

FeDerSerD

informa

n 22

ottobre 2013

PRESENTAZIONE LAVORI PERVENUTI

V CONGRESSO NAZIONALE

la società dipendente

IL SISTEMA DI COMPETENZE
E RESPONSABILITÀ PER COMPRENDERE,
DECIDERE E AGIRE



ROMA

22 ottobre 2013

Cerimonia di inaugurazione Congresso

23.24.25 ottobre 2013

Sessioni Congressuali

indice

Poster e comunicazioni brevi

- | | |
|---|---|
| 1 UN SOMMERSO FEMMINILE DA NON SOTTOVALUTARE | 13 CURARE OLTRE LE SBARRE: UN CONTRIBUTO DI RICERCA TRA PREGIUDIZI E LIMITI OGGETTIVI |
| 2 UTILIZZO DELL'ASSOCIAZIONE FARMACOLOGICA DI QUETIAPINA E TOPIRAMATO NELLA RIDUZIONE DEL CRAVING CORRELATO ALLA DIPENDENZA DA COCAINA | 14 NUOVI OBIETTIVI NEL CAMPO DELLA PREVENZIONE |
| 3 L'INFERMIERE NELLA PREVENZIONE E NEL TRATTAMENTO DELLE "NUOVE DIPENDENZE": UN'INDAGINE SU GIOCO D'AZZARDO E NET DIPENDENZA FRA I GIOVANI STUDENTI | 15 L'ESPERIENZA DI PRESA IN CURA DI PAZIENTI ALCOLISTI IN UN AMBULATORIO A BASSA SOGLIA DI ACCESSO |
| 4 LA FOTOGRAFIA COME EFFICACE STRUMENTO RIABILITATIVO E DI INCLUSIONE SOCIALE NELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE | 16 LA MAPPATURA DELLE SALE DA GIOCO. UN'ESPERIENZA DI RICERCA AZIONE NEL CONTESTO DELLA PEER EDUCATION |
| 5 IL PROGETTO DIPENDENZE PATOLOGICHE (ALCOL, GIOCO D'AZZARDO E COCAINA): VILLA COL DI NAVA | 17 DAL PROGETTO GAP AL CEDISS: VERSO LA STANDARDIZZAZIONE DEI TRATTAMENTI |
| 6 PROGETTO BEN-ESSERE DONNA | 18 MAMMA BEVE BIMBO BEVE |
| 7 L'ARTETERAPIA CON I BURATTINI IN AMBITO PENITENZIARIO | 19 LA TIPOLOGIA DEL PAZIENTE RICOVERATO NEL REPARTO DI RIABILITAZIONE ALCOLOGICA DELLA FONDAZIONE RICHIEDEI DI PALAZZOLO SULL'OGGIO (BRESCIA) |
| 8 IL TRATTAMENTO DELLE DIPENDENZE IN CARCERE: RIFLESSIONI SUI CAMBIAMENTI IN CORSO | 20 IL CARCERE SI APRE ALLA FAMIGLIA DALLA FRATTURA ALLA RICOMPOSIZIONE |
| 9 MONITORAGGIO DELLA TERAPIA CON ACAMPROSATO IN SOGGETTI ASSISTITI DA SER.T CAMPANI | 21 REPORT SULL'IMPIEGO DI UN SISTEMA DIAGNOSTICO POCT PER LA RICERCA DELLE SOSTANZE D'ABUSO PRESSO LA CASA CIRCONDARIALE LORUSSO E CUTUGNO DI TORINO |
| 10 PROTOCOLLO DI STUDIO SULLA VALUTAZIONE DELL' EFFICACIA DELL' ACAMPROSATO NELLA REMISSIONE DELLE FUNZIONI COGNITIVE IN PAZIENTI CON DISTURBO CORRELATO ALL'USO DI ALCOL: UN ANALISI PRELIMINARE | 22 IL CORE-OM COME STRUMENTO PER LA VALUTAZIONE DELL'OUTCOME NELLE DIPENDENZE: DATI PRELIMINARI |
| 11 IL CENTRO ANTIFUMO ALL'INTERNO DEL SERT: L'ESPERIENZA DI COSTRUZIONE DI UNA RETE TERRITORIALE | 23 L'ACAMPROSATO NEL CONTROLLO DELL'ASTINENZA NELL'ETILISMO CRONICO: DATI PRELIMINARI DELL'AMBULATORIO DI TOSSICOLOGIA AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA CAREGGI, FIRENZE |
| 12 IL DINAMISMO DELLA DOMANDA E L'IMMOBILISMO DELLA RISPOSTA. RITENZIONE E FOLLOW UP NELLE COMUNITÀ TERAPEUTICHE | 24 IL CONTRASTO AL FUMO NELL'ASL DI LODI |
| | 25 INTERVENTI DI PREVENZIONE E TERAPIA SU UNA POPOLAZIONE AZIENDALE DI FUMATORI |

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

Supplemento al N. 38 - ottobre 2013 anno XI
Proprietà: FeDerSerD
Sede legale
Via Giotto 3,
20144 Milano

Comitato di Direzione
Direttivo nazionale
FeDerSerD

Direttore scientifico
Alfio Lucchini

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

Sede operativa e
Redazione Mission
Via G. Mazzini, 54
20060 Gessate (Mi)
tel. 335.6612717
missiondirezione@
tiscali.it

Direttore responsabile:
Stefano Angeli

Copyright by
FrancoAngeli s.r.l.
Milano

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

Edizione fuori commercio

UN SOMMERSO FEMMINILE DA NON SOTTOVALUTARE

Amato P.*, Sorrentino M.R.**,
Palumbo S.***, Armenante C. ****

*Dirigente medico SER.T di Cava de' Tirreni
Azienda Salerno

**Assistente sociale SER.T di Cava de' Tirreni
Azienda Salerno

***Coordinatrice infermieristica SER.T
di Cava de' Tirreni Azienda Salerno

****Direttore U.O. SER.T di Cava de' Tirreni
Azienda Salerno

Introduzione

L'approccio di genere, come sta avvenendo in diversi campi della medicina, anche nel campo delle dipendenze permette di approfondire i fattori etiopatogenetici e di mantenimento del consumo illecito che contraddistinguono gli uomini e le donne. L'avanzamento della ricerca ha confermato che la salute è strettamente legata agli aspetti che costituiscono "il genere": uomini e donne differiscono sessualmente ed anche rispetto ad altri fattori (peso, % di grasso corporeo, enzimi epatici, ormoni sessuali, variabili ambientali come tipo di società, educazione, cultura e psicologia dell'individuo). Diverse risultano essere le cause del consumo, i meccanismi attraverso cui si instaura la dipendenza, le reazioni neuro-fisiologiche al consumo di una stessa sostanza psicotropa (grazie alla mappatura funzionale delle aree funzionali attraverso le nuove tecniche di neuroimaging è stato possibile dimostrare quanto lo stress ed i fattori ormonali incidano sulla diversa reazione al fenomeno del craving tra uomini e donne), la risposta farmacologica alle diverse terapie sostitutive per differente assorbimento (differenziata presenza di glicoproteina-P o multidrug resistance transporter-1ed MRD-1), disparità nella distribuzione del grasso corporeo con relativa differenza nei volumi di distribuzione (gastro-intestinal emptying time ↑, gut enzymes e AD↑, water soluble drugs e lipophilic drugs↑), bio-trasformazione e metabolismo (attività CYP1A2 influenzata dagli ormoni sessuali, ridotti livelli di glicoproteina-P con aumentata concentrazione dei farmaci all'interno degli epatociti) e per finire specificità di genere nella clearance renale di ioni organici dipendenti da ormoni sessuali e peso corporeo. Solo approfondendo tali differenze è possibile elaborare strategie preventive e terapeutiche mirate. Da studi dell'Osservatorio Europeo delle droghe emerge che l'utilizzo di sostanze psicotrope è più diffuso tra gli uomini. Ma tale osservazione è reale oppure è la conseguenza della difficoltà che le donne continuano ad avere nell'accedere ai servizi? La droga senza differenze di genere è l'eroina mentre la cocaina, la cannabis e l'ecstasy sono più diffuse nel genere maschile. Le uniche sostanze rispetto cui le donne superano gli

uomini nel consumo sono l'alcool, gli psicofarmaci e in particolare sedativi e antidepressivi. Ma quali le cause di tali differenze? **SCOPO:** valutare quanto si differenziano maschi e femmine per quanto riguarda l'età di inizio d'abuso (fig. 1), grado d'istruzione (fig. 2), attività lavorativa (fig. 3), tipo di sostanze (fig. 4), tipo di farmaco sostitutivo e quantità massima assunta (fig. 5 e 6), tempi di astinenza (fig. 7), concomitanza con stati psicopatologici (fig. 8).

Materiali e Metodi

L'indagine ha coinvolto 34 pazienti (17♀ e 17♂) messi a confronto per età (età compresa tra 18-45 anni) in carico presso il SER.T di Cava de' Tirreni. Essi hanno dichiarato una scolarità medio-alta (elementari 1♂, medie 8♂ e 7♀, superiori 8♂ e 6♀ laurea 0♂ e 4♀), attività lavorativa (tutti lavoratori tranne 3 disoccupati♂ e 8♀), età di inizio d'abuso (età media in anni 17,6♂ e 17,9♀, età massima 25♂ e 27♀, età minima 12♂ e 13♀), il 35% delle femmine ha iniziato con il partner e il 52% con amici mentre l'88% dei maschi con amici, tipo di sostanze utilizzate (alcool 5♂ e 12♀, anfetamine 2♂ e 2♀, cocaina 9♂ e 9♀, eroina 14♂ e 15♀, fumo 12♂ e 12♀, cannabinoidi 13♂ e 10♀, con un poliabuso a favore delle femmine), tipo di farmaco sostitutivo metadone nel 90% delle femmine assunto già prima di accedere al Servizio. Ancora diverse le motivazioni che conducono le donne all'abuso: disagio psicologico, coinvolgimento da parte del partner a scopo sessuale, evasione mentre nei maschi prevale lo sballo e lo scopo sessuale. Più percorsi comunitari nelle donne (2♂ e 6♀) mentre più lunghi i periodi di astinenza dalle sostanze d'abuso nei maschi.

Risultati

Maggiore poliabuso nelle donne, inizio dell'abuso frequente con il partner, farmaco sostitutivo principale il metadone già utilizzato prima di accedere al servizio spesso preso in prestito dal partner o acquistato al mercato nero per la difficoltà di accedere ai Servizi per motivi prevalentemente sociali tra i quali una cattiva reputazione o la paura di perdere l'affidamento dei figli per le donne sposate.

Conclusioni

Nella presa in carico di un paziente maschio si rende necessario un colloquio di coppia che possa facilitare l'accesso al servizio della partner, mentre per la terapia a causa del differente potenziale di abuso e delle differenze di genere dal punto di vista farmacologico per differente assorbimento, distribuzione, bio-trasformazione, metabolismo ed escrezione potrebbe essere utile considerare e facilitare, con protocolli dettagliati, il passaggio a formulazioni terapeutiche alternative come la buprenorfina o rafforzare la terapia attivando strategie di intervento che vanno differenziate dal genere maschile (offrire ad esempio servizi più potenziati quali counselling, terapia psichiatrica, occupazionale e familiare) sia per il miglioramento clinico delle pazienti che per la cronicità e la gestione di una malattia ad andamento cronico quale la dipendenza. Un nuovo scenario, un mondo sommerso che merita l'attenzione da parte di noi clinici.

Figura 1

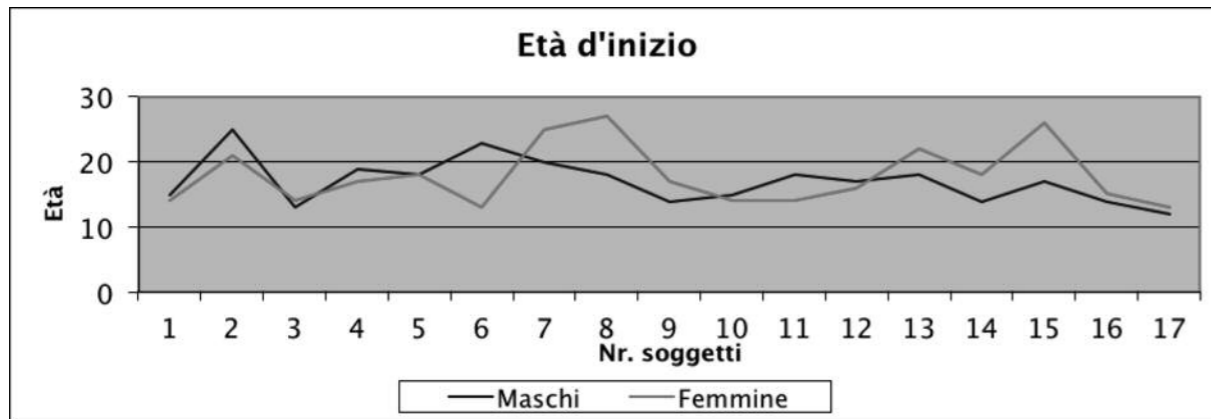


Figura 2

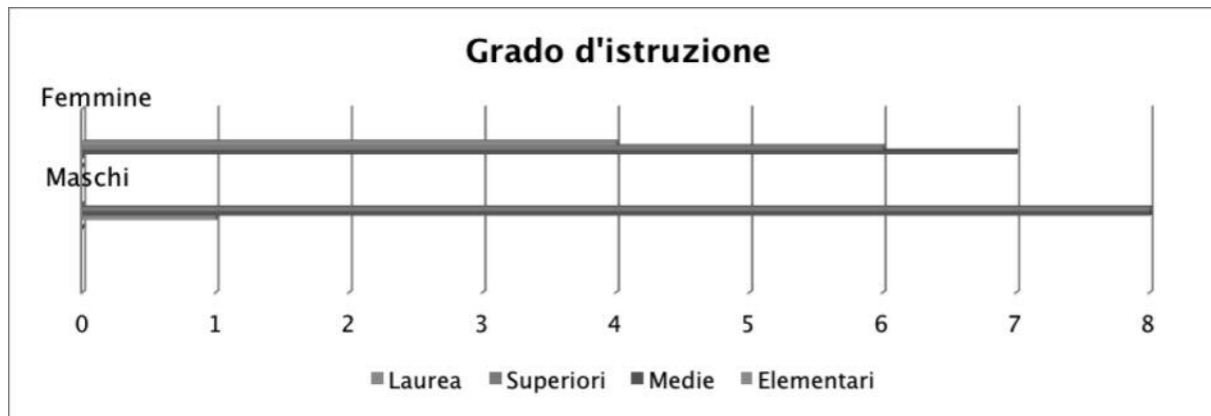


Figura 3

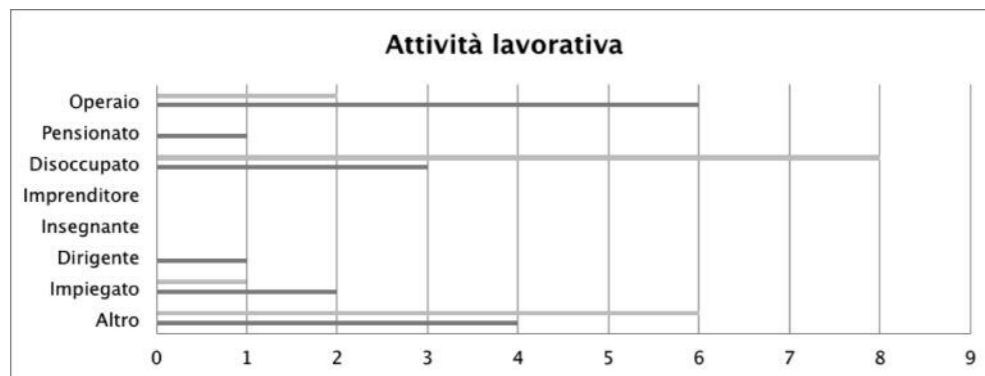


Figura 4

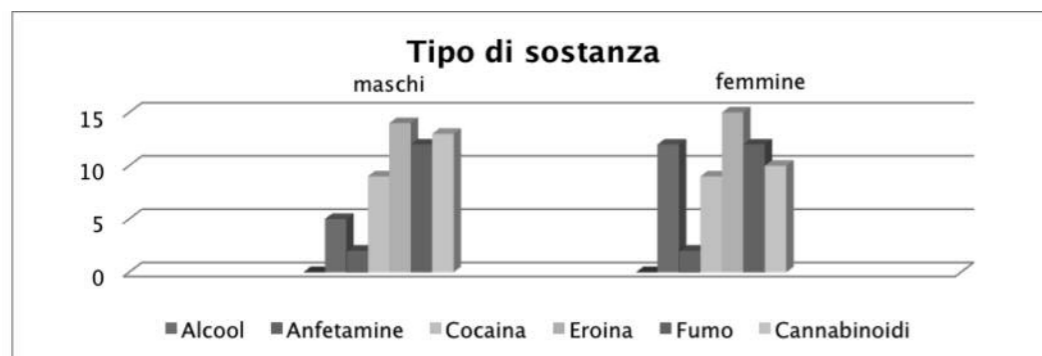


Figura 5

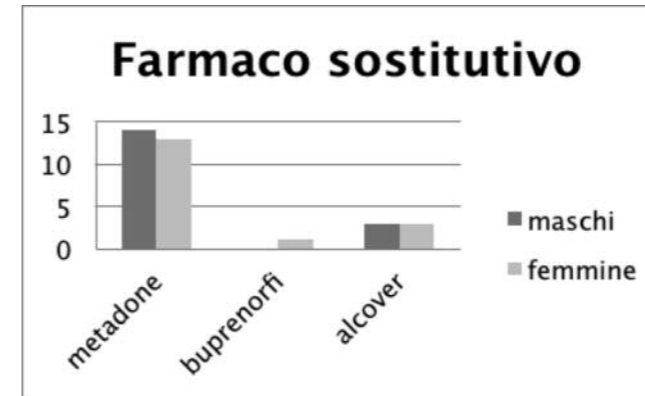


Figura 6



Figura 7

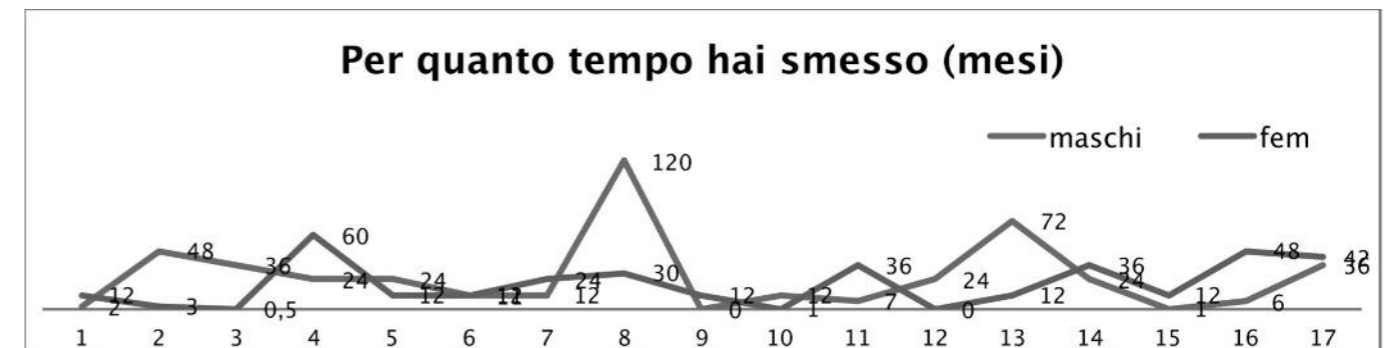
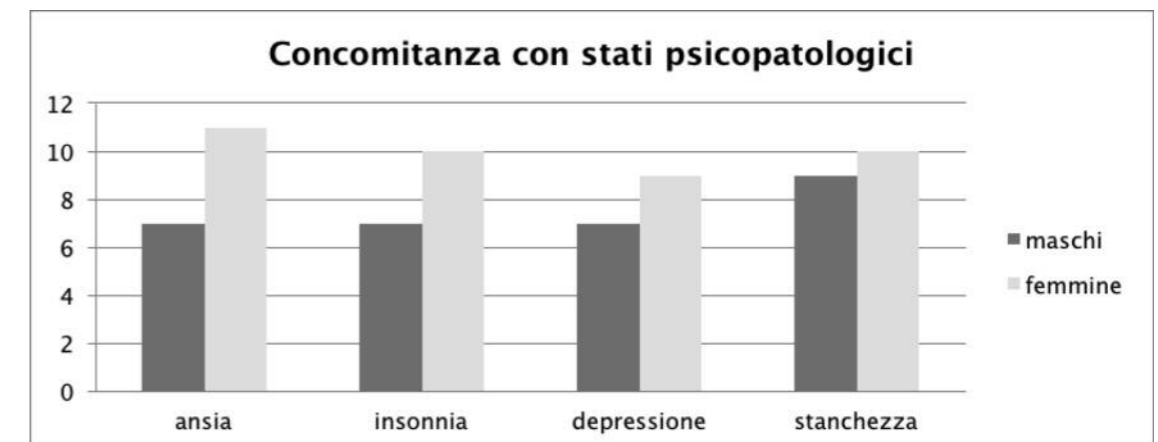


Figura 8



2

UTILIZZO DELL'ASSOCIAZIONE FARMACOLOGICA DI QUETIAPINA E TOPIRAMATO NELLA RIDUZIONE DEL CRAVING CORRELATO ALLA DIPENDENZA DA COCAINA

Vincenzo Barretta*, Fabio Curcio**, Emma Asturaro***, Francesco Auriemma****

*Specialista Ambulatoriale Psichiatra – ASL Napoli 1 Centro – U.O. Ser.T D.S. 25

**Specialista Ambulatoriale Igiene e Medicina

Preventiva – ASL Napoli 1 Centro – U.O.Ser.T D.S. 25

*** Dirigente Psicologa – ASL Napoli 1 Centro

U.O. Ser.T D.S. 25

**** Dirigente Medico Responsabile – ASL Napoli 1 Centro – U.O. Ser.T D.S. 25

Area tematica: terapia dipendenze patologiche.

In Italia la richiesta di trattamento per problemi legati al consumo di cocaina presso i Servizi per le Dipendenze è aumentata da 7000 casi registrati nel 2000 a 21090 nel 2005 [1]. Nella dipendenza da cocaina il craving gioca un ruolo fondamentale. Gli aspetti principali con cui si presenta il fenomeno del craving sono:

a) attrazione verso situazioni che possono facilitare l'assunzione di droga; b) presenza di sintomi fisici, psicologici e comportamentali; c) l'incremento, con modalità compulsive, di comportamenti criminali finalizzati alla ricerca della sostanza e d) evitamento delle condizioni che causino una condizione astinenziale. Per quanto riguarda i trattamenti destinati ai consumatori di cocaina, in letteratura non sono disponibili evidenze dell'efficacia dell'uso di antipsicotici nella dipendenza da tale sostanza [2]. Il *rationale* per l'uso di Quetiapina è legato all'attenuazione (seppur lieve) dei meccanismi di reward. Nel 2008 uno studio evidenziava la capacità della Quetiapina di influenzare il craving e i sintomi astinenziali correlati al consumo di cocaina. Il Topiramato in Italia è stato approvato nel 1999 e trova indicazione terapeutica come terapia aggiuntiva nella sindrome di Lennox-Gastaut e in caso di spasmi dell'infanzia. Alcuni studi riportano una riduzione significativa del craving in un gruppo di abusatori di cocaina. [3]. Scopo dello studio è stato valutare la capacità della associazione quetiapina-topiramato di limitare il craving in soggetti dipendenti da cocaina.

Metodo

Nello studio sono stati arruolati consecutivamente 21 soggetti (19 maschi 2 femmine) dipendenti da cocaina (gruppo Quetiapina/Topiramato - QT group), nel

periodo aprile 2009-gennaio 2012. Il gruppo QT è stato comparato con un gruppo di controllo di 20 soggetti (18 maschi and 2 femmine), di caratteristiche simili, trattato da gennaio 2005 a marzo 2009. Tutti i soggetti sono stati informati dell'utilizzo di farmaci off label ed hanno firmato un modulo di consenso informato.

Il gruppo di controllo è stato trattato con interventi di psicoterapia individuale cognitivo-comportamentale o counselling in sessioni settimanali. Il gruppo QT è stato trattato con counselling motivazionale e farmaci: Quetiapina *per os* al dosaggio iniziale di 200 mg/die, poi gradualmente incrementato fino a un massimo di 350 mg/die (dose media: 242.9 +/- SD 58.3 mg/die) in combinazione farmacologica con Topiramato *per os* con dose iniziale di 100 mg/die fino a un massimo di 450 mg/die (dose media 323.8 +/- SD 61.0 mg/die).

Nei due gruppi sono stati monitorati l'intensità del craving, le condizioni psico-fisiche ed i sintomi astinenziali con interviste ed esami tossicologici settimanali (metodo EIA) per i primi due mesi, in seguito ogni due settimane, per un periodo complessivo di sei mesi. Sono stati misurati: 1) l'intensità del craving, mediante l'uso della scala Visual Analogue Scale (V.A.S.); (2) la ritenzione in trattamento (numero di drop-outs); (3) la tollerabilità del trattamento (numero e tipo di effetti collaterali); (4) uso riportato di cocaina nel corso dello studio.

L'analisi statistica è stata effettuata con "Fisher's exact test" a una coda. L'intervallo di confidenza della odds ratio è stato utilizzato per valutare l'aderenza al trattamento.

Risultati

L'intensità del Craving è stata misurata nei pazienti che hanno completato lo studio.

a) Il gruppo QT ha mostrato un decremento del craving (che era pari a 9,6 al tempo 0) del 67,1% alla quarta settimana, fino al valore di 1,1 in 11 soggetti alla 12° settimana. 6 soggetti hanno fatto uso di cocaina per un periodo della durata di 24/48 ore al massimo (definiti come "eventi puntiformi"). Alla 18° settimana di trattamento la diminuzione media del craving era del 79,5% e alla 24° settimana era diminuito dell'81,5%. (figura 1). b) nel gruppo di controllo: il livello basale del craving misurava 8,4; al 6° mese risultavano 7 soggetti astinenti con un valore medio sulla scala VAS di 4,4 (52,3% in meno). L'analisi dell'intensità del craving mostrava decrementi del valore medio statisticamente significativi per il gruppo QT.

2) *Ritenzione e drop out:* a) *Gruppo QT:* Il 71,4% (15/21) dei soggetti mostrava elevata aderenza al trattamento e tossicologici negativi per il periodo dello studio (sei mesi). Il 28,6% (6/21) dei trattati ha mostrato ricadute nell'utilizzo di cocaina. I 6 soggetti in drop out hanno riportato la comparsa di effetti collaterali come causa della sospensione. b) *Nel gruppo di Controllo:* la ritenzione in trattamento al 6° mese era del 45% (9/20). L'analisi statistica con Fisher's exact test a una coda ha mostrato una $p=0.08$.

3) *Eventi avversi, tollerabilità e condizioni psichiche.*

Gruppo QT: 14 soggetti hanno riportato eventi avversi

quali sedazione, stanchezza e difficoltà di concentrazione. Tali sintomi sono comparsi all'inizio del trattamento e poi sono diminuiti di intensità dopo i primi giorni. Solo 2 soggetti hanno mostrato sintomi di tipo extrapiramidale che hanno richiesto trattamenti addizionali con anticolinergici. 11 soggetti hanno riportato alterazioni del sonno e 15 soggetti hanno riferito apparente diminuzione dell'impulsività e dell'irritabilità, valutata attraverso l'intervista clinica. Non è stata necessaria alcuna interruzione della terapia in nessuno dei suddetti casi. Durante l'intera durata dello studio non sono stati riportati difficoltà o sintomi di pertinenza psicopatologica, eccezion fatta per la presenza di episodi di disforia, aumento della tensione interiore irrequietezza e sintomi di tipo anedonico.

4) *Uso di cocaina nel corso dello studio.* a) *Gruppo QT:* I dati hanno mostrato, attraverso i campioni di urina raccolti, che il 71,4% dei soggetti ha cessato l'uso di cocaina per un periodo di sei mesi. b) *Nel gruppo di controllo:* il 35% dei soggetti ha interrotto l'uso di cocaina per la durata dello studio. L'analisi dell'aderenza del gruppo QT comparata a quella del gruppo di controllo ha mostrato una Odds Ratio (OR) di 4,643; con il 95% Confidence Interval (CI) da 1,241 a 17,369.

Conclusioni

Lo studio offre evidenze preliminari dell'efficacia dell'azione della combinazione quetiapina/topiramato sul craving di cocaina.

In primo luogo l'attività gabaergica del Topiramato, riducendo l'impulsività, potrebbe favorire la resistenza al desiderio di consumare la sostanza, l'antagonismo dopaminergico della Quetiapina associato all'azione sui recettori per il glutammato da parte del Topiramato potrebbe intervenire nel ridurre ulteriormente la spinta verso il consumo.

Il presente studio, tuttavia, mette in evidenza la buona tollerabilità del trattamento, relativamente ai dosaggi utilizzati. Su un certo numero di soggetti, il trattamento appare in grado di operare miglioramenti su dimensioni psicopatologiche individuabili quali ulteriori misure di esito (in particolare la dimensione iritabilità/impulsività), apprezzabili come effetti benefici ed in grado di ridurre la sintomatologia astinenziale, altrimenti osservabile.

La ritenzione in trattamento è stata generalmente buona e la maneggevolezza dei farmaci rassicurante, tanto da consentire efficaci interventi di counselling volti a rassicurare sulla temporaneità di eventuali effetti collaterali. Tali effetti sono risultati facilmente controllabili attraverso aggiustamenti dei dosaggi dei farmaci utilizzati, ciò ponendo il terapeuta in condizioni di rinforzare l'alleanza terapeutica con il paziente. I limiti del presente studio sono rappresentati dalla relativa esiguità del campione e dal limitato periodo dell'osservazione. Ciò nondimeno, esso rappresenta un importante stimolo ad approfondire la sperimentazione clinica con farmaci di questo tipo. Il rilievo dal punto di vista clinico di una evidente azione sul craving di questa associazione di farmaci richiede la continuazione dello studio su campioni più ampi della popolazione affetta da dipendenza da cocaina.

Figura 1

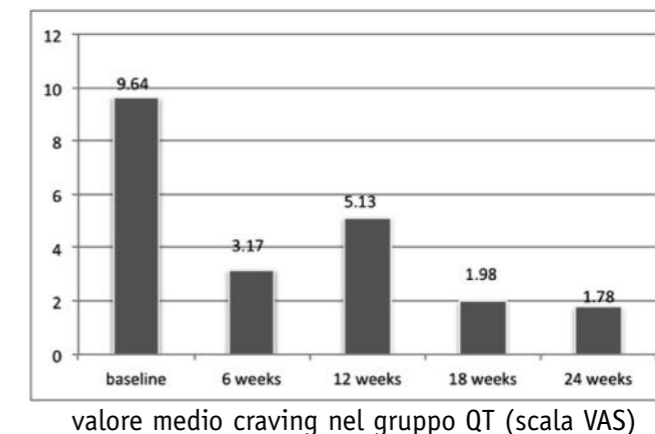
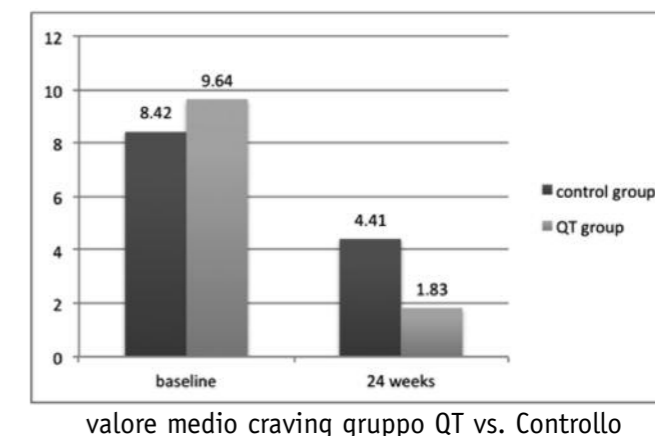


Figura 2



Bibliografia

1. Annual report to Parliament on the status of drug addictions in Italy, 2012.
2. Martinotti G, Andreoli S, Nicola M.D. (2008) "Quetiapine decreases alcohol consumption, craving and psychiatric symptoms in dually diagnosed alcoholics". *Hum Psychopharmacol Clin Exp*, 23:417-24.
3. Johnson BA, Roache JD, Ait-Daoud N, Gunderson EW, Haughey HM, Wang XQ, Liu L. (2013) "Topiramate's effects on cocaine-induced subjective mood, craving and preference for money over drug taking". *Addict Biol*. May 18(3):405-16.

3

L'INFERMIERE NELLA PREVENZIONE E NEL TRATTAMENTO DELLE "NUOVE DIPENDENZE": UN'INDAGINE SU GIOCO D'AZZARDO E NET DIPENDENZA FRA I GIOVANI STUDENTI

Bartoletti Silvia*, Baldanzi Daniela, Giovanni Mattiolo*****

* Infermiera professionale – tirocinante c/o SerT Asl 4 Prato - A.A. 2011-2012

** Coordinatore infermieristico - SerT Asl 4 Prato – docente Corso di Laurea in Infermieristica Università degli Studi di Firenze – Polo didattico di Prato

*** Sociologo - SerT Asl 4 Prato – docente Corso di Laurea in Infermieristica Università degli Studi di Firenze – Polo didattico di Prato
SerT Asl n°4 Prato – Regione Toscana - Direttore: Dott.ssa Antonella Manfredi

Area tematica: promozione della salute, dipendenze comportamentali

Razionale

Le New Addiction o "dipendenze senza sostanze" comprendono una serie di comportamenti di per sé normali che fanno parte della nostra vita ma che possono prendere il sopravvento e divenire l'unico punto di riferimento, fra queste un particolare rilievo occupano la dipendenza da internet ed il gioco d'azzardo. Nello studio ci siamo posti le seguenti domande: 1) Esiste fra i giovani un problema legato al gioco d'azzardo e alla net dipendenza? 2) Per questo tipo di problemi a chi si rivolgerebbero in prima istanza? 3) Conoscono i servizi esistenti? 4) Che ruolo può svolgere l'infermiere nelle attività di prevenzione e trattamento di questo tipo di problemi.

Materiali e metodi

Per l'indagine è stato utilizzato un campionamento per quote non proporzionali, stratificato per indirizzo scolastico, età e genere. Il campione è composto da 240 studenti di quattro scuole secondarie superiori della Toscana (Area Vasta Centro). I partecipanti sono stati reclutati in base al sesso, all'età e all'indirizzo scolastico. Come strumento per raccogliere i dati è stato somministrato al campione un questionario strutturato di 47 domande a risposta multipla, anonimo, autocompilato. Contenuto del questionario

- dati anagrafici (sesso, età, indirizzo scolastico e status sociale della famiglia),
- quesiti sul gioco d'azzardo (tipo di gioco praticato, frequenza, spesa media, atteggiamenti, modalità comportamentali e conoscenza dei servizi territoriali

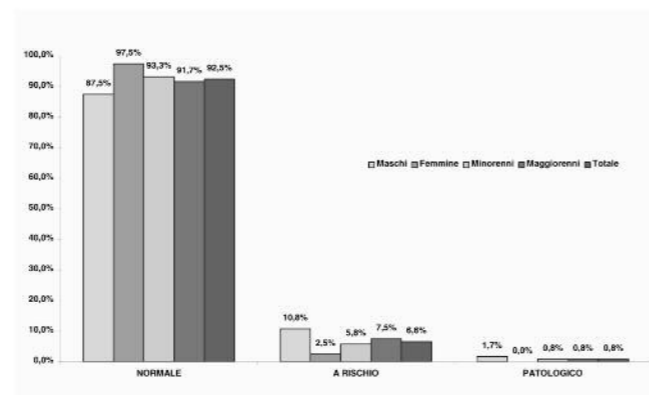
- che si occupano del problema,
- test SOGS (South Oaks Gambling Screen),
- quesiti sulla modalità d'uso delle nuove tecnologie,
- test di Kimberly S. Young sulla vulnerabilità delle persone al rischio di dipendenza da Internet.

Risultati

Nell'indagine è stata confermata l'esistenza di un'area di rischio di patologia per entrambe le dipendenze. In particolare:

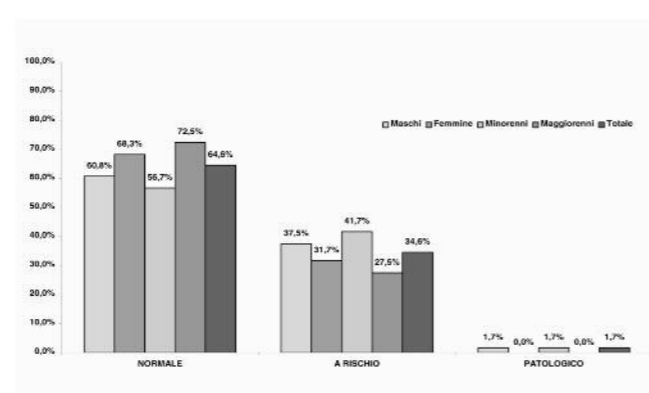
- per il gioco d'azzardo la percentuale di soggetti a rischio è pari al 6,6%. In prevalenza sono maggiorenni (7,5%) e di sesso maschile (10,8%), con una percentuale di patologia da gioco pari a circa l'1% (Figura A).

Figura A - Profilo rischio gioco (Test SOGS)



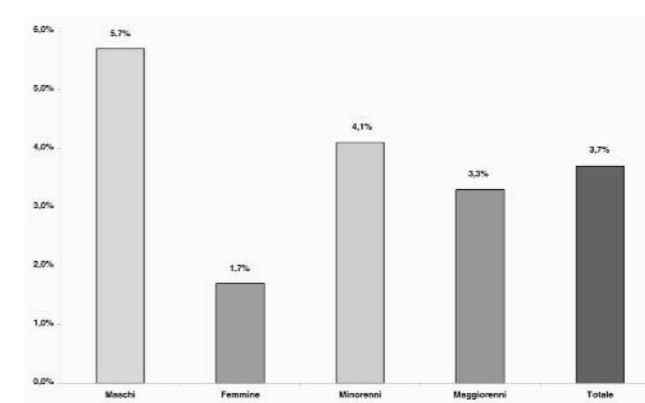
- per quanto riguarda la net dipendenza i valori mostrano un 1,7% di maschi patologici ed un 34,6% di studenti a rischio. In prevalenza sono maschi (37,6%) e i minorenni superano i maggiorenni (41,7% vs 27,6%) – Figura B.

Figura B - Profilo rischio net-dipendenza (Test K. Young)



- i soggetti a rischio per entrambe le dipendenze sono il 3,7%.
- i maschi presentano una percentuale di rischio pari al 5,7%, mentre le femmine risultano a rischio per l'1,7%.
- i minorenni sono più a rischio dei maggiorenni (4,1% rispetto al 3,3%) – Figura C.

Figura C - Area di rischio-patologia (Gambling- Netdipendenza)



Fra le altre indicazioni salienti dell'indagine due risultano particolarmente importanti

- la prima è che in presenza di un problema di gioco d'azzardo o di net dipendenza i ragazzi si rivolgerebbero in prima battuta ai loro amici coetanei (Figure D ed E).
- la seconda riguarda invece la scarsa o nulla conoscenza dei servizi attualmente offerti sia dal Servizio Sanitario Nazionale che dalle organizzazioni del terzo settore (Figure F e G).

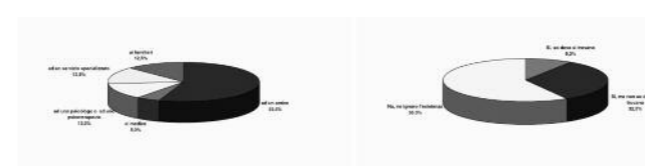
Figura D - A chi si rivolgerebbero per un problema di gioco

Figura E - Conoscenza dei servizi che si occupano del gioco d'azzardo



Figura F - A chi si rivolgerebbero per un problema di net-dipendenza

Figura G - Conoscenza dei servizi che si occupano di net-dipendenza



Conclusioni

Queste considerazioni offrono lo spunto per l'attivazione da parte dei servizi di programmi di "peer education", centrati sull'acquisizione di life skills da parte dei giovani. In questo tipo di programmi l'infermiere potrebbe svolgere un ruolo fondamentale come formatore o tutor utilizzando conoscenze e competenze sia tecnico sanitarie, sia nell'ambito della relazione di aiuto e del counseling. La "peer education" è una metodologia educativa che si è sviluppata negli ultimi decenni, soprattutto negli Stati Uniti, come modello di lavoro nell'ambito dell'educazione sanitaria per realizzare progetti di prevenzione dei comportamenti

devianti e dannosi alla salute.

Bibliografia

- Cantelmi T., Talli M., Del Miglio C., D'Andrea A. *La mente in Internet. Psicopatologia delle condotte on-line*. Piccin, Padova 2000
- Caretti V., La Barbera D. (a cura di) *Psicopatologia delle realtà virtuali*. Masson, Milano 2000
- Lesieur H. R., Blume S.B. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers, in *American Journal of Psychiatry*, 1987, 144(9), pp.1184-1188.
- Young K. S. *Presi nella Rete, Intossicazione e dipendenza*. Calderini, Bologna, 2000
- Dipartimento Politiche Antidroga. *Relazione al Parlamento 2011 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia*. Roma, 2012
- Agenzia Regionale di Sanità. *Comportamenti a rischio e stili di vita dei giovani toscani. I risultati delle indagini EDIT 2005 - 2008 - 2011*. Firenze, 2011
- Federconsumatori Prato. *Progetto Alea: interventi di prevenzione sulle ludopatie*. Prato, 2011
- Di Cesare G, Giannotta R. *L'adolescenza come risorsa, una guida operativa alla Peer Education*. Carocci, Roma, 2011
- Nestel D., & Kidd, J. (2005). Peer assisted learning in patient-centred interviewing: the impact on student tutors. *Mead Teach*, 27, 5: 439-444
- Croce M. Lavanco G. *Prevenzione tra pari, modelli, pratiche e processi di valutazione*. F. Angeli, Milano, 2011

Sitografia

- sito dell'AND - Associazione Azzardo e Nuove Dipendenze.
- <http://www.andinrete.it/portale> sito dell'AND - Associazione Azzardo e Nuove Dipendenze.
- <http://centrostudi.gruppoabele.org/?q=node/2679> Nuove dipendenze sul sito del Centro Studi, Documentazione e Ricerche dell'Associazione Gruppo Abele di Torino.
- <http://gambling.it> sito dell'ALEA - Associazione per lo studio del gioco d'azzardo e dei comportamenti a rischio.
- <http://www.giocaresponsabile.it/index.cfm> sito della FEDERSERD - Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze.
- <http://www.sosazzardo.it> sito dell'AGITA - Associazione per il recupero dei giocatori d'azzardo.
- <http://www.siipac.it> sito della SIPAC - Società Italiana di Intervento sulle Patologie Compulsive South Oaks Gambling Screen Test - SOGST

Link alla presentazione

http://allegati.usl4.toscana.it/dl/20130326130411697/indagine_nuove_dipendenze.ppt

Il lavoro è tratto dalla tesi di Silvia Bartoletti, laureata in Infermieristica all'Università degli Studi di Firenze nell'Anno accademico 2011/2012 con una tesi dal titolo "IL COUNSELING INFERMIERISTICO COME STRUMENTO NELLA PREVENZIONE E NEL TRATTAMENTO DELLE NUOVE DIPENDENZE: UN'INDAGINE SU GIOCO D'AZZARDO E NET DIPENDENZA FRA I GIOVANI STUDENTI" - MENZIONE SPECIALE al Premio di laurea "Charles West" 2012 sull'Infermieristica Pediatrica

4

LA FOTOGRAFIA COME EFFICACE STRUMENTO RIABILITATIVO E DI INCLUSIONE SOCIALE NELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

“Palermo: uno sguardo a fuoco”
Progetto Obiettivo di PSN, azione sperimentale di reinserimento sociale per soggetti con dipendenze patologiche, attraverso percorsi formativi e terapeutici realizzati con pratiche di cura innovative.

G. N. Cammara*, T. Dimarco*, M. G. Falzone, D. D'Amico***, C. Gambino****, M. Di Blasi*******

*UOC Dipendenze Patologiche Azienda Sanitaria Provinciale Palermo,

**UOS SERT PA 4,

***UOS SERT PA 3,

****Università degli Studi Palermo-Cattedra

Dipendenze Patologiche,

*****Nucleo di Progettazione Aziendale ASP Palermo

Struttura: I Sert dell'ASP di Palermo, la sede del Progetto presso ARVIS (Associazione per le Arti Visive).

Area tematica: Riabilitazione nelle Dipendenze Patologiche.

Introduzione

L'esperienza clinica e la letteratura scientifica degli ultimi decenni hanno contribuito ad una sostanziale trasformazione nella lettura dei processi sottostanti alle dipendenze patologiche. Superando i vecchi paradigmi di tipo medico e psicologico, le dipendenze patologiche sono oggi viste come frutto di meccanismi complessi e articolati, che coinvolgono non solo il mondo interno del singolo soggetto ma anche gli atteggiamenti, le credenze, i significati e le aspettative che una persona sviluppa nei confronti del mondo esterno (Ravenna M., 1997).

Nello specifico, una delle componenti più rilevanti nella definizione dei comportamenti di addiction riguarda le caratteristiche della relazione che il soggetto instaura con l'oggetto-droga secondo la prospettiva teorica tracciata da autori come Bignamini. Secondo tali recenti approcci, infatti, la tossicodipendenza non è quindi solo una forma di "autocura" per la sofferenza, ma è frutto di meccanismi concomitanti che riguardano contemporaneamente il livello cognitivo, neurobiologico, motivazionale, emotivo e relazionale. Questa lettura complessa dell'addiction ha avuto ricadute anche sul piano terapeutico: al riconoscimento della multidimensionalità della problematica, ha corrisposto la pianificazione di interventi clinici altrettanto articolati. Le indicazioni di buone prassi, infatti,

prevedono sempre più frequentemente percorsi terapeutici multimodali di lunga durata e altamente personalizzati. Il SerT come luogo di cura, in tale prospettiva, accoglie questo bisogno complesso e ad esso tenta di restituire una risposta il più possibile coerente ed esaustiva, ma senza potere mettere a disposizione dell'utente uno spazio permanente di tipo terapeutico-riabilitativo, che riteniamo centrale nell'ottica del reinserimento psico-sociale del soggetto con dipendenze patologiche.

Metodo

Una prospettiva di notevole interesse, in relazione alla funzione terapeutico-riabilitativa territoriale del SerT, è rappresentata dal progetto **“Palermo: uno sguardo a fuoco”** con il quale sono stati coinvolti 25 utenti in carico nei SerT dell'ASP di Palermo, ad un percorso formativo e terapeutico finalizzato allo sviluppo di abilità e alla valorizzazione delle proprie potenzialità secondo un approccio che ne favorisca l'*empowerment*. Il periodo di studio ha interessato un anno dal settembre 2012 al settembre 2013.

Nella maggior parte dei casi il soggetto con dipendenze patologiche ha solitamente difficoltà ad impegnarsi in un progetto a lungo termine, (anche per un deficitario senso di autostima), in considerazione di ciò si è ritenuto opportuno affiancare alle attività di formazione professionale come fotografo, alcuni **laboratori gruppal**i per gli utenti inseriti nel progetto. Il progetto, ha previsto l'allestimento di un **laboratorio fotografico per la formazione di base** (seguendo il percorso evolutivo della fotografia dall'analogico a partire dalla camera oscura al digitale con particolare riguardo all'iphonografia e ai social network di settore come Instagram) e l'attivazione dei seguenti gruppi/laboratori:

- **Laboratorio corporeo “Rivelarsi attraverso il movimento” propedeutico all'avvio della formazione fotografica**, finalizzato allo sviluppo di tutte le potenzialità espressive del Sé;
- **Laboratorio “Foto-racconto-biografico**, attività trasversale di auto-narrazione ed espressione dei vissuti emozionali attraverso l'utilizzo del *medium* fotografico”;
- **Psicoterapia di gruppo per tutta la durata del percorso a cadenza settimanale.**

Il percorso di formazione fotografica ha previsto 5 differenti workshop con artisti/fotografi di fama internazionale, che hanno accompagnato gli utenti-corsi alla conoscenza della fotografia nei diversi generi e forme artistiche dall'analogico al digitale. Con tali esperti sono state effettuate uscite per la sperimentazione di diverse tipologie di riprese fotografiche, utilizzando le attrezzature messe a disposizione dal Progetto. È risultato efficace sul piano dell'autostima l'effetto dello “sguardo” degli artisti sui partecipanti. I 25 utenti ammessi sono stati valutati e monitorati per l'intera durata del percorso attraverso strumenti previsti dall'impianto scientifico di Ricerca, curata dall'Università di Palermo, Dipartimento di Psicologia, Unità di Ricerca Dipendenze Patologiche. Il dispositivo di ricerca messo a punto prevede un per-

corso di valutazione su due fronti:

- 1) Valutazione di esito e di processo degli interventi rivolti ai destinatari del progetto;
- 2) Valutazione dei gruppi di supporto ai destinatari del progetto.

Più dettagliatamente, gli indicatori valutati sono: a) Indici di gravità multidimensionali (aree: medica, lavorativa, legale, sostanze, familiare-sociale e psichica); b) Autostima; c) Percezione della qualità della vita; d) Alleanza; e) Motivazione al cambiamento; f) Cambiamento percepito.

Risultati

- Aumento della *compliance* dei soggetti con dipendenze patologiche nei progetti terapeutici sviluppati nei SerT dell'ASP di Palermo (regolarità nel monitoraggio dei cataboliti urinari evidenziando generalmente una remissione dall'uso di sostanze stupefacenti, stabilizzazione del trattamento farmacologico, con riduzione in alcuni casi di terapie di sostegno con psicofarmaci);
- consolidamento dell'identità personale, recupero dell'autostima, valorizzazione delle proprie potenzialità, attraverso processi che favoriscono la consapevolezza del sé corporeo e della sfera emotiva;
- Accrescimento competenze nel settore fotografico e nell'utilizzo delle principali tecniche e metodologie in tale settore.

Conclusioni

Il progetto, recentemente concluso, dà immediatamente la possibilità di guardare positivamente ai risultati attesi. Su 25 utenti solo 2 hanno abbandonato sin dall'inizio il programma di attività. Due sono stati espulsi. La restante parte del gruppo ha continuato sino alla fine del percorso, alcuni hanno acquistato personalmente una propria fotocamera reflex o uno smartphone per migliorare la pratica nell'uso del mezzo come opportunità professionale. Riguardo gli indicatori di processo e di esito progettuale, questi sono stati raggiunti secondo gli standard previsti. È in corso l'elaborazione dei risultati della ricerca condotta con metodo sperimentale su campo.

Bibliografia e Normativa

- A.A.V.V., “Gli inserimenti lavorativi dei tossicodipendenti”, *Prospettive sociali e sanitarie*, n°10, 2002, p.p.15/21
- Barberis D., *Il prodotto del lavoro sociale*, Edizioni Franco Angeli, Milano, 2009
- Cancrini Maria Grazia, Mazzoni Silvia, *I contesti della droga: storie di esplorazione, autoterapia e sfida: un approccio psicologico al fenomeno delle dipendenze attraverso la complessità*, Franco Angeli, Milano, 2002
- D'Angela F., Floris F.(a cura di) “L'Integrazione socio-lavorativa dal progetto individuale all'organizzazione che cura”, Gruppo Abele, Torino, 2000
- De Domenico Emanuela, “Reinserimento sociale e lavorativo”, V Conferenza Nazionale Tossicodipendenza, Trieste, 2009
- De Luca G., “Tossicodipendenze, progetto, integrazione, lavoro, intervento sociale”, *Percorsi d'integrazione*, n°7 -

1995

- Duccio Demetrio, *Raccontarsi. L'Autobiografia come cura di sé*, Edizioni Cortina Raffaello, Milano, 1996
- Furnari F., *La persona come progetto*, Edizioni Il Cenacolo, Biancavilla (Ct), 1990.
- Grosso L., “Tossicodipendenze, capacità di fare e inserimento lavorativo”, *Animazione Sociale, Quaderni di animazione e formazione*. Mensile del gruppo Abele per la formazione degli operatori sociali, p.p.21/26
- Leone Liliana, Prezza Miretta, *Costruire e valutare i progetti nel sociale*, FrancoAngeli, Milano, 2009
- Mancini G., Sabbatici G., *Una metodologia per l'inserimento lavorativo delle persone ex tossicodipendenti, disabili e dei pazienti psichiatrici*, Edizioni Carocci, Roma, 1999
- Marzocchi Teresa, “L'operatore nel reinserimento socio lavorativo (case manager)” V Conferenza Nazionale Tossicodipendenze, Trieste, 2009
- Perucci C., “Per una politica di inclusione sociale”, *Prospettive sociali e sanitarie*, n°17, 1998, p.p. 14/20, Milano 1998
- Piccardo C., *Empowerment: strategie di sviluppo organizzativo centrate sulla persona*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1995

I siti di seguito elencati si riferiscono alla partecipazione di Grise (Gruppo Riabilitazione Sert) ASP Palermo alla “Conferenza sulle Droghe” tenuta a Trieste nel marzo 2009.

- <http://www.conferenzadroga.it/home.aspx>
- <http://www.conferenzadroga.it/media/62906/2.c%20buone%20prassi%20-%20%20ausl%20%20-%20palermo%20grise.pdf>
- http://www.conferenzadroga.it/media/66075/poster_42.pdf

REGIONE SICILIANA - ASSESSORATO REGIONALE DELLA FAMIGLIA, DELLE POLITICHE SOCIALI E DELLE AUTONOMIE LOCALI - Dipartimento Regionale della Famiglia e delle Politiche Sociali, “Piano per l'Inclusione Sociale di soggetti in condizione di svantaggio”, *PROGRAMMA OPERATIVO OBIETTIVO CONVERGENZA 2007-2013, FONDO SOCIALE EUROPEO, REGIONE SICILIANA*

5

IL PROGETTO DIPENDENZE PATOLOGICHE (ALCOL, GIOCO D'AZZARDO E COCAINA): VILLA COL DI NAVA

Jacopo Pisaturo, *Psichiatra, Direttore Sanitario*
Barbara Canestro, *Psicologa, Coordinatrice*
Luca Buffa, *Psicologo*
Villa Col di Nava - Imperia

Area Tematica: Residenza per le dipendenze patologiche e i comportamenti d'abuso

Questo progetto è stato realizzato attraverso una collaborazione tra il Dipartimento di salute mentale dell'Asl 1 Imperiese e la cooperativa IL Faggio, per consentire l'approfondimento delle varie aree di intervento clinico, pedagogico-educativo, di promozione della salute e di prevenzione della ricaduta. Il programma proposto nella struttura si avvale di tecniche innovative nel settore delle dipendenze patologiche, in linea con le più recenti indicazioni della ricerca scientifica internazionale. I modelli teorici e clinici di riferimento che vengono adottati nel trattamento all'interno della nostra struttura, si snodano attorno a tre punti chiave:

- 1) la motivazione al Cambiamento.** Il nostro Centro propone un'applicazione dell'approccio motivazionale sia sul piano individuale, sia sul piano grupale.
- 2) lo sblocco emotivo.** Per "sciogliere" il blocco emotivo che affligge nella maggior parte dei casi le persone affette da dipendenza in conseguenza dei traumi subiti e che vede la persona "congelata" nel comportamento di dipendenza, è determinante relazionarsi con gli altri utenti nel "qui e ora" e provare a gestire uno spazio in cui esprimere sentimenti e vissuti, nel gruppo dei pari e nei vari momenti di aggregazione.
- 3) la prevenzione della ricaduta.** Gli studi di Marlatt e Gordon ("Relapse prevention", 1985) hanno condotto non solo alla definizione approfondita della ricaduta e dei suoi risvolti psicologici ma anche alla realizzazione di uno strumento d'intervento efficace come il "counseling di prevenzione alla ricaduta".

A chi si rivolge

Il nostro centro è organizzato in due moduli di intervento in modo da poter offrire soluzioni maggiormente articolate e pertanto più efficaci: tali moduli si differenziano fra loro per intensità e durata di trattamento che in ogni caso non supererà i sei mesi. Un primo modulo è rivolto a persone la cui diagnosi psichiatrica è assente o di rilevanza limitata; un secondo è rivolto a coloro la cui diagnosi psichiatrica è parte importante del problema. Tali moduli sono comunque flessibili e un passaggio dall'uno all'altro è possibile a seconda del quadro che si sviluppa durante il percorso residenziale.

Il primo contatto

- 1° colloquio: conoscenza reciproca con presentazione della proposta terapeutica di Villa Col di Nava; raccolta dati anagrafici ed anamnestici;
- 2° colloquio: valutazione medico/psichiatrica;
- 3° colloquio: valutazione psicologica e motivazionale;
- 4° colloquio: definizione del programma terapeutico individualizzato.

In presenza di progetti personalizzati o preventivamente concordati con i servizi invianti, tali modalità di attivazione del percorso di accoglienza potrà essere parzialmente modificata e resa più breve.

La disintossicazione da alcool

Durata: La durata dipenderà dalla severità della dipendenza e da problematiche specifiche, ma generalmente varia dai 5 ai 7 giorni.

Trattamento farmacologico: Il trattamento specifico si basa sulla valutazione iniziale. Generalmente viene usata una benzodiazepina a lunga durata d'azione come il clordiazepossido cloridrato con un dosaggio flessibile nelle prime 24 ore e poi un regime predeterminato per gli altri giorni. La durata e il dosaggio dipenderanno dalle valutazioni iniziali e successive della severità. Si affiancherà alla benzodiazepina anche tiamina per via orale. Altri farmaci potranno essere prescritti a seconda delle problematiche specifiche del paziente.

Trattamento non-farmacologico: Sin dall'inizio il trattamento non farmacologico verrà instaurato per aumentare l'efficacia del pacchetto d'intervento. Tale parte sarà introdotta gradualmente e si avvarrà di colloqui con il medico di colloqui psicologici di sostegno e di incremento della motivazione al trattamento. Il centro non è indicato per una disintossicazione da alcool quando sono presenti certe condizioni: Storia significativa di convulsioni in precedenti disintossicazioni; storia significativa di Delirium Tremens in precedenti disintossicazioni; presenza di una significativa condizione medica. *A termine del trattamento, il soggetto potrà decidere di prolungare la sua permanenza in struttura entrando nel programma terapeutico residenziale per il tempo necessario in accordo con l'equipe curante o fare ritorno al proprio domicilio o ancora su indicazione dell'equipe della struttura accedere ai trattamenti ambulatoriali offerti nell'after care (gruppi di prevenzione alla ricaduta e colloqui individuali di sostegno).*

Il percorso terapeutico residenziale

Il progetto terapeutico ha come finalità complessiva quella di far giungere le persone in esso coinvolte a prendere una decisione relativamente al loro rapporto con le sostanze e con l'esperienza del consumo e dei comportamenti d'abuso. Il percorso che si offre all'interno del Centro si configura come **esperienza psicoterapica e educativa e come supporto terapeutico**, mirati a fornire strumenti di comprensione ed elaborazione della propria situazione in funzione di una scelta consapevole relativa al proprio stato di dipendenza patologica.

Finalità Attivare un percorso che permetta di giungere

ad un rapporto consapevole con il consumo di alcol e con le altre possibili forme in cui la dipendenza si declina e manifesta; attraverso l'elaborazione della propria storia, delle relazioni con le persone, con il contesto e con le cose, delle proprie esperienze primarie e profonde, con uno sguardo progettuale nei confronti del proprio rapporto con il mondo.

Obiettivi generali

1 Descrivere la propria biografia 2 Attivare un percorso di elaborazione personale e di gruppo relativamente alla conoscenza di sé e del rapporto con l'esterno 3 Individuare gli elementi fondamentali caratterizzanti il proprio rapporto con le sostanze, la dipendenza e il consumo 4 Evidenziare e confrontare nel gruppo le proprie rappresentazioni dei rapporti e del contesto di vita che hanno prodotto l'attivazione di un determinato stile di vita 5 Elaborare i traumi 6 Costruire visioni complesse delle relazioni e dei rapporti con il contesto 7 Assumere una posizione prospettica e progettuale nei confronti del proprio percorso di vita 8 Individuare e potenziare le competenze presenti o necessarie in relazione all'agire progettuale e sociale.

Gli strumenti del percorso

Il percorso interno al Centro si fonda sull'utilizzo e sulla sperimentazione di strumenti differenti, basati sul rendere possibile sia *l'esperienza educativa personale e collettiva, che l'accompagnamento ed il supporto terapeutico individuale.*

Con questa precisazione possiamo citare alcuni tra gli strumenti di cui l'utente potrà avvalersi:

1. Colloqui individuali: inquadramento diagnostico per aree, approfondimento temi personali, elaborazione biografica, gestione di relazioni problematiche con altri residenti o di situazioni comunitarie
2. Colloqui con lo psichiatra per monitorare e gestire il disagio psichiatrico e suggerire eventuale terapia farmacologica
3. Valutazioni mediche dal servizio sanitario locale per monitorare la condizione fisica, istituire una terapia e richiedere indagini diagnostiche quando necessarie
4. Gruppi psicoterapici (sblocco emotivo, palestra delle emozioni)
5. Gruppi tematici e di discussione:
6. Gruppo corporeo: apprendimento di attività ginniche e di tecniche di rilassamento
7. Colloqui con gruppo familiare: approfondimento di contenuti riguardanti l'abuso e la dipendenza da alcol, cocaina e gioco d'azzardo; comprensione ruoli dei vari attori familiari; fronteggiamento/risoluzione di tensioni contingenti con l'obiettivo di giungere all'accettazione del familiare problematico
8. Gruppi di supporto after care sul territorio: partecipazione a gruppi di autoaiuto (AA, CAT) sul territorio già a partire dal periodo di residenzialità;
9. Gruppi per l'apprendimento di strategie di prevenzione alla ricaduta.

Il percorso residenziale

Il percorso proposto all'interno del nostro centro è un itinerario personale e di gruppo in cui si lavora per un recupero

però fisico, mentale ed emotivo sempre più approfondito per tutta la durata del programma che prevede un tempo di permanenza compreso tra uno e sei mesi.

Tale programma si articola in tre fasi di lavoro successive: Fase 1 accoglienza e presa in carico all'interno del contesto del Centro

Fase 2 sviluppo del percorso personalizzato
Fase 3 progettazione del reinserimento e della fase di after care seguente le dimissioni

After Care

Alle dimissioni vengono fornite indicazioni per la frequenza dei gruppi di auto aiuto presenti sul territorio e viene inoltre concordato un progetto di supporto e monitoraggio basato su incontri di psicoterapia individuale a cadenza regolare da stabilire con l'utente in base al progetto terapeutico (*precisare con chi*); la partecipazione al gruppo di prevenzione alla ricaduta che avrà una cadenza *settimanale*; il monitoraggio della terapia farmacologica impostata all'ingresso in programma. Inoltre il paziente viene invitato a riprendere i contatti con il servizio inviante o comunque con il Sert di competenza territoriale per poter usufruire dell'offerta after care in loco.

Viene infine proposta al paziente la possibilità di effettuare a cadenza regolare settimane o fine settimana di verifica all'interno della struttura dopo la dimissione, qualora se ne ravvisasse la necessità.

6

PROGETTO BEN-ESSERE DONNA

Attivazione di un gruppo di donne con problematiche alcolcorrelate finalizzato al consolidamento di sani stili di vita in un'ottica di promozione della salute

Cinzia Celebre*, Rosanna Ciarfeo Purich*, Michela Grassi, Claudia Milievich*, Jana Pecar***, Cristina Stanic*, Enrico Viola****
*Dipartimento delle Dipendenze A.S.S. 1 Triestina,
**Duemilauno Agenzia Sociale s.c.a r.l.,
*** Associazione Lotta Tossicodipendenza

Premessa

Nel Centro di Promozione della Salute del Dipartimento delle Dipendenze dell'A.S.S.1 Triestina (di seguito DDD), due pomeriggi alla settimana, un'équipe specialistica multidisciplinare attiva progetti personalizzati di promozione di stili di vita sani, proponendo trattamenti e cure incentrate sul corpo e il benessere psico fisico e la promozione di interventi di auto aiuto. Il progetto è stato avviato un anno fa circa in forma sperimentale.

L'équipe è composta da personale di diverse articolazioni organizzative del DDD con la collaborazione del privato sociale e del volontariato.

La disponibilità di uno spazio di cura, di benessere e di aggregazione positiva ha favorito il far gruppo, nei mesi ha via via confermato la sua efficacia raccogliendo consensi ed adesioni fra l'utenza che lo ha frequentato.

Target

Al progetto partecipano donne con problematiche alcol correlate, già in carico alla S.C. Dipendenza da Sostanze Legali che, concluso il trattamento di disintossicazione, manifestano la necessità di riprendere relazioni positive e di riscoperta della qualità della loro vita. Nella maggior parte dei casi presentano contesti relazionali fragili e poco supportanti, ed esprimono bisogni di socialità e di condivisione con altre persone, in un'ottica di auto aiuto.

Obiettivi

L'obiettivo generale del progetto è quello di offrire un luogo in cui attraverso la pratica di terapie naturali ci si possa riappropriare del proprio corpo, riscoprendone le potenzialità, prendendosene cura ed imparando ad utilizzarlo non come mezzo per l'assunzione di sostanze alcoliche e/o farmaci, ma come veicolo di sensazioni piacevoli e di benessere generale, con i seguenti obiettivi specifici:

- Migliorare/stabilizzare il quadro psicofisico di patologie alcol correlate.
- Prevenire e/o contrastare eventuali abbandoni dei programmi di cura (drop-out).

- Promuovere la motivazione alla cura di sé e delle proprie relazioni di vita, per favorire una migliore ed efficace risposta adattiva alla nuova condizione.
- Supportare le fasi della disintossicazione anche attraverso il contenere o eliminare l'uso di ansiolitici e/o altri farmaci sintomatici.
- Sostenere la persona nelle relazioni familiari e sociali per riattivare una rete di supporto e di sostegno.

Attività

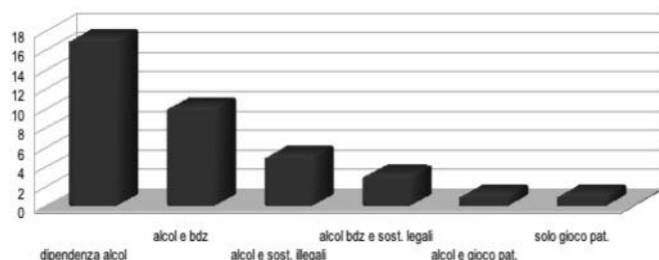
Per ogni donna accolta viene predisposto un progetto personalizzato e le attività proposte sono:

- Attività di cura del corpo e promozione del benessere (articolate su otto-dieci incontri) che utilizzano alcune tecniche dell'idroterapia, la floriterapia e la fitoterapia, sedute di massaggio, trattamenti shatzu.
- Momenti di formazione sulle pratiche naturali e di cura del corpo, in un'ottica di self help e di acquisizione di competenze.
- Attività fisica personalizzata individuale o di gruppo, con particolare attenzione al benessere attivato dalla stessa.
- Incontri informativi e formativi teorico-pratici su temi della corretta alimentazione e corretti stili di vita (il movimento, la qualità del tempo libero ecc.).
- Attività per promuovere e favorire l'auto aiuto e le relazioni solidali, l'empowerment della persona, migliorare l'autostima e l'autoefficacia, ad acquisire conoscenze e competenze, creare opportunità di integrazione sociale.

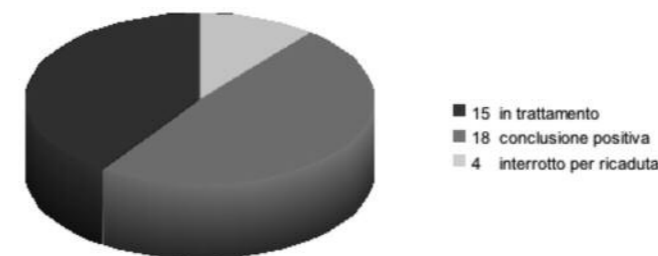
L'organizzazione di momenti di socialità, con preparazione di pietanze a base di prodotti genuini e locali e ricette di cucina tradizionale, diventano occasione per le donne di farsi promotrici e parte attiva nella realizzazione degli eventi stessi. La partecipazione alle serate di figure familiari e amicali contribuisce ad arricchire tali occasioni di convivialità. Particolare attenzione è data ai collegamenti con altri servizi aziendali territoriali, pubblici e privati, coinvolti o coinvolgibili nei programmi di riabilitazione della persona, al fine di operare secondo un approccio di rete, con particolare riguardo alla continuità terapeutica.

Risultati

Le donne che da luglio 2012 a luglio 2013 hanno partecipato al progetto sono state 37, con un'età che varia fra i 45 e i 55 anni. Le stesse sono in carico al S.C. dipendenza da sostanze legali principalmente per un problema di dipendenza da alcol (17 con un problema di dipendenza da alcol, 10 da alcol e bdz, 5 alcol e sostanze illegali, 3 alcol bdz e sostanze illegali, 1 alcol e gioco patologico, 1 gioco patologico).



In questo anno di sperimentazione 18 donne hanno concluso in modo positivo il programma di cura e solamente 4 hanno sospeso la frequenza a causa di una ricaduta alcolica.



Conclusioni

All'oggi consideriamo chiusa la prima fase sperimentale valutando il progetto di grande valore per ciò che concerne la parte avanzata di un percorso di cura e di riabilitazione.

Il rimando positivo del primo anno di attività ci ha permesso di incentivare gli invii e strutturare programmi personalizzati con maggior puntualità, arricchendo l'offerta di doverosi trattamenti ed ulteriori attività. Ciò sarà pienamente possibile con il coinvolgimento progressivo di associazioni, singoli professionisti interessati al progetto e con il mutato atteggiamento delle donne coinvolte (da soggetti passivi e deboli fruitori di servizio a soggetti promotori di salute).

Cosa ne pensano le donne...

"È stata un'opportunità che mi ha rinforzata mentalmente e fisicamente. Mi ha dato l'occasione di venir a contatto con altre donne e mi ha riempito di un vuoto chiamato solitudine" (Marina)

"È uno spazio per ri-prendersi cura e per ri-sentire vivere il proprio corpo" (Antonella)

"Un'avventura utile per la nostra salute e per la socializzazione per noi che abbiamo condiviso un periodo difficile" (Elma)

"Sto bene in compagnia, mi riposo ed il bere una calda tisana facendo quattro chiacchiere non mi fa sentir sola" (Norma)

"Per me è un luogo dove rilassarsi, chiacchiere e prendere nuovi spunti per migliorare la mia qualità di vita. Si viene accolte e ci si sente a proprio agio con donne che hanno la stessa malattia" (Marzia)

"È uno spazio sano e rigenerante, esclusivamente per noi stesse. Il semplice chiacchiere è un momento molto intimo fra donne" (Daniela)

"Significa cominciare a prendermi cura di me e del mio corpo. Anche se non faccio un trattamento riesco a stare in un ambiente sano" (Manuela)

"È un posto positivo per noi donne. Un respiro di benessere e di vita dedicato a noi, rilassante e quando esci ti senti meglio" (Viola)

L'ARTETERAPIA CON I BURATTINI IN AMBITO PENITENZIARIO. Una esperienza di integrazione con il setting di psicoterapia individuale

**Ciufalo Giuseppina Anna Rita, Cerrato Piergiorgio,
Jessica Ferrigno, Angela Giordano, Enrico Teta,
*Simone Zaccone**

*Servizio Dipendenze – Area Penale, Dipartimento
Dipendenze 1, A.S.L.T02 – Torino*

**A. O. "Città della Salute e della Scienza" – Torino
(consulente esterno)*

Introduzione

La pratica clinica con i soggetti tossicodipendenti detenuti in carcere dimostra che tali individui presentano tipicamente una serie di caratteristiche in comune tra cui:

- scarsa capacità di esprimere il proprio mondo interno in forma simbolica, particolarmente attraverso il linguaggio verbale;
- espressione in forma somatica di tutta una gamma di emozioni e vissuti negativi, compresi vissuti ansiosi e depressivi;
- deficit nella capacità di relazionarsi con se stessi, gli altri e il proprio gruppo di riferimento.

Una soluzione attuabile in questi casi è quella di affidarsi a soluzioni terapeutiche fondate sui linguaggi analogici e all'arteterapia: tali approcci permettono al paziente di esprimere il proprio mondo interno in forma globale e mediata, sfruttando canali linguistici non verbali.

Obiettivi dello studio

Il presente studio, svolto all'interno della Struttura a Custodia Attenuata "Arcobaleno" della Casa Circondariale Lorusso e Cutugno di Torino, è stato sviluppato a partire dalle considerazioni sopra esposte. Esso si propone di valutare gli effetti dell'integrazione del setting psicoterapico individuale col setting arteterapico sulle capacità di comprensione ed espressione delle esperienze emotive. Tale strategia vuole favorire l'utilizzo da parte del paziente di entrambi i medium comunicativi sopra elencati, configurandosi l'arteterapia come un processo facilitatore l'emergere di contenuti profondi, e la psicoterapia come un intervento che, anche e soprattutto attraverso l'utilizzo del linguaggio verbale, consente i passi successivi di riconoscimento e integrazione di tali contenuti. Entrambi i setting, considerati all'interno di un percorso, possono portare a livelli maggiori di integrazione nella personalità del paziente tossicodipendente, andando ad agire sui tre punti critici elencati in sede di introduzione.

Che cos'è la struttura a custodia attenuata "ARCO-BALENO"

Essa si colloca all'interno della Casa Circondariale Lorusso e Cutugno di Torino ed accoglie detenuti tossicodipendenti e alcolodipendenti che ne facciano domanda. L'accettazione della richiesta presuppone una definizione della diagnosi di disturbo da uso di sostanze e la valutazione della condizione di abuso/dipendenza nei suoi aspetti sanitari, psicologici e sociali ai fini di un giudizio di idoneità del programma terapeutico alla specifica situazione.

La metodologia clinica del progetto "Arcobaleno" si avvale di diversi strumenti, fra i quali l'attività di gruppo, i colloqui individuali psicoterapeutici, educativi e sociali, i seminari e i laboratori tematici, le attività sportive, culturali, ricreative e di socializzazione.

Che cos'è l'arteterapia con i burattini

L'arteterapia con i burattini è una metodologia terapeutica completa che, nella sua concreta attuazione, prevede l'utilizzo dei burattini e delle storie. Tale forma terapeutica utilizza la manualità, la creatività e la drammatizzazione per aiutare l'individuo a esprimere emozioni e sentimenti, sviluppare le sue risorse personali e migliorare le sue capacità di relazione con gli altri. L'arteterapia con i burattini permette al paziente l'attivazione di diverse sfere: corporea (propriocezione, udito, vista, tatto), cognitiva, emotiva. Tale attivazione è presente nel percorso di costruzione del burattino, contempla tutte le diverse fasi della metodologia di lavoro, e caratterizza infine il momento in cui si mette in scena il burattino (ovvero quando lo si manipola con la mano).

Lo scopo dell'arteterapia con i burattini non è quello di produrre manufatti e opere d'ingegno di alto livello artistico; piuttosto, quanto creato (i burattini e le storie drammatizzate) viene considerato come veicolo per esprimere in forma mediata il proprio mondo interno. I pazienti hanno la possibilità di dare forma concreta alla propria esperienza, di oggettivarla tramite qualcosa di visibile e tangibile. L'oggettivazione della propria esperienza in una forma concreta, tangibile ed esteriore, consente al paziente di poter osservare il proprio mondo interno come se fosse qualcosa di separato da sé. Questo spazio intermedio tra soggettivo ed oggettivo e, in definitiva, tra mondo interno e mondo relazionale esterno, diventa uno spazio di crescita, di comprensione e di elaborazione della propria esperienza, uno "spazio transizionale" (Winnicott, 1961) a disposizione del soggetto.

Descrizione dell'esperienza

I soggetti partecipanti al gruppo di arteterapia oggetto della presente esperienza sono stati individuati su proposta dei loro psicoterapeuti. I soggetti scelti per il percorso presentano in forma accentuata le caratteristiche descritte nell'introduzione: scarsa capacità simbolica e di espressione delle emozioni, scarsa capacità di collaborare e comunicare con il gruppo dei pari e con gli operatori.

Il gruppo di arteterapia viene svolto con l'ausilio dei burattini, è costituito da 8 soggetti, si riunisce con cadenza settimanale, è condotto da una psicologa.

Inoltre è presente una educatrice la cui funzione è quella di prendere nota in forma scritta degli avvenimenti salienti della seduta. Ciascun paziente partecipante al gruppo di arteterapia svolge, una volta alla settimana, un colloquio di psicoterapia individuale con il suo terapeuta di riferimento. Mensilmente i terapeuti di entrambi i gruppi si incontrano per analizzare ed integrare i dati emersi nei due setting terapeutici. Successivamente il terapeuta che svolge i colloqui psicoterapeutici integra nelle sedute cliniche, insieme al paziente, i dati emersi negli incontri arteterapeutici.

Caso clinico

Di seguito si riporta un caso clinico ritenuto particolarmente emblematico di 1) alcune caratteristiche di personalità tipicamente riscontrabili nei pazienti tossicodipendenti in carcere, e 2) della possibilità di ottenere cicli virtuosi grazie al coinvolgimento contestuale dei pazienti in entrambi i tipi di setting. Si sottolinea che quanto scritto è solo una parte di quanto emerso all'interno del percorso di arteterapia con i burattini.

A (seduta psicoterapeutica) A. è un uomo di circa 37 anni, non conosce con precisione la sua data di nascita poiché sin da piccolo non ha ricevuto le informazioni corrette sulla sua identità. Cresce in Tunisia scoprendo, alle elementari, che i genitori che lo crescono in realtà sono i nonni poiché la madre e il padre sono morti in un evento catastrofico quando lui aveva 2 anni. A 15 anni, in gita scolastica, incontra casualmente dei paesani e li segue, da allora non farà più ritorno in Tunisia. I paesani lo iniziano alle attività di spaccio. Da questo momento in poi vivrà in un contesto traumatico e violento, assistendo ad omicidi effettuati dai paesani che lo "educano" al rispetto delle regole incutendo in lui terrore ad allarme permanenti. Nei colloqui clinici emerge un forte vissuto depressivo legato a temi di perdita e sfiducia. L'uso di sostanze ha avuto per A. una funzione regolativa rispetto alla dis-regolazione dell'umore, dell'identità e delle relazioni interpersonali. Questa è la prima esperienza terapeutica e di aiuto. Nei colloqui clinici emergono sia difficoltà legate alla fiducia che linguistiche entrambe motivazioni di invio al laboratorio di arteterapia.

B (gruppo di arteterapia) Il primo burattino che A. costruisce è un burattino bianco. Ogni componente del suo personaggio è privo di colore, addirittura l'abito è bianco. Inoltre, è un burattino senza nome e senza storia, un pupazzo che non conosce nulla di se stesso. Dopo le sedute iniziali sembra che A. abbia comunicato troppe cose di se stesso all'arteterapeuta e soprattutto al gruppo, da questo momento in poi è vietato avvicinarsi al suo mondo. Infatti, successivamente costruirà un ariete con le corna lunghe e nere, un animale sacro che per le sue caratteristiche A. non farà entrare nelle storie dei burattini. Ci vorranno diverse sedute per permettere ad A. di realizzare personaggi che entreranno a far parte del gruppo.

Risultati

L'integrazione fra il setting arteterapeutico e quello psicoterapeutico ha permesso di:

- arrivare alla seduta di psicoterapia individuale con un manufatto creato dal paziente; in tal modo il paziente ha la possibilità di "portare" in seduta un registro comunicativo analogico, dal quale partire e al quale agganciarsi per riportare la sua esperienza e i suoi vissuti;
- far emergere nel paziente affetti e simboli non così facilmente accessibili attraverso il canale verbale proprio del colloquio psicoterapico;
- facilitare lo sguardo introspettivo del paziente (voglio capire che cosa è quello che ho prodotto in quanto parte di me come mia espressione) e l'accettazione di un livello interpretativo, da parte del terapeuta, sul suo mondo interno e relazionale;
- aumentare il livello di alleanza terapeutica da parte dei pazienti.

Conclusioni

Alla fine del percorso, i pazienti sono riusciti a riconoscere e ad esprimere con maggiore efficacia emozioni e vissuti. I pazienti hanno mostrato collaborazione all'interno del percorso psicoterapeutico e arteterapeutico; hanno accettato di lavorare su di sé, sulla base di una serie di rimandi e interpretazioni proposti in ambito psicoterapeutico, e stimolati a partire da quanto prodotto nelle sedute di arteterapia. In questo senso, gli operatori coinvolti hanno potuto lavorare sulla base di un'alleanza terapeutica con il paziente che, nel corso dell'esperienza, si è via via strutturata e fortificata.

Bibliografia

- Bignamini E., Ciufalo J., Galassi C., Sisci N., Teta E. (2013), L'arteterapia in carcere. L'impiego dei burattini in un percorso terapeutico per tossicodipendenti in ambito penitenziario, Youcanprint, Lecce.
- Cattich N., Saglio G. (2010), L'oltre e l'altro. Arte come terapia, Priuli & Verlucca editori, Borgaro Torinese.
- Winnicott D. W. (1971), *Gioco e Realtà*, tr. It, Armando, Roma 1990.

8

IL TRATTAMENTO DELLE DIPENDENZE IN CARCERE: RIFLESSIONI SUI CAMBIAMENTI IN CORSO

Attilio Cocchini, psicologo, responsabile U.O. Carcere Dipartimento Dipendenze ASL Monza e Brianza -
Trattamento dipendenze in carcere

La presa in carico delle persone portatrici di dipendenze all'interno del carcere ha consentito negli anni una costante anticipazione di alcune tendenze rispetto ai servizi sul territorio: in carcere si è potuto rilevare prima che in altri luoghi la progressiva sostituzione dell'eroina con la cocaina, altrettanto è accaduto raccogliendo una importante casistica di pazienti stranieri, mentre i servizi sul territorio disponevano di un'utenza prevalentemente italiana.

Evidentemente si tratta di cambiamenti che hanno riguardato solo quella parte di consumatori che incorrono nella sanzione penale, ma a fronte di questa limitazione vi è la possibilità di conoscere e trattare persone che altrimenti non prenderebbero contatto con i servizi, incapaci di strutturare autonomamente una domanda di aiuto.

Più in generale, il lavoro in carcere sembra offrire un utile punto di vista sui cambiamenti in essere nella "società dipendente", nella sua composizione e nei suoi stili di consumo, ma anche sui cambiamenti di significato, dal punto di vista clinico, legale e sociale del termine dipendenza, a partire dal dispositivo normativo che impone di esplicitare oltre agli strumenti di accertamento anche i concetti sostanziano questa definizione.

Soffermandosi sui cambiamenti dei significati sociali della dipendenza, si ricorda come in passato fosse generalmente possibile riconoscere con una certa facilità una tipologia sociale di consumo per ogni sostanza di abuso; gli eroinomani in carcere costituivano un gruppo piuttosto omogeneo sotto il profilo socio-culturale, esponenti nella maggior parte dei casi della seconda generazione della migrazione interna, inurbati, scarsamente scolarizzati, consapevoli del fatto che la loro dipendenza dall'eroina fosse lo stigma della devianza e dell'emarginazione. Le vicende familiari che facevano da sfondo al loro percorso evolutivo riflettevano costantemente lo sforzo adattivo al modello sociale del secondo dopoguerra, imponendo spesso alti costi nella sfera delle relazioni affettive. Allo stesso tempo era pure possibile trovare una precisa coincidenza fra aree di degrado urbano e maggiore prevalenza della patologia.

Prevaleva su tutto la consapevolezza soggettiva della dipendenza da una sostanza, a cui corrispondevano il ritiro sociale e lo sviluppo difensivo di legami di interdipendenza in un gruppo ristretto e separato, quello

dei tossicomani, in netta opposizione/separazione rispetto ai modelli sociali dominanti.

In anni più recenti, il lavoro clinico sembra evidenziare altro. L'affermazione della cocaina è stata assai meno selettiva dell'eroina rispetto ai gruppi sociali; non è mai stata motivo di discriminazione sociale e, almeno in linea di principio, non contrasta con alcun modello di vita sociale. L'impatto sociale di questa sostanza, per quanto grave è certamente meno vistoso.

Di conseguenza, anche l'esperienza del carcere finisce per assumere valenze differenti. Nel caso dell'eroinomane del passato, essa era spesso la logica, prevista e ripetitiva conseguenza della tossicodipendenza; per il cocainomane, la cui sostanza d'abuso è così "neutra", costituisce talvolta il primo vero allarme per la propria incolumità sociale prima ancora che fisica. La carcerazione infatti era e resta lo stigma sociale per eccellenza e spesso colpisce persone che non appartengono ad un gruppo organizzato per metabolizzarne i significati e l'impatto emotivo.

In altri casi, assai frequenti, il ruolo della cocaina nel degrado personale è sfumato; nella percezione soggettiva viene riconosciuto come fattore peggiorativo del fallimento della propria affermazione personale, segnato anche da altri fatti e circostanze negative, che non dipendono causalmente ma inter-dipendono dall'abuso. Vengono in mente le parole di molti pazienti stranieri senza permesso di soggiorno, per i quali l'abuso è considerato una delle poche risorse a disposizione per sopportare emotivamente l'impossibilità di sviluppare un progetto di vita, o di molte persone che non hanno perso il lavoro a causa della tossicodipendenza ma che divengono dipendenti dalla cocaina perché sono rimaste disoccupate. In questi casi, l'anamnesi tossicologica spesso evidenzia come la progressiva ingravescenza del sintomo tossicomano segue il ripetersi dei fallimenti lavorativi e sociali. Allo stesso modo sempre più raramente la commissione del reato è ascritta dal paziente al solo abuso.

In una prospettiva storica, la diffusione pandemica della cocaina sembra comportarsi in maniera analoga all'alcol durante gli anni seguenti la crisi economica del 1929, segnati non a caso anche da un incremento della criminalità e della detenzione carceraria nei paesi industrializzati. L'Italia attuale ormai da oltre un decennio (con l'eccezione del 2006 - anno dell'indulto), supera sistematicamente i propri record di popolazione reclusa.

Prendendo atto che ai cambiamenti dello scenario delle dipendenze, sul piano degli interventi si deve constatare che negli ultimi anni non sono conseguite significative trasformazioni degli strumenti, delle strategie e soprattutto delle reti delle risorse in cui inserire gli interventi specialistici di cura in carcere.

Volendo semplificare, è possibile leggere l'impianto tradizionale degli interventi *intra-moenia* come un sistema di diagnosi, aggancio e motivazione alla prosecuzione in esterno di un percorso di trattamento multidisciplinare finalizzato sia alla remissione del sintomo clinico che al reinserimento sociale. Il lavoro era in questa seconda fase al tempo stesso sia strumento pedagogico di cura (soprattutto in comunità), sia punto di arrivo del progetto terapeutico; infatti la ri-

acquisizione di un impiego retribuito rappresentava un momento cruciale del superamento dello stigma sociale, riammettendo la persona a contribuire al benessere collettivo. Il lavoro, più ancora dell'astensione dall'uso della sostanza, costituiva l'indicatore più credibile della remissione della patologia.

Allo stato attuale è possibile applicare ancora questo modello?

Rivedendo l'evoluzione generale dei casi trattati, si possono nutrire dubbi di vario genere.

In primo luogo vi è il sostanziale venire meno delle risorse di reinserimento effettivamente disponibili, che rende oggi irrealistici gli obiettivi di un tempo; soprattutto l'acquisizione di un posto di lavoro stabile ed adeguatamente retribuito risulta in concreto fuori dalla portata di molti. Questa grave difficoltà colpisce soprattutto coloro che non dispongono di strumenti formativi/professionali adeguati o che sono impossibilitati a regolarizzare il proprio soggiorno in Italia. Costoro rappresentano una rilevante parte dei pazienti detenuti, che molto spesso non fruisce delle esigue risorse trattamentali (educative, scolastiche, formative, lavorative) presenti in carcere.

Allo stesso tempo, si deve constatare il sempre più limitato ricorso in concreto alle misure alternative alla detenzione, che al di là dell'iniziale previsione del legislatore, sono relegate ad un ruolo sempre più marginale.

Tutto questo non solo ha contribuito in modo rilevante a ridurre l'efficacia del lavoro degli operatori delle dipendenze all'interno del carcere, ma incide direttamente sul fine costituzionale della pena per oltre un terzo della popolazione detenuta.

Uno dei correlati di maggior rilievo di questo processo è costituito dalla riduzione dell'attenzione pubblica su questi temi e, di conseguenza, sulle dipendenze di cui la società contemporanea è portatrice: lo stigma del carcere resta, ma il rapporto causa- effetto fra le dipendenze da sostanze e questa forma di allontanamento dalla collettività appare pericolosamente sempre meno evidente.

All'interno del carcere, la cura della dipendenza si ridimensiona spesso nei termini del faticoso contenimento farmacologico e verbale del disagio della persona. Resta funzionante la componente medica del trattamento, mentre risultano maggiormente compromesse quelle psicologica, sociale ed educativa, gravate da una serie di blocchi che impediscono non tanto la spiegazione eziologica della patologia, quanto la progettazione esistenziale del suo superamento o, in termini più espliciti, la costruzione di una speranza di cambiamento. Gli operatori delle dipendenze sono indotti a ripensare il senso proprio lavoro, rinunciando spesso alla progettualità di lungo termine che per molti anni ha rappresentato la loro ragion d'essere.

Se l'intervento sul futuro delle persone appare meno praticabile, forse resta uno spazio di pensiero e di lavoro sul presente, sulla condizione contingente di sofferenza. Si potrebbe essere portati a pensare che di fronte ad una definizione sociale sempre meno nitida di dipendenza ed alla ormai cronica incompiutezza del sistema delle risorse sia necessario ridefinire la propria

posizione di operatori rispetto ai pazienti detenuti, prima ancora delle modalità di intervento. Si tratta di un cambiamento di rilievo, poiché ci si trova sempre più spesso ad accompagnare/affiancare i pazienti in un percorso difficile ed incognito per entrambi, più che alla guida di un processo di cambiamento che, almeno nelle sue tappe fondamentali, è noto all'operatore.

Le implicazioni di questo passaggio possono essere molteplici, fra cui una profonda ridefinizione del significato di successo o fallimento terapeutico, come pure diventa necessario mantenere una continua attenzione alla definizione di obiettivi di breve termine, sia pure congruenti ad un disegno di insieme, ma a tempo stesso dotati di valore intrinseco.

Evidentemente il termine "accompagnamento" può essere inteso in diverse accezioni e può essere concretamente declinato in modi assai differenti, a seconda del ruolo professionale e dell'interpretazione personale, ma è forse utile tenere presente che la relazione sta alla sua base, per molti pazienti detenuti rappresenta un insostituibile elemento di riferimento e di stabilità, prima ancora che di ausilio clinico.

9

MONITORAGGIO DELLA TERAPIA CON ACAMPROSATO IN SOGGETTI ASSISTITI DA SER.T CAMPANI

F. Curcio*, M. Vanni**, C. Baldassarre***, A. D'Amore**** e gruppo acamprosatato FeDerSerU Campania*****

*Dirigente Medico Specialista Ambulatoriale U.O.C. Dipendenze ASL Napoli 1 Centro

**Dirigente Medico Responsabile U.O.S. Alcolologia ASL Napoli 2 Nord

***Direttore Centro Clinico Dipendenze Paologiche ASL Napoli 1 Centro

****Direttore Dipartimento Dipendenze Patologiche - ASL Caserta

*****C. Armenante, A. Califano, P. Caracciolo, F. Cassese, R. Garofano, M.L. Esposito, F. Grieco, A. Loffreda, E. Marguccio, G. Marra, L. Perna, A. Pizzirusso, C. Ruoppolo

Area tematica: terapia dipendenze patologiche.

Introduzione. La revisione Cochrane sui benefici terapeutici dell'acamprosatato nella dipendenza da alcol ha dimostrato l'efficacia del farmaco nel migliorare la durata media dell'astinenza, nel diminuire il numero di recidive e la quantità di alcol consumata.

Negli studi clinici analizzati, l'acamprosatato ha ridotto dell'86% il rischio di ricadute rispetto al placebo, ha incrementato la durata dell'astinenza cumulativa dell'11% in confronto al placebo, si è dimostrato sicuro. Inoltre l'acamprosatato sembrerebbe efficace nel migliorare i disturbi del sonno provocati dall'alcol e i livelli di ansia; avrebbe inoltre un'azione antimaniacale ed un'azione neuroprotettiva. Gli effetti collaterali maggiormente frequenti sono stati meteorismo e diarrea.

La prevenzione delle ricadute nell'uso di alcol dopo la disintossicazione è un aspetto particolarmente delicato del percorso terapeutico e necessita sia di interventi psicosociali che di trattamenti a lungo termine con farmaci anticraving. Pertanto principale *rationale* dell'utilizzo di acamprosatato è rappresentato dalla capacità di interferire con il decorso recidivante del consumo.

Federserd Regionale campana ha effettuato uno studio clinico longitudinale osservazionale sulle caratteristiche del farmaco, della popolazione assistita dai Ser.T. regionali, sulla frequenza di effetti collaterali, sulla aderenza dei soggetti alla terapia.

Gli obiettivi dello studio sono: valutare l'efficacia (durata dell'astinenza, riduzione della quantità di alcol consumata), la compliance (% di ritenzione in trattamento, numero di recidive, numero dei drop-out), la tollerabilità (insorgenza di effetti collaterali e a quali dosaggi essi compaiono; maneggevolezza) del farmaco nei soggetti con abuso esclusivo di alcol e nei soggetti polidipendenti per 12 mesi, non in trattamento con

agonisti degli oppiacei.

Metodo

La valutazione degli effetti dell'acamprosatato sull'organismo è stata effettuata con esami di laboratorio: CK, LDH, Gamma GT, emocromo, piastrine, transaminasi, bilirubina totale e frazionata, fosfatasi alcalina, PCHE, sodio, potassio, calcio, amilasi, lipasi, colesterolo, HDL, LDL, trigliceridi, proteine totali e quadro proteico elettroforetico. PT, aPTT, esame urine chimico fisico. Gli effetti sull'utilizzo di bevande alcoliche sono stati misurati mediante esami tossicologici: alcolemia, CDT, metaboliti urinari, valutazione di indicatori quali GammaGT, MCV, Transaminasi. E' stata effettuata la valutazione psicodiagnostica dei soggetti arruolati mediante intervista clinica e test (SCID-II). Gli aspetti socio relazionali sono stati valutati mediante la scheda Acamprosatato elaborata da Federserd ed utilizzata al livello nazionale, modificata

Caratteristiche della popolazione arruolata: 98 assistiti da vari servizi della Campania (tabella 1) sono stati arruolati per lo studio (altri 12 assistiti non hanno completato le interviste cliniche e pertanto non sono stati considerati), l'età media della popolazione è di 43,9 anni (S.D.+/- 9,8), l'età mediana 44 anni. 78 maschi (79,6%) e 20 femmine (20,4%). Gli assistiti sono coniugati o conviventi nel 63,3% dei casi (le femmine nell'80% dei casi), hanno in media 2,1 figli (S.D.+/- 0,9), le femmine hanno 2,4 figli). Culturalmente hanno terminato la Scuola Media Inferiore nel 46,9% dei casi; le femmine presentano un livello culturale più elevato (nel 45% dei casi hanno conseguito il diploma superiore, mentre i maschi nel 22% dei casi; il 50% circa dei maschi ha terminato la Scuola Media Inferiore). Dal punto di vista occupazionale il 38,8% dei soggetti è occupato stabilmente (tra i maschi il 41%, tra le femmine il 30%); il 90% circa vive con parenti o amici e il 67% non ha mai avuto problemi con le forze dell'ordine, mentre l'11% circa ha subito denunce collegate all'utilizzo di bevande alcoliche. Il 46% ha una diagnosi di asse I secondo il DSM IV-tr e il 10% ha una diagnosi di disturbo di asse II.

Risultati

I trattamenti sono stati effettuati secondo le posologie consigliate: 1998 mg/die in 3 somministrazioni per soggetti di peso superiore a 60 kg e 1330 mg/die per soggetti con peso inferiore. La media dell'abuso alcolico nella popolazione arruolata è di 13,6 anni (S.D. +/- 10,6 anni) con 11,7 unità alcoliche/die (S.D. +/- 8,2), per circa 107 grammi/die in media. Il craving medio riferito sulla scala VAS è di 7,7 (S.D. +/- 2,5). Negli ultimi 30 giorni, nella fase di preparazione al trattamento l'abuso alcolico diminuiva a 7,2 unità alcoliche/die, 74,4 grammi/die, con un craving medio di 6,9 (S.D.+/- 3,1). In 67 (68%) casi i soggetti erano già stati trattati farmacologicamente per un periodo medio di 11,8 mesi, per lo più con sodio oxibato (79% dei casi). I trattamenti precedenti erano avvenuti principalmente nei Ser.T. (79%). La popolazione femminile presentava un abuso alcolico più breve (10,9 anni), in quantità minore (9,3 Unità alcoliche - 94,6 grammi/

die) ed un craving medio di 6,4 (S.D. +/- 2,3) (4,1 negli ultimi 30 giorni). I precedenti trattamenti erano 18/20 (90%), per un periodo medio di 9,1 mesi, anche in questo caso con sodio oxibato (78% dei casi), sempre nei Ser.T. (100%).

L'efficacia del farmaco, intesa come durata dell'astinenza la cui media è di 152 giorni (S.D.+/-133), viene confermata dalla riduzione media della quantità di alcol consumata: nel corso della vita essa viene riferita in 11,7 (tra i maschi 12,3 e tra le femmine 9,3) Unità Alcoliche giornaliere (S.D. +/-8,7); già nei 30 giorni prima dell'inizio della terapia assistiamo ad una riduzione a 7,2 Unità alcoliche/die, da attribuire probabilmente alla determinazione a curarsi.

Il numero di recidive

Nel corso del primo mese si sono registrate 21 recidive su 75 (28%) soggetti, conseguenzialmente il 72% dei soggetti è rimasto astinente. Al termine del terzo mese hanno recidivato 14/53 soggetti (26,4%), mentre il 73,6% di soggetti erano astinenti. Al termine del 6 mese, al quale i soggetti con maggiori difficoltà avevano abbandonato lo studio, comunque risultavano astinenti 29/43 soggetti (67,4%). Infine, tra coloro che hanno completato il trattamento di 12 mesi, 19/28 (67,8%) risultavano astinenti.

Il craving

Come già riportato il craving all'inizio della terapia risultava già diminuito rispetto al craving riferito nel corso della vita (6,9 e 7,7 rispettivamente). Nello studio si è in grado di riferire relativamente ai soggetti che hanno continuato la terapia, pertanto il dato è parziale e soggetto al bias relativo alla mancanza di dati relativi ai soggetti in drop out. Tuttavia, riferito all'efficacia dell'azione farmacologica dell'acamprosatato nei confronti del desiderio di bere, si riporta: già dopo 30 giorni il craving medio era ridotto a 2,2; dopo tre mesi di trattamento si riduceva a 1,8. Ancora si riportava una riduzione ad 1,7 a sei mesi, mentre a 12 mesi i 28 soggetti ancora in trattamento riportavano un craving medio di 2,2 (figura 1). Nei 30 giorni precedenti all'inizio della terapia 47 soggetti riportavano un craving >5 (48% del totale), con una media di 8,1; di questi 16 (34%) soggetti hanno completato il trattamento. Nel gruppo di soggetti (29 - 30% del campione) a medio-basso craving iniziale (<= 5, il cui craving medio riferito è 2,4), il 27,6% (8) ha completato il trattamento.

Relativamente alla **aderenza** nello studio si sono evidenziati 8 (8,2%) drop out nelle prime 4 settimane di trattamento; 27 (27,6%) soggetti hanno interrotto tra 1 e 3 mesi di trattamento; 13 (13,3%) hanno interrotto tra 3 e 6 mesi; 22 soggetti (22,4%) hanno lasciato il trattamento tra 6 e 12 mesi. 28 soggetti (28,6%) (23/78 maschi - 29,5% e 5/20 femmine - 25%) hanno completato il previsto periodo di trattamento (figura 2). Il numero dei drop out sembra influenzato dal livello culturale: la percentuale dei soggetti che hanno completato lo studio sale al 40,6% nel gruppo dei soggetti che hanno conseguito il diploma Superiore o la laurea (13/32), contro il 21,2% (14/66) dei soggetti che hanno superato la licenza media inferiore, ma

non hanno proseguito gli studi.

La tollerabilità è risultata buona, avendo rilevato al termine del primo mese 18 casi di diarrea, 12 di dolori addominali e 5 nausea, effetti collaterali previsti e frequenti. Altri effetti riportati: in 2 casi rash cutanei, in 2 casi sonnolenza 1 calo ponderale, 1 tachilalia e 4 casi di disturbi della sfera sessuale (riduzione della libido, principalmente) insorti al terzo mese di trattamento circa. In rari casi (5) gli effetti collaterali sono risultati tali da fare sospendere la terapia. In altri casi è parso opportuno ridurre la posologia a 4 compresse/die (1330 mg/die). Tra i 28 soggetti che hanno completato la terapia 6 hanno dovuto ridurre il dosaggio a seguito dell'insorgenza di effetti indesiderati.

Psicoterapie e auto aiuto: l'utilizzo di terapie integrate (colloqui, terapie di supporto, psicoterapie) è stato effettuato da 60/98 (61,2%) dei soggetti, l'auto aiuto (ACAT, AA) da 14 soggetti (5 dei quali hanno praticato psicoterapie contemporaneamente), mentre 29 soggetti hanno effettuato il solo trattamento farmacologico. Il 31,7% (19/60) dei soggetti che hanno praticato un trattamento integrato hanno completato il previsto periodo di trattamento, mentre di coloro i quali non praticavano terapie integrate (29) il 24% (7/29) ha completato il trattamento; dei 14 soggetti che hanno fatto ricorso all'auto aiuto 2 (14,3%) hanno completato il trattamento.

Conclusioni

Relativamente all'efficacia dell'acamprosatato lo studio evidenzia che già a partire dal 1° mese di trattamento il 70% circa dei soggetti ha mantenuto l'astinenza; il craving è diminuito in maniera evidente fino al 6° mese, per aumentare leggermente nell'ultima parte del previsto periodo di trattamento. Pertanto lo studio evidenzia una buona efficacia dell'acamprosatato non solo in corso di condizioni controllate, come nei trials di studio clinico, ma anche nella vita routinaria.

La compliance appare meno buona di quanto riportato in altri trial clinici, come è naturale aspettarsi. Nella scheda Federserd manca la domanda relativa alla motivazione del drop out, argomento che sarebbe interessante approfondire, né nello studio è stato possibile avere informazioni più dettagliate circa le motivazioni che hanno inciso sull'abbandono del trattamento da parte dei singoli soggetti. Come in trattamenti per altre forme di addiction si è confermato che il trattamento multidisciplinare integrato è in grado di migliorare l'efficacia delle singole terapie. Nello studio si dimostra che il numero dei drop out sembra influenzato dall'utilizzo di altri trattamenti non farmacologici integrati, oltre che dal livello culturale. Questo dimostra la superiorità di un trattamento dell'etilismo effettuato nei Servizi per le Dipendenze rispetto ai risultati ottenibili dai Medici di Medicina Generale.

Relativamente all'efficacia del farmaco, i risultati dello studio riportano astinenza nel 70% circa dei trattati. Anche la tollerabilità risulta soddisfacente; particolare attenzione andrebbe posta nei confronti delle alterazioni della sfera sessuale (soprattutto maschile) che, seppur non di particolare gravità, sono in grado di alterare notevolmente l'aderenza al trattamento.

Figura 1

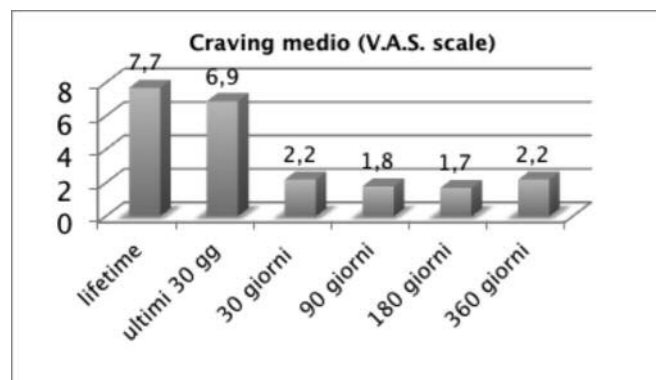
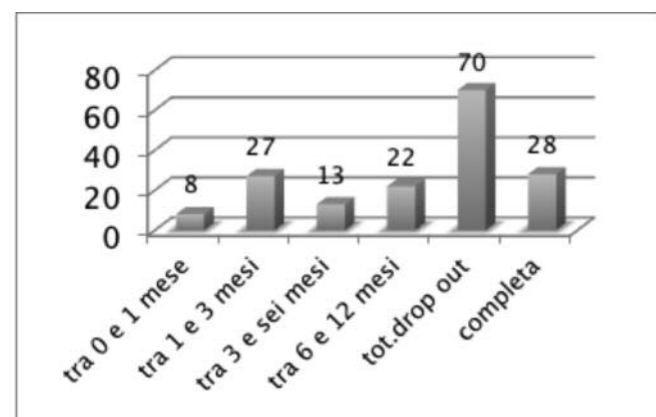


Figura 2



Bibliografia

- 1) Rösner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, Lehert P, Vecchi S, Soyka M. Acamprosate for alcohol dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 9. Art. No.: CD004332. DOI: 10.1002/14651858.CD004332.pub2
- 2) NICE "Alcohol-use disorders Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence" Clinical guideline 115 - Issue date: February 2011

10

PROTOCOLLO DI STUDIO SULLA VALUTAZIONE DELL' EFFICACIA DELL' ACAMPROSATO NELLA REMISSIONE DELLE FUNZIONI COGNITIVE IN PAZIENTI CON DISTURBO CORRELATO ALL'USO DI ALCOL: UN ANALISI PRELIMINARE

G. Fertonani Affini*, V. Nucera*, L. Giustina*, A. Affaticati*, E. Savi*, S. Zaltieri*, P. Michielon*, P. Garofani*, MC. Antonioni*, P. Pellegrini*, R. Guglielmo**, M. Quatrate**, L. Ioime**,**, E. Meloni**,**, ML. Carenti**, G. Marrocco**, R. Rubbino**, L. Janiri**

*Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, Ser.T. - Funzione di Alcologia - Az.USL di Parma
 **Istituto di Psichiatria e Psicologia Clinica - Università Cattolica del Sacro Cuore - Roma
 ***Dipartimento di Scienze Umane - Università Lumsa Roma

Introduzione

Il protocollo di studio ha il fine di analizzare se l'acamprosato può rappresentare uno strumento terapeutico rispetto al recupero di alcune funzioni cognitive in un campione di soggetti alcolisti, nella fase di astinenza dalle sostanze alcoliche. Lo studio è volto anche all'indagine delle possibili correlazioni tra la dimensione psicopatologica del craving e le funzioni esecutive della corteccia pre-frontale in particolare delle funzioni attentive e della working memory e la valutazione di quelle visuo-spaziali.

Obiettivi

Lo studio si pone come obiettivo la valutazione dell'efficacia dell'acamprosato rispetto al recupero di alcune funzioni cognitive, possibilmente compromesse, nelle condizioni di intossicazione, di abuso, di dipendenza dalle sostanze alcoliche.

Metodi

Il campione è costituito da 18 soggetti alcol dipendenti secondo i criteri del DSM-IV-TR (M=15; F=3) età media (43,66 ± 8.80 ds) scolarità media in anni (10,52 ± 2,93 ds). Essi sono stati reclutati nella fase di intossicazione/post-intossicazione e sono rientrati in un programma multimodale di recupero psicosociale a carattere territoriale. Criteri di esclusione: epatopatia cronica attiva o cirrosi, alterazioni endocrine, insufficienza renale, patologie della crisi ematica, ipertensione arteriosa. Sono stati, inoltre, esclusi pazienti affetti da disturbo bipolare, depressione maggiore, psicosi, pazienti con anamnesi positiva per tentati suicidi, poliabuso e soggetti in

terapia con neurolettici tipici/atipici, antidepressivi e stabilizzatori dell'umore.

Lo studio è osservazionale di coorte, prospettico comparativo controllato con un solo trattamento avversivante (ved. Tab.1). I partecipanti sono assegnati a quattro diverse condizioni di trattamento:

- 1) acamprosato (333 mg x 6 die > 60 kg - 333 mg x 4 die < 60 kg) e avversivante (disulfiram 400 mg/die) (A+ A); (N=7)
- 2) sodio ossibato (50 mg/kg/die) e avversivante (disulfiram 400 mg/die) (SO + A); (N=5)
- 3) naltrexone (50 mg/die) e avversivante (disulfiram 400 mg/die) (NT + A); (N=3)
- 4) avversivante (disulfiram 400 mg die) (only A); (N=3)

Questa analisi preliminare è volta solo allo studio delle dimensioni cognitive dei soggetti, tralasciando le indagini rispetto a dati di natura psicopatologica che verranno effettuate successivamente su un campione più ampio. Data la scarsa numerosità del campione, ci si è limitati ad un'indagine descrittiva delle variabili (analisi qualitativa delle medie aritmetiche). Per verificare eventuali significatività presenti (attualmente non riscontrate) sono stati utilizzati test non parametrici con l'ausilio del programma statistico SPSS vers.12.

Risultati

L'analisi delle performance cognitive qui riportata, è stata effettuata al baseline (t0) e al follow-up dei 3 mesi (t1). Al baseline nessun soggetto presenta deficit di memoria verbale sia a breve che a lungo termine (Rey Richiamo Immediato e Differito¹). Al follow up dei tre mesi la performance media di memoria verbale a breve termine aumenta solo nel gruppo SO+A (t0= 36,94; t1= 38,60). Al t0 l'11% del campione presenta deficit di memoria visuo-spaziale a breve termine (Copia Figura complessa di Rey²) ed il 33% si mostra carente in quella a lungo termine (Figura complessa di

Rey richiamo differito²). Alla valutazione dei tre mesi si nota un globale miglioramento nella performance sia della memoria spaziale a breve termine che a lungo termine in tutte e quattro le condizioni sperimentali (Copia e richiamo differito Figura complessa di Rey). Al baseline il 16,7% del campione presenta deficit delle funzioni esecutive, in particolare nelle capacità di set shifting (Trial Making Test³) e di ragionamento astratto ed apprendimento dall'esperienza (Modified Card Sorting Test⁴). Alla valutazione dei tre mesi si è notato un miglioramento delle funzioni esecutive in tutti i gruppi sperimentali (TMT t0=74,38; t1= 71). È interessante notare che le capacità prassiche dei soggetti sperimentali del gruppo A+A presentano, già allo stato attuale, un leggero miglioramento (Copia di disegni⁵ t0= 10,23; t1= 10,29).

Discussioni

Il primo dato utile, soprattutto ai fini di una migliore comprensione diagnostica, è che l'intero campione di soggetti alcolisti non presenta deficit di memoria verbale, sia nella componente a breve (MBT) che a lungo termine (MLT). Pertanto attualmente i soggetti sperimentali non presentano questo gap di partenza, dato in linea con la loro età media. Il deficit cognitivo più riscontrato è quello di natura visuo-spaziale. Nello specifico la memoria visuo-spaziale è più carente nella componente della MLT rispetto alla MBT, pertanto questo dato è utile per due motivi: innanzitutto a riguardo delle specifiche componenti di memoria visuo-spaziale e in secondo luogo illustra come, nei soggetti alcolisti, le componenti rappresentazionali siano più carenti di quelle costruttive. La rappresentazione mentale che i soggetti alcolisti hanno degli spazi e degli oggetti si evidenzia più carente, rispetto alle loro capacità di prassia costruttiva, in particolare di coordinazione e di segno. Questo dato porterebbe a ritenere che l'abuso di alcol leda maggiormente le capacità di MLT visuo-spaziale, rispetto anche alle

VISITE E ESAMI

Tempi	Es. Ematoc.	Tox. o CDT	VM	SV	OCDS	VAS	ADS	SF36	GCI-S	GCI-I	TLFB	SCID-I SCL-90	Valutaz. cognitiva
-2		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Visita baseline	x		x	x		x					x		x
+2 sett.		x	x	x		x					x		
+4 sett.		x	x	x	x	x		x	x	x	x		
2° mese	x	x	x	x	x			x	x	x	x		
3° mese		x	x	x	x	x		x	x	x	x		x
4° mese		x	x	x	x	x		x	x	x	x		
5° mese	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x		
6° mese		x	x	x	x	x		x	x	x	x		x
8° mese	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x		x
10° mese		x	x	x	x	x		x	x	x	x		x
12° mese	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x

Tabella 1 Disegno di ricerca: condizioni esplorate in ogni singola visita

capacità di memoria verbale. In aggiunta dopo tre mesi dall'interruzione dell'uso della sostanza si evidenzia un miglioramento della memoria visuo-spaziale sia a breve che a lungo termine in tutti i gruppi sperimentali; ciò porterebbe ad ipotizzare che tale miglioramento, in particolare nella MLT, possa essere conseguente all'astensione dal consumo di alcol più che ad una terapia in particolare. Per le funzioni propriamente costruttive, misurate con il test di copia dei disegni (stella, cubo, casa) invece pare che si evidenzi un miglioramento specifico con la terapia di A+A.

Riguardo le funzioni esecutive sono emersi deficit, in particolare, delle capacità di set-shifting durante l'esecuzione della prova B del TMT. Mentre lo svolgimento del MCST ha fatto evidenziare deficit di ragionamento astratto e apprendimento dall'esperienza in quanto il 33% dei soggetti non sono riusciti a completare interamente il test (sei categorie). Dopo tre mesi i soggetti presentano miglioramenti riscontrati al TMT, mentre il MCST non è somministrato al t1 per limitare l'effetto apprendimento. È bene sottolineare che in letteratura di recente comincia ad emergere l'ipotesi che i soggetti alcolisti incorrano in condotte di ricaduta alcolica a causa delle scarse capacità esecutive, in particolar modo attinenti all'apprendimento dall'esperienza. Ci sarebbe una tendenza a ritenere che questi pazienti, mancando di capacità di natura propriamente "frontale", non apprendano dall'esperienza avversativa dell'abuso di sostanza alcolica.

In conclusione i risultati preliminari del presente studio mostrano alcuni limiti, la scarsa numerosità e l'eterogeneità di genere nel campione e il follow up limitato ai soli tre mesi. Al fine di stabilire se le modificazioni della performance ai test cognitivi siano dovute ad uno specifico trattamento, oppure alla sola astensione dal consumo alcolico, sarà necessario implementare la numerosità del campione ed arrivare al follow up stabilito di dodici mesi.

Bibliografia

1. Caltagirone C., Gainotti G., Carlesimo G. A., Parnetti L., e il Gruppo per la standardizzazione della Batteria per il Deterioramento Mentale (1995). Batteria per la valutazione del Deterioramento Mentale (parte I): descrizione di uno strumento di diagnosi neuropsicologica. Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria 4: 461-470;
2. Caffarra P, Vezzadini G, Dieci F, Zonato F, Venneri A. Rey-Osterrieth complex figure: normative values in an Italian population sample. Neurol Sci. 2002 Mar;22(6):443-7.
3. Giovagnoli AR, Del Pesce M, Mascheroni S, Simoncelli M, Laiacina M, Capitani E. Trail making test: normative values from 287 normal adult controls. Ital J Neurol Sci. 1996 Aug;17(4):305-9.
4. Caffarra P, Vezzadini G, Dieci F, Zonato F, Venneri A. Modified Card Sorting Test: normative data. J Clin Exp Neuropsychol. 2004 Apr;26(2):246-50.
5. Carlesimo G, Caltagirone C, Gainotti G, Nocentini U, Fadda L, Gallassi R, Lorusso S, Marfia G, Marra C,

Parnetti L. Batteria per la valutazione del deterioramento mentale (Parte II): standardizzazione e affidabilità diagnostica nell'identificazione di pazienti affetti da sindrome demenziale. Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria. 1995;4: 471-488;

11

IL CENTRO ANTIFUMO ALL'INTERNO DEL SERT: L'ESPERIENZA DI COSTRUZIONE DI UNA RETE TERRITORIALE

Patrizia Gai*, Marco Gabbiani, Antonella Manfredi***, Rosanna Mastroianni*, Caterina Uliva*, Tommaso Vannucchi*****, Giovanni Mattiolo******

*Tossicologo Sert Asl 4 Prato
 **Psicologo, psicoterapeuta Sert Asl 4
 ***Psichiatra, psicoterapeuta - Direttore Sert Asl 4
 ****Sociologo, counselor relazionale Sert Asl 4 Prato
 *****Farmacologo Sert Asl 4 Prato

Area tematica:
 prevenzione e trattamento del tabagismo

Il Sert ed il Centro Antifumo

Come in molti altri Servizi e Dipartimenti del territorio nazionale il Sert di Prato ha negli ultimi anni orientato sempre più la propria attività verso il trattamento delle dipendenze da sostanze legali e senza sostanze: fumo, alcol, gambling ed altre dipendenze comportamentali. Queste tendenze sono evidenziate chiaramente dalla domanda di trattamento relativa agli anni 2005-2012 -Tabella 1.

Tabella 1 – Domanda di trattamento Sert di Prato (anni 2005-2011)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1. Droghe illegali	661	637	575	762	877	950	985	1121
2. Alcol	54	195	232	188	269	388	476	374
3. Fumo	148	98	129	308	394	499	503	418
4. Gambling	0	0	4	7	9	28	47	71
Totale	863	939	940	1265	1549	1865	2011	1984

Per quanto riguarda gli interventi di prevenzione e trattamento del tabagismo il Sert ha attivato fin dal 2005 un' offerta terapeutica ampia e diversificata. Il Centro Antifumo <http://www.usl4.toscana.it/?act=i&fid=741&id=20090520171017909> fornisce in modo flessibile ed integrato terapie farmacologiche di vario tipo, associate a counseling individuale e di gruppo a tutti i cittadini con dipendenza da tabacco. Il Centro Antifumo si trova all'interno del Centro Socio Sanitario Giovannini, una struttura adiacente all' Ex Ospedale cittadino, e si può accedere ad esso prenotando una visita (0574/407401 dal lunedì al sabato dalle 7,30 alle 10,30 e dalle 12 alle 13.30) durante la quale viene deciso il trattamento più indicato per il fumatore.

L'esito dei programmi negli ultimi due anni è stato valutato attraverso follow-up telefonici condotti da tirocinanti e operatori del Centro. I risultati di questa attività di ricerca sono riportati sinteticamente nella tabella 2.

Tabella 2 – Esiti dei trattamenti effettuati presso il Centro Antifumo del Sert di Prato (anni 2011-2012)

Esiti del trattamento	2011	2012
Cessazione a 3 mesi	40%	42%
Cessazione a 6 mesi	46%	48%
Diminuzione di oltre la metà	7%	2%
Abbandoni del trattamento	7%	8%

Inoltre, nelle pagine del sito dell'Azienda Usl 4 "Dipendenze - Centro Antifumo", i cittadini possono trovare materiale informativo e di sensibilizzazione, oltre ad opuscoli e guide scientifiche per cercare di cessare in modo autonomo questa abitudine. Una particolare attenzione è stata dedicata ai medici di medicina generale e agli operatori sanitari in genere che possono consultare e scaricare da questa sezione materiale utile alla propria attività diagnostica e terapeutica.

La costruzione di una rete territoriale per il contrasto del tabagismo

Negli ultimi due anni il Centro Antifumo del Sert di Prato ha orientato il proprio intervento alla costruzione di una rete territoriale di tutti i soggetti interessati a svolgere l'attività di contrasto al tabagismo. Questo risultato è stato ottenuto in primo luogo attraverso l'attivazione di percorsi assistenziali diretti a fumatori con patologie correlate e a donne in gravidanza, finanziati nell' anno 2012 con contributi economici specifici della Regione Toscana. Gli esiti di questi interventi si sono concretizzati in un consistente incremento della nuova utenza. I nuovi fumatori che hanno richiesto un trattamento presso il Centro Antifumo nel 2012 sono stati 204, prevalentemente di sesso femminile (112 donne e 92 uomini). L'età media si attesta intorno ai 50 anni e fra le donne è leggermente inferiore che fra gli uomini (48,9 vs 52,5). Il numero dei nuovi ingressi è quasi raddoppiato rispetto a quello dell'anno precedente (109). Il 22,1% degli invii proviene dalla Pneumologia ed il 29% delle donne dal Distretto Sud o da altri distretti dell'azienda sanitaria (donne in gravidanza). Nello specifico, dei 52 pazienti segnalati dalla Pneumologia, 50 hanno concordato un appuntamento telefonico e 45 si sono presentati presso il Centro Antifumo per avviare un programma. Dal punto di vista del genere i pazienti apparivano equamente distribuiti, con un'età nettamente superiore (60,7 anni : maschi 62,3; femmine 58,4) rispetto agli altri utenti del Centro Antifumo. Le patologie prevalenti che hanno giustificato l'invio sono state BPCO ed asma bronchiale. Gli esiti del trattamento a 3 e 6 mesi sono

rispettivamente, per quanto riguarda la cessazione, del 34 e 38%.

Nel quadro del programma "Percorso assistenziale alla donna in gravidanza", sono state segnalate 86 gestanti, soprattutto da parte di ostetriche ed operatrici del distretto Sud. Di queste 15 hanno smesso di fumare, 63 hanno ridotto o solo 8 hanno continuato la loro abitudine. Dopo lo svolgimento di un colloquio preliminare e la distribuzione di materiale informativo presso i distretti, il Centro Antifumo è riuscito a contattarne telefonicamente 70, di queste 33 si sono presentate per la visita. Per 14 partner fumatori (su 23 potenziali) è stata fatta richiesta per il Centro Antifumo. La visita è stata effettuata solo su 6.

Pur venendo meno per l'anno in corso il sostegno economico istituzionale ai programmi sopracitati, il Centro Antifumo ha comunque deciso di portare avanti questi progetti inserendoli a pieno titolo fra le "buone pratiche" del Centro, nella prospettiva di percorsi terapeutici orientati alla sanità d'iniziativa ed alla continuità assistenziale.

Per le donne in gravidanza ci siamo posti l'obiettivo di rafforzare la collaborazione con le ostetriche e le operatrici sanitarie dei distretti attraverso un modulo formativo di 4 ore realizzato nei primi mesi del 2013. Il modulo del corso, gestito da operatori del Centro Antifumo, ed al quale hanno partecipato 5 operatrici, prevedeva informazioni sui temi del tabagismo con particolare riferimento ai rischi in gravidanza, la trasmissione di alcune tecniche di counseling utili a promuovere la motivazione al cambiamento e la partecipazione come osservatori ai gruppi di auto-aiuto che si svolgono presso il Centro. È stato inoltre distribuito materiale informativo (cartaceo e digitale) sui rischi che in gravidanza si corrono con l'uso di droghe sia legali che illegali. La sensibilità del Centro Antifumo verso queste tematiche ci ha spinto inoltre ad essere presenti con uno stand informativo e di sensibilizzazione all'interno dell'evento MAMI 2013 gestito dalla Fondazione AMI (Associazione Materno Infantile) <http://www.amiprato.it/index.html>.

Relativamente alla collaborazione con i settori ospedalieri, dove sono presenti pazienti con patologie fumo-correlate, il Centro Antifumo intende mantenere e consolidare la collaborazione già avviata con la Pneumologia, ampliando possibilmente la cooperazione con altre specialità interessate al tema.

Di non minore rilievo è stata l'attività di informazione e sensibilizzazione svolta dal Centro Antifumo in sinergia con altri soggetti istituzionali e professionali verso i medici di medicina generale, i servizi territoriali e l'ambito specifico della sanità d'iniziativa.

Il Centro Antifumo partecipa inoltre sistematicamente ai progetti di prevenzione nelle scuole primarie di secondo ordine in collaborazione con l'Educazione alla Salute <http://www.usl4.toscana.it/?act=f&fid=750>.

Tematiche relative al tabagismo sono state affrontate anche all'interno del Progetto Euridice <http://www.usl4.toscana.it/?act=f&fid=4633&id=20130114102704>

411, programma di prevenzione delle condotte di dipendenza svolto in collaborazione con la Cooperativa di studio e ricerca sociale "Marcella", attivo nel territorio della provincia di Prato dal 1998. In anni recenti sono stati svolti ulteriori interventi nei luoghi di lavoro, come ad esempio il progetto "Spediscilo via...", realizzato all'interno dell'Azienda Albini e Pitigliani, un'impresa di spedizioni con sede legale a Prato e con proprie sedi operative a Prato, Firenze, Biella, Roma e Milano (il resoconto dell'esperienza è stato illustrato nel corso del III Congresso Nazionale Federserd di Sorrento) ed il progetto "L'Asl non fuma più" (2009), diretto ai dipendenti dell' Azienda Usl 4 di Prato, che nel 2010 ha ricevuto anche un riconoscimento da parte dell' Istituto Superiore di Sanità in occasione della Giornata Mondiale senza Tabacco del 31 maggio.

12

IL DINAMISMO DELLA DOMANDA E L'IMMOBILISMO DELLA RISPOSTA Ritenzione e Follow Up nelle Comunità Terapeutiche. I pazienti del Ser.D. di Taranto (01 gennaio 2010-30 giugno 2012)

Anna Paola Lacatena*, Anna Greco**

*Dirigente Sociologo c/o Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL TA

**Assistente amministrativo c/o Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL TA - Taranto

Introduzione

I frequenti mutamenti e l'evoluzione delle dipendenze patologiche impongono a quanti si occupano della problematica una riflessione in grado di coinvolgere, nell'articolato quadro delle risposte terapeutiche, anche e soprattutto il Privato Sociale.

Dal censimento più recente è possibile contare in Italia 1106 Strutture Terapeutiche (di diversa tipologia), a fronte delle 1329 del 2000.

Dal trend in crescita del quadriennio 1992/96, si è passati, dunque, ad una progressiva diminuzione.

Per contro, il numero dei Servizi per le Dipendenze (Ser.D.) è rimasto invariato, 555 nel 2008, 554 nel 2010 (fonte Dipartimento Politiche Antidroga).

Ancora oggi, però, nell'immaginario collettivo la Comunità Terapeutica (C.T.) sembra rappresentare la soluzione più convincente.

Partendo dai dati raccolti tra il 01 gennaio 2010 e il 30 giugno 2012, il Dipartimento Dipendenze Patologiche della ASL di Taranto ha cercato di promuovere uno studio di follow up con una conseguente riflessione di tipo quantitativo/qualitativo sulle informazioni raccolte.

L'ipotesi di fondo è stata, dunque, verificare se davvero le Comunità Terapeutiche offrano una risposta convincente alla problematica della dipendenza patologica.

Nello specifico, le domande a cui si è cercato di rispondere partendo dal dato numerico sono state:

- Quanti pazienti sono stati inviati in Comunità Terapeutica dal Ser.D. di Taranto nel periodo che va dal 01 gennaio 2010 al 30 giugno 2012?
- Quanti passaggi, lo stesso periodo, ha fatto registrare?
- Quanti programmi continuano, quanti sono stati portati a termine, quanti si sono chiusi con l'abbandono?
- Qual è la durata media della permanenza in C.T.?
- Quanti sono usciti prima della fine programmata del percorso comunitario, sono ricaduti nell'uso di sostanze?

Risultati e discussione

L'esito dei 218 passaggi in Comunità Terapeutica dei pazienti del Ser.D. di Taranto presenta davvero motivi di apprensione.

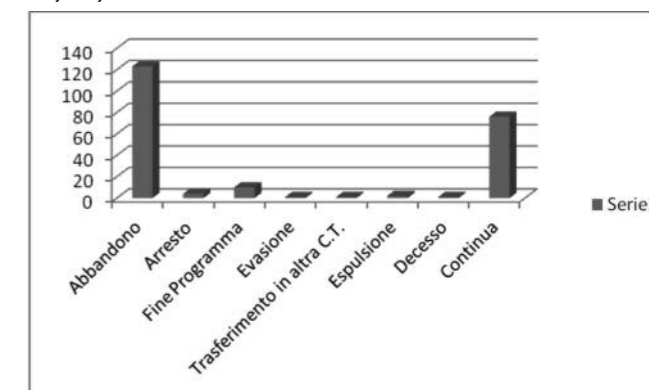
Il 65% circa ha chiuso il programma nell'arco di tempo preso in esame; di questa percentuale, però, solo il 7% lo ha portando a conclusione il progetto terapeutico stabilito. Il che significa andare ben oltre il 50% di "fallimenti" che i dati empirici, pur frammentati per territorio e Servizio di rilevazione, hanno sdoganato sul finire degli anni '90.

Il 35% alla data finale della rilevazione, ossia al 30 giugno 2012 "continua". L'esito relativo ai 218 passaggi registrati da Comunità del territorio e non, vede di gran lunga la voce "abbandono" svettare con un netto 56,4%.

Rispetto all'esito dei 179 passaggi registrati, in Strutture del territorio di competenza del DDP ASL TA, 55 "continuano" alla data di chiusura dello studio (30 giugno 2012) per un valore percentuale di oltre il 30%, 110 hanno interrotto il percorso (61,4%), solo poco più del 4% ha portato a termine il programma concordato. Alla data del 30 giugno 2012 dei 10 pazienti che hanno portato a termine il programma, il 30% ritorna ad assumere terapia farmacologica (sostitutiva e non).

Nello specifico, tre pazienti sono tornati al farmaco sostitutivo (metadone), di tre pazienti si sono perse le tracce, i restanti quattro continuano a mantenere un contatto (in genere colloqui di sostegno psico-sociali e counselling medico) con l'Equipè Ser.D. di riferimento.

Tab. 1 - Esito percorso in C.T. dal 01/01/2010 al 30/06/2012- Ser.D. di Taranto



Tab. 2 - Tempo di permanenza in Comunità Terapeutica - item "Abbandono"

Inferiore a 30 giorni	38
Da un mese a 3 mesi	35
Da 3 mesi a 6 mesi	23
Da 6 mesi a 9 mesi	14
Da 9 mesi a un anno	4
Da un anno a 18 mesi	5
Da 18 mesi a 2 anni	4
Oltre 2 anni	0
Totale	123

Conclusioni

In estrema sintesi, sulla scorta del dato quantitativo è necessario porsi un quesito: quali sono i bisogni non soddisfatti dalle Strutture Terapeutiche?

Le sostanze d'abuso lasciano una vera e propria memoria organica sul cervello, persistente anche oltre la sospensione dell'assunzione, e capace di condizionare non solo il craving nell'immediato, ma un successivo stato di vulnerabilità a lungo termine rispetto al rischio della ricaduta (1). Il *release* dopaminergico nello *shell* del *nucleus accumbens* (NAC), che con le droghe non sembra andare incontro a una riduzione di intensità rispetto alle gratificazioni naturali (*habituation*), indurrebbe una sorta di apprendimento associativo abnorme, difficile da estinguere al momento dell'interruzione della disponibilità della droga (2). Il livello ridotto di *habituation* sarebbe, dunque, alla base di un estremo rinforzo del rapporto stimolo-droga, facendo dei *triggers*, sensazioni, parole, ambiente, stati d'animo elementi di notevole importanza nei meccanismi che inducono il soggetto a ricadere nel consumo (3). Quando lo stimolo alla gratificazione è assente da tempo, sarebbe la traccia dell'aspettativa del piacere, più che il ricordo biologico del piacere, a determinare la ricaduta (4).

In estrema sintesi, dunque, il meccanismo *self-defeating* delle dipendenze, legato ai rischi, alla paura di perdere, allo stress correlato al pericolo farebbe attivare il *release* di dopamina nell'*accumbens* quanto il piacere delle droghe stesse. La "memoria dell'addiction", intesa come memoria della perdita del controllo e degli effetti della sostanza, non sembra estinguersi con l'astinenza (5,6), rendendo il soggetto particolarmente esposto e sensibile agli stimoli droga correlati, sia di tipo interno che esterno (7). Nonostante gli studi sulla riattivazione del condizionamento sull'uomo siano ancora di numero esiguo, è possibile ipotizzare come ad esempio lo stress possa riaccendere la traccia biologica della memoria dell'addiction, anche verso sostanze (vedi nicotina) a cui non è possibile attribuire una vera e propria azione anti-stress (8).

Non si può, però, non tenere in considerazione il ruolo giocato dalle condizioni psico-biologiche del soggetto, unitamente a fattori socio-relazionali e "ambientali", sugli equilibri delle monoamine cerebrali e sull'assetto dei peptidi e, conseguentemente, sulla soglia della fruizione delle gratificazioni, la percezione del rischio, i vissuti emozionali e affettivi.

Nel 1985 Marlatt & Gordon (9) pubblicarono un testo di grande peso rispetto ai processi psicologici che sottendono la ricaduta. Sulla scia degli studi dei due studiosi, le ipotesi di fondo, ossia che le ricadute nell'uso di sostanze non siano eventi casuali, sono state riproposte, ottenendo risultati sostanzialmente simili (10,11,12). Gli stimoli ambientali, dunque, sembrano avere un importantissimo ruolo nell'innescare la ricaduta nel consumo di sostanze. Una considerevole variabilità individuale nella risposta agli stimoli (13) unitamente a situazioni di malessere psicologico possono innescare il processo di ricaduta (14,15) così come situazioni stressanti, pur non correlate alle sostanze d'abuso (16).

Nonostante l'approccio ancora sperimentale del model-

lo, secondo la Teoria della Motivazione (17,18) la ricaduta sarebbe da imputare in parte alla motivazione stessa, in parte allo stato psichico della persona. Le condizioni emotive e i conflitti interpersonali sono fattori di rischio troppo spesso sottovalutati nei processi di riattivazione dell'uso di sostanze. Provare a rafforzare le capacità di gestione delle situazioni problematiche e di fronteggiare le frustrazioni dovrebbero essere tra i primi obiettivi del lavoro terapeutico. Non si possono destrutturare modelli di vita senza offrire il rafforzamento di quegli aspetti positivi magari poco praticati o del tutto misconosciuti dalla persona. Lavorare sulla motivazione e specificatamente sulla possibilità (reale) della ricaduta (*Coping Skills*) comporta, però, una preparazione e, prima ancora, un'attitudine su cui ogni operatore (del Pubblico e del Privato sociale) dovrebbe interrogarsi.

Porsi delle domande sulla propria formazione non è sufficiente, però. È opportuno guardare con attenzione al disagio soggettivo della persona-paziente, a ciò che si muove "sottosoglia", all'offerta terapeutica che non è riducibile e riconducibile al solo programma. Il clima, l'ambiente, la significatività delle relazioni, la possibilità di destrutturare alcune modalità e stili di vita ma allo stesso costruire (ricostruire) altri in positivo, non sono da meno.

In estrema sintesi gli obiettivi da perseguire pena il possibile fallimento terapeutico, possono essere così sintetizzati:

- Rivisitazione della storia della persona e della propria sofferenza;
- Rielaborazione dei messaggi provenienti dall'ambiente;
- Costruzione di obiettivi (reali) a breve, medio e lungo termine;
- Sviluppo della capacità di tollerare le frustrazioni e posticipare la gratificazione;
- Lavoro sulla gratificazione e sul piacere e non annullarli o mortificarli in una visione moralistica;
- Contenimento e reinterpretazione delle spinte distruttive attraverso l'arte, la letteratura, il cinema, ecc.
- Attivazione e implementazione delle risorse personali del paziente;
- Rivisitazione dei messaggi, delle parole, dei valori della sotto-cultura di appartenenza e della cultura dominante;
- Importanza del gruppo come luogo dello scambio, dell'espressione e della crescita personale;
- Lavoro sulla resilienza, cifra elettiva dei sistemi complessi. Il termine deriva dal latino *resalio*, iterativo di *salio*, che significa saltare, rimbalzare, per estensione danzare. Il concetto evoca tematiche di vulnerabilità psicofisica che necessitano della promozione dell'autostima per superare situazioni sfavorevoli o condizioni individuali e sociali di difficoltà e di rischio.

In conclusione, fattori psicologici, psicopatologici e biologici senza trascurare l'ambiente, la cultura, la capacità di sollecitare e costruire bellezza intorno e dentro la persona. Nelle situazioni disagiate e di deprivazione diviene imprescindibile reintrodurre una dimensione di positività e di riscoperta del valore della persona. Forse è questo ciò che continua a mancare in molte Comunità Terapeutiche.

Bibliografia

1. Gilberto Gerra, Amir Zaimovic, Ricaduta E Memoria: Basi Biologiche, http://www.dronet.org/sostanze/vuln.php?codice=9¶grafo_ordine=1
2. Di Chiara G. Role of dopamine in the behavioural actions of nicotine related to addiction. *Eur J Pharmacol* 2000 Mar 30;393(1-3):295-314
3. Di Chiara G, Tanda G, Bassareo V, Pontieri F, Acquas E, Fenu S, Cadoni C, Carboni E. Drug addiction as a disorder of associative learning. Role of nucleus accumbens shell/extended amygdala dopamine. *Ann N Y Acad Sci* 1999 Jun 29;877:461-85
4. Bassareo V, Di Chiara G. Differential responsiveness of dopamine transmission to food-stimuli in nucleus accumbens shell/core compartments. *Neuroscience* 1999 Mar; 89(3):637-41
5. Heyne A, May T, Goll P, Wolffgramm J. Persisting consequences of drug intake: towards a memory of addiction. *J Neural Transm* 2000; 107(6):613-38
6. Berke JD, Hyman SE. Addiction, dopamine, and the molecular mechanisms of memory. *Neuron* 2000 Mar; 25(3):515-32
7. Boening JA. Neurobiology of an addiction memory. *J Neural Transm* 2001;108(6):755-65
8. Heishman SJ. Behavioral and cognitive effects of smoking: relationship to nicotine addiction. *Nicotine Tob Res* 1999;1 Suppl 2:S143-7; discussion S165-6
9. Marlatt G.A., Gordon J.R., *Relapse prevention*. Guilford, New York, 1985.
10. Connors G.J., Maisto S.A., Donovan D.M., Conceptualizations of relapse: a summary of psychological and psychobiological models. *Addiction*, 91 (suppl.), 5-13, 1996.
11. Larimer M.E., Palmer R.S., Marlatt G.A., *Relapse prevention. An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model*. *Alcohol Res Health* 23, 2, 151-60, 1999.
12. Cibir M., Manzato E., Zavan V., *Prevenzione della ricaduta: un approccio psicobiologico*. Atti della Riunione Monotematica "Alcol e Comorbilità Psichiatrica", Zevio, Dicembre 2000
13. Zavan V., Cibir M., *Alcolismo e disturbi mentali in "Alcol e Medico di Famiglia"* a cura di O. Brignoli, Cibir M., Gentile N., Vantini I., Centro Scientifici Editore, 1998
14. Movalli M.G., Madeddu F., Fossati A., Maffei C., *Personalità Disorders; prevalence in Alcoholism and influence on drop-out from treatment*. *Alcolologia*, 7, 1, 1996
15. Litt M.D., Cooney N.L., Morse P., *Reactivity to alcohol-related stimuli in the laboratory and in the field: predictors of craving in treated alcoholics*. *Addiction* 95, 6, 889-900, 2000
16. Brady K.T., Sonne S.C., *The role of stress in alcohol use, alcoholism treatment, and relapse*. *Alcohol Res Health* 23, 4, 263-71, 1999
17. Miller W.R., Rollnik S., *Il Colloquio di Motivazione*, Erickson, Trento, 1994
18. Spiller V., Scaglia M., Guelfi G.P. *Il Colloquio Motivazionale*, in "Alcol e Medico di Famiglia", a cura di O. Brignoli, M. Cibir, N. Gentile, I. Vantini, C.S.E., Torino, 1998, 59-69

**CURARE OLTRE LE SBARRE:
UN CONTRIBUTO DI RICERCA TRA
PREGIUDIZI E LIMITI OGGETTIVI**

Elena Morrone*, Antonio d'Amore**

**Psichiatra, Specialista Ambulatoriale Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL CE*

***Direttore Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL CE*

*"Poiché il dolore è la suprema emozione
di cui è suscettibile l'uomo,*

esso è a un tempo il tipo e il modello di ogni grande arte.

Ma dietro il dolore non c'è che il dolore.

L'angoscia, contrariamente al piacere, non si maschera mai"

Oscar Wilde, *De Profundis* - Lettera dal carcere, 1897

Evidenze epidemiologiche rilevano l'alto tasso di problematiche correlate all'*addiction* all'interno della popolazione carceraria. Ciò risulta di fatto in linea con la constatazione della sussistenza di aree di vulnerabilità fra i soggetti in stato di detenzione rispetto alla restante popolazione. A tale considerazione si affianca quella concernente il considerevole tasso di comorbilità psichiatrica relativo ai soggetti tossicodipendenti. Il paziente comorbile per una patologia psichiatrica ed una patologia da dipendenza in carcere rappresenta un rilevante problema diagnostico e terapeutico. La diagnosi di questi pazienti tipicamente elusivi nella loro identificazione è resa difficoltosa, soprattutto nei casi di *addiction* da cocaina, da alcolici e di consumo delle *new drugs* e delle *smart drugs*. La stessa difficoltà diagnostica si incontra per i soggetti con patologia psichiatrica, che, già all'arrivo nel Penitenziario, vanno adeguatamente intercettati e prontamente presi in carico al fine di avviare un programma terapeutico *tailored*; questo sarà poi propedeutico, di fatti, ad un trattamento postcarcerario long term.

Il seguente contributo origina all'interno della Casa Circondariale di Santa Maria Capua Vetere, che stima una media di 920 ± 60 detenuti risiedenti e di 330 ± 20 consulenze Ser.T. annue per i Nuovi Giunti. Il totale degli assistiti effettivamente presi in carico annualmente dalla UOSD Ser.T. dell'Istituto e risultanti "in circuito" (ossia con storia pregressa comprovata di Tossicodipendenza) è di circa 110, di cui un 66% intercettato come *addicted* da cocaina, il 9% da THC, l'11% da alcool ed il restante 14% risulta in trattamento con farmaci sostitutivi per intervenire sulla disassuefazione da oppiacei (stime calcolate nel corso dei dodici mesi dell'anno 2012). Il lavoro che ci accingiamo ad esporre si pone l'obiettivo di effettuare un assessment multidimensionale ed un'analisi della condizione psicopatologica di soggetti detenuti *addicted*.

Descrizione della ricerca

L'indagine ha consentito un lavoro di monitoraggio e

di inquadramento psicopatologico dei detenuti con problemi di *addiction* che, nell'arco di tutto il 2012, è transitata all'interno della Casa Circondariale di Santa Maria Capua Vetere. Pur presentando oggettivi limiti relativi all'esiguo numero del campione, i risultati si pongono in linea con i principali studi nazionali ed internazionali. A partire dai dati ottenuti è stato possibile ricavare un quadro valutativo completo delle caratteristiche del consumo di sostanze nella popolazione carceraria, unitariamente ad una valutazione della sintomatologia psichiatrica dei soggetti. Tale percorso di assessment ha consentito di sviluppare alcune riflessioni cliniche rispetto alle possibili prospettive terapeutiche e al ruolo che può assumere l'esperienza di carcerazione.

Materiali e metodi

La ricerca è stata condotta sui detenuti *addicted* transitati nella Casa Circondariale di Santa Maria C.V. nell'arco temporale di dodici mesi. La batteria testologica impiegata ha previsto la somministrazione della *Symptoms Check-List (SCL-90)* (Daini & Maremmani, 2000; Schimitz, Hartkamp, Kluse, Franke, Reister & Tress, 2000), della *TAS 20 (Toronto Alexithymia Scale)*. La scelta di questi strumenti è nata dall'esigenza di disporre di una batteria di facile fruibilità in grado di restituire una valutazione multidimensionale attendibile e di poter approfondire le caratteristiche sintomatologiche delle problematiche psicopatologiche che, come messo in rilievo dai dati in letteratura, caratterizzano la popolazione tossicodipendente carceraria rispetto a quella generale. La *Symptoms Check-List (SCL-90)* (Daini & Maremmani, 2000; Schimitz, Hartkamp, Kluse, Franke, Reister & Tress, 2000) è uno strumento self-report di autovalutazione, composto da nove sottoscale per un totale di 90 items, a cui il soggetto deve rispondere al fine di fornire una valutazione della presenza e dell'intensità di una possibile sintomatologia psichiatrica. Le valutazioni sono fornite sulla base di una scala Likert a 5 punti. Le scale previste sono le seguenti: Somatizzazione, Ossessione-Compulsione, Sensibilità Interpersonale, Depressione, Rabbia-Ostilità, Ansia Fobica, Disturbi del sonno, Ideazione Paranoide, Psicoticismo. La *Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)* è uno strumento di misurazione dell'alestitimia, una scala a 20 items, costituito da un questionario di autovalutazione basato su una scala likert a 5 punti. Gli items sono finalizzati a misurare le tre dimensioni che definiscono il costrutto dell'alestitimia: difficoltà nell'identificare i sentimenti; difficoltà nel comunicare i sentimenti; pensiero orientato all'esterno (pensiero operatorio).

Caratteristiche del campione

La ricerca ha visto coinvolto un campione di 25 detenuti all'interno della C.C. di Santa Maria Capua Vetere. Il criterio di inclusione considerato è stata la presenza di problematiche di dipendenza patologica da sostanze. I soggetti coinvolti sono tutti di sesso maschile e il 92% è di nazionalità italiana. Le caratteristiche socio-demografiche del campione di riferimento sono di seguito riportate:

N	25
SESSO	25 Maschi (100%)
ETÀ	35 ± 8
STATO CIVILE	
Celibe	6 (24%)
Coniugato	8 (32%)
Separato/Divorziato	11 (44%)
Vedovo/a	0
SCOLARIZZAZIONE	
Licenza Elementare	4 (16%)
Licenza Media	11 (44%)
Diploma Scuola Superiore	9 (36%)
Laurea	1 (4%)

L'approfondimento della condizione psichica è stato effettuato attraverso l'utilizzo della *SCL-90*. I dati relativi ai *global severity index* del nostro campione rilevano che una porzione significativa della popolazione (83,3%) supera la soglia minima (*GSI*>63) del *GSI*, oltre la quale è da considerarsi necessario un trattamento in una o più aree potenzialmente problematiche. L'analisi delle singole sottoscale ci permette di osservare che il punteggio medio ottenuto risulta essere molto elevato per la maggior parte delle aree: i valori delle sottoscale "Ostilità" (μ 2,2), "Ansia" (μ 1,8), "Somatizzazione" (μ 2,4) rilevano un quadro psicopatologico codificante per disturbi dello spettro nevrotico e severi disturbi di personalità (si segnalano i disturbi antisociale, borderline e dipendente emersi altresì dall'imprescindibile valutazione clinica dei detenuti del campione, con un'incidenza smisuratamente preponderante). I valori delle sottoscale "Ossessione-Compulsione" (μ 1,7) e "Ideazione Paranoide" (μ 1,7) rendono conto degli aspetti psicopatologici comorbili che sottendono la condotta d'abuso e che rafforzano il principio dell'*autocura* quale imprescindibile matrice dell'*addiction*. Dalla somministrazione della *TAS-20* emerge nel nostro campione la netta predominanza e sussistenza (74%) anche della componente alestitimica, segnalando la prepotente compromissione di un insight emotivo e la presenza di un'affettività coartata.

Discussione

I risultati del nostro studio forniscono spunti di riflessione clinica interessanti. In primo luogo, i robusti punteggi riscontrati ci consentono di osservare come all'interno del nostro campione ad un quadro più severo di dipendenza patologica da sostanze psicoattive si associ una maggior compromissione del quadro psichico. La presenza di indici di gravità così elevati potrebbe essere in parte ricondotta alla forzata sospensione dell'assunzione di sostanze psicoattive

conseguente all'ingresso in carcere, come pure alla condizione di reclusione che può facilmente indurre vissuti di solitudine, perdita di interessi, astenia e demoralizzazione. Il primo contatto di un paziente comorbile col terapeuta in carcere è un momento di grande rilievo per i successivi passi verso una presa in carico efficace. Il carcere di per sé esaspera le reazioni, estremizza i comportamenti, aumenta le paure e la reattività, specialmente nel periodo iniziale della carcerazione, in particolare alle prime esperienze detentive. All'interno dell'istituzione carceraria transitano e risiedono detenuti con problematiche di dipendenza che presentano, rispetto alla popolazione tossicodipendente, degli indici di vulnerabilità particolarmente elevati riguardo l'esordio, il decorso e la prognosi: modalità d'uso delle sostanze più intensa e più prolungata, frequente riscontro di politossicomania, elevata frequenza di problematiche psicopatologiche o psichiatriche, elevata frequenza di ricoveri e agiti suicidari, alta prevalenza di patologie correlate. La condizione di reclusione, imponendo una sospensione forzata (spesso anche abbastanza prolungata) dell'assunzione di sostanze, una brusca interruzione con le abituali modalità di fronteggiare la vita, le difficoltà relazionali e i propri stati interni, può essere l'occasione in cui proporre, ripristinare o rilanciare un progetto terapeutico che, se gestito con modalità cliniche adeguate, può divenire occasione per la conquista di nuove forme di consapevolezza rispetto alle proprie fragilità e alle proprie risorse, contribuendo così a rendere terapeutici un momento esistenziale e un contesto che altrimenti rischiano di essere vissuti esclusivamente come punitivi. Mancare questa occasione non fornendo una risposta adeguata, finisce con l'alimentare il circuito di particolare marginalità e fragilità di questi soggetti.

Bibliografia

1. Balier, C. (1999). *L'ascolto dei tossicomani in carcere*. In J. Bergeret, M. Fain & M. Bandelier (Eds.),
2. *Lo psicoanalista in ascolto del tossicomane*. Roma: Borla.
3. Bergeret, J., Fain, M. & Bandelier M. (1999). *Lo psicoanalista in ascolto del tossicomane*. Roma: Borla.
4. Brochu, S., Guyon, L. & Desjardins, L. (1999). *Comparative profiles of addicted adult populations in rehabilitation and correctional service*. *Journal of substance abuse treatment*, 16, 173-182.
5. Broner, N., Nguyen, H., Swern, A. & Goldfinger, S. (2003). *Adapting a substance abuse court diversion model for felony offenders with co-occurring disorders: Initial implementation*. *Psychiatric Quarterly*, 74, 361-385.

NUOVI OBIETTIVI NEL CAMPO DELLA PREVENZIONE

Adriana Napoletano*, Ciro Armenante**

*Dirigente Psicologo UOSERT

**Direttore UOSERT

U.O. Ser.T Cava de' Tirreni - Costa d'Amalfi ASLSALERNO

Prevenzione

Non esistono cattivi adolescenti, non è una generazione malata e questi ragazzi oggi non sono senza morale e senza progetti.

Solo non sanno dove sono andati a finire, in quale meandro o buco nero di una società spaurita.

Sono frutto di una generazione di cinquantenni (anni più, anni meno) sfiduciati, pieni di timori e insicurezze, che molto poco autoritari, per nulla autorevoli, non hanno saputo insegnare l'arte del vivere degli antichi greci.

E non mi riferisco allo spicchio epicureico **carpe diem**. Anzi, oggi, specie nelle dipendenze (tutte) è il banale contraccolpo all'assenza di progettualità.

E' la fuga in una dimensione senza spazio, tempo, esame di realtà, che affida alla Sorte la propria vita. Favorisce alla "parte bambina" di ognuno di vivere senza decidere, perché il Fato decide.

Questa generazione introversa e fragile non esprime il singolo disagio psicologico, ma un più pervasivo malessere sociale.

Si è figli di adulti nati nel benessere, abituati ad avere prima ancora di desiderare, annoiati e "mollicci", i quali, oggi, si trovano a fare i conti con una crisi di valuta e di valori che richiede coraggio di mettersi in gioco.

Ma il gioco che conoscono è legato ai capricci della Fortuna.

E ricomincia così a girare la roulette (e a volte non solo metaforicamente), perché fa comodo incanalare l'energia in comportamenti che allontanano dalla realtà.

A volte si può chiamare "rincorsa delle perdite", altre "coazione a ripetere": il meccanismo, che si sia dipendenti dal GAP, o dipendenti sentimentali da relazioni fallimentari, il meccanismo - dicevo - è sempre quello di perseverare nel comportamento, illudendosi che è l'ultima volta e che forse andrà meglio. Perdendo di vista, in base ad una più sana lettura della realtà, che da correggere è l'azione stessa, che è la strategia di coping da rivedere.

La dipendenza (e sottolineo: **dipendenza**, non **so stanza**) ben si presta sia perché essa stessa incarna il meccanismo della coazione a ripetere, sia perché nel vorticoso girare su se stessa allontana lo sguardo e la mente da altri obiettivi, (o chiamali problemi).

La dipendenza, non solo da sostanze, ma da comportamenti (new addiction) diventa capillare, raggiunge

nelle sue forme tutti i ceti, gli "spazi" sociali, anche nel solipsismo della propria casa (dove il web apre la finestra sul mondo, dal reperimento di nuove droghe, ai giochi on line, alle relazioni – certo non "sociali"). Essa è così diffusa che illegale o meno, ha forme (la dipendenza) di comportamenti non più biasimati, non sottoposti a disapprovazione morale, ma anzi socialmente accettati, tollerati, spesso rafforzati.

La prevenzione, dunque, richiede nuovi orizzonti. Bisogna investire in azioni strategiche che tengano conto della complessità e della poliedricità d'aspetto del fenomeno.

Così come semanticamente diventa rilevante il passaggio da un Servizio per le Tossicodipendenze ad un servizio per le Dipendenze Patologiche, tanto diventa fondamentale (cioè fin dalle fondamenta della programmazione e della mission) la visione di una prevenzione della **dipendenza** e non delle **sostanze d'abuso**.

Fasce di età e luoghi non convenzionali richiedono una riorganizzazione che possa stravolgere pianificazioni che si perpetuano da anni, sicuramente efficaci ma relativamente ai tempi, alle modalità, alla diffusione.

Tale riorganizzazione deve tener conto delle nuove conoscenze neuro-psico-biologiche, dei fenomeni socio-culturali, delle rapide evoluzioni.

Certo, evoluzione, velocità, accelerazione sono il ritmo di vita che connota i tempi ed è già chiaro a noi Operatori dei Servizi, che invece facciamo i soliti conti in perdita (con risorse umane sotto-numerate, età media sovra...numerata, burn out e squalificanti rapporti con le logiche aziendali!).

I nostri file, le nostre slides elaborate, colorate, ma piene di informazioni sulle sostanze e i loro rischi, rischiano esse stesse di essere desuete (forse già lo sono), se non inserite in percorsi formativi più complessi.

Giovani distratti o attenti che si confrontano con abitudini illecite, ma leicizzate dal contesto, possono intrigersi su contenuti che sconfermano le loro rappresentazioni delle sostanze, ma è la ricerca delle sostanze stesse, le azioni, i comportamenti d'abuso in tutte le loro forme, che gli Operatori devono orientare altrove.

L'energia che si incanala in fuga da una realtà deludente deve incanalarsi invece nella dimenticata voglia di "mordere la vita" e di ricostruirla ogni volta.

Dal 1980 (già più di trent'anni) il concetto delle **Life Skills** è stato introdotto in letteratura.

Già da allora emerge il concetto che l'acquisizione di "competenze per la vita" potesse considerarsi ottimo strumento nella prevenzione proprio delle sostanze d'abuso.

SAPER RISOLVERE I PROBLEMI – SAPER PRENDERE DECISIONI – CREATIVITÀ – SENSO CRITICO – AUTOCONSAPEVOLEZZA – CAPACITÀ RELAZIONALI – COMUNICAZIONE EFFICACE – GESTIONE DELLE EMOZIONI – GESTIONE DELLO STRESS – EMPATIA: questo l'insieme delle capacità umane acquisite tramite insegnamento o esperienza diretta che vengono usate per gestire problemi, situazioni o domande comunemente incontrate nella vita quotidiana.

Non è qui lo spazio per sviluppare in dettaglio i con-

getti e le progettualità dell'approccio.

Sicuramente esso richiede che gli attori e i fruitori siano non solo i giovani, ma anche gli adulti che per mandato istituzionale devono farsene carico.

Come già Piaget teorizzava (per osservazione) e la tecnica per neuroimaging ci conferma, fino a 18/20 anni lo sviluppo intellettuale dell'individuo è in piena evoluzione.

Questo significa anche che finché non abbiamo pieno sviluppo dell'emisfero frontale, la fa da padrone il nucleo dell'accumbens (e il sistema di gratificazione). Pertanto il bersaglio della prevenzione è sì, il giovane adolescente, ma anche l'adulto (genitore – insegnante) che lo affianca e lo guida alla ricerca delle competenze che gli permettano di superare gli ostacoli e di acquisire le capacità per realizzare le proprie possibilità. La prevenzione – formazione vede quindi l'adulto prima bersaglio dell'intervento e poi co-terapeuta nel percorso di conoscenza di sé e dell'altro che l'adolescente deve affrontare.

L'ottica dell'esperto che in lezione frontale "ragguaglia" lo studente sui danni di una sostanza piuttosto che un'altra risulta anacronistico e sterile.

Se le Istituzioni – Sanità e Istruzione – non favoriscono l'apprendimento di competenze per gestire le sollecitazioni del vivere quotidiano, la dipendenza da qualcosa o da qualcuno resterà lo strumento di fuga dalla realtà più comodo.

Ringraziamenti:

Luisa Cutolo – psicologo volontario - per la fedele e solerte collaborazione.

Arianna Cozzolino – psicologo volontario - per l'entusiastico impegno.

15

L'ESPERIENZA DI PRESA IN CURA DI PAZIENTI ALCOLISTI IN UN AMBULATORIO A BASSA SOGLIA DI ACCESSO

Oddi Luana*, **Cattozzi Mariangela****,
Roberto Bosi***, **Zannini Angela******

Ambulatorio Ser.T a bassa soglia di accesso AUSL Reggio Emilia

**Dirigente Medico Tossicologo.*

***Infermiera Professionale.*

****Dir. Ser.T.*

*****Resp. SOS*

Area Tematica: alcol; RdD.

Premessa. La lotta contro i danni alcol correlati è una delle aree di interesse pubblico della WHO considerando che l'alcol è responsabile del 4% delle morti nel mondo ed è la terza causa di morbidità mentale associata alla povertà¹. Da non sottovalutare gli altri danni sanitari alcol-correlati e la sempre maggiore implicazione dell'alcol nel favorire la diffusione di malattie sessuali e in particolare l'HIV. Benché l'alcol sia tra le droghe più diffuse e facilmente reperibili ancora parziale è la risposta in termini di politiche sanitarie e d'investimenti su interventi tesi a ridurre le conseguenze dannose dell'alcol^{2,3}. Di fatto non è più rimandabile un piano di azione globale costituito di strategie politiche e sociosanitarie, declinabili in interventi di prevenzione e riduzione dei danni correlati, di trattamento e di sostegno sociale, la cui massima efficacia è data dalla contemporanea messa in atto di essi. In particolare, le strategie di Riduzione dei Danni (RdD) applicate finora prevalentemente in iniettori e.v. di sostanze stupefacenti, dovrebbero adottare interventi volti al contenimento delle conseguenze dell'abuso etilico^{4,5} al fine di ridurre le conseguenze negative associate a "stili di bere" rischiosi. Esse appaiono come l'unica "azione" possibile per coloro che sono in fase di pre-contemplazione o contemplazione rispetto le condotte di consumo specie se appartenenti a specifici target quali i giovani, ma anche, a nostro avviso, persone che vivono condizioni di marginalità (senza fissa dimora, stranieri irregolari, chi abbia perso delle stabilità economiche e/o sociali con l'avvenire della crisi economico – politica).

Obiettivo

Lo scopo di questo studio osservazionale descrittivo è quello di descrivere l'offerta di cura dell'ambulatorio a bassa soglia di accesso rivolta a utenti immigrati ad esso afferenti nel 2012 e con un quadro di abuso etilico, quale premessa a un successivo lavoro di analisi ed elaborazione dei dati raccolti in termini di esiti del trattamento e di benefici per la comunità locale.

Materiali e metodi

Parallelamente all'attività dell'Unità Alcolologica del servizio SerT di Reggio Emilia, si è avviato presso l'ambulatorio a bassa soglia di accesso, un intervento di presa in cura di etilisti attivi non ancora in grado di attuare un cambiamento rispetto le condotte d'abuso dell'alcol. In contemporanea sono stati avviati progetti di collaborazione tra Enti privati accreditati e Servizio alla persona del Comune di Reggio Emilia finalizzati a facilitare il contatto di questa tipologia di utenti con la rete dei servizi. Lo strumento utilizzato è stato il lavoro di outreach: andare incontro alla persona abusatrice di alcol (spesso senza fissa dimora e immigrate) nei loro luoghi di aggregazione (zona stazione, parchi) senza attendere un'eventuale richiesta di cura o sostegno. Le finalità dell'ambulatorio a bassa soglia di accesso, la cui attività ha avuto inizio nel Maggio 2011, sono quelle di modificare i comportamenti delle persone consumatrici, senza finalizzare gli interventi all'affrancamento dalla sostanza di consumo, ma in modo da ridurre i danni in termini di salute fisica, psichica e sociale, rivolgendosi soprattutto alla popolazione più emarginata e non in grado di formulare richieste specifiche. L'attività clinica si svolge in modo integrato con quella del SEI (Servizio Educativo Integrato), in grado non solo di rispondere ai bisogni primari delle persone (doccia, pasto, lavatrice) e di fornire i presidi sterili, ma anche di offrire supporto, ascolto, accompagnamento e orientamento. Gli operatori del servizio SEI diventano spesso riferimento significativo e di sostegno al percorso trattamentale e importanti interlocutori per il miglioramento della qualità della vita degli utenti, dei loro diritti individuali e universali. Altra area disciplinare divenuta parte integrante della nostra attività è la mediazione Linguistico Culturale (principalmente magrebina e russa) che ci permette di dare una lettura culturale delle condotte di abuso. L'ambulatorio ha un ruolo di tutela della salute oltre che individuale anche della comunità pubblica. L'accesso all'ambulatorio è diretto, anonimo, immediato, non condizionato a requisiti burocratici ed anagrafici e richiede solo che la persona sia maggiorenne e consumatrice di sostanze psicotrope. Nello specifico si offre: attività di counselling, materiale informativo tradotto in lingue diverse, orientamento e accompagnamento alle reti locali di intervento, erogazione di presidi di prevenzione, esami ematochimici e prestazioni infermieristiche; terapia farmacologiche; sostegno e mediazione dei conflitti (anche su un livello transculturale). La raccolta dei dati anamnestici clinici ed etnografici e, per gli stranieri non regolari, l'invio al Centro Famiglia Straniera per il rilascio della tessera STP è la premessa per la presa in carico. Per le persone afferenti è inoltre contemplato il trattamento residenziale per lo più di pronta accoglienza e di breve durata, volto alla salvaguardia della salute fisica e in grado di dare un sollievo dalla vita di strada. In sintesi, si cerca di offrire una possibilità di cura, di assistenza, di sostegno non necessariamente finalizzata alla riabilitazione, nella convinzione che una medicazione o la risoluzione di un sintomo possa rappresentare il passo iniziale per maturare il desiderio di un cambiamento e per raggiungere una qualità della vita

più dignitosa e di salute.

Pazienti

Nel corso del periodo sopra definito sono acceduti n=171 pazienti, di cui 43 (pari al 25,1%) dichiaranti un problema di abuso etilico. Di questi pazienti la maggior parte era di nazionalità marocchina (24/43, pari a 55,8%); i restanti pazienti erano 8 di origine tunisina (18,6%), 4 (9,3%) di nazionalità russa o est-europea, 4 di origine algerina o egiziana (9,3%) e infine 3 (pari al 7,0%) di origine italiana. Il genere per tutti, eccetto una paziente, era maschile. Se per la maggior parte dei casi l'alcol rappresentava la sostanza d'abuso primaria ed unica, per 13/43 (30,2%) soggetti si riscontrava un polibuso; in particolare la sostanza prevalentemente associata dichiarata era: per 8 pazienti la cocaina (18,6%), per 3 (0,7%) il THC e derivati (dato fortemente sottostimato, in quanto molti specie magrebini, pur consumando Thc, non lo consideravano problematico), infine 2 soggetti su 42 (0,5%), dichiaravano un abuso di psicofarmaci, principalmente benzodiazepine (clonazepam). La maggior parte di tali pazienti viveva in una condizione di irregolarità (perdita del permesso di soggiorno) e di senza fissa dimora.

Discussione

Gli interventi di riduzione dei danni finalizzati a ridurre le conseguenze negative associate a "stili di bere" rischiosi, si arricchiscono e completano con la flessibilità degli interventi, la tempestività e intensività delle cure psico-fisiche e farmacologiche, la disponibilità all'ascolto, il counselling frequente. Gli strumenti relazionali si ispirano ai principi del colloquio motivazionale di Prochaska e Di Clemente⁶. Gli interventi di RdD in tale ambito di consumo possono essere variegati, dipendendo innanzitutto dalla specifica tipologia di abuso etilico considerato. Ad esempio per una popolazione quale quella giovanile universitaria⁴, presa in considerazione dalla maggior parte degli studi, comprende strategie di "protezione" che si possono affiancare ad altre più generali che agiscono sull'"ambiente" (accesso limitato, norme): alternare bevande alcoliche e analcoliche; ridurre la quantità di alcol o dilutare il tempo di assunzione; ridurre le occasioni di bere; bere a "stomaco pieno" ecc. Pur molto differenti come target, pensiamo siano molte le analogie tra popolazione universitaria e la nostra utenza in termini di strategie di auto-tutela potenzialmente efficaci e di modalità di abuso: consumo tipo binge, non associato ai pasti, mix tra diverse tipi di bevande spesso di scarsa qualità (basso costo), psicofarmaci e/o THC, concentrato nelle ore serali. Si rivela inoltre scarsa consapevolezza degli effetti psicotropi e sanitari dell'alcol, ma anche del disagio psicologico sottostante. Come evidenziato in molti studi, però, tali strategie di autotutela seppur efficaci^{7,8,9}, sono limitatamente adottate dagli utenti per la difficoltà di applicarle nel loro abituale contesto e quando si beve con gli altri. L'alcol in tale ottica assume non solo un valore "consolatorio" (per i sfd l'alcol aiuta ad annullare, dimenticare le difficoltà della notte e la durezza del freddo), ma anche socializzante e aggregativo. Prezioso diventa allora un lavoro di

educazione/informazione, in collaborazione con gli operatori del SEI e il mediatore, con un approccio non giudicante e non confrontazionale. È importante comprendere il contesto di vita, le risorse personali e sociali e lo stato motivazionale della persona^{6,10}. La comprensione di quanto l'utente può e vuole fare in quel momento guiderà nella scelta della strategia personale di tutela possibile in quel momento: di tipo cognitivo-comportamentale per la persona pronta ad agire, motivazionale per la persona in stato contemplativo. Non è utile mirare all'astinenza, né elencare tutti i lati negativi del bere, se la persona non sperimenta negatività nelle sue condotte o se i fattori positivi hanno maggiore valenza. In molti casi si è assistito al raggiungimento dell'astensione da parte di utenti che hanno richiesto percorsi più strutturati, a dimostrazione che la RdD e l'approccio dei 12 passi possono essere complementari¹¹. O ancora, la presa in cura è esitata nella consapevolezza di poter dare un significato diverso al progetto migratorio interrotto, attuando un rientro nel paese di origine. Nel follow-up ambulatoriale particolare attenzione si dà ai markers tossicologici^{12,13,14,15}: l'utente può sottostimare l'entità dell'abuso etilico; c'è minore capacità di "sostenere" un setting clinico strutturato e l'intervista anamnestica¹², in parte per la stessa azione dell'alcol sulle capacità cognitive; minore valenza del questionario CAGE nei consumi tipo binge. Inversamente molti marcatori di abuso etilico possono risultare nella norma in soggetti giovani; tale "falsa negatività" può essere ridotta determinando il CDT. Tale approccio di presa in cura se da una parte è ben accetto dall'altra è spesso interrotto, per lo più da utenti immigrati, in cui l'abuso etilico è secondario a disagio sociale e per le quali il permesso di soggiorno è garanzia di accesso a trattamenti integrati a interventi sociali. La nostra esperienza conferma che un percorso terapeutico è meno efficace se il supporto sanitario non si associa a un percorso di risoluzione del fallimento sociale: offrire una dimora a chi non l'ha può rafforzare il percorso trattamentale. Ci siamo trovati di fronte a una peculiare tipologia di utenza, che rappresenta una "nuova povertà". L'afflusso di tali consumatori etilisti si è infatti evoluto parallelamente alla crisi economica, che ha precarizzato fasce di popolazioni già deboli e povere di una rete socio-familiare quali quelle degli immigrati, per i quali l'abuso etilico è l'esito di un processo di deriva sociale: con la perdita del lavoro, hanno perso casa, la possibilità di inviare soldi nel loro paese, il permesso di soggiorno e sono andati incontro a una crisi identitaria e personale. Rilevante per prevenire danni sanitari e la perdita di accesso a sostegni socio-assistenziali è la precocità di contatto nella fase di passaggio dalla perdita di lavoro alla fase di "irregolarità".

Conclusioni

L'affiancamento ai centri alcolologici di ambulatorio a bassa soglia di accesso realizzando una maggiore continuità dei percorsi di assistenza, favorisce la ritenzione in trattamento, con ripercussioni positive sulla qualità di vita del singolo e sulla salute pubblica. Esso ha effettivamente risposto a un bisogno

emergente sanitario contestualizzato a dinamiche socio-politiche della città di Reggio Emilia che pur non avendo una dimensione metropolitana è interessata dai problemi sanitari correlati alla povertà a conferma della diffusione trasversale di quest'ultima.

Bibliografia

1. OMS, World Health Report, 1997.
2. Van den Brink W. J Psychopharmacol. 2013;27(3):248-55.
3. Mc Donald D. Drug Alcohol Rev. 2011;30(1):96-100.
4. Rosenberg H, Pavlick M. J American College Health. 2011;59(8).
5. Casswell S. The Lancet. 2009;373 (9682):2247.
6. Prochaska & DiClemente. Edz SS Hill. 2005.
7. Whiteside U, Crouse JM, Pedersen ER and Larimer ME. Clin Psychol. 2010;66(2):150-163.
8. Marlatt GA, Quigley LA, et al. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1998;66:604-615.
9. Logan DE, Marlatt GA. J Clin Psychol. 2010;66(2):201-14.
10. Miller WR & Rollnick S. Edz. Erickson. 2004.
11. Lee HS, M Engstrom M, Petersen SR. Subst Use Misuse. 2011;46(9):1151-61.
12. Leichsenring F, Salzer S, Leibing E. Am J Psychiatry. 2009; 166:1162-1169.
13. Blazer DG, Wu LT. Alcohol Alcohol. 2008;43:446-450.
14. Waszkiewicz N, Zwierz K et al. Addiction. 2003;98(suppl 2):81-91.
15. Neumann T, Spies C. The Scientific World Journal. 2011;11:1804-1811.

LA MAPPATURA DELLE SALE DA GIOCO. UN'ESPERIENZA DI RICERCA AZIONE NEL CONTESTO DELLA PEER EDUCATION

Daniele Pavese

Psicoterapeuta, Asl 4 Chiavarese

Il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze dell'Asl 4 Chiavarese ha continuato il suo lavoro di prevenzione dei comportamenti a rischio, implementando il progetto di peer education nelle scuole superiori del territorio.

In particolare una ventina di ragazzi hanno continuato a formarsi rispetto alle tematiche legate alle abilità sociali, insieme ad alcuni operatori del servizio, per poi approfondire una parte specifica sul gioco d'azzardo, sia tramite gli incontri di approfondimento, sia attraverso una parte maggiormente attiva. In questa seconda sessione del laboratorio, i ragazzi hanno sviluppato un'indagine sulla diffusione del gioco tra i coetanei ed un lavoro di studio delle sale, attraverso una mappatura dei luoghi del gioco all'interno della città in cui vivono, cioè Chiavari.

Tale modalità operativa si può inserire nell'area scientifica della ricerca-azione, in cui l'impianto conoscitivo che il soggetto si propone di studiare diventa allo stesso tempo performativo di quella stessa realtà. Il soggetto non è un mero ricercatore che vuole dedurre delle conclusioni a partire da ipotesi di base, ma diventa un attivo membro del contesto che lo circonda, modifica la realtà di cui fa parte e concorre a creare conoscenza e sapere intorno ad una determinata fetta di mondo.

È sorta dunque l'urgenza di svolgere un'esperienza urbana. Perché mappare le sale da gioco o comunque conoscerle e studiarle?

Perché, partendo dall'assunto teorico di Augé sui non-luoghi o sui presupposti della psicologia di comunità, il vissuto di mondo che caratterizza il soggetto, la percezione di appartenenza, di condivisione, di sviluppo del senso di vicinato e di comportamenti proattivi non è qualcosa di connaturato nella persona, ma qualcosa che può essere amplificato o limitato in base al contesto di cui si fa parte.¹

I luoghi che viviamo si intersecano con il senso più intimo del proprio vissuto, l'uomo-senza-ambiente è una versione cui rischia di trasportare l'idea di città contemporanea, quella in cui ogni rischio di incontro con l'alterità, la differenza, l'esterno, viene ossessivamente bandito.

La costruzione ad hoc di luoghi chiusi, separati dal contesto, ha come mira quella di chiudere il soggetto, prima ancora che nella propria casa, nel proprio confine interiore. Di consumatore di oggetti, utente di

prestazione e servizi. La stessa limitazione degli spazi verdi, dei centri storici pedonali, la proliferazione di parcheggi, la decostruzione delle piazze, la proliferazione di spazi residenziali autossussistenti e poco in contatto col resto della città, è in linea con l'idea che la persona da casa possa essere auto assistente, senza quasi dover uscire, incontrare gli altri.

Il gioco, nel suo carattere ubiquitario (si gioca tranquillamente da casa, su internet, o nelle sale della città), rappresenta proprio l'espressione dell'atopos, del senza luogo, del contesto che non ha nessun carattere storico e temporale. Le sale infatti proliferano, ma come un intruso nel contesto urbano, non hanno rapporto con ciò che li circonda e concorrono a svincolare i territori dalle proprie radici, oltre al fatto di creare un generale impoverimento e abbruttimento del quartiere in cui sono organizzate.

La città in cui si vive può essere dunque pensata come una mappa; come una mappa simbolica, ma anche una mappa geografica. La mappa non è sicuramente il territorio, è però una costruzione teorica, un'ipotesi scientifica che ci permette di creare uno sfondo di elaborazione condiviso.

Dunque ci interessava poter co-costruire una mappa (semantica e geografica) dei luoghi innanzitutto, ma anche dei vissuti ad essi associati, secondo le intersezioni emotive, le false speranze, le aspettative, le disillusioni, le rotture, le sconfitte che in questi luoghi si consumano. Le sale da gioco come nuove "cattedrali" del post-modernismo, come templi atei, di cui studiare gli aspetti persuasivi e la capacità mimetica nel contesto urbano. Né troppo dentro, né troppo fuori, lì a creare nuovi consumatori o adepti che dir si voglia.

Una ricerca allora che possa dirsi anche politica, nel senso di poter portare alla cittadinanza (cosa effettivamente avvenuta nel convegno "Facce da Peer" del maggio 2013) un problema, una questione aperta, una parentesi di riflessione di fronte ad operatori, addetti ai lavori, politici comunali, gestori di sale, studenti e curiosi.

I ragazzi sono giunti al desiderio di svolgere un lavoro di ricerca a partire dal desiderio di noi operatori. In tal senso si evince il carattere intergenerazionale della peer education, in cui l'adulto non svolge un ruolo di guida, di fonte unica e incontestabile del sapere, ma funge piuttosto da stimolo, da interlocutore vivo e desiderante. Questo poiché la differenza che esiste, di età, relazioni, stili di vita, va risaltata nel senso dell'incontro, ovvero di "qualcosa che accade", che fa breccia negli interlocutori, che rompe un equilibrio, piuttosto che ripristinarlo, qualcosa che crei un movimento, un'apertura, la voglia di una ricerca di senso. Con questi presupposti, riflettendo prima negli incontri vis a vis intorno al costruito di dipendenza, ci siamo poi chiesti in che modo questa potesse venire incoraggiata da stimoli ambientali, analizzando le caratteristiche architettoniche e urbane delle sale da gioco.

Dove sono ubicate nel contesto urbano? Nel centro storico, vicino a punti sensibili e molto frequentati dai ragazzi? Che tipi di messaggi lanciano ai passanti dalle loro vetrine? Che colori vengono utilizzati? La strate-

gia persuasiva fa leva su quali contenuti?

Tutto ciò a partire da riflessioni che possono avvenire già all'esterno della sala; dall'interno poi ci siamo fermati a riflettere su altre componenti. In che modo le slot possono avere un effetto di iper-coinvolgimento? Quali caratteristiche dell'ambiente incidono a rafforzare la concentrazione del giocatore sul gioco, senza distrarlo? Le relazioni umane all'interno delle sale come si configurano? Vengono rinforzate o annullate? In che modo?

Abbiamo svolto un tour che andasse ad individuare le sale del centro e della periferia della città. Siamo entrati in alcune di queste, svolgendo delle riflessioni a caldo che sono confluite in un video, proposto in sede di convegno.

Innanzitutto la distribuzione sul territorio ha confermato le nostre ipotesi. Le sale sono egualmente presenti su tutto il territorio; quelle in centro sono meno appariscenti e spesso il dentro è protetto dagli sguardi indiscreti dei passanti. Come un involucro chiuso e buio, che crea curiosità e attrazione, dal di dentro, mentre verso il fuori i messaggi sono tesi a catturare chi passa, sia tramite i colori (dal verde del tavolo da gioco o della speranza, al rosso e il nero, i colori della roulette), che tramite l'apposizione di manifesti con la portata delle vincite ottenute.

Dunque la facile accessibilità, la vicinanza alle strade pedonali o comunque ad arterie stradali molto calcate, induce a fermarsi. Chi decide di entrare non può essere visto e una volta entrati ci si trova in un'altra dimensione e tale stacco viene alimentato dall'enfasi del passaggio. Si solca una linea, si supera il consueto, si entra su una giostra che lascia fuori il mondo, lascia fuori la propria identità e le proprie relazioni. All'entrata non vengono chiesti documenti, vediamo che il punto luce è spesso rappresentato dal bar e dall'unico riferimento parlante che incontriamo; l'addetto che ci saluta. La sala invece pare una cabina di una nave, un container rettangolare spesso, ove mancano riferimenti spazio-temporali saldi. Non ci sono finestre e mancano orologi; non a caso la perdita (di riferimenti simbolici e identitari, ma anche di denaro) viene sostenuta, incoraggiata.

Chi gioca, pare lì da molto, o comunque dà l'idea ai ragazzi di una concentrazione smodata, di un rapimento, piuttosto ansioso che estatico. Il controllo delle slot è minuzioso, notiamo che un pulsante indica che una volta svolta una puntata, si hanno cinque secondi per svolgere la successiva, altrimenti la slot si blocca. E' la slot che con queste caratteristiche governa la persona, gli detta i tempi e gli impone le regole. Per chi ha già in sé il demone dell'eccesso, l'incapacità a governare tensioni ed autolimitarsi, tale incontro diventa perfetto. Uomo e macchinetta fanno uno, si incontrano nella dimensione mortifera della ripetizione.

I Peer sono rimasti molto colpiti dal sentimento di alienazione che caratterizza il contesto delle sale. Dal punto di vista relazionale, non esistono dialoghi, le persone sono vicine, ma ognuna è concentrata sulla slot e vi sono cartelli che ricordano che non bisogna disturbare chi sta giocando. La parola è bandita e, in alcune sale visitate, il responsabile ci ha raccontato che vengono offerte bibite e sigarette a chi gioca. E

questo porta all'ultima considerazione emersa, quella intorno ai corpi dei giocatori. Sono persone spesso in una posa ansiosa, agognante, circondati da piaceri indotti (fumo, alcool, aperitivi); ma nell'ambiente si sente un odore spesso acre, di sudore. Sono corpi immobilizzati, ma rapiti da una tensione visibile nei loro sguardi, nelle loro pose e sensibile anche dal punto di vista olfattivo.

La distribuzione dei centri del gioco attira target diversi di giocatori; la sala delle scommesse sportive e delle corse dei cani è vicina al Carruggio Dritto, al centro nevralgico dell'isola pedonale, in cui i ragazzi gravitano e trascorrono le giornate. Le sale slot sono lievemente decentrate, ma in luoghi di passaggio, molto calcati e comunque affianco a locali commerciali abbastanza anonimi in modo da risaltare, in un contesto urbano vissuto ma non troppo centrale. La sala corse invece si situa sul lungomare, è sempre stata lì dalla sua apertura ed è diventata un punto di riferimento, abbastanza vicino anche alla stazione dei treni e dei bus. L'urbanistica delle sale ci sottolinea, nel caso della città presa in esame, quanto siano radicati i luoghi del gioco nel tessuto urbano, in maniera capillare e distribuita, come tanti punti che uniti creano una rete che copre tutta la città. Dalla mappatura è nato il desiderio di approfondire l'iniziativa del movimento No-Slot, in cui invece vengono censiti i locali virtuososi che scelgono di non avere al loro interno macchinette; dalla mappatura a livello nazionale sta nascendo un sito, in cui anche Chiavari compare, per ora solo in maniera eccezionale rispetto soltanto a pochi esercenti.

¹ Come afferma l'antropologo La Cecla "nuovamente crediamo che noi siamo fatti della stessa carne di cui sono fatti i luoghi e che per questo tra noi e loro c'è una strana corrispondenza e somiglianza. Siamo le mappe di noi stessi e dei luoghi che ci circondano, così come questi diventano le mappe del nostro corpo e dei nostri sensi", in *Perdersi, l'uomo senza ambiente*, Laterza, Roma-Bari, 1988, pag 158.

DAL PROGETTO GAP AL CEDISS: VERSO LA STANDARDIZZAZIONE DEI TRATTAMENTI

Francesca Picone, Alessandro Lipari, Silvana Scardina, Tommaso Dimarco
ASP PALERMO

Il Progetto GAP, nato nel 2006 all'interno dell'allora Ser.T del Distretto 13 di Palermo, ha sviluppato nel tempo uno specifico modello di trattamento del Gioco d'azzardo Patologico. Più di recente, dopo sei anni di attività dell'ambulatorio specialistico, ci si è avviati verso la realizzazione del CeDiSS (Centro Dipendenze Senza Sostanze), all'interno del quale prendere anche in carico le altre forme di dipendenze comportamentali.

Inoltre, ultimamente, il gruppo di operatori, sebbene ritenga ormai validato sul piano esperienziale il modello d'intervento specifico per il gioco d'azzardo patologico, visto il costante incremento di richieste di presa in carico nel tempo, nonché gli esiti del trattamento rispetto al numero dei drop-out, ha sentito purtuttavia l'esigenza di mettere a fuoco più opportunamente attraverso un assessment mirato le scelte che sottendono le strategie terapeutiche.

Tali percorsi prevedono ad oggi dopo un'adeguata preliminare valutazione clinica, anche rispetto alla comorbidità, l'attivazione di programmi terapeutici individualizzati, tramite l'attività di counselling, di terapia individuale e di coppia e/o familiare.

In questi ultimi anni, infatti, il boom del mercato dei giochi d'azzardo in Sicilia, come in tutta l'Italia - scommesse ippiche, scommesse sportive, lotto e superenalotto, totocalcio e totogol, gratta e vinci, bingo, slot machines e svariatissimi tipi di lotterie - è sotto gli occhi di tutti e muove degli atteggiamenti contraddittori, da una parte di fascinazione e seduzione, dall'altra di perplessità e preoccupazione, tanto più in quanto la comparsa del fenomeno del gioco on line (in primis, il poker), ha determinato una sostanziale modifica degli scenari del gioco, finora noti e consolidati. Continuiamo ad assistere, infatti, a più cambiamenti, sia in termini di offerta quantitativa, che qualitativa, con un evidente sempre maggiore coinvolgimento di nuove fasce sociali.

Fino ad oggi, è vero che il gioco d'azzardo ha svolto più funzioni sul piano sociale, quali quella di fungere da antidoto contro la depressione, di favorire la socializzazione, di poter rappresentare una forma di fuga, evasione, avventura a poco prezzo, forse anche di sogno di cambiare la propria vita o di migliorarla, ma anche quella di costituire un contenitore di frustrazioni, fino ad avere una notevole importanza per avere un ruolo e/o una propria identità.

Il più recente passaggio al gioco d'azzardo on-line, invece, si sta caratterizzando per alcune differenze

rispetto al gioco tradizionale: la velocità dei tempi (basta un clic.), la mancanza della ritualità (è improntato sul consumo, più veloce è, meglio è), la perdita degli aspetti di socialità (si gioca in solitudine davanti lo schermo del computer), l'assenza della manualità; tutto è stato spostato sulla tecnologia, a favore dell'invisibilità, della globalità, di una bassa soglia di accesso, della semplicità e, in più, con il vantaggio/svantaggio di una riscossione immediata.

Tutto ciò sta aprendo scenari assolutamente inediti sia in termini sociali che psicopatologici, che impongono un aggiornamento tempestivo alla riflessione clinica. Infatti, da tempo la ricerca psicologica sul gioco d'azzardo ha evidenziato la presenza di alcuni tratti di personalità specifici nel GAP; nei pazienti con dipendenza da gioco d'azzardo è stata rilevata più frequentemente la presenza di tratti sul versante dipendente, ossessivo-compulsivo, narcisistico ed antisociale (Ortiz-Tallo M., Cancino C., Cobos S., 2011), tratti legati all'esperienza di forti emozioni negative (Miller J.D. 2013), impulsività come tratto (Odlaug B.L., Schreiber L.R., Grant J.E., 2013); i tratti di personalità evidenziati nei giocatori patologici sono simili a quelli riscontrati nelle persone con dipendenza da sostanza, confermando ulteriormente i punti di contatto tra dipendenze da sostanza e GAP (Maclaren V.V., Fugel-sang J.A., Harrigan K.A., Dixon M.J., 2011).

In particolare, l'alestitimia, come disturbo della regolazione degli affetti, è attualmente considerato un importante fattore di rischio aspecifico verso vari disturbi psicofisici (Kano M., Fukudo S., 2013). Anche nel GAP è stata riscontrata la presenza di un funzionamento mentale alestitimico (Toneatto T., Lecce J., Bagby M., 2009), evidenziando come questo disturbo possa configurarsi come fattore di rischio per lo sviluppo del GAP (Bonnaire C., Bungener C., Varescon I., 2013). Poco indagata, invece, appare la dimensione della rabbia nei giocatori patologici, che nell'esperienza clinica degli autori sembra invece avere una rilevanza tutt'altro che di secondo piano (Korman L., 2008).

Verranno presentati in maniera sintetica le premesse teoriche, il modello d'intervento e i dati relativi all'esperienza clinica, mettendo in evidenza come sia possibile l'estensione di tutto ciò alle altre forme di dipendenza senza sostanze.

18

MAMMA BEVE BIMBO BEVE Ricerca, comunicazione e clinica per la prevenzione del Fetal Alcohol Spectrum Disorders, sviluppo della rete di comunica- zione in Europa

Patrizia Riscica

Direttore f.f. Ser.D 3 - Distretto 3 Mogliano Veneto

Il termine Alcohol Spectrum Disorders (FASD) descrive un'ampia gamma di problemi che possono verificarsi in un individuo la cui madre ha consumato alcol durante la gravidanza, quali disabilità fisiche, mentali, comportamentali. Il FASD è al 100% evitabile se una donna si astiene dall'alcol in gravidanza. In questo ultimo quinquennio le varie azioni realizzate dall'Azienda ULSS n. 9 di Treviso in seno alla campagna "Mamma Beve Bimbo Beve" sono il frutto di una strategia di approccio ai temi di salute pubblica.

Obiettivi della campagna sono:

- aumentare la consapevolezza del FASD nelle donne in età fertile e nella popolazione generale;
- aumentare le informazioni corrette e sollecitare l'attivazione delle istituzioni pubbliche e private sul tema.

Tale strategia consiste nella giusta combinazione tra diverse aree d'intervento, quali la ricerca, la formazione e l'informazione/educazione, che vedono coinvolti sia i professionisti del settore sociosanitario, sia la popolazione. La campagna di marketing sociale attivata nel 2010 ha utilizzato un visual creato da Fabrica, centro di ricerca sulla comunicazione di Benetton Group, il famoso feto nel bicchiere che ha avuto grande diffusione e successo in Italia e all'estero. La valutazione effettuata nel 2011 sull'impatto dell'immagine sulla popolazione ha dato ottimi risultati: il campione di 690 genitori testati nei punti vaccinali dell'ULSS 9, ha dimostrato che l'84% del campione ricorda l'immagine e il 93% di questi ricorda il messaggio di salute proposto dall'immagine. L'Az. ULSS n. 9 di Treviso può oggi rendere evidente l'efficacia di un lavoro, unico nel suo genere, di concertazione tra servizi e territorio, in cui azioni di marketing sociale e di empowerment comunitario ben si coniugano con la prevenzione e la promozione della salute. Tutto ciò ha destato l'interesse di varie organizzazioni internazionali, tra cui "European Fetal Alcohol Spectrum Disorders Alliance" (EUFASD) che ha proposto di avviare nel 2014 un'azione di sensibilizzazione coordinata a livello di regione europea. Questa iniziativa vede coinvolte numerose organizzazioni governative e non, con lo scopo di condividere obiettivi, contenuti e risorse per sviluppare una campagna di comunicazione integrata, la cui efficacia sarà valutata.

Il progetto europeo intende avvalersi dell'esperienza realizzata all'interno dell'Az. ULSS 9 di Treviso, con la campagna di comunicazione integrata "Mamma Beve Bimbo Beve", utilizzando strumenti di comunicazione tradizionali e non convenzionali, anche con l'uso dei social media per una maggiore integrazione della rete di comunicazione sul FASD e strumenti specifici di marketing sociale. Si basa su un'azione di comunicazione integrata finalizzata a realizzare gli obiettivi di cui sopra, da progettare e definire con il partner creativo, identificato ancora una volta in Fabrica di Benetton Group. E' strettamente funzionale all'area d'interesse che è la regione europea OMS, con il coinvolgimento 25 nazioni e 44 ONG, associazioni nazionali rappresentative del FASD, Centri Medici di Ricerca, Università, e infine alcune Agenzie Governative. L'efficacia del progetto sarà valutata in collaborazione con un partner scientifico. Il progetto è stato presentato alla giornata dedicata al tema "Protecting the Unborn Baby from Alcohol" il 17 settembre 2013 al Parlamento Europeo di Bruxelles e il 23-25 settembre a Edmonton (Canada) alla Conferenza Internazionale sulla Prevenzione del FASD.

La comunicazione

L'azione a livello europeo, con strumenti multicanale. L'azione punterà a:

- utilizzare social media marketing, sfruttando l'effetto rete per diffondere il messaggio
- cercare di coinvolgere attivamente i cittadini
- avere coerenza tra tutti i media coinvolti
- essere un'azione di grande impatto per attivare il passaparola di rete in rete
- coinvolgere tutti i paesi con la presenza e il supporto dei soggetti interessati.

19

LA TIPOLOGIA DEL PAZIENTE RICOVERATO NEL REPARTO DI RIABILITAZIONE ALCOLOGICA DELLA FONDAZIONE RICHIEDEI DI PALAZZOLO SULL'OGGIO (Brescia)

Luigina Scaglia, medico responsabile

Alessia Mediolì, medico di reparto

Marco Renaldini, psicologo

Sabrina Ferrari, Alessia Pizzocolo, educatrici

Riabilitazione alcolica della Fondazione Richiedei di Palazzolo sull'Oglio-Brescia

AREA TEMATICA: Dipendenza da alcol

Introduzione

Questo lavoro è relativo al reparto di **Riabilitazione alcolica (U.O. di Riabilitazione generale geriatrica ad indirizzo Alcolologico)** che è stato aperto presso il Centro Medico di Palazzolo s/O nell'ottobre del 2010 con delibera della Regione Lombardia n°VIII/011035. È un servizio residenziale che:

- può ospitare fino ad un massimo di 15 persone maggiorenni
- accoglie persone con problemi alcol-correlati esclusivamente presentati dai NOA (Nuclei Operativi Alcolologici) o da analoghi servizi territoriali (SERT-SMI)
- prevede un colloquio preliminare all'ingresso condotto con l'alcolista e la sua famiglia in cui vengono spiegate obiettivi strumenti modalità e tempi della terapia riabilitativa: solo una comprensione del trattamento e una motivazione adeguata permettono di accedere al ricovero
- non accoglie pazienti direttamente dai reparti ospedalieri né da pronto soccorso, né dal medico di medicina generale (salvo accordi con i servizi territoriali)
- prevede una durata del ricovero di quattro settimane
- segue per ciascun ospite un programma coerente con gli obiettivi del Servizio inviante e prepara la dimissione verso il progetto che tale Servizio ha previsto
- pertanto costituisce uno strumento a servizio dei NOA/SERT/SMI del territorio di appartenenza dell'ospite.

Finalità

Questo lavoro si propone di valutare la tipologia del paziente che accede al reparto di riabilitazione alcolica della Fondazione Richiedei di Palazzolo sull'Oglio

Metodo

Si sono considerati i dati relativi agli ultimi 13 mesi (dal 1° agosto 2012 al 31 agosto 2013) che rappresentano un campione pari al 36,11 % del totale.

Si sono prese in considerazione tutte le schede di preaccoglienza inviate dai servizi territoriali e si è valutata la percentuale di ricoverati.

L'analisi è stata poi compiuta sui pazienti ricoverati:

- età media e sesso
- la modalità di dimissione
- la presenza di altre dipendenze (specificandone la tipologia)
- la presenza di patologia epatica e psichiatrica note prima del ricovero
- la presenza di patologie di nuovo riscontro (identificate durante il ricovero)
- il percorso post-dimissione
- l'inserimento di terapia avversivante o con acamprosato

Risultati

- **le domande di ricovero totali** (ottobre 2010-agosto 2013) sono state 267 di questi sono stati ammessi al ricovero 193 pazienti pari al **72,28%** di cui 73 donne = **37,82%** e 120 uomini = **62,18%** età media **46,38**
- **modalità di dimissione** : su 193 pazienti ricoverati: 11 pazienti si sono autodimessi = **5,69%** 167 pazienti hanno terminato il percorso = **86,52%** 8 pazienti sono stati dimessi anticipatamente per mancato rispetto delle regole = **4,14** 7 pazienti sono attualmente ricoverati = **3,62%**
- **presenza di altro tipo di dipendenza:** su 193 pazienti ricoverati:
 - 61 pazienti dipendenti da altre sostanze = **31,60%** di cui 4 dipendenti da cannabis = 6,55% 11 dipendenti da cocaina = 18,03% 4 dipendenti da eroina = 6,55% 42 poliassuntori = 68,85% 3 in terapia metadonica = 4,91% di questi 61 pazienti 6 attivi all'ingresso = 9,83%
 - 4 pazienti dipendenti da gioco = **1,55%**
- dei 167 pazienti che hanno concluso la degenza è stato valutato:
 - **il tipo di percorso post-dimissione** che è sempre stato concordato con il servizio inviante: 42 pazienti sono stati direttamente accolti in CT = **25,14%** 124 riaffidati al Servizio inviante = **74,25%** 1 reimpatriato = **0,59%**
 - **il tipo di terapia di prevenzione della ricaduta** (concordato con il servizio inviante): 88 pazienti non hanno avuto terapia = **52,69%** 28 pazienti sono stati dimessi con acamprosato = **16,76%** 3 pazienti sono stati dimessi con acamprosato e disulfiram = **1,79%** 48 pazienti sono stati dimessi con disulfiram = **28,74%**
- **la presenza di patologia epatica e psichiatrica note prima del ricovero** sui 193 pazienti
 - 55 noti per epatopatia = **28,49%** (67,27% epatopatia steatosica, 32,73 cirrosi epatica)
 - 59 noti per patologia psichiatrica = **30,56%**
- **la presenza di patologie di nuovo riscontro (identificate durante il ricovero)**

sui 167 dimessi a conclusione del percorso:

- in 114 pazienti riscontro di epatopatia = **68,26%** (96,49% epatopatia steatosica, 2,63% cirrosi epatica, 0,87% HCC)
- in 46 pazienti patologia psichiatrica = **27,54%**
- in 38 pazienti riscontro di encefalopatia = **22,75%** (68,42% corticoatrofia, 7,84% encefalopatie vascolari, 23,68% miste)
- in 9 pazienti patologie ortopediche = **5,38%**
- in 5 pazienti patologie dell'apparato digerente = **2,99%**
- in 3 pazienti patologie ematologiche = **1,79%**
- in 3 pazienti patologie dermatologiche = **1,79%**
- in 2 pazienti patologie venose = **1,19%**
- in 2 pazienti ipertensione arteriosa = **1,19%**
- in 2 pazienti patologia polmonare = **1,19%**
- in 1 paziente patologia neurologica = **0,59%**
- in 1 paziente patologia oculistica = **0,59%**
- **0** in 1 paziente patologia cardiologica = **0,59%**

CONCLUSIONI

1. La presenza di polipatologie riscontrate durante il ricovero significa che l'alcolista spesso "sfugge" ad inquadramenti clinici territoriali
2. L'importante nuovo riscontro di patologie psichiatriche, encefalopatie ed epatopatia determina un'affidamento del paziente a nuovi servizi (CPS, centri UVA, reparti di epatologia) e determina progetti personalizzati
3. La presenza di polidipendenza determina la necessità di formazione degli operatori sulla dipendenza in generale
4. Il lavoro in rete con i servizi si impone per la presa in carico corretta
5. La tipologia del paziente è pertanto quella di un adulto, spesso polidipendente, con necessità di inquadramento clinico e di identificazione di percorsi post-dimissione individualizzati e diversificati che pretendono il coordinamento da parte dei servizi territoriali.

20

IL CARCERE SI APRE ALLA FAMIGLIA DALLA FRATTURA ALLA RICOMPOSIZIONE

*Sabrina Sola, *Anna Maria Cavagnetto,

Sara Zazza, *Enrico Teta

*Psicoterapeuta,

***Responsabile Servizio Dipendenze – Area Penale c/o C.C. Lorusso e Cutugno

**Psicoterapeuta, Servizio Dipendenze Distretto C4 Dipartimento Dipendenze 1, A.S.L. T02, Torino

Il contesto

Il DPR 230 del 1999 ha determinato il passaggio di tutte le funzioni sanitarie dal Ministero di Giustizia a quello della Salute. A seguito di ciò anche la gestione clinico – organizzativa dei programmi terapeutici – riabilitativi per soggetti con Disturbo da Uso di Sostanze, svolti presso la Struttura a Custodia Attenuata della C.C. "Lorusso e Cutugno" di Torino, è passata al Servizio Dipendenze – Area Penale dell'A.S.L. T02, che opera all'interno dell'istituto. La S.C.A. "Arcobaleno" rappresenta una struttura alternativa al normale circuito carcerario, in cui vengono attuati gli interventi terapeutici per i detenuti con patologie da dipendenza che non hanno posizioni giuridiche o detentive incompatibili con il regime penitenziario a custodia attenuata. Ha una disponibilità di cento posti, dieci dei quali appartengono al Settore Femminile.

La persona arrestata che, all'ingresso in carcere, si dichiara portatrice di una problematica correlata con le sostanze stupefacenti o con l'alcool, accede ad una fase di valutazione clinica svolta nei padiglioni a regime ordinario, con la finalità di accertare lo stato di abuso o dipendenza e definire un progetto terapeutico - riabilitativo condiviso. Tale attività viene svolta dagli operatori del Primo livello del Ser.D. - A.P. Nel momento in cui il paziente/detenuto esprime la volontà di iniziare un percorso terapeutico - riabilitativo, viene valutata la richiesta ai fini dell'idoneità per i percorsi clinici della S.C.A. "Arcobaleno". Prima dell'ingresso è richiesta la firma di un contratto terapeutico, attraverso il quale l'utente sottoscrive le regole della struttura e gli obiettivi terapeutici, concordati con gli operatori del Ser.D. - A.P. e del Ser.D. di competenza territoriale.

Le premesse del Progetto di Terapia Familiare

Le autrici di questo progetto sono psicoterapeute di formazione sistemico – relazionale, che hanno maturato una esperienza decennale all'interno del contesto penitenziario. Il progetto nasce da una sfida che si vuole tentare in un contesto molto peculiare, come quello del carcere, dove il paziente si trova a svolgere un percorso di trattamento sul modello comunitario, ma di fatto, proprio perché lo svolge all'interno del

carcere, è separato dagli affetti familiari che incontra per sole sei ore mensili, in un luogo che lascia poco spazio alla riservatezza, all'affettività e alla condivisione del lavoro clinico da lui intrapreso. La famiglia, di origine o costituita, viene a trovarsi esclusa dal trattamento clinico e non si trova nelle condizioni di poter capire il percorso di cambiamento del proprio familiare all'interno del carcere. Inoltre i presupposti di sicurezza della istituzione penitenziaria non consentono di potere pensare a uno spazio di trattamento che coinvolga i familiari.

L'obiettivo è stato dunque quello di pensare ad un progetto che superasse le separazioni e gli isolamenti propri di un contesto detentivo, prevedendo l'inclusione della famiglia nel percorso clinico. In questo modo, anche per la famiglia, si è potuto utilizzare una cornice più coerente con la logica della cura basata sulla riparazione/ricomposizione degli accadimenti e degli affetti, creando una connessione tra il sistema individuale e quello familiare. Il paziente, inserito nei programmi terapeutici della S.C.A. Arcobaleno, infatti, ha avviato un processo di cambiamento individuale che modificherà il suo stare in famiglia. L'immagine che la famiglia ha del proprio familiare è simile ad una vecchia foto, risultato di una storia familiare peculiare e di dinamiche relazionali prevalentemente connotate dalla patologia da dipendenza; per cui, accanto ad essa, deve essere scattata una nuova foto, risultato del percorso comunitario e terapeutico individuale, che consenta di intravedere i cambiamenti.

Da qui la necessità di avviare un lavoro di terapia sistemica con la famiglia.

Le modalità di accesso al Progetto di Terapia Familiare

Per accedere al Progetto di Terapia Familiare sono richiesti i seguenti requisiti: 1) il percorso terapeutico intramurario identifica per il paziente come obiettivo terapeutico il reingresso in famiglia; 2) è prevista la fruizione di permessi premio nel nucleo familiare di appartenenza; 3) la pena residua è inferiore ad un anno; 4) vi è l'impossibilità di ottenere misure alternative in una comunità esterna.

Gli operatori (psicologi e educatori) della S.C.A. Arcobaleno, nel momento in cui individuano il paziente con i necessari requisiti, fissano un incontro con le referenti del progetto di terapia familiare per potere fare una presentazione del caso. A seguito di questo passaggio di informazioni, una delle due terapeute familiari si rende disponibile a supportare l'operatore di riferimento ad accompagnare il paziente ad una comprensione delle finalità della terapia familiare. In questa fase il fine è quello di rendere consapevole il paziente dell'importanza del coinvolgimento della famiglia nel suo percorso di cura.

Successivamente sarà il paziente a comunicare alla sua famiglia, durante i colloqui presso la Casa Circondariale, la possibilità di effettuare una terapia familiare. Per questo passaggio l'operatore di riferimento valuterà con il paziente, la necessità di essere presente e con quali modalità. Una delle due terapeute familiari effettuerà quindi alcuni incontri con la famiglia, per potere rinforzare l'importanza che il pro-

prio familiare possa continuare una terapia all'esterno del carcere con l'intero sistema familiare, da svolgersi presso il Ser.D. di riferimento territoriale. Tali passaggi, necessari in qualunque avvio di terapia anche in altri contesti, risultano oltremodo indispensabili e oggetto di particolare attenzione in un contesto coatto.

Criticità dell'invio alla terapia familiare

Il tipo di motivazione che i pazienti/detenuti hanno all'ingresso della S.C.A. Arcobaleno può essere di tipo strumentale, perché entrare in una S.C.A. adibita alla cura, vuol dire migliorare la qualità della vita detentiva rispetto ai padiglioni ordinari. Nella S.C.A. Arcobaleno, infatti, i soggetti vivono con altre persone in stanze più confortevoli, le quali solo durante la notte vengono chiuse. Durante il giorno gli utenti si possono muovere liberamente all'interno degli spazi dedicati allo specifico settore e, previa autorizzazione, anche in altre parti della S.C.A., mentre nei padiglioni ordinari la permanenza nella propria cella copre tutto il giorno, ad eccezione delle ore d'aria.

Inoltre, nella S.C.A. "Arcobaleno", gli utenti possono trovare condizioni di maggiore tranquillità e tutela della persona rispetto alla violenza e ai rapporti di forza che dominano nei padiglioni detentivi ordinari. La S.C.A. "Arcobaleno", luogo che si cerca di proteggere dalle infiltrazioni di sostanze, può diventare oggetto di scelta anche da parte di soggetti che, pur non motivati a coinvolgersi in un programma terapeutico, cercano semplicemente un argine verso le ricadute favorite dalla facile reperibilità delle sostanze nell'ambiente carcerario.

La richiesta d'aiuto, dunque, può non essere inizialmente orientata a volere intraprendere un percorso di cura rispetto al proprio stato di tossicodipendenza. Il lavoro degli operatori è proprio quello di creare, attraverso la relazione terapeutica, le condizioni per il passaggio da una domanda strumentale ad una richiesta autentica di aiuto. E' cruciale che l'azione terapeutica aiuti la crescita della motivazione del paziente che poi dovrà diventare, a sua volta, motivatore della famiglia alla terapia familiare.

Un'altra criticità è quella legata alla chiarificazione dei confini fra sistema di cura e sistema giudiziario: è necessario accompagnare i pazienti ad una chiarezza sulla diversità di compiti, funzioni e sul tipo di rapporto tra questi due sistemi. In particolare, il paziente deve essere rassicurato sul fatto che le informazioni date nei colloqui individuali rimarranno all'interno di un ambito terapeutico e non saranno usate contro di lui.

Tempi e luoghi

Al fine di favorire la creazione di un ponte tra il "dentro" e il "fuori", cioè tra "Arcobaleno" e il territorio di riferimento, si è individuato come luogo fisico per svolgere le sedute di terapia familiare l'Ambulatorio del Dipartimento Dipendenze 1 dell'A.S.L. T02. La scelta di connotare il setting della terapia familiare al di fuori del carcere, si collega sostanzialmente a due motivi, uno di tipo organizzativo e l'altro di tipo simbolico. Il primo si riferisce al fatto che si sarebbero dovute sottrarre le poche ore di colloqui familiari ai pazienti/detenuti; il secondo, attraverso lo spostamento

fisico delle due terapeute dal carcere all'Ambulatorio, vuole significare l'importanza di connettere l'attività svolta "dentro" il carcere con il "fuori" del Servizio presente sul territorio.

Conclusioni: dall'individuo al sistema

Il paziente/detenuto è all'interno di un percorso individuale terapeutico in cui viene ipotizzato il suo funzionamento individuale attraverso un'osservazione diagnostica.

La cornice teorica, da cui ha origine il progetto, considera l'ipotesi del funzionamento individuale connessa all'ipotesi relazionale familiare. L'*Ipotizzazione* è per i terapeutici sistemici, un presupposto teorico, attraverso il quale si dà una spiegazione coerente, che connetta tutti i membri del sistema osservato in una ipotesi di funzionamento familiare possibile, ma che non abbia un necessario valore di verità. Si giunge così, al primo incontro, con una ipotesi relazionale familiare, che offre una prima comprensione sul significato che assume all'interno di quella determinata famiglia l'abuso/dipendenza della sostanza.

L'ipotesi individuale e familiare ha origine dai colloqui col paziente e dall'osservazione di questi all'interno del gruppo della comunità; essa rappresenta solo il punto di partenza che permetterà di riformulare, negli incontri familiari iniziali e successivi, nuove ipotesi e/o confermare quella di partenza. La trattabilità di ciascun familiare, inoltre, viene valutata attraverso la capacità di ogni componente di sintonizzarsi ed utilizzare la risorsa terapeutica (livello di riflessività): ciò orienterà il tipo di percorso terapeutico proposto, la durata e modulerà il setting terapeutico con scelte di convocazioni opportune. Il percorso terapeutico è basato su fasi contrattuali in cui viene definito un obiettivo che quando sarà raggiunto lascerà spazio alla negoziazione di quello successivo. Tutto questo in stretta connessione con il paziente all'interno della struttura, tramite il terapeuta individuale di riferimento.

Il Progetto descritto ha cominciato a decollare nell'Ottobre del 2011, a partire da un caso seguito individualmente, che prevedeva il rientro del paziente in famiglia. La terapia è durata circa 10 mesi. L'obiettivo era quello di evidenziare le dinamiche familiari e di creare un ponte tra il paziente, la sua famiglia e il servizio territoriale. Questo primo intervento terapeutico ha ottenuto buoni risultati, secondo la valutazione degli operatori, confermati anche dal follow-up del Servizio. Altri due trattamenti sono attualmente ancora in corso.

Anche se è prematuro trarre delle conclusioni definitive, riteniamo cruciale, ai fini del reinserimento sociale, sostenere tutti quegli interventi terapeutici che mettano in collegamento l'individuo con il suo sistema relazionale.

21

REPORT SULL'IMPIEGO DI UN SISTEMA DIAGNOSTICO POCT PER LA RICERCA DELLE SOSTANZE D'ABUSO PRESSO LA CASA CIRCONDARIALE LORUSSO E CUTUGNO DI TORINO

Enrico Teta, Carlo Castagneri, Stefania Del Rosso, Roberto Grimaldo, Angela Rosciano

Servizio Dipendenze - Area Penale c/o C.C. Lorusso e Cutugno, Dipartimento Dipendenze 1, ASL T02, Torino

I sistemi POCT

Negli ultimi anni, parallelamente alla diffusione dell'uso di sostanze stupefacenti, si è fatta sempre più pressante la necessità di individuare la presenza di sostanze d'abuso nei liquidi biologici dell'organismo per ragioni di ordine clinico o medico-legale. Il contributo del laboratorio analisi è quindi diventato sempre più rilevante per la valutazione del soggetto ai fini della diagnosi, dell'ingresso in un programma di trattamento, del suo monitoraggio e della valutazione degli esiti.

Non sempre, però, i tempi del laboratorio sono adeguati all'esigenza di rapidità nell'adozione di specifiche decisioni cliniche. A fronte di tale necessità la tecnologia ha sviluppato sistemi di identificazione delle sostanze d'abuso (Point of Care Testing - POCT) che hanno consentito di avvicinare la Medicina di Laboratorio al paziente e ai suoi bisogni. I sistemi POCT, infatti, consentono di eseguire le analisi in prossimità del luogo di cura del paziente e questo permette al team assistenziale, attraverso una più rapida disponibilità dei risultati, di prendere decisioni diagnostiche e terapeutiche con maggiore immediatezza.

La criticità del carcere

Il carcere è un sistema complesso dove non sempre è facile conciliare le buone prassi sanitarie con le esigenze della sicurezza e i limiti della stessa assistenza sanitaria legati a carenze organizzative e strumentali. Una criticità rilevata dal nostro Servizio, ormai da anni, nella presa in carico dei soggetti dipendenti da oppiacei all'ingresso nella Casa Circondariale Lorusso e Cutugno di Torino, erano i tempi necessari per disporre dei risultati degli esami delle urine dei soggetti arrestati, che dichiaravano una situazione di dipendenza da sostanze. Il protocollo impiegato, che risaliva al 1995, prevedeva l'invio dei campioni di urine al laboratorio analisi esterno e la successiva trasmissione dei referti via Fax alla direzione sanitaria del carcere. Nell'intervallo di tempo che intercorreva fra l'ingresso in carcere e la valutazione diagnostica da parte del medico del SERD, mediamente fra le 36 e le 48 ore, la sintomatologia astinenziale da oppiacei veniva gestita

dai medici del Presidio Sanitario Tutela della Salute (PTS) con i cosiddetti farmaci "sintomatici" (antidolorifici, miorilassanti, ansiolitici, etc).

Nel tempo sono stati fatti dei tentativi per superare tale gap, senza tuttavia trovare alternative all'analisi delle urine in laboratorio, in quanto alcuni sistemi di test "on site" consentivano solo la lettura visiva, mentre altri sistemi erano tecnologicamente complicati e poco pratici.

Negli ultimi anni l'innovazione tecnologica ha perfezionato la strumentazione, mettendo a disposizione sistemi diagnostici sempre più affidabili e di facile impiego anche da parte del personale esterno al laboratorio. I test attualmente presenti sul mercato tendono ad avere livelli di sensibilità e specificità paragonabili a quelli dei metodi immunochimici di primo livello utilizzati in laboratorio per lo screening di sostanze illecite. I vantaggi di questi dispositivi derivano dalla celerità del risultato, dalla conservazione dei reattivi a temperatura ambiente, dalla scarsa manipolazione del campione al fine di proteggere l'esecutore del test (Filocamo). Poiché i risultati diagnostici forniti dal sistema POCT divengono parte integrante della storia clinica del paziente, le garanzie di qualità devono essere coerenti con l'informazione diagnostica richiesta e allineate al laboratorio di riferimento (Di Serio et Al).

L'esperienza di un sistema POCT per le sostanze psicoattive d'abuso

Nel periodo Dicembre 2012 -Maggio 2013 il Servizio Dipendenze - Area Penale ha iniziato ad impiegare, presso la C.C. Lorusso e Cutugno di Torino, un sistema diagnostico automatico (Point of care testing - POCT) per la ricerca delle sostanze psicoattive d'abuso e dei loro metaboliti nei campioni di urine. Tale sistema è composto da un personal computer con un software dedicato per la refertazione e l'archiviazione dei risultati, di uno scanner per la determinazione qualitativa della presenza di sostanze nel campione urinario, di una card multipla per esami di screening di primo livello per l'individuazione di otto sostanze e degli adulteranti (creatinina, pH, glutaraldeide, peso specifico, nitrati e ossidanti) e di una stampante. Il tempo di lettura varia da un minimo di cinque minuti, dal momento in cui l'operatore attiva la migrazione del campione di urine, a un massimo di dieci minuti. Il test diagnostico utilizza un metodo immunometrico in grado di determinare in una unica seduta otto sostanze: morfina, metadone, buprenorfina, cocaina, amfetamine, metamfetamine, MDMA e THC.

Tale sistema POCT consente quindi di superare i limiti dei dispositivi e delle strisce reattive manuali col solo controllo visivo dell'operatore, in cui l'impossibilità di una tracciabilità dei processi e di una verifica dei risultati, aumenta il rischio di errori.

Complessivamente sono stati analizzati 179 campioni di urine con sistema POCT. Gli stessi campioni sono stati sottoposti ad analisi di primo livello presso il laboratorio esterno per una verifica dei risultati. Il laboratorio esterno analizza routinariamente anche le benzodiazepine; questa sostanza non è stata possibile sottoporla a confronto in quanto non presente nelle card

a nostra disposizione. Il risultato relativo ad amfetamine, metamfetamine e MDMA viene fornito dal laboratorio di riferimento in modo non distinto, per cui nel confronto amfetamine, metamfetamine e MDMA sono state considerate insieme.

Dei 179 campioni inviati al laboratorio analisi, è stato possibile eseguire il confronto dei referti in 167 casi, che pertanto sono divenuti i casi oggetto della presente ricerca.

I referti del sistema POCT e del laboratorio analisi sono stati concordi in 139 casi su 167 (83,2%), mentre in 28 casi (16,8%) si sono registrati risultati divergenti per una o più sostanze esaminate. Se il confronto viene fatto sul risultato dei singoli analiti, la discordanza ha riguardato 33 analiti, vale a dire il 3,3% del complesso degli analiti esaminati e sottoposti a confronto, relativi a oppiacei, metadone, buprenorfina, cocaina, amfetamine e THC.

Al fine di dirimere il dubbio diagnostico i campioni di urine con risultati divergenti sono stati sottoposti ad analisi di secondo livello, presso il Laboratorio Regionale di Tossicologia A. Bertinaria con l'effettuazione del test di conferma per tutti gli analiti discordanti, mediante la metodica della cromatografia associata a spettrometria di massa.

Per una valutazione complessiva dei risultati di primo livello del sistema POCT e del laboratorio analisi, nel confronto con i risultati degli esami di secondo livello, è stato attribuito il punteggio di più 1 ad ogni risultato dell'analisi di primo livello dei singoli analiti, positivo o negativo, coincidente con il test di conferma di secondo livello; il punteggio di 0 nel caso di risultato borderline; il punteggio di meno 1 nel caso di risultato non corrispondente e quindi da considerare errato.

La somma algebrica dei punteggi attribuiti ai risultati dei singoli analiti, ha dato come esito un punteggio complessivo di + 1 per il sistema POCT e di 0 per gli esami di primo livello effettuati nel laboratorio analisi.

Discussione

I dati di questa ricerca, attraverso il confronto con il sistema di analisi di secondo livello, consentono di concludere che il sistema automatico POCT per la ricerca delle sostanze d'abuso presenta un'affidabilità paragonabile a quella del sistema di primo livello del laboratorio analisi.

In relazione a tale risultato si è deciso di adottare il dispositivo POCT in uso presso il nostro Servizio, come unico sistema per l'analisi delle urine per la ricerca delle sostanze psicoattive illecite con finalità cliniche, rinunciando all'apporto del laboratorio esterno. Infatti, nel caso di positività per morfina, metadone o buprenorfina, data la necessità di rapide decisioni terapeutiche, il referto urinario è integrato con i dati clinici. Nel caso delle altre sostanze i risultati vengono valutati insieme agli altri elementi diagnostici a disposizione e, se necessario, integrati con esami tossicologici sulla matrice cheratinica per valutare il comportamento assunto pregresso. Laddove il risultato sia contestato o dubbio e vi sia la necessità di una conferma, si dovrebbe ricorrere ad un laboratorio che abbia la possibilità di effettuare test di conferma di II

Livello, visto che le analisi di screening per definizione non hanno valenza forense (Linee Guida GTF, 2012).

La consapevolezza che anche gli esami tossicologici delle urine di primo livello vadano ad influire non solo su diagnosi e terapia, ma anche sulle decisioni amministrative, legali e penali ha indotto a porre massima attenzione alle caratteristiche di affidabilità del dato analitico, all'aggiornamento delle procedure e alla tracciabilità di ogni fase del processo.

Un limite del sistema impiegato è la mancanza delle benzodiazepine fra le sostanze testate. Il software, tuttavia, ha la possibilità di essere adattato per la lettura di card singole per la ricerca delle benzodiazepine. L'adozione del sistema POCT come unico dispositivo per gli esami di screening di primo livello si è accompagnata alla elaborazione da parte del SERD-AP di un protocollo operativo che è stato condiviso con la Direzione Sanitaria del carcere ed approvato dal Dipartimento Diagnostica di Laboratorio. Tale protocollo descrive dettagliatamente le procedure e le azioni svolte dal momento del prelievo del campione di urine alla sua analisi e custodia. Riporta inoltre le procedure di archiviazione e rintracciabilità dei risultati, insieme alle figure professionali coinvolte e alla definizione delle responsabilità nelle varie fasi.

Conclusioni

L'impiego di un sistema POCT per la ricerca di sostanze d'abuso nei campioni urinari, presso la C.C. Lorusso e Cutugno di Torino, ha consentito di superare gli inconvenienti derivanti dai tempi di latenza nella presa in carico dei soggetti dipendenti da oppiacei, per la necessità di attendere il referto del laboratorio analisi. Il tempo di attesa, infatti, è passato dalle precedenti 24-48 ore a 12-24 ore, consentendo una migliore gestione degli stati di astinenza da oppiacei, con indubbi benefici per il paziente. Ciò ha consentito anche di ridurre i conflitti e le tensioni fra i detenuti tossicodipendenti ed il personale sanitario e penitenziario con facilitazione della costruzione di una relazione terapeutica con i curanti e miglioramento generale del clima relazionale della sezione. L'ottimizzazione dei tempi del percorso diagnostico-terapeutico e la riduzione del ricorso a risorse non strettamente necessarie, sono destinati a riflettersi positivamente anche sul rapporto costi/benefici.

Bibliografia

- Associazione Scientifica "Gruppo Tossicologi Forensi Italiani" (GTFI). Linee guida per le strutture dotate di laboratori per gli accertamenti di sostanze d'abuso con finalità tossicologico-forensi e medico-legali su campioni biologici prelevati da vivente. Revisione n. 4 del 6 Dicembre 2012
- Di Serio F, Trenti T, Carraro P per il Gruppo di Studio SIBioC "Point of care testing". Raccomandazioni per l'implementazione e la gestione del "Point of care testing" (POCT). Biochimica Clinica, 2011, 35 (3): 242-252
- Filocamo M Metodi immunochimici rapidi (on site) per lo screening tossicologico delle urine (rassegna). Ligand Assay, 2009, 14 (4): 325-327

22

IL CORE-OM COME STRUMENTO PER LA VALUTAZIONE DELL'OUTCOME NELLE DIPENDENZE: DATI PRELIMINARI

Pierangelo Tombini*, Anna Benaglio*, Gotti Lucia*, Gabriella Pizzolante*, Marzia Rovetta*, Denise Santinelli*, Paola Troilo*, Gabriele Bello*, Vanni Casati*, Andrea Noventa*, Maurizio Picciocchi*, Giuliano Prontera*, Marco Riglietta**

*Psicologo Dipartimento Dipendenze Bergamo

**Direttore Dipartimento delle Dipendenze di Bergamo

Obiettivo

Valutazione dei livelli di gravità dei pazienti nuovi afferenti ai SERT della provincia di Bergamo, accettabilità dello strumento da parte dei pazienti e degli operatori, e valutazione del grado di concordanza dello strumento con il giudizio clinico dello psicologo in relazione alla fonte di invio (si ipotizzava che nel caso di invii obbligati il questionario potesse avere una maggior discordanza).

Materiali e Metodi

Da aprile 2013 gli psicologi del Dipartimento delle Dipendenze di Bergamo somministrano a tutti i nuovi pazienti, al termine del primo colloquio, il questionario Core-om (1).

Il CORE - OM (Clinical Outcomes In Routine Evaluation - Outcome Measure) è un questionario autosomministrato, composto da 34 items valutati su una scala a 5 punti. I 34 items riguardano 4 domini: 1) **Benessere soggettivo** (4 items - unico costruito principale), 2) **Sintomi/Problemi** (12 items - 4 clusters: sintomi depressivi, sintomi ansiosi, sintomi fisici ed effetti del trauma), 3) **Funzionamento** (12 items - 3 clusters: relazioni significative, funzionamento generale e sociale), 4) **Rischio per se e per gli altri** (6 items: aspetti auto-etero lesivi).

La scelta dei primi tre domini segue il modello delle fasi del cambiamento che vede un miglioramento del benessere soggettivo, seguito dai sintomi e dal funzionamento (2). Circa la metà degli items si concentra su problemi di bassa intensità, (es. mi sono sentito teso, ansioso, nervoso), mentre l'altra metà si concentra su items ad alta intensità (es. ho provato panico e terrore). Punteggi maggiori corrispondono a problemi maggiori.

Lo strumento è stato messo a punto ed utilizzato in ambito psichiatrico e psicoterapeutico nel sistema sanitario inglese e ne è stata fatta una validazione italiana (3).

Il Core-Om è stato inserito nel protocollo di valutazione dei pazienti in ingresso per la caratteristica di poter essere strumento di valutazione di esito, per la

semplicità nella somministrazione e lettura, per l'accettabilità da parte dei pazienti. Essendo uno strumento nuovo abbiamo voluto verificare se esistesse una discordanza fra il giudizio clinico dello psicologo e il risultato del test utilizzando una scala di valutazione a 5 punti (1 nessuna concordanza, 5 massima concordanza)

La procedura di misurazione dell'Outcome prevede una somministrazione al T0, al T1 (6 mesi) al T2 (1 anno) e alla dimissione.

Risultati

Al momento abbiamo a disposizione solo i dati a T0. Abbiamo analizzato i test di 183 pazienti (36 femmine, 147 maschi), che corrispondono al 60% di quelli somministrati nel periodo 1 aprile 2013 - 15 settembre 2013.

Il campione è composto da 67 alcolisti, 44 cocainomani, 29 giocatori d'azzardo, 13 eroinomani, 13 consumatori di cannabis e simili, 10 polidipendenti, 1 dipendenza da steroidi anabolizzanti, 6 soggetti senza elementi per diagnosi di abuso/dipendenza.

Nella tabella 1 sono riportati i dati relativi ai livelli di gravità per diagnosi di riferimento

	SANO	BASSO	LIEVE	MODERATO	MOD/ GRAVE	GRAVE
ALCOL	6	18	15	13	9	6
COCAINA	1	10	14	8	9	2
GAP	1	4	8	9	4	3
EROINA	0	0	2	5	5	1
CANNABIS	5	3	3	2	0	0
POLIDIPEN.	1	1	5	3	0	0
Dip.da steroidi anabolizzanti	0	0	0	0	1	0
NESSUNA	1	3	1	0	0	1
TOTALI	15 (8%)	39 (21%)	48 (26%)	40 (22%)	28 (16%)	13 (7%)

Nella Tabella 2 è riportato il punteggio di concordanza medio in relazione alla diagnosi

EROINA	G.A.P.	CANNABIS	COCAINA	ALCOL	POLIDIPEN.
4,08	3,83	3,46	3,30	2,97	2,00

Nella Tabella 3 è riportato il punteggio di concordanza medio in relazione alla fonte di invio

Inviante	N. pazienti	concordanza Core-Om/Clinico
Familiari	18	3,61
Volontario	103	3,45
Tribunale dei Minori	16	3,25
Giudiziario/Legale	12	3,08
Servizi psichiatrici	12	3
Altri servizi	16	2,25
Altri invianti	7	2,42

Discussione

I soggetti eroinomani appaiono avere livelli di gravità superiore agli altri, mentre cannabis e coloro che non hanno una diagnosi appaiono avere livelli di gravità

minore.

Per ciò che riguarda la concordanza con il giudizio dello psicologo, il gruppo che ha avuto il punteggio più alto (maggiore concordanza) è quello degli Eroinomani (4,08) e a seguire Giocatori (3,83), Cannabis (3,46), Cocainomani (3,30), Alcolisti (2,97) e Polidipendenti (2,00).

Da questi risultati si potrebbe ipotizzare che gli alcolisti e i polidipendenti diano risposte meno attendibili alle domande del Core-om.

Abbiamo anche incrociato la concordanza con la tipologia di invio, ipotizzando che gli invii "forzati" registrassero una concordanza inferiore. L'ipotesi non pare confermata dai risultati.

Bibliografia

1. Barkham et al., 1998; Evans et al. 2000.
2. Howard et al., 1993.
3. La valutazione routinaria degli esiti della psicoterapia: traduzione e validazione preliminare del sistema CORE. Palmieri G. et al.. In "Nuove tendenze della psicologia", n.3, (2006), Erickson, Trento.

23

L'ACAMPROSATO NEL CONTROLLO DELL'ASTINENZA NELL'ETILISMO CRONICO: DATI PRELIMINARI DELL'AMBULATORIO DI TOSSICOLOGIA AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA CAREGGI, FIRENZE

A. Totti*, G. Mannaioni*-, M. Sili*, M.R. Quaranta*, L. Bertieri*, B. Occupati***

*Tossicologia Medica, Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze,

**Department of Neuroscience, Psychology, Drug Research and Child Health (NEUROFARBA), section of Pharmacology, Università degli Studi di Firenze

Area Tematica: Dipendenza da Alcol.

Introduzione

La dipendenza da alcol è una patologia ad andamento cronico-ricidivante caratterizzata da dipendenza fisica, tolleranza e craving.

I principali obiettivi del trattamento sono il mantenimento dell'astinenza e la prevenzione delle ricadute.

L'acamprosato è un farmaco, somministrato per via orale, approvato dalla Food and Drug Administration nel 1994 per il trattamento della dipendenza da alcol. E' un derivato sintetico di un aminoacido (omotaurinato), strutturalmente simile al GABA, che agisce a livello neuronale ripristinando l'equilibrio della trasmissione glutammatergica compromessa a seguito dell'abuso cronico di alcol.

Trial clinici hanno dimostrato la sua efficacia nel supportare il mantenimento dell'astinenza dopo disintossicazione (1), nella prevenzione delle ricadute e nella riduzione della gravità delle stesse (2), inoltre nella riduzione del livello di craving (3).

In associazione a trattamento psicoterapico e supporto sociale è una terapia sicura e ben accettata che prolunga i periodi di completa astinenza e riduce la frequenza delle ricadute (3-4).

Obiettivo

Valutazione dell'efficacia del trattamento con acamprosato associato a psicoterapia nel mantenimento dell'astinenza dal consumo di bevande alcoliche in pazienti con diagnosi di dipendenza da alcol.

Materiali e metodi

Lo studio comprende 31 pazienti (su 297 afferiti alla struttura) affetti da etilismo cronico (10 donne e 21 uomini) che si sono rivolti al nostro servizio ambulatoriale nel periodo compreso tra ottobre 2011 e giugno 2013. Il totale dei pazienti arruolati è stato suddiviso in due sottogruppi: il gruppo A, formato da 15 pazienti che hanno ricevuto esclusivamente un tratta-

mento farmacologico con acamprosato, e il gruppo B costituito da 16 pazienti che hanno effettuato anche un trattamento psicoterapico (cognitivo-comportamentale). L'efficacia del trattamento nella prevenzione della recidiva è stata valutata mediante il calcolo dei seguenti parametri:

- durata cumulativa dell'astinenza (CAD) e massimo periodo di astinenza continuativa, entrambe valutate mediante dosaggi seriati di Etilglucuronide urinario (ETG)
- gravità delle ricadute: espressa come il rapporto tra la quantità di alcol assunta in gr/die prima e dopo l'inizio del trattamento.
- Valutazione dell'entità del craving tramite scala analogica visiva (VAS 0-10). (5)

Risultati

Il gruppo B (acamprosato/psicoterapia) ha mostrato un andamento migliore rispetto al gruppo A (acamprosato) sia in termini di massimo periodo di astinenza continuativa (78 ± 22 gg vs 70 ± 26 gg) sia in termini di durata cumulativa dell'astinenza (100 ± 29 gg vs 76 ± 25 gg).

Durante il periodo di osservazione, 20 pazienti (64.5%) hanno recidivato nel potus. Di questi 9 pazienti (45%) appartengono al gruppo B, e 11 pazienti (55%) al gruppo A. La recidiva in entrambi i gruppi ha mostrato comunque una riduzione quantitativa dell'introito giornaliero di alcol assunto, stimata rispettivamente in una riduzione del 48% nel gruppo A e del 60% nel gruppo B.

Infine, sia nel gruppo A che nel gruppo B si è osservata una riduzione del grado di craving misurato mediante VAS rispettivamente del 10.6% (gruppo A) e del 32.8% (gruppo B).

Conclusioni

La terapia con acamprosato sembra essere efficace sia in termini di riduzione del craving verso la sostanza d'abuso sia in caso di recidiva in termini di gravità della stessa. L'efficacia del trattamento farmacologico con acamprosato risulta fortemente potenziata dall'associazione con la psicoterapia cognitivo comportamentale, in accordo con i dati di letteratura.

Bibliografia

1. Rosner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, Lehert P, Vecchi S, Soyka M Acamprosate for alcohol dependence (Review) Cochrane Collaboration 2010
2. Chick J, Lehert P et Landron F. Does Acamprosate Improve a Reduction of Drinking As Well As Aiding Abstinence? J Psychopharmacol 2003 17:397
3. Tempesta E et al, Campral and relapse prevention in the treatment of alcohol dependence: a placebo-controlled study, Alcohol & Alcoholism Vol. 35, N. 2, 2000
4. Mason B. J. et al, "Acamprosate: A Prototypic Neuromodulator in the Treatment of Alcohol Dependence", CNS & Neurological Disorders -Drug Targets, 2010, 9: 23-32
5. Manzato E., Nava F., Cifelli G., Biasin C., Galvanin F, L'assessment di I livello per la valutazione alcolologica nella pratica clinica dei Servizi, Mission, 30, 27-52

24

IL CONTRASTO AL FUMO NELL'ASL DI LODI

Concettina Varango*, Maurizio Credali, Claudio Francesco Filippi*, Eugenio Ariano**, Giancarlo Iannello*****

* Dipartimento Dipendenze ASL Lodi,

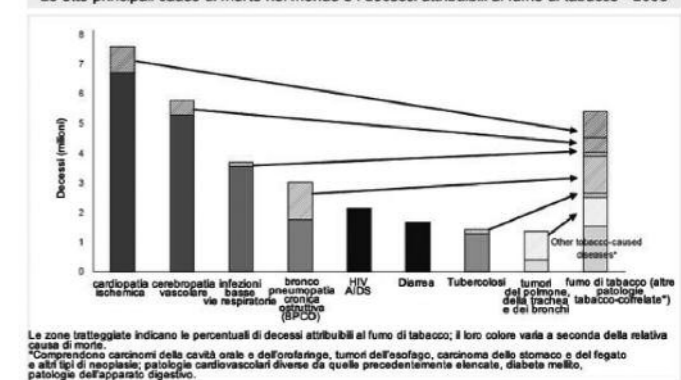
** Dipartimento di Prevenzione ASL Lodi,

*** Direzione Sociale ASL Lodi

Premessa

Il consumo di tabacco è ormai diventato, a livello mondiale, la prima causa di morte evitabile. La percentuale di decessi attribuibili al tabacco varia tra il 25 e il 50% e, in media, ogni fumatore abituale perde circa 15 anni di vita. Il numero totale di decessi attribuibili al fumo di tabacco e correlati allo sviluppo di varie patologie quali la cardiopatia ischemica, la cerebropatia vascolare (ictus), la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e molte altre patologie è destinato ad aumentare da 5,4 milioni nel 2004 a 8,3 milioni nel 2030, con approssimativamente un 10% in più di decessi in tutto il mondo. E' tuttavia nei paesi in via di sviluppo che si concentrerà l'80% dei decessi.

Le otto principali cause di morte nel mondo e i decessi attribuibili al fumo di tabacco - 2005



In Italia al fumo sono attribuibili 70.000 decessi/anno dei 560.000 totali

- 40.000 per tumore polmonare e BPCO
 - 10.000 per altri tumori legati al tabacco
 - 15-20.000 per malattie cardiovascolari
 - 5.000 per altre malattie
 - il 25% dei fumatori muore nella mezza età (35-69 anni)
 - il fumo attivo e passivo sono direttamente nocivi sull'apparato cardiovascolare.
- Smettere di fumare è l'intervento NON farmacologico più efficace per la prevenzione delle patologie correlate

Scopo

Una delle aree di intervento riconosciute come prioritarie nell'ambito dei programmi di promozione della salute è la prevenzione e il contrasto all'abitudine tabagica, l'avvio dei fumatori a corretti ed efficaci

metodi di disassuefazione, il loro supporto nella fase di follow-up e la prevenzione delle eventuali "ricadute". Una azienda che promuove salute si basa su lavoratori sani in un ambiente favorevole, promuove un'immagine positiva e attenta ai bisogni del personale e migliora il clima aziendale.

L'ASL e l'Azienda Ospedaliera di Lodi aderiscono alla rete locale di "Aziende che Promuovono Salute" sul luogo di lavoro avviando e supportando nel tempo azioni sostenibili in tema di promozione di stili di vita sani per tutto il personale, attuate attraverso una serie di "piccoli passi" coerenti con l'obiettivo di guadagno di salute.

Nello specifico è stato definito un programma rivolto al personale aziendale che prevede la messa in atto di interventi di tipo preventivo orientati all'individuo e all'ambiente fisico e sociale in diverse aree tematiche quali: alimentazione, attività fisica, lotta al fumo di tabacco e all'alcool, sicurezza stradale e mobilità sostenibile, benessere sociale ed individuale.

Analisi di contesto

Sulla base di dati raccolti tramite questionario nel 2009, tra i dipendenti dell'ASL di Lodi, risulta che circa il 21% del campione rispondente (dato nazionale anno 2009 25.4%) è fumatore; da segnalare che più del 50% dei dipendenti fumatori sono operatori sanitari.

Discussione

Il 48% dei soggetti fumatori intervistati dichiara che vorrebbe provare a smettere e manifesta interesse per un eventuale percorso di disassuefazione in ambito aziendale.

Analoghi inchiesta condotta nel personale della Azienda Ospedaliera stima un percentuale di fumatori tra i rispondenti pari al 24.5% del campione e anche in questo caso la percentuale di fumatori risulta più elevata negli operatori sanitari rispetto alle altre categorie. Il 60% circa dei soggetti fumatori intervistati dichiara che vorrebbe provare a smettere e manifesta interesse per un eventuale percorso di disassuefazione in ambito aziendale

Conclusioni

Smettere di fumare è un vero e proprio cambiamento; è impegnativo ma possibile.

In un momento in cui vengono pubblicizzati nuovi e sempre più tecnologici metodi di approccio alla disassuefazione - dall'efficacia ancora da dimostrare - la ASL di Lodi, nell'ambito delle buone pratiche attivate nel programma WHP (Aziende che promuovono salute), con specifico riferimento alla lotta al fumo di tabacco, ha progettato e sviluppato un offerta di prestazione gratuita per i dipendenti ASL e AO per accedere a trattamento di disassuefazione personalizzati e/o di gruppo nell'ambito del Centro Antifumo del Dipartimento Dipendenze con i seguenti obiettivi:

1. cessazione abitudine tabagica nel 50% dei soggetti trattati presso il centro antifumo;
2. riduzione prevalenza dei fumatori (entro 31.1.2015) rispetto al dato iniziale (21% popolazione universo dipendenti).

L'iniziativa sarà condotta in parallelo con altre buone

pratiche del programma in parola che, per quanto attiene il contrasto al fumo di tabacco prevede, nell'arco temporale del progetto (2013 -2015) anche:

- a. **counselling motivazionale** al 100% dei soggetti fumatori sottoposti a visita periodica da parte del medico competente, con somministrazione test di West/Fagerstrom a 100% soggetti consenzienti;
- b. **cartella clinica** del medico competente integrata con una sezione dedicata a stili di vita con registrazione dati su fumo, alimentazione,attività fisica, ecc, nel 100% dei soggetti visitati;
- c. **incontri** di sensibilizzazione e di condivisione di una policy aziendale antifumo rivolti al personale;
- d. formalizzazione di una **policy aziendale antifumo**) che permetta di:
 - avere un'azienda "libera dal fumo" in tutti i suoi spazi di pertinenza;
 - tutelare la salute e la sicurezza di tutti; proporre ai fumatori la possibilità di smettere di fumare;
 - ridurre la prevalenza di fumatori tra i dipendenti ASL;
 - accrescere la cultura della salute nell'azienda; sostenere il ruolo dell'Azienda Sanitaria come promotore di salute, facendone un modello di riferimento per tutti riguardo alla problematica del tabagismo.

25

INTERVENTI DI PREVENZIONE E TERAPIA SU UNA POPOLAZIONE AZIENDALE DI FUMATORI

Concettina Varango*, **Claudio Leonardi****, **Elena Cortese****, **Domenica Montanaro****, **Annalisa Pascucci****, **Dina Pero****, **Paola Rizzo****, **Valentina Scarpino****, **Claudio Francesco Filippi***, **Giancarlo Iannello*****

* Dipartimento Dipendenze ASL Lodi

** U.O.C. Prevenzione e Cura Tossicodipendenze ed

Alcolismo ASL RMC

*** Direzione Sociale ASL Lodi

Premessa

Il piano Sanitario Nazionale indica tra gli obiettivi prioritari di salute il controllo del fumo attivo e passivo di tabacco. La nicotina viene oggi riconosciuta, al pari dell'alcol, cocaina, allucinogeni e oppiacei tra le sostanze psicoattive capaci di indurre dipendenza fisica e psichica. Per contrastare questo importante fattore di rischio per la salute, che presenta aspetti complessi di tipo tossicologico, psicologico e socio-culturale, occorre adottare politiche di intervento globali capaci di sviluppare alleanze e sinergie attraverso la partecipazione attiva di tutti i soggetti che hanno competenze e responsabilità in ambito educativo, sanitario, politico, economico e nel campo dell'informazione. In tal senso la politica aziendale di un importante gruppo nazionale ha previsto l'introduzione di un programma d'intervento volto alla disassuefazione dal fumo.

Scopo

L'obiettivo della Società è stato quello di realizzare un'azienda libera da fumo attraverso la costruzione di un progetto di collaborazione con i Centri Anti-fumo dei Dipartimenti delle Dipendenze al fine di ipotizzare programmi di disassuefazione da nicotina all'interno dell'ambiente di lavoro.

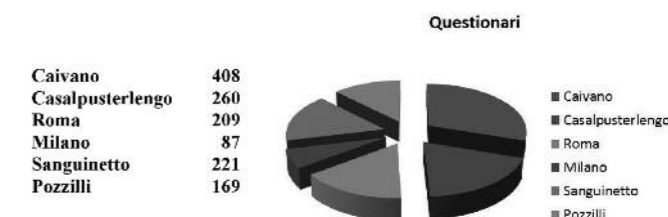
Metodo

La proposta progettuale è stata preceduta da una raccolta dati attraverso una survey appositamente costruita che ha permesso di raccogliere un serie d'informazioni dalle quali partire per poter prevedere interventi di prevenzione e diagnostico-terapeutici da svilupparsi all'interno dell'azienda. I questionari raccolti sono stati somministrati presso le sette sedi dell'Azienda dislocate nel Lazio, Campania, Veneto, Molise e Lombardia. In primis sono stati effettuati degli incontri informativi presso le aziende volti alla conoscenza sia degli aspetti tossicologici e di dipendenza da nicotina che terapeutici nella disassuefazione da fumo. Successivamente, si è provveduto alla raccolta di adesioni da parte dei lavoratori che intendevano intraprendere una disassuefazione da nicotina. L'ultima fase ha previsto l'inizio dell'attività specialistica di

prevenzione e disassuefazione da nicotina presso le aziende dopo aver effettuato una valutazione medica e psicologica, anche ai fini della più opportuna definizione del programma di terapia.

Risultati

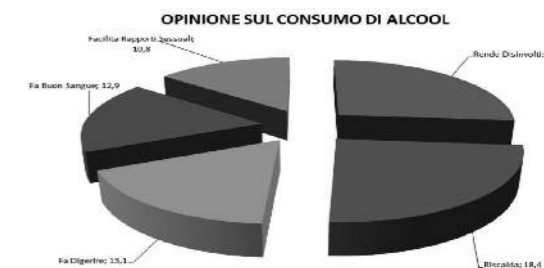
I questionari pervenuti dalle sedi sono stati 1354 così distribuiti:



Il questionario include otto sezioni comprendenti i dati socio anagrafici, l'attività fisica, il consumo di bevande alcoliche, gli stili di vita e dietetici, le patologie diagnosticate, l'abitudine al fumo, gli ex-tabagisti ed il fumo passivo. Di seguito prenderemo in considerazione solo alcune delle risposte che ci sono sembrate più significative.

Il campione totale dei soggetti coinvolti è composto per il 67% dai maschi e per il 29,7% da femmine. Il 55,6% degli intervistati ha dichiarato di avere figli, il 42% di non averne.

Alle domande riguardanti: "nell'ultimo anno, ha deciso di fare più esercizio fisico?" e "pensa di dover iniziare a fare più esercizio fisico?", la maggior parte degli intervistati ha risposto positivamente. Una terza sezione del questionario indaga il consumo di bevande alcoliche tra gli intervistati. Le risposte fornite a questo item sono risultate (1123) superiori al numero di soggetti intervistati (1058). Il 37,4% ha dichiarato di non bere e di essere astemio, il 36,0% di bere 1-2 bicchieri di vino ai pasti principali ed il 13,8% ha dichiarato di bere con gli amici tutti i week-end. L'opinione che ricorre con maggiore frequenza per quanto concerne il consumo di alcol è stata la seguente:



La quarta sezione del questionario esplora gli stili di vita e dietetici. Alla domanda "nell'ultimo anno, ha deciso di perdere peso?", il 52,4% degli intervistati ha risposto di sì, mentre il 44,7% ha risposto negativamente. La quinta sezione del questionario investiga la presenza negli intervistati di eventuali patologie diagnosticate. Su 1354 soggetti intervistati:

- 141 hanno risposto di soffrire di pressione alta di cui il 77,3% in trattamento farmacologico;
- 198 hanno dichiarato di soffrire di ipercolesterolemia, di cui il 25,3% in trattamento farmacologico;

- 21 hanno dichiarato di soffrire di diabete, di cui il 57,1% in trattamento farmacologico ed il 9,5% di assumere insulina.

La sesta sezione del questionario analizza l'abitudine al fumo. Su 1354 soggetti intervistati il 21,5% dei soggetti intervistati ha dichiarato di essere un non fumatore, mentre il 68,1% di non fumare. Di cui il 59,3% dei fumatori ha iniziato a fumare tra i 15 ed i 20 anni; il 20,1% tra i 20 ed i 30 anni; il 18,5% prima dei 15 anni. Nel questionario è stato inserito un test che misurava la presenza o meno di dipendenza psicologica da fumo. Su 427 fumatori, 134 non hanno effettuato il test. Dei 293 soggetti che hanno correttamente compilato il test, il 54,9% è risultato dipendente psicologicamente da fumo, mentre il 45,1% non ha manifestato una dipendenza psicologica da fumo. Dei 427 fumatori il 62,5% ha fumato sul luogo di lavoro. All'interno del questionario era presente anche un test volto a misurare il livello di dipendenza fisica da fumo. Dei 421 soggetti che hanno compilato correttamente il test, il 51,3% è risultato aver sviluppato una dipendenza di livello lieve, il 26,8% una dipendenza di livello medio, il 15,7% una dipendenza forte, il 6,2% una dipendenza molto forte. Alla domanda che esamina i precedenti tentativi di smettere di fumare il 58,5% dei fumatori ha dichiarato di aver già tentato almeno una volta, il 39,6% di non aver mai tentato. Per il 30,0% dei fumatori che hanno già tentato di smettere, l'astinenza dal fumo si è protratta da uno a due mesi; nel 17,2% dei casi l'astinenza è durata dai sei ai dodici mesi, per il 14,0% dei soggetti da un anno a due anni. Alla domanda "desidera smettere di fumare?", il 59,3% dei fumatori ha risposto di sì, il 37,9% ha risposto di no. Sulla motivazione a smettere di fumare:

41,1%	17,4%	9,4%
Per motivi di salute	Per non "sentirmi schiavo"	Per la nascita di un figlio

Alla domanda: "volendo smettere di fumare, ritiene che non fumando sul posto di lavoro, potrebbe essere favorito/a a raggiungere più rapidamente un miglior stato di salute?":

- il 56,0% ha ritenuto che favorirebbe il raggiungimento del proposito di smettere di fumare
- il 56,2% si sentirebbe inoltre favorito dal partecipare a specifici percorsi di sostegno attivi presso la sede di lavoro.

La sezione del questionario che sonda quanti tra i soggetti che avevano dichiarato di non fumare, avevano però fumato in passato, su 922 soggetti che avevano affermato di non fumare: il 28,1% ha asserito di aver fumato in passato, mentre il 41,1% non ha mai fumato. Il 30,8% dei non fumatori non ha fornito risposta a questa domanda non esplicitando l'eventuale passata abitudine al fumo.

Tra coloro i quali hanno detto di aver fumato in passato, il 67,2% era astinente da fumo da più di 5 anni. Rispetto al metodo utilizzato per smettere di fumare, la gran parte del sottocampione di ex-fumatori nell'89,7% ha asserito di aver smesso da solo, l'1,5% ha consultato il medico o praticato terapie farmacologiche. Sempre l'1,5% si è rivolto ad un professionista per un aiuto psicologico individuale.

Conclusioni

Sono stati incrociati i risultati dei test sulla dipendenza fisica e sulla motivazione a smettere di fumare. Il report delle analisi dei dati raccolti ha permesso di individuare 4 categorie di fumatori su cui si sono ipotizzati interventi terapeutici di disassuefazione da fumo:

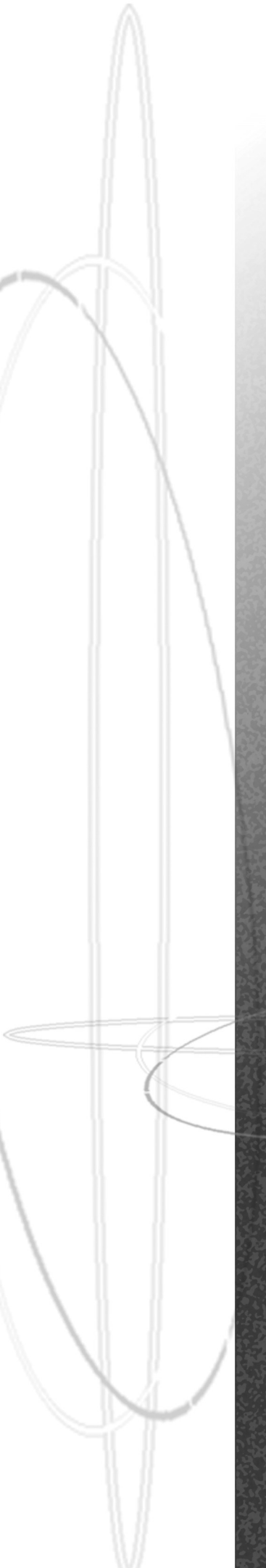
Bassa motivazione	10,6%	Alta Dipendenza
Questo rappresenta il gruppo sul quale si sono sviluppati il maggior numero d'interventi diagnostico/terapeutico a carattere motivazionale/counselling, associati a quelli di tipo farmacologico sostitutivo e neuro-modulatorio. Importante, in tal senso è stata la valutazione di quanto l'aspetto collegato al livello di dipendenza, sia influente sulle risorse motivazionali del soggetto. Gli interventi si sono sviluppati su base individuale o anche di gruppo		

Alta motivazione	10,0%	Alta Dipendenza
Questo rappresenta il gruppo sul quale gli interventi a carattere motivazionale hanno rappresentato l'elemento terapeutico fondamentale. Anche in questo gruppo è scaturita, a volte, la necessità di un intervento farmacologico e/o di gruppo.		

Bassa motivazione	32,2%	Bassa Dipendenza
In questo gruppo è stato fondamentale l'approfondimento diagnostico per valutare quanto l'aspetto collegato al livello di dipendenza sia influente sulle risorse motivazionali del soggetto. In altre parole, il livello di motivazione, sul quale sono stati effettuati interventi a carattere psicologico/motivazionale e farmacologico.		

Alta motivazione	47,2%	Bassa Dipendenza
Questo rappresenta un gruppo sul quale gli interventi diagnostici e terapeutici a carattere psicologico/motivazionale sono figurati come un elemento d'intervento fondamentale per valutare quanto l'aspetto collegato al livello di motivazione al cambiamento possa essere influenzato dai cambiamenti neurobiologici determinati dal fumo di sigaretta. In questo gruppo sono stati previsti anche specifici interventi farmacologici di tipo sostitutivo che, dai dati della letteratura ed esperienziali, rappresentano quelli con maggiore appropriatezza.		

L'esito degli interventi di disassuefazione effettuati è il seguente (follow-up al 03/07/2013): 48 soggetti arruolati di cui 30 soggetti disassuefatti totalmente dal fumo; 8 soggetti con riduzione del fumo pari al 75%; 3 soggetti con riduzione del fumo del 50%; 2 soggetti con riduzione del fumo del 25% e 5 soggetti trasferiti ad altra struttura pubblica. I risultati sono ancora in fase di elaborazione.



FeDerSerD