminile, sono il frutto di una continua "negoziazione" tra i diversi soggetti e il gruppo sociale di appartenenza. Negli stili di comunicazione si produce, riflette e riproduce la

* Medico - Dipartimento Dipendenze ASL Milano 1, Direttivo regionale FeDerSerD Lombardia.

** Psicologa - Dipartimento Dipendenze ASL Pavia, Direttivo Regionale FeDerSerD Lombardia.

cultura di genere che impronta in modo implicito le transazioni tra i diversi soggetti.

Numerosi studi hanno descritto le mappe cognitive di "genere", Hofstede (2) le descrive come categorie di analisi di un contesto. La "mappa maschile" si identifica con la capacità prevalente di essere assertivi, razionali e orientati al successo materiale, viceversa la "mappa femminile" di analisi di un contesto definisce il grado di empatia diffuso, la cooperazione e l'orientamento alla qualità della vita.

Pur condividendo le preoccupazioni di quanti (3) paventano il pericolo di stereotipi "di genere" e ben sapendo che femminile e maschile non corrispondono a uomo e donna, forse è oggi necessario assumere una direzione che paradossalmente si pone in controtendenza alla corrente ideologia sociale.

Questa in modo strumentale equivoca il diritto civile e politico ad un trattamento paritario tra i sessi, con la rinuncia al riconoscimento e alla valorizzazione delle specificità in termini di bisogni, abilità, espressività e rappresentazioni di sé della donna e della madre.

Da una parte si feticizza il corpo, in particolare femminile, dall'altra lo si nega, o si offre in maniera episodica e folkloristica, statuto di una soggettività e di una specificità psico-neuro-biologica di genere, che, riconosciuta nei laboratori (scientifici e umanistici), ricordata nei discorsi della politica, è poi negata nelle evidenze quotidiane della organizzazione sociale e istituzionale, economica.

A livello neuro biologico la differenza tra cervello maschile e femminile è riconosciuta a più livelli, in termini anatomo-fisiologici e funzionali:

Nel cervello femminile il corpo calloso è più spesso di quello maschile, indicando che le due metà del cervello nella donna comunicano più facilmente.

Nell'emisfero di sinistra (che ha funzioni di "comando", rispetto all'emisfero destro che esegue) avvengono ragionamenti di tipo sequenziale-logico (tipici maschili), mentre nell'emisfero destro si svolgono anche più operazioni mentali contemporaneamente, cioè in parallelo.

Una maggiore comunicazione tra i due consentirebbe ai ragionamenti paralleli di raggiungere l'emisfero sinistro e di influenzare le decisioni al di là della logica.

"L'intuito altro non è che il risultato di un ragionamento parallelo che una parte del cervello ha continuato a portare avanti al di fuori della coscienza e che è andato a influenzare una logica sequenziale rigida, fornendo una soluzione diversa al problema preso in esame. Le donne sono più intuitive dell'uomo grazie alle maggiori connessioni tra i due emisferi. Anche la corteccia frontale dorsolaterale, che sovrintende ai processi di memoria a breve termine, alla programmazione e valutazione delle procedure e delle decisioni appare più voluminosa e attiva nel cervello femminile, essa è collegata con le aree "limbiche", sede dell'emotività, che, nella donna, a parità di stimoli, si attivano più intensamente" (4).

Il cervello femminile ha anche una quantità maggiore di materia grigia rispetto a quello maschile che invece contiene più sostanza bianca poiché nel primo le cellule sono "impacchettate" in uno spazio minore.

Il numero totale delle cellule è lo stesso, ma nel cervello maschile, che pesa in media il 10-15% in più, esiste una quantità maggiore di tessuto di sostegno.

Si sa che queste differenze cellulari non sono correlate all'intelligenza" (5), tuttavia sappiamo che il cosiddetto tessuto di sostegno ha importanti e significative funzioni neurotrofiche e interferisce su molteplici ambiti di comunicazione e interazione neuronale. Sono state dimostrate differenze nel linguaggio, orientamento, memoria, emozioni, nella risposta allo stress, nelle modalità di apprendimento.

Passando dalla fisiologie alla patologia, in particolare alle caratteristiche epidemiologiche e cliniche della popolazione femminile che abusa di sostanze, le differenze sono significative sia per quanto riguarda le modalità e l'approccio alla sostanza sia per quanto riguarda esiti e risposta al trattamento.

I dati epidemiologici e clinici sostengono che le donne tendono a bere più "pesantemente" degli uomini in risposta a specifici stress ambientali, tendono a diventare bevitrici problematiche ad una età più tarda rispetto agli uomini, hanno disturbi di personalità più severi, hanno un'incidenza più alta di famigliari alcolisti, e che l'alcolismo femminile è legato a bassa autostima e a confusione di ruolo sessuale (identificazione maschile) (6).

Le donne diventano più rapidamente dipendenti dall'alcol, l'atrofia cerebrale insorge più precocemente e anche le altre PAC sono più gravi e precoci.

È ampiamente riconosciuta la differente risposta agli stimolanti tra uomini e donne, in base a fattori estrogeno dipendenti (7) infatti l'appeal della cocaina subisce variazioni in conseguenza del ciclo mestruale, e in generale le donne sembrano essere più sensibili alle proprietà additive della cocaina rispetto agli uomini.

Donne astinenti riferiscono più alti livelli di craving dopo esposizione a stimoli civetta rispetto agli uomini, e le ricadute dopo astinenza durano più a lungo (8).

Per quanto riguarda gli oppioidi è stato rilevato che su ratti maschi l'effetto analgesico e sedativo è più intenso, mentre nelle femmine prevale l'effetto di rinforzo e stimolante locomotorio (9).

Livelli aumentati di estradiolo sono associati ad una aumentata sensibilità agli effetti psicostimolanti e rewarding correlati dall'abuso di sostanze.

L'estradiolo modula l'intensità dei recettori mu per gli oppioidi e gli effetti prodotti sul comportamento dalla cocaina, regolando il segnale dei recettori mu e kappa nelle strutture mesolimbiche (10). In un recente studio sull'associazione tra genere, abuso di cocaina e disturbi di personalità, il 50% delle donne e il 34% degli uomini hanno dimostrato avere un disturbo di personalità, e in particolare per quanto riguarda le dimensioni: istrionico, narcisista, sadico aggressiva, passivo aggressiva, autodistruttiva e paranoide, le donne hanno avuto punteggi maggiori rispetto agli uomini (11).

Alcuni studi associano il disturbo di personalità antisociale con arresto precoce, storia prolungata di abuso sessuale e dipendenza da alcol (12), mentre non ci sono concordanze circa una maggiore incidenza del BPD, rispetto ad altri disturbi di personalità, in donne tossicodipendenti.

Tuttavia le donne cocainomani mostrano una reattività soggettiva più intensa allo stress, irritabilità nervosa e dolore rispetto agli uomini (13).

Infatti è ormai accertata la diversa risposta al dolore, che sembra diversificarsi solo dopo la pubertà tra i due sessi, e che, aumentando in maniera significativa nelle donne, sembra fortemente correlata a fattori ormonali (14).

Per quanto riguarda l'efficacia e i costi del trattamento alcuni AA riportano la migliore risposta delle donne alla partecipazione ai gruppi di Auto Aiuto rispetto agli uomini.

Esse trarrebbero maggiori benefici sia per quanto riguarda la riduzione dei sintomi depressivi che per l'acquisizione delle strategie di evitamento (15).

Altri AA (16) concludono che le donne tendono a migliorare meno degli uomini nei riguardi di ogni tipo di abuso e ad essere più costose da trattare, quindi i trattamenti di mantenimento sembrano essere meno efficaci e più costosi per le donne che per gli uomini.

Uno studio che compara i risultati del trattamento di uomini e donne abusatori di cocaina e eroina, rileva che le donne "in" e "out" trattamento lavorano meno, usano eroina e cocaina più spesso, spendono più denaro in droga rispetto agli uomini. Concludendo che le donne presentano più alta problematicità rispetto all'abuso di droga e al lavoro e che questo indica la necessità di servizi per le dipendenze dedicati specificamente alle donne (17).

Le varie e numerose evidenze che la ricerca scientifica fornisce alla differenza di genere per quanto riguarda la dipendenza da sostanze, non sembra tuttavia avere prodotto effettive diversificazioni rispetto alle unità d'offerta dei servizi e specificità trattamentali sono più connotabili come sperimentazioni singole o di piccolo gruppo che come un orientamento guidato da una collettiva riflessione teorica e orientamento organizzativo.

Abbiamo documentato, ed è peraltro percezione largamente condivisa, che le donne in genere presentano elementi di multi problematicità e gravità clinica maggiori che gli uomini, uno di questi è la frequente esperienza di abuso sessuale e violenza psico-fisica.

Il trauma costituisce un annodamento dell'immaginario e del reale che fa del corpo l'unico possibile teatro della memoria. Pelle, arti, voce, sensi, muscoli rappresentano la storia del soggetto, iper-estesia o anestesia, contrazione o lassità, percezione o cecità, paura o colpa, sono leggibili nella transferenzialità corporea e solo a partire dalla sua esperenzialità sono simbolizzabili.

Il lavoro sulle emozioni, sul corpo e sulle sue memorie appare dunque una via di apertura fondamentale per l'aggancio di una domanda e di un desiderio che spesso non entrano nella struttura dell'approccio terapeutico "maschile", teso alla razionalizzazione, cognitività e controllo comportamentale, a cui fa da contraltare un mandato istituzionale contenitivo, "nutritivo e "assistenziale" regressivo e materno.

Ma il corpo della donna è anche corpo della madre e nel gioco di diadi madre-bambino, padre-bambino, padre-madre la sostanza si pone quale terzo a rappresentare un vuoto di senso che rimbalza a chi è chiamato ad accogliere e offrire proprio un luogo di parola all'essere malato.

Ci siamo a lungo domandate cosa, come e chi ascolta questo appello...

... la genitorialità...

È a partire dalle differenze di genere che biologicamente si diventa genitori e si mettono al mondo figli.

Il titolo del seminario Donne che diventano madri e Uomini che diventano padri nelle Dipendenze Patologiche, voleva sottolineare questa evidenza perché trascurata sia nei servizi che nell'opinione pubblica.

L'omissione riguarda non solo l'attenzione ai significati o alle implicanze del diventare genitore nei nostri pazienti, ma anche e soprattutto la disattenzione nei confronti dell'impatto che essere genitori tossicodipendenti ha sui figli.

In Inghilterra una ricerca promossa dal Governo, partita nel 2000 e conclusasi nel 2003 (Hidden Harm *Responding to the needs of children of problem drug use*) (18) sconsiderava la genitorialità legata alla tossicodipendenza un dato molto sensibile e valutava la percentuale del dato mancante nel report della ricerca pari al 29%.

In Italia tranne alcune esperienze esemplari svoltesi in questi anni (vedi alcuni progetti realizzati con la legge 45 nelle ASL, altri su base interregionale come il progetto Mosaico o regionale come il progetto Provaid, o ministeriale come Maternità-Indipendente) durante le quali si sono raccolti dati, non abbiamo la possibilità di ricostruire una mappatura esauriente del fenomeno nel territorio nazionale.

Ci sembra interessante evidenziare come le metafore incontrate nei documenti che descrivono quanto appartiene al campo della genitorialità nella tossicodipendenza, richiamano sempre qualcosa di non visibile, di nascosto, di vulnerabile.

Nel nostro incontro seminariale abbiamo individuato quattro zone di oscurità che trovano riscontro anche nella letteratura internazionale.

Esiste una collusione tra operatori, opinione pubblica e pazienti sul percepire la genitorialità associata alla tossicodipendenza come un tabù, un segreto: impegnativo perché interroga tanti saperi e più istituzioni, spiazzante perché confronta con il pregiudizio, scottante perché occasione di vergogna.

Gli interventi sui genitori tossicodipendenti e sui loro figli, sembrano concentrarsi dal periodo della gravidanza ai primi tre anni di vita del bambino, e sono assenti con genitori che hanno invece figli più grandi, senza che questa tendenza sia giustificata da evidenze cliniche.

Nel contesto più specifico della variabile differenza di genere riferita alla genitorialità, abbiamo trovato efficace l'espressione "il padre come Progetto ombra", per indicare la tendenza ad attivare interventi sulle madri, sulle madri con i figli e a trascurare gli interventi su entrambi i partner o sui padri in quanto tali.

Ci sembra carente l'attenzione e la valutazione della esposizione alla violenza dei figli o degli adulti vulnerabili, spesso donne, nelle prese in carico.

Il progetto europeo ENCARE European Network for Children Affected by Risky Environments within the family fornisce molti spunti per comprendere l'importanza di non trascurare questa variabile e le altre associate (19).

Lavorare per rendere visibili le zone oscure, ampliando la consapevolezza dei danni provocati da una genitorialità disfunzionale non è un obiettivo sufficiente, occorre dotarsi di chiavi di lettura per elaborare spiegazioni di quanto accade e programmare interventi efficaci.

Sappiamo che la teoria dell'Attaccamento continua a rappresentare una risorsa per comprendere e trovare strumenti.

Utilizzando una riflessione di Crittenden (20) possiamo condividere l'affermazione che il problema che i genitori inadeguati hanno è di non avere l'intenzione di danneggiare i figli facendo quello che fanno.

Se questo è vero i genitori o non si rendono conto del danno che producono o se lo riconoscono non sanno capire come lo producono e se il riconoscersi vuol dire essere descritto come un genitore "cattivo" tenderanno a nascondersi.

Crittenden ad esempio fa una distinzione tra tre tipi di genitori: Quelli che distorcono il normale comportamento di protezione di figli, ad esempio proteggendoli troppo, arrivando fino al maltrattamento o sorvolando sulle probabilità di pericolo, proteggendo quindi troppo poco, fino alla trascuratezza.

Quelli che invece distorcono il comportamento di protezione perché enfatizzano il comportamento di protezione verso di sé.,

ad esempio genitori che trasformano il desiderio di conforto (proibito) in desiderio sessuale (accettabile) e rispondono ai bisogni dei figli con comportamenti sessuali, oppure che esagerando la probabilità di pericolo per sé si proteggono a spese dei figli trascurandoli quindi psicologicamente.

Quelli che distorcono sostituendo informazioni deliranti a informazioni esatte.

Come genitori che costruiscono erroneamente la rappresentazione di forze potenti che minacciano sia loro che i figli rispondendo con misure irrazionali, oppure genitori che vedono erroneamente i figli come fonte di minaccia, arrivando intenzionalmente ad attaccarli o abbandonarli.

Sarebbe necessario che i servizi creassero delle facilitazioni affinché le menti dei pazienti possano condividere in sicurezza, un pensiero sulla necessità, se tossicodipendenti, di prendere in carico anche l'esercizio della genitorialità e di interrogarsi sul grado di benessere psicofisico del figlio.

Anche la mente degli operatori beneficerebbe molto di una logica che non segua la biforcazione tutto o niente della incompatibilità tra tossicodipendenza e esercizio della genitorialità e che si concili invece come mediazione tra l'ideale e il possibile.

Gli studi sui fattori di rischio, di resilienza e sull'attaccamento, permetterebbero di strutturare interventi e strategie dirette sia agli adulti che ai figli stessi (21).

Anche se paradossale, l'obiettivo potrebbe suonare così: **come essere buon genitore anche se tossicodipendente**.

Occorrerebbe un cambiamento culturale per permettere agli interventi sulla genitorialità di non essere pensati prevalentemente per i casi di urgenza quando il danno per i figli è molto alto, ma come accompagnamento all'esercizio quotidiano dell'adulto e come sostegno ai figli.

Con i partecipanti al Convegno vorremmo costruire una griglia di questioni e di commenti per ipotizzare azioni utili a promuovere sia tra gli operatori che nei pazienti stessi che nei politici maggiore consapevolezza e condivisione e più efficaci strategie e Servizi.

Bibliografia

- Geertz C. (1973), Interpretazione di culture, trad. it. Il Mulino, Bologna, 1987.
- 2. Hofstede G. (1991), *Cultures and Organizations Software of the mind*, McGraw-Hill, London.
- 3. Bombelli M.C., Gehrke B., *Differenze di genere: una dimensione culturale*, Nota Didattica.
- 4. Intervista a Paolo Pancheri a cura di Arianna Gasparini Supplemento *Corriere Salute* al *Corriere della Sera* del 21 maggio 2009.
- Brain Cogn. 2009 Sex differences in the adolescent brain Lenroot RK, Giedd JN.
- Beckman L.J., "Women alcoholics. A review of social and psychological studies", J Stud Alcohol, 1975 Jul, 36(7), pp. 797-824.
- "Estrogen regulates responses of dopamine neurons in the ventral tegmental area to cocaine", Psychopharmacology (Berl), 2008 Jun 1.
- 3. Zhang D., Yang S., Yang C., Jin G., Zhen X., "Sex differences in drug abuse", Frontiers in Neuroendocrinology, 29, 2008, pp. 36-47.
- 9. Craft R.M., "Sex differences in analgesic, reinforcing, discriminative, and motoric effects of opioids", Exp Clin Psychopharmacol, 2008 Oct, 16(5), pp. 376-85.
- 10. Segarra A.C., Agosto-Rivera J.L., Febo M., Lugo-Escobar N., Menéndez-Delmestre R., Puig-Ramos A., Torres-Diaz Y.M., *Estradiol: A key biological substrate mediating the response to cocaine in female rats.*
- 11. Fernández-Montalvo J., López-Goñi J.J., Landa N., "Cocaine addiction and personality disorders: a study with the MCMI-II Lorea I", *Adicciones*, 2009, 21(1), pp. 57-63.

- Chapman A.L., Cellucci T., "The role of antisocial and borderline personality features in substance dependence among incarcerated females", Addict Behav, 2007 Jun, 32(6), pp. 1131-45, Epub 2006 Sep 7.
- Back S.E., Brady K.T., Jackson J.L., Salstrom S., Zinzow H., "Gender differences in stress reactivity among cocaine-dependent individuals", *Psychopharmacology* (Berl)m 2005 Jun, 180(1), pp. 169-76, Epub 2005 Jan 29.
- 14.Fillingim R.B., King C.D., Ribeiro-Dasilva M.C., Rahim-Williams B., Riley J.L., "Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings", *J Pain*, 2009 May 3rd., 10(5), pp. 447-85.
- 15. Rudolf H., Moos Ph.D., Bernice S., Moos B.S., Christine Timko Ph., "Gender, Treatment and Self-Help in Remission from Alcohol Use Disorders", *Clin Med Res*, 2006 September, 4(3), pp. 163-174.
- 16. Yeom H.S., Shepard D.S., "Cost-effectiveness of a mixed-gender aftercare program for substance abuse: decomposing measured and

- unmeasured gender differences", J Ment Health Policy Econ, 2007 Dec, 10(4), pp. 207-19.
- Kelly S.M., Schwartz R.P., O'Grady K.E., Mitchell S.G., Reisinger H.S., Peterson J.A., Agar M.H., Brown B.S., "Gender Differences Among In-and Out-of-Treatment Opioid-Addicted Individuals", Am J Drug Alcohol Abuse, 2009, 35(1), pp. 38-42.
- 18. http://www.drugmisuse.isdscotland.org/publications/abstracts/hiddenharm0603.htm.
- 19. Galvani S., "Safeguarding children: working with parental alcohol problems and domestic abuse", *The Parenting & Alcohol Project, Alcohol Concern*, September 2006, no.1908221.
- 20. Crittenden P.M., *Il modello dinamico-maturativo dell'attaccamento*, Edizioni libreria Cortina, Milano, 2008.
- 21. Woolfall K., Sumnall H., "Evaluating interventions for children of substance using parents: A review of outcomemeasures", *Addictio-Research&Theory*, Nov. 2009.

RECENSIONE



Pietro Vigorelli

IL GRUPPO ABC

Un metodo di autoaiuto per i familiari di malati di Alzheimer

pp. 224, € 22,00 Cod. 1305.114 (V)

Collana: Strumenti per il lavoro psicosociale ed eductivo

Fatica, rabbia, frustrazione sono i sentimenti del familiare che vive con una persona malata di Alzheimer. Dedica tanto tempo ed energia per stargli vicino, per prendersi cura di lui nel modo migliore eppure questi non migliora, anzi, peggiora di anno in anno. Ai problemi della malattia si aggiunge un senso di impotenza e di inadeguatezza. Il familiare si chiede: "Faccio bene a comportarmi così?", "È colpa mia se peggiora?".

Queste considerazioni sono il punto di partenza per cercare delle soluzioni che permettano al familiare di ottenere un certo benessere e una felicità possibile, nonostante la malattia.

Ma come si può fare?

Il Gruppo ÂBC – di cui questo libro illustra il metodo – si propone come un gruppo di autoaiuto in cui i familiari, guidati da un conduttore, imparano a diventare dei curanti esperti. Le riunioni si svolgono in cerchio con 8-15 familiari. Non si discute: ciascuno è

libero di raccontare la propria esperienza, di ascoltare quella degli altri e di portare a casa le idee e i suggerimenti che $per\ lui$ sono più importanti.

Al centro dell'attenzione ci sono le conversazioni della vita quotidiana, gli scambi di parole e di silenzi che costruiscono la relazione tra familiare e malato.

Nel corso degli incontri il conduttore accompagna i partecipanti in un cammino, i Dodici Passi, che serve loro per diventare più competenti nell'affrontare i problemi di tutti i giorni. Partecipando al gruppo, il familiare ottiene dei cambiamenti piccoli ma significativi: se prima degli incontri si sente perso, insicuro e carico di sensi di colpa, dopo si sente meno solo e meglio equipaggiato per affrontare i problemi posti dalla malattia e riuscire a essere più sereno.

Il volume si rivolge in primo luogo agli operatori che si occupano dei familiari: psicologi, medici, educatori, terapisti occupazionali e tutti i professionisti che operano nelle strutture per anziani. In secondo luogo proprio ai familiari, che ne possono trarre spunti utili per avviarsi verso una felicità possibile, seguendo il cammino dei Dodici Passi.

Pietro Vigorelli è medico e psicoterapeuta. Fondatore e presidente del Gruppo Anchise, associazione per lo studio, la formazione e la cura della persona anziana centrata sulla parola e la capacitazione. Docente al Corso di Laurea in Terapia Occupazionale della Facoltà di Medicina dell'Università di Milano, tiene corsi di formazione in tutta Italia, rivolti ai professionisti della cura degli anziani e ai loro familiari. Ha già pubblicato sull'argomento La conversazione possibile con il malato Alzheimer (FrancoAngeli, 2004) e Alzheimer senza paura. Perché parlare, come parlare (Rizzoli, 2008).

Norme editoriali di Mission

La rivista è strutturata nelle seguenti aree principali: antropologica culturale sociale, prevenzione, epidemiologica, normativa legislativa giuridica, farmacologica tossicologica, clinica, manageriale organizzativa, progetti, ricerca.

Il Comitato di redazione curerà gli aspetti editoriali - vita associativa - rubriche - struttura generale della rivista - lettere - dibattiti - documenti - nuove proposte - notizie in breve - collegamento con il sito www.federserd.it.

Le proposte e i contributi devono essere inviati alle mail indicate: missiondirezione@virgilio.it; lucchinialfio@tiscali.it.

Gli autori che presentano un manoscritto si assumono piena responsabilità per i diritti e lo standard scientifico del loro lavoro. Ciascun manoscritto è valutato dal board di area, che si riserva la facoltà di sottoporre il testo a revisioni e critiche che vengono restituite agli estensori per gli adeguamenti richiesti, fatta salva la possibilità di respingere il manoscritto, qualora non aderisca ai criteri generali per la pubblicazione.

CRITERI GENERALI PER LA PUBBLICAZIONE

- 1. È inteso che tutti gli autori che firmano un manoscritto abbiano fornito un sostanziale contributo alla stesura del lavoro.
 - Standard Etici:
 il materiale non deve essere stato pubblicato altrove; devono essere esclusi tutti i riferimenti che possono identificare i pazienti inclusi nella ricerca; devono essere dichiarate le fonti di finanziamento dirette o indirette di ricerche oggetto della pubblicazione.
- 2. I manoscritti devono essere scritti con interlinea 2 e carattere 12, con margine di 25 mm. Le pagine devono essere numerate e la prima pagina deve contenere il titolo, gli autori, le

- appartenenze con gli indirizzi di corrispondenza, il sommario in lingua inglese (max 20 righe) e le parole chiave in inglese e in italiano.
- 3. I manoscritti non devono contenere abbreviazioni e note a piè di pagina.
- 4. I riferimenti bibliografici nel testo vanno riportati con il cognome dell'autore o degli autori (nel caso di due autori vanno riportati entrambi i cognomi separati dal simbolo &, nel caso di più autori dopo il primo si indica "e coll.") e l'anno di pubblicazione. La citazione completa deve essere riportata in ordine alfabetico (cognome esteso e iniziale del nome) alla fine del manoscritto secondo gli esempi del sistema Harvard:
 - Citazione di Rivista: Autore AA, Autore BB, Autore CC (anno) Titolo dell'articolo. *Nome della Rivista* (in corsivo senza abbreviazioni) Volume, pagine (-).
 - Citazione di libro: Autore AA, Autore BB, Autore CC (anno) *Titolo del libro*(in corsivo), Città di pubblicazione: editore, pagine.
 - Citazione di capitolo di libro:
 Autore AA, Autore BB, Autore CC, (anno) Titolo del capitolo, in *Titolo del libro* (in corsivo) a cura di: Autore. Città di pubblicazione: editore, pagine.
- 5. Le figure (qualora ci siano) devono essere disegni originali e dovranno riportare il numero della figura e il nome dell'autore. Le tabelle devono essere riportate su una pagina separata ed avere un breve titolo, vanno numerate (in numeri arabi) nell'ordine di citazione del testo.
- 6. Le legende delle figure e delle tabelle devono contenere tutte le informazioni per capire le rispettive figure o tabelle senza che sia necessario fare riferimento al testo.

Lettera agli iscritti a FeDerSerD e a tutti gli operatori del sistema di intervento italiano delle dipendenze

Pescara, 20 gennaio 2010

L'anno appena trascorso ha visto acuirsi le difficoltà tra Stato e Regioni nel confrontarsi sulle strategie in materia di politiche antidroga. La carenza delle Istituzioni ha avuto ricadute negative sui servizi e sui pazienti e accentua il disorientamento e la sofferenza di noi operatori, impegnati in una azione di assistenza e di cura in un contesto socio culturale difficile, nella delicata condizione di fare una diagnosi di dipendenza e di predisporre un programma di cura ad una quantità enorme di pazienti, con le loro sofferen-

Il nostro Paese è ormai frammentato per scelte difformi da Regione a Regione, da ASL ad ASL, rispetto anche a temi pratici quali le decisioni delle commissioni patenti speciali, l'accertamento di assenza di tossicodipendenza per i lavoratori a rischio, le rette per le comunità terapeutiche, il rap-

porto utenti/operatori nei Ser.T. e tanto altro ancora.

FeDerSerD lo scorso anno ha continuato con tenacia a proseguire una chiara mission.

Con una intensa attività di formazione, e cito tra gli altri gli eventi di Napoli, Padova, Roma, Bologna, Torino, Trieste, Milano, Trento, Bari, Reggio Calabria.

Con una intensa attività scientifica, portata avanti da soli o con importanti istituzioni quale l'Istituto Superiore di Sanità o in collaborazione con importanti società scientifiche quali la SIMIT, la SIMMG e molte altre ancora. Tra i tanti impegni ricordiamo la validazione della scheda ODAS, la formazione per i Medici di Medicina Generale, la ricerca DAVIS.

Abbiamo avviato una collaborazione con Lottomatica Group e l'Amministrazione dei Monopoli di Stato sul Gioco Responsabile. Ma siamo stati soprattutto vicini alle problematiche quotidiane di tutti i Ser.T. e di molti specifici casi. Con consigli, suggerimenti, prese di posizione, interventi pubblici, con l'impegno quotidiano per essere credibili e autorevoli.

In ottobre terremo il nostro congresso nazionale a Riva del Garda. Sarà un appuntamento importante, di scienza, di analisi, di testimonianze, di sollecitazioni e di interrogazione ai decisori.

Sarà l'occasione più alta in cui ciascuno di noi potrà dare il suo contributo.

FeDerSerD deve poter contare sulla tua iscrizione, sulla tua partecipazione.

Cara collega, caro collega, ti invito ad iscriverti o a rinnovare subito la tua iscrizione a FeDerSerD di cui ti allego il modulo.

Il Segretario Esecutivo Nazionale Pietro Fausto D'Egidio





aderente a:



ze e i loro bisogni.





Sede legale: Via Giotto 3, 20144 Milano

Presidente Onorario

Rita Levi Montalcini

Direttivo Nazionale (membri eletti) Alfio Lucchini (presidente nazionale),

Guido Faillace (vicepresidente nazionale),
Pietro Fausto D'Egidio (segretario esecutivo nazionale),
Roberta Balestra (ufficio di presidenza),
Emanuele Bignamini (ufficio di presidenza),
Raffaele Lovaste (ufficio di presidenza),
Claudio Leonardi (ufficio di presidenza),
Paola Aiello, Giancarlo Ardissone, Giuseppe Barletta,
Marcellina Bianco, Claudia Carnino, Antonio d'Amore,
Donato di Pietropaolo, Donato Donnoli, Maurizio D'Orsi,
Maurizio Fea, Michele Ferdico, Bernardo Grande,
Fernanda Magnelli, Ezio Manzato, Vincenzo Marino,
Antonio Mosti, Felice Nava, Roberto Pirastu,
Gianna Sacchini, Giorgio Serio, Franco Zuin

Direttivo Nazionale (membri di diritto)

Alessandro Coacci (past-president) Giovanni Villani, Edoardo Cozzolino, Maria Grazia Pieri, Giovanni Cordova, Francesco De Matteis

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 \in 50,00 per i laureati e a \in 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

 \square 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 2010 - 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		ľ	NOME			
NATO A				IL		
INDIRIZZO (personale)					
CITTÁ		PI	ROVINCIA	CAP		
TITOLO DI STUDIO _						
DATA CONSEGUIMEN	TO TITOLO DI ST	'UDIO				
SPECIALIZZAZIONE_						
POSIZIONE PROFESS	IONALE ATTUAL	E				
INDIRIZZO (lavorativo)	~~~		AIL		
TEL F	'AX	CELL	E-M	AIL		
PUBBLICAZIONI / ESPERIENZE CURRICOLARI DA SEGNALARE / PROGETTI SCIENTIFICI IN CORSO / AREE DI INTERESSE SCIENTIFICO / INTERESSI CULTURALI						
		Chiedo				
☐ Di essere iscritto in	qualità di SOCIO	ORDINARIO 1	oer l'anno 2010)		
☐ Di rinnovare l'iscriz	zione in qualità di	SOCIO ORDIN	ARIO per l'ani	no 2010		
a FeDerSerD - Federazione degli Operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze						
	lì//_	Firma				
Si autorizzano FeDerSer	D e la Segreteria Ex	popoint al tratta	mento dei dati ir	nclusi nella presente scheda		
Versamento quota asso (allegare copia bonifico Visto il Segretario Esecu Visto per approvazione:	bancario o ricevuta itivo Nazionale	a versamento)				

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 - Franco Angeli srl, viale Monza 106, 20127 Milano In caso di mancato recapito inviare a CMP Roserio per la restituzione al mittente previo pagamento resi.