

Editoriale.  
Verso la Conferenza Nazionale di Trieste 1

#### AREA PREVENZIONE

Interventi di prevenzione primaria delle dipendenze patologiche nella Comunità del Comprensorio del Primiero  
*V. Loss, R.M. Callà, M. Tomas, R. Lovaste* 5

#### AREA CLINICA

Shopping compulsivo: una dipendenza comportamentale emergente nella società del consumo  
*Giovanni Di Martino, Antonio d'Amore* 13

#### AREA STUDI E RICERCHE

QUARTO PREMIO NAZIONALE FEDERSERD ANNO 2008

Le buone pratiche: i dati di outcome nell'utilizzo del metadone nel sistema di intervento italiano 51

Procedura per il trattamento con metadone per tipologia di pazienti con indicatori di risultato  
*Roberta Ferrucci, Silvana Chiasera, Maria Rosaria Alinovi, Rosalia Lo Cascio, Alberto Porta, Maurizio Sgrò, Raffaele Lovaste* 53

I dati di outcome nell'utilizzo del metadone negli ultimi sette anni presso il Ser.T. di Pescara  
*Nadia Anna Della Torre, Francesca Lucini, Pietro Fausto D'Egidio* 58

Dati di outcome nell'utilizzo del metadone in affidamento: l'esperienza combinata di due Ser.T. a Roma  
*Marco Forner, Catia Lelli, Claudio Leonardi* 70

Valutazione di un gruppo di pazienti in trattamento con un agonista puro degli oppioidi metadone cloridrato allo 0,5%. Esperienza a Bologna  
*Maria Chiara Pieri* 73

#### LE RUBRICHE

Contaminazioni  
*Maurizio Fea* 3

News dalla Consulta delle Società Scientifiche e delle Associazioni Professionali del campo delle Dipendenze Patologiche  
*Roberta Balestra* 25

NOTIZIE IN BREVE 20, 52, 69, 72, 76

RECENSIONI 25, 52, 57, 69, 72, 75

FeDerSerD/FORMAZIONE 4

# Mission

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



## Verso la Conferenza Nazionale di Trieste

La Conferenza nazionale prevista dal TU 309 del 1990 è occasione di analisi, riflessioni, indicazioni e proposte di soluzione ai più importanti problemi che interessano il sistema di intervento italiano sulla droga.

Il monitoraggio della realtà italiana è da sempre una priorità costante di FeDerSerD e da esso discende il contributo al miglioramento dello stato dell'arte con gli strumenti scientifici, formativi e comunicativi a disposizione.

Dobbiamo ancora una volta sottolineare che, una volta istituiti, agli inizi degli anni '80, i Ser.T. e tutto il Sistema dei Servizi è stato in gran parte del paese abbandonato a se stesso dai governi centrali, dalle istituzioni regionali, dalle dirigenze delle ASL che si sono via via succedute.

Questa è la considerazione da cui dobbiamo partire con la Conferenza Nazionale di Trieste che non può non attivare una franca riflessione almeno sui seguenti punti:

1. Costruire un tavolo operativo del Governo con le Regioni per condividere la dislocazione delle risorse ed il riassetto del sistema dei Servizi.

Metà delle Regioni italiane non hanno ancora recepito le Intese Stato-Regioni del 1999 sulla organizzazione e sull'accreditamento del sistema di intervento.

2. Organizzare l'intervento sulle politiche antidroga considerando l'insieme degli interventi su sostanze legali ed illegali e sui comportamenti additivi, sulla base della evidenza scientifica di una radice comune degli stati di abuso e dipendenza.

La differenziazione delle competenze e dei finanziamenti a livello centrale e periferico porta solo burocrazia, duplicazioni, inefficienze e in sostanza depotenziamento delle azioni di prevenzione, trattamento, reinserimento e comunicazione.

3. Incrementare sostanzialmente, con un piano specifico, il numero di operatori dei Dipartimenti per le Dipendenze, studiando forme di supporto ed accompagnamento delle Regioni e delle ASL per questa azione.

Il blocco totale delle assunzioni e il decremento degli operatori a fronte del raddoppio dell'utenza in dieci anni è la rappresentazione della realtà dei servizi.

- **Presentazione**, di *Alfio Lucchini*
- **Le ragioni della nascita della Newsletter "Clinica dell'Alcolismo"**, di *Felice Nava*
- **La pratica della certificazione in ambito alcolologico**, di *Valeria Zavan, Giorgio Cerizza, Giovanni Galimberti*

Newsletter "Clinica dell'Alcolismo", Anno I, n. 1

# Mission

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

FrancoAngeli

ANNO VII, 2008 - N. 25

## Fe Der Ser D

**Proprietà:** Fe Der Ser D

**Sede legale**

Via Giotto 3, 20144 Milano

**Comitato di Direzione**

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

**Direttore scientifico**

Alfio Lucchini

**Comitato di Redazione**

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

**Sede operativa e Redazione Mission**

Via Martiri della Libertà 21,  
20066 Melzo (Mi), tel. 3356612717  
[missiondirezione@virgilio.it](mailto:missiondirezione@virgilio.it)

**Direttore responsabile:** Stefano Angeli

**Progetto grafico:** Elena Pellegrini

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

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

Chiuso in redazione il 6 febbraio 2009

Edizione fuori commercio  
Tiratura: 6.500 copie



## EDITORIALE

4. Presentare il percorso del Tavolo di Alta Integrazione dei SERT e delle COMUNITÀ, a seguito della attività da 6 anni in corso tra FeDerSerD, FICT e CNCA, rappresentanti più significativi degli accreditati del sistema italiano.

5. Promuovere e formalizzare, attivando gli investimenti economici necessari, un piano nazionale di ricerca sulle dipendenze che veda il coinvolgimento e la promozione, in un costante percorso di crescita, dei servizi di eccellenza del nostro sistema di intervento.

E, in questo contesto, attivare un serio percorso di valutazione degli esiti degli interventi (dalla prevenzione, alla cura, al reinserimento sociale e lavorativo, alla riduzione dei rischi) che sia efficiente e sufficientemente agile da entrare a regime in un tempo ragionevole (6-12 mesi).

Indicatori come la mortalità, le infezioni, la qualità della vita, i reati, sono tra quelli, insieme alle guarigioni, da cui non si può prescindere.

6. Attivare una azione di prevenzione e di informazione che non sia a progetto o a scadenza ma che abbia, nei territori, una continuità ordinaria e che veda coinvolte tutte le Agenzie sociali.

La indifferenziazione del fondo sociale ha portato al crollo delle progettualità specifiche in tema di droga.

Stato, Regioni e Comuni devono riflettere su questa evidenza ed avere il coraggio di scelte conseguenti: servono un fondo nazionale e un fondo regionale dedicati.

7. Promuovere e formalizzare una nuova disciplina, la "clinica delle dipendenze", con i relativi corsi istituzionali di formazione e costruire un percorso di formazione permanente per tutte le professioni che operano nel sistema di intervento.

La realtà di lavoro dei professionisti italiani e il futuro dei profili professionali impongono il riconoscimento di percorsi formativi abilitanti.

8. Ribadire ancor una volta i punti fondanti della azione di diagnosi e cura del sistema dei Servizi.

Le evidenze scientifiche sono ormai consolidate per molti degli interventi attuati nei Servizi.

9. Attivare i percorsi per arrivare alla migliore definizione del Piano di Azione per le Dipendenze 2009-2012.

10. Applicare le leggi, monitorare i risultati, proporre i cambiamenti necessari.

Alcuni esempi:

- Quali modifiche sono necessarie per una reale e utile applicazione della Intesa  
- Stato Regioni sugli accertamenti di assenza di tossicodipendenza in alcune categorie di lavoratori, anche in una visione omogenea con altre norme (ad esempio quelle sull'alcol)?

- Come è possibile coniugare i percorsi amministrativi prefettizi e le finalità preventive ed educative dopo la legge 49 del 2006?

- Come evitare che un criminale in attesa di giudizio o con condanna passata in giudicato (si pensi ad un killer con molti omicidi confessati o a un corruttore) possa essere messo in libertà per curarsi dalla tossicodipendenza fino a 6 anni prima della fine della pena?

- Come si è realizzato il passaggio delle competenze della sanità penitenziaria alle ASL nelle diverse Regioni italiane e quale ricaduta pratica sta determinando sulla critica situazione carceraria?

- Quali percorsi bisogna attuare per disciplinare, nei tempi più rapidi, una informativa di salvaguardia sui pericoli dell'alcol sulle etichette degli alcolici?

Ancora un DECALOGO, come proponemmo nel 2005 alle soglie della legge Fini Giovanardi.

Molti punti sono gli stessi, con gli approfondimenti necessari per il procedere del tempo e delle inadempienze.

Il tema, nel 2009, per il sistema dei Servizi non è quello di avere altre leggi, ma riflettere sulla applicazione delle leggi vigenti nella reale ricaduta sulla vita delle persone e sulla cultura del Paese.

FeDerSerD su questi e su molti altri temi che riguardano il grande capitolo delle dipendenze ritiene di poter dare un contributo significativo ai professionisti italiani, alla azione del Parlamento, del Governo e delle Regioni, alla Conferenza Nazionale di Trieste.

Il Direttivo Nazionale di FeDerSerD

febbraio 2009

Contaminazioni, di Maurizio Fea

## Le nuove severità

Da qualche tempo stiamo assistendo e partecipando più o meno direttamente all'emergere di nuovi scenari di severità.

Chiamo in questo modo tutte quelle iniziative che mirano a stabilire un rapporto diverso da quello fino ad ora praticato, tra la responsabilità individuale di atti come il consumo di sostanze psicotrope e le conseguenze che ne derivano sia per il singolo che per la collettività.

Mi riferisco ad esempio alle disposizioni in merito agli accertamenti di assenza di tossicodipendenza per i lavoratori di alcune categorie con mansioni considerate a rischio, così come all'intensificarsi degli accertamenti sulla guida in condizioni di ebbrezza o sotto effetto di sostanze psicotrope.

Cosa dovremmo fare per affrontare quello che sembra essere l'aumento considerevole di incidentalità personale e verso terzi, legato all'uso di sostanze?

È un interrogativo etico.

Le nostre conoscenze scientifiche sui comportamenti di consumo, sul loro aumento e sulle caratteristiche sociali, antropologiche di una fascia sempre più ampia di consumatori, ci aiutano a capire che cosa siamo eventualmente in grado di fare per contrastare il fenomeno.

Ma quello che dovremmo fare rientra nel campo dell'etica.

Non tutte le domande con il condizionale del verbo "dovere" sono naturalmente di ordine etico, ma quando ci sono conflitti di interesse, queste domande lo sono sempre.

Il conflitto di interesse si manifesta in molti modi nei due contesti portati ad esempio, guida e lavoro.

Se la domanda è "vale di più la vita di un uomo o il suo lavoro" ci sono pochi dubbi su quale sia la risposta e non c'è bisogno di complessi ragionamenti filosofici, tuttavia la domanda si pone in questo modo solo quando il fatto è accaduto, ovvero quando l'assunzione di sostanze è stato un fattore causale diretto o indiretto di una morte o di un grave incidente.

Il più delle volte la domanda si pone nei termini di "quanto rischio c'è che sotto effetto di sostanze un individuo compia degli atti che possono compromettere o ledere la vita altrui e/o quella propria" dunque la questione diventa più ampia e complessa, entrano in gioco fattori probabilistici ed economici come la valutazione di un lavoro perso o reso precario dalla decisione per esempio del ritiro della patente, oppure dalla messa in mora per un tempo più o meno determinato di una mansione lavorativa.

La domanda non cessa per questo di essere domanda etica, ma assume necessariamente anche risvolti economici che non si può esimere dal valutare. Valutare il rapporto costi/benefici non risponde in modo esauriente alla domanda

"che cosa dovremmo fare" ma è parte essenziale della risposta.

I costi che un individuo o verosimilmente molti individui, visti i primi risultati di questo processo che si è avviato, devono affrontare per mitigare l'impatto dell'uso di sostanze nel mettere a rischio la vita propria ed altrui possono essere considerevoli. Non disponiamo al momento di stime che ci dicano con buona approssimazione quale può essere il rapporto costo/beneficio dell'inasprimento delle sanzioni a carico dei trasgressori, tuttavia molti economisti riconoscono che ci deve essere un fondamento etico dell'analisi costi/benefici.

In genere gli economisti attribuiscono ai "beni futuri" un valore inferiore rispetto a quello dei "beni attuali", quindi scontano i beni futuri. Inoltre tanto più lontano nel tempo i beni diventano disponibili, quanto più vengono scontati.

Il tasso di sconto misura quanto rapidamente il valore dei beni si riduce nel tempo. Questo è un argomento che ben si conosce nella pratica clinica con i dipendenti da sostanze, che tendono ad attribuire scarso valore ai vantaggi che potrebbero ricavare in un futuro non prossimo dalla cessazione dell'uso di sostanze, rispetto ai vantaggi immediati che ricavano assumendole.

Nella valutazione costi/benefici entrano anche altri elementi, al momento non valutabili ma di sicuro interesse, quale l'effetto della pressione sociale sanzionatoria sulla riduzione dei consumi in generale e non solo sui soggetti a rischio che vengono monitorati.

Anche quest'ultimo elemento è carico di valore etico e contemporaneamente richiede di valutare i costi e i sacrifici che siamo disposti a **fare o imporre** per ridurre l'impatto dei rischi connessi all'uso di sostanze.

Non c'è dubbio che la differenza tra fare e imporre è enorme, sotto il profilo etico e qui gli economisti ci possono solo dire che ci sono due modi per considerare la questione:

- una modalità "utilitaristica" che considera esclusivamente il beneficio generale che può derivare da una certa condotta e quindi giustifica l'imposizione;
- una modalità "prioritaria" che assegna un valore aggiunto a certe condizioni, come l'essere ad esempio povero, socialmente debole e con minori capacità di affermazione, che suggerisce prudenza nell'imporre senza discriminare.

Ma ancora una volta, la scelta tra una delle due opzioni, è una scelta di carattere etico. Se scelgo di considerare e assegnare un peso specifico al danno che un certo provvedimento può arrecare ad una persona colta sotto effetto di sostanze, rinuncio ad imporre un principio morale elementare per cui non si dovrebbe fare qualcosa a proprio vantaggio se contemporaneamente si danneggia un'altra persona.

È vero che in alcune occasioni non riusciamo ad evitare il danno altrui, e che a volte è una conseguenza accidentale.

Ma in genere ogni volta che causiamo un danno siamo tenuti a risarcire la vittima.

La difficoltà decisionale nasce proprio da questa mancanza di contemporaneità tra danno e vantaggio, poiché disponiamo solo della probabilità come criterio orientativo, che oltretutto in questi casi non è ancora sufficientemente corroborata da studi rigorosi che ci informino sul suo grado di effettività.

Ci sono due strade che credo vadano percorse contemporaneamente: con umiltà riconoscere che siamo ancora lontani dal disporre di certezze documentate in merito alla efficacia delle nuove severità e in ragione di ciò è opportuno e necessario che vengano messi in opera tutti i dispositivi che le conoscenze scientifiche attuali ci mettono a disposizione per valutare l'efficacia delle azioni intraprese, senza farsi abbagliare dai miraggi di soluzioni miracolistiche che non esistono.

Quindi predisporre accurati studi di valutazione indipendenti che non siano subordinati alla necessità di mostrare quello che ancora non è dimostrabile. Contemporaneamente però non si possono opporre pregiudizialmente obiezioni di merito ad una scelta di severità che semmai merita di essere considerata come un tentativo di assumere la traduzione di principi etici in fatti concreti e non ideologici. Coniugare principi etici indiscutibili con buone prassi sperimentali scientificamente corroborate, è l'unico modo per assumere consapevolmente e con l'autorevolezza necessaria, il difficile compito di contrastare e ridurre i rischi e i danni da uso di sostanze.

## Congresso tematico nazionale Dipendenze e Malattie infettive

*Modelli diagnostico - terapeutici nella integrazione degli ambiti professionali*

**Bologna 10-12 giugno 2009 - HOTEL CENTERGROSS**

### PROGRAMMA PRELIMINARE

#### 10 GIUGNO 2009

Ore 10.30

**Saluto Autorità**

**Introduzione Presidenza Congresso**

Ore 11.15-13.00

*Lettura*

**Stato dell'arte: patologia da dipendenza e rischio infettivologico.**

*Lettura*

**Dipendenze e malattie infettive: un tema fuori moda?**

Ore 14.00-17.00

Prima sessione

**Epatite C**

Moderatori: presidenti FeDerSerD e SIMIT

Quattro relazioni

Presentazione di 5 buone prassi territoriali

Ore 17.00-18.00

Seconda sessione

**SerT e Malattie Infettive insieme nella diagnosi e cura della Epatite C**

Presentazione protocollo SIMIT – FeDerSerD

#### 11 GIUGNO 2009

Ore 9.00-11.00

Terza sessione

**HIV**

Due Letture

Due Discussant

Presentazione di 5 buone prassi territoriali

Ore 11.00-13.00

Quarta Sessione

**Epatite B**

Due Letture

Due Discussant

Presentazione di 2 buone prassi territoriali

Ore 14.00-14.40

Quinta sessione

Lettura

**Malattie infettive e migrazioni**

Ore 14.40-16.00

Sesta sessione

**Altre Malattie sessualmente trasmesse**

Lettura

Due Discussant

Presentazione di 2 buone prassi territoriali

Ore 16.00-17.00

Settima sessione

**Presentazione Studio DAVIS**

**Presentazione Data Base Patologie Correlate alla Dipendenza**

Ore 17.00-18.00

Ottava sessione

**Alcolismo ed epatopatie: le possibilità di cura**

#### 12 GIUGNO 2009

Ore 9.00-11.00

Nona sessione

**Sinergie cliniche tra il farmaco agonista e la terapia delle coinfezioni**

Due relazioni

Due Discussant

Presentazione di 3 buone prassi territoriali

Ore 11.00-13.00

Decima sessione

**TAVOLA ROTONDA**

**Raccomandazioni per buone prassi di integrazione tra gli attori della azione territoriale**

**Partecipano: Società scientifiche e Associazioni di tutela dei cittadini**

Ore 13.00-13.15 - **Chiusura del Congresso**

**Segreteria Nazionale FeDerSerD**  
**Expogpoint - Organizzazione Congressi Eventi**  
**Via Matteotti, 3 - 22066 Mariano Comense - Co**  
**telefono 031 748814 – fax 031 751525**  
**email federserd@expogpoint.it**

# Interventi di prevenzione primaria delle dipendenze patologiche nella Comunità del Comprensorio del Primiero

V. Loss\*, R.M. Callà\*\*, M. Tomas\*\*\*, R. Lovaste\*\*\*\*

## SUMMARY

■ **Abstract:** *This paper focuses on primary prevention and, in particular, on a community oriented prevention of psychotropic drugs abuse. The paper describes an example of intervention of primary prevention carried out in the District of Primiero (Province of Trento, Italy). This intervention, which involved significant adults in the territory, was carried out through two projects. One project was intended to support parents through a series of informative and thought-provoking meetings on issues about adolescence, family relationships and the use and abuse of substances. The other project, which involved seven groups of significant adults operating in the District of Primiero, analyzed the perception and knowledge of drugs of these people and, more generally, their concept of health and wellness. We then proceeded to identify and communicate the concrete actions each person can take (according also to their role) in order to tackle the problems related to the phenomenon of the use and abuse of psychotropic substances.* ■

**Keywords:** *primary prevention, community, significant adults, phenomenon of the use and abuse of psychotropic substances.*

**Parole chiave:** *prevenzione primaria, comunità, adulti significativi, fenomeno dell'uso e dell'abuso di sostanze psicotrope.*

## Premessa teorica

Il complesso concetto di prevenzione racchiude in sé una vera e propria filosofia di vita. Fare prevenzione significa, infatti, cercare di promuovere cambiamenti individuali, sociali e situazionali che evitino l'insorgere di atteggiamenti distruttivi/autodistruttivi e che tendano a difendere e a promuovere il benessere psicofisico e sociale dei soggetti appartenenti ad una comunità (Da Fermo, 1991).

L'attivazione di tali cambiamenti è quindi tesa sia ad allontanare elementi negativi, sia a rafforzare elementi positivi nell'individuo, nelle relazioni sociali e nella comunità/società nel suo complesso. I contenuti, dunque, dell'intervento preventivo, sono centrati nella promozione di cambiamenti consapevoli e duraturi, di ordine culturale, psicologico, sociale e politico (Regogliosi, 1992; 2000).

L'attività di prevenzione si distingue, generalmente, in prevenzione universale, rivolta a gruppi generali di popolazione e pre-

venzione selettiva (o mirata) rivolta a gruppi specifici di individui considerati a rischio o vulnerabili.

Una declinazione tuttavia più esaustiva del concetto di prevenzione è stata fornita dallo studioso Caplan (1964) che distinse tre tipi di prevenzione: primaria, secondaria e terziaria.

La prevenzione primaria è tesa a limitare le cause del disagio nell'intera società.

La prevenzione secondaria ha lo scopo di individuare precocemente i sintomi di un disagio e i soggetti a rischio.

Infine, la prevenzione terziaria ha l'obiettivo di limitare il più possibile i danni di un disagio presente e di mettere e in atto interventi riabilitativi.

L'attività di prevenzione viene classificata in base al gruppo di riferimento, alla metodologia e al target.

Il quadro sinottico che segue esplicita gli aspetti che connotano il concetto di prevenzione.

Esso pone in evidenza la tripartizione teorica del concetto di prevenzione (primaria, secondaria e terziaria) ed esplicita, per ciascuna di tali declinazioni, i soggetti destinatari delle azioni di prevenzione, gli obiettivi che si vogliono raggiungere con gli interventi e le modalità d'azione finalizzate allo scopo preventivo (Bertelli, 2007; Callà, 2007).

In questo specifico intervento focalizzeremo l'attenzione sulla prevenzione primaria, o universale, ed in particolare su quel tipo di prevenzione primaria rivolta alla comunità intera nel settore delle sostanze d'abuso psicotrope.

In generale si può affermare che l'attività di prevenzione ha in potenza una funzione allargata che coinvolge tutto il sistema

\* Assistente sociale presso il Servizio Socio-Assistenziale del Comprensorio di Primiero.

\*\* Sociologa, borsista presso il Ser.T. dell'APSS della Provincia Autonoma di Trento, collaboratrice alla ricerca presso la Facoltà di Sociologia dell'Università degli studi di Trento.

\*\*\* Assistente Sociale - Coordinatore Tecnico del Servizio Socio-Assistenziale del Comprensorio di Primiero.

\*\*\*\* Direttore Ser.T. dell'Azienda Provinciale dei Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento.

**Prevenzione**

Tipologia	Soggetti destinatari	Obiettivi	Azioni
primaria	1) singoli individui; 2) agenzie di socializzazione; 3) comunità intera	1) aumentare i fattori protettivi (promozione salute fisica, psichica, sociale); 2) ridurre i fattori di rischio (allontanare le cause del disagio)	Promuovere cambiamenti individuali, sociali e situazionali che evitino l'insorgere di atteggiamenti distruttivi, autodistruttivi e che tendano a difendere e a promuovere il benessere psicofisico e sociale dei soggetti appartenenti ad una comunità
secondaria	Categorie a rischio	1) individuare soggetti a rischio; 2) individuare momenti critici	Programmazione di interventi precoci affinché non sorgano problemi
terziaria	1) soggetti in conclamata situazione di disagio; 2) soggetti devianti	1) evitare ricadute e malesseri (individuali, sociali); 2) riduzione dei danni; 3) reinserimento nell'ambiente naturale	Attuazione di interventi riabilitativi

Fonte: R.M Callà (2007)

sociale, nelle sue funzioni formative, politiche, relazionali, comunicative e identitarie (Pollo, 2004; Bertelli, 2007).

Questa funzione diffusa tuttavia si esplicita in maniera più netta nella prevenzione primaria comunitaria con l'attivazione di processi di tutela sociale dal disagio, entrando in quelli che sono gli "interstizi" della comunità stessa, che diventa "educata ed educante" (Floris, 2003; Bertelli, 2007).

Nell'epoca della cultura del successo e della prestazione, rileviamo come tra i più recenti studi statunitensi volti ad analizzare l'efficacia degli interventi di prevenzione primaria si sottolinei come ad ogni dollaro investito in attività di prevenzione corrisponda un risparmio fino a 10 dollari per il trattamento d'abuso di sostanze psicotrope (Aos *et al.*, 2001; Spoth *et al.*, 2002 a, b). Al di là, tuttavia, di calcoli puramente economici-razionali – seppur necessari a fronte della consistente riduzione di fondi per interventi socio-sanitari, è senz'altro avvalorato come interagire attraverso interventi di prevenzione universale, con le famiglie, nella scuola e nella comunità nel suo complesso, risulti essere un utile strumento per aiutare i soggetti ad acquisire quelle abilità che tutelano dal mettere in atto comportamenti a rischio e devianti.

Nella prevenzione primaria relativa all'uso di sostanza psicotrope si può inoltre menzionare come secondo alcuni autori il passaggio da un uso cosiddetto ludico-sperimentale, tipico delle fasce giovanili, alla condizione di dipendenza, si sviluppa in un percorso fatto da diversi passi, di tappe predeterminate a livello culturale (Kandel, 1975; Kelli, 2002) e che, dunque, gli interventi di prevenzione dovrebbero essere tesi, ad impedire innanzitutto l'incidenza del primo uso di stupefacenti, secondariamente a bloccare il percorso o *stepping-stone* verso la dipendenza<sup>1</sup>.

## La prevenzione di comunità

Negli ultimi anni il fenomeno dell'uso e dell'abuso di sostanze ha assunto caratteristiche nuove spiazzando di fatto il sistema di sanità pubblica che si trova a possedere caratteristiche che lo rendono inadeguato per affrontare l'attuale fenomeno trasforma-

to. Nuove droghe – accompagnate ad eterogenee e innovative modalità di assunzione – sono comparse in quello che è a tutti gli effetti un mercato inserito nella Società dei Consumi, nella quale i bisogni e i relativi oggetti per assolvere i bisogni sono strettamente soggettivi ed individuali (Bauman, 2005).

Lo sviluppo della imperante cultura della sostanza sulla base della quale per rispondere ad ogni esigenza, necessità, desiderio, obiettivo da raggiungere si può – senza patemi personali e forme di sanzionamento da parte della comunità circostante – far ricorso ad uno o più "alleati chimici", ha portato al diffondersi di un atteggiamento generalizzato di sottostima rispetto ai rischi e ai pericoli legati all'uso di sostanze.

L'abuso di droghe, di alcol, di fumo, di cibo, di comportamenti compulsivi, rende necessaria una nuova riorganizzazione dei servizi socio-sanitari, nuovi contenuti formativi per le figure professionali coinvolte in tale ambito di lavoro.

Ma è necessaria anche e soprattutto l'implementazione di politiche preventive maggiormente adeguate all'evoluzione del fenomeno attivando interventi di informazione, sensibilizzazione, formazione ed educazione alla salute rivolti alla comunità nel suo complesso.

È infatti attraverso l'attivazione di processi di trasformazione della cultura, del potenziamento del senso di appartenenza ad una specifica identità comunitaria con la conseguente assunzione di responsabilità verso la comunità stessa, attraverso la formazione perenne e rafforzamento delle agenzie di socializzazione e degli adulti significativi che in esse abitano, lavorano e vivono che si può agire "preventivamente" alla comparsa del disagio (Ferrario, 2002; Bertelli, 2007).

In Italia, tra le iniziative di prevenzione primaria attivate nel corso del 2007 in Italia sono da segnalare quelle del Ministero della Pubblica Istruzione.

Le iniziative realizzate sono state di informazione/formazione inserite in un progetto educativo globale, il cosiddetto Piano triennale per il benessere dello studente.

L'obiettivo ultimo di questi interventi di prevenzione del disagio giovanile e delle tossicodipendenze era il raggiungimento di responsabilità e di autonomia di scelta da parte dei giovani coinvolti nei progetti.

La Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia rileva che nell'anno scolastico 2007-2008, l'82% delle scuole ha attivato progetti di prevenzione tramite il coinvolgimento delle ASL (86%), associazioni (35%), forze dell'ordine (35%), enti locali (19%) e liberi professionisti (18%).

Inoltre, in circa il 60% delle scuole sul territorio nazionale sono state organizzate giornate di studio dedicate alla prevenzione delle droghe, nel 21% giornate dedicate alla prevenzione del doping e nel 4% dedicate al tema del gioco d'azzardo patologico (Relazione Annuale al Parlamento, 2008).

Numerosi anche i progetti di prevenzione primaria che hanno previsto degli incontri rivolti alle famiglie e/o ai genitori degli studenti e quelli basati sull'auto-aiuto o il reciproco aiuto tra le famiglie.

Alcuni interventi sono stati indirizzati alle comunità locali con l'implementazione di centri di associazione e counselling, la creazione di spazi ricreativi e culturali, la formazione rivolta a

soggetti particolarmente attivi nell'ambito territoriale e la prevenzione attraverso l'uso dei media (Relazione Annuale al Parlamento, 2008).

### Un esempio di Prevenzione Comunitaria nel Comprensorio del Primiero, Provincia Autonoma di Trento

Nell'ottica di interventi stabili e continuativi, basati sia su forme di confronto ed integrazione tra soggetti diversi e sia sul coinvolgimento delle comunità locali che divengono in questo particolare ambito "erogatrici" e contemporaneamente "beneficarie" di interventi di prevenzione primaria comunitaria, si descrive di seguito un esempio di intervento realizzato nel Comprensorio del Primiero, nella Provincia Autonoma di Trento.

#### Riquadro 1 - Il Primiero: caratteristiche generali popolazioni/territorio

Il territorio del Comprensorio di Primiero, una delle undici ripartizioni geografiche nelle quali si suddivide la Provincia autonoma di Trento, è situato nella parte orientale del territorio provinciale, comunicando con Feltre ed il Bellunese. La configurazione del territorio e la posizione geografica, lo rendono luogo di convergenza tra Trentino e Veneto.

Il territorio comprende due valli, del Cismon e del Vanoi e parte della Valle del Mis, nelle quali si suddividono i 48 nuclei abitati situabili negli 8 comuni del Comprensorio: Canal San Bovo, Fiera di Primiero, Imer, Mezzano, Sagron Mis, Siror, Tonadico e Transacqua.



Il Comprensorio del Primiero si estende su una superficie di 414 kmq per una popolazione di 10.097 abitanti suddivisi nei vari comuni, in particolare sono 5.163 le femmine e 4.934 i maschi (Istat, 2007).

Tab. 1 - Ripartizione comunale del Comprensorio Primiero. Anno 2007

Comuni	Abitanti*	N. famiglie
Comune di Canal San Bovo	1.657	781
Comune di Fiera di Primiero	556	259
Comune di Imer	1.207	507
Comune di Mezzano	1.643	664
Comune di Sagron Mis	212	98
Comune di Siror	1.275	566
Comune di Tonadico	1.461	604
Comune di Transacqua	2.086	864
<b>Comprensorio di Primiero</b>	<b>10.097</b>	<b>4.343</b>

\* Dati Istat al 31.12.2007

La sua popolazione rappresenta circa il 2% della popolazione totale della Provincia in un territorio che ne rappresenta, invece, circa il 7%. Scarsa rispetto alla media provinciale anche la densità media: 24,41 la densità abitativa comprensoriale vs 82,7 la densità abitativa provinciale (Istat, 2007).

Tab. 2 - Indici socio territoriale del Comprensorio Primiero e Provincia Autonoma di Trento. Anno 2007

Indici*	Comprensorio Primiero	Provincia Autonoma di Trento
Superficie	413,59	6.206,88
Abitanti	10.097	513.357
Densità abitativa/km	24,4	82,7

\* Dati Istat al 31.12.2007

La popolazione ha un elevato indice di invecchiamento, rilevante la presenza di capi famiglia anziani. Parecchi residenti sono rientrati dall'estero dove erano emigrati nei decenni passati; in aumento il flusso migratorio di stranieri. L'incremento della popolazione deriva quasi esclusivamente dal saldo positivo migratorio.

Tab. 3 - Indici socio demografici del Comprensorio Primiero e Provincia Autonoma di Trento. Anno 2007

Indici*	Comprensorio Primiero	Provincia Autonoma di Trento
Età media	41,6	41,1
Tasso di natalità	10,5	10,5
Tasso di mortalità	10,3	8,9
Indice di Vecchiaia maschile	108,7	98,6
Indice di Vecchiaia femminile	178,5	152,6
Tasso di immigrazione	32,6	36,1
Tasso di emigrazione	27,1	26,9
N. medio componenti famiglia (2007)	2,31	2,35

\* Dati Istat al 31.12.2007

Il Comprensorio di Primiero è caratterizzato da uno sviluppo economico legato soprattutto all'attività turistica sia invernale che estiva: gli addetti al settore alberghieri costituiscono il 7% del totale provinciale. È presente una discreta attività artigianale-commerciale, mentre risulta ridotta l'attività industriale.

Tab. 4 - Indici socio economici del Comprensorio Primiero e Provincia Autonoma di Trento. Anno 2001

Indici*	Comprensorio Primiero	Provincia Autonoma di Trento
% Addetti settore agricolo	1,00	5,00
% Addetti settore industriale	22,00	31,00
% Addetti settore commercio	39,00	20,00
%Addetto settore servizi	38,00	44,00
Numero addetti settore alberghiero (2006)	7.886	116.451

\* Dati Istat al 31.12.2001

Alla fine del 2006 l'Amministrazione comprensoriale del Primiero, anche su indicazione del Servizio Sociale, ha fatto emergere il bisogno di intraprendere un'attenta e condivisa analisi del fenomeno della tossicodipendenza, promuovendo dunque l'avvio di un tavolo di riflessione rispetto al fenomeno stesso, denominato "Tavolo di lavoro per l'analisi del fenomeno Tossicodipendenza" e che ha visto il coinvolgimento di esperti del settore e di rappresentanti di Enti e Risorse del territorio<sup>2</sup>.

L'obiettivo principale che si è posto questo gruppo di soggetti è stato quello di elaborare un progetto operativo unitario ed integrato di prevenzione di comunità, coinvolgendo in particolare gli adulti significativi presenti sul territorio.

Sono stati realizzati cinque incontri nei quali sono stati affrontati i seguenti temi:

- analisi della "vision" collettiva della tossicodipendenza e degli indicatori epidemiologici significativi;
- gli interventi di prevenzione primaria attuati e le iniziative possibili per il futuro;
- gli interventi di cura e riabilitazione attuati e le strategie di miglioramento possibili;
- gli interventi di repressione attuati nel comprensorio.

A seguito della serie degli incontri descritti, tesi alla lettura della trasformazione del fenomeno tossicodipendenza a livello provinciale, il Tavolo ha condiviso la volontà di soffermarsi nello

sviluppare il tema della prevenzione primaria elaborando nello specifico due progetti: "I genitori si raccontano" e "Formazione degli Adulti Significativi del Territorio".

## Il progetto "I genitori si raccontano"

Il progetto è stato realizzato con la collaborazione del Ser.T di Feltre ed era volto alla realizzazione di un intervento a sostegno della genitorialità mediante un ciclo di incontri di informazione e riflessione sulle tematiche dell'adolescenza, delle relazioni familiari e dell'uso e abuso di sostanze.

Il progetto si è basato su una strategia di provata efficacia nel prevenire l'abuso di sostanze focalizzata sia sull'informazione e sia sul miglioramento delle abilità di comunicazione dei genitori: un supporto positivo da parte degli adulti significativi può aumentare i fattori protettivi e ridurre l'influenza di quelli negativi, che corrispondono agli intenti principali del fare prevenzione (Bertelli, 2007).

L'iniziativa era rivolta a tutti i genitori del territorio, quale importante occasione di informazione-formazione sul tema. I tre incontri realizzati (descritti in modo dettagliato nel riquadro x 2) che hanno riscontrato una forte partecipazione con una media di 100 adulti per incontro, si sono focalizzati sull'"Informazione sulle sostanze psicotrope", "L'adolescenza stupefacente" e infine, sul "Il ruolo delle dinamiche affettive nella coppia e nella famiglia". Alla fine del percorso si è proposto ai partecipanti un questionario per valutare il grado di soddisfazione e di percezione dell'utilità dell'iniziativa stessa.

Dall'analisi dei questionari è emerso come i partecipanti abbiano seguito gli incontri con una certa costanza, valutando positivamente gli incontri stessi, sia per i contenuti proposti, sia per le modalità utilizzate.

La totalità dei soggetti rispondenti auspicerebbe in un proseguimento degli incontri attraverso l'organizzazione di "serate a tema", con gruppi di auto mutuo aiuto, o altre azioni similari per incentivare le occasioni di confronto tra genitori ed esperti del fenomeno.

**Riquadro 2 - Incontri realizzati nell'ambito del Progetto di Prevenzione Comunitaria "I genitori si raccontano"**

<b>Informazione sulle sostanze psicotrope</b>	<b>L'adolescenza stupefacente</b>	<b>Il ruolo delle dinamiche affettive nella coppia e nella famiglia</b>
n. partecipanti: 110 genitori	n. partecipanti: 110 genitori	n. partecipanti: 80 genitori
<b>Contenuti</b>	<b>Contenuti</b>	<b>Contenuti</b>
Storia del consumo delle sostanze	Indicazioni sulla relazione educativa con figlio adolescente	La famiglia come "sistema"
Analisi del fenomeno contemporaneo	L'ascolto attivo	Il ciclo vitale della famiglia
Meccanismi che spingono all'uso di sostanze	Il trasmettere il valore delle regole e del concetto di "limite"	L'adolescenza e le relazioni con i genitori
Modalità di assunzione delle sostanze	Fattori di rischio e di protezione	Il progetto educativo della famiglia
Fattori di rischio e di protezione		Analisi di un caso
Come agire nel dubbio di consumo di sostanze		

## Il Progetto "Formazione degli Adulti Significativi del Territorio"

Il Progetto rivolto alla "Formazione degli Adulti Significativi del Territorio" è stato realizzato in collaborazione con il Ser.T. di Trento ed il Centro Salute Mentale di Tonadico e ha visto il coinvolgimento di sette gruppi di "Adulti Significativi" operanti nel comprensorio del Primiero (amministratori, operatori sanitari, operatori sociali, imprenditori e artigiani, albergatori e baristi, dirigenti e allenatori sportivi, operatori del terzo settore).

Con i diversi gruppi di soggetti si è analizzata dapprima la loro "vision" sulla tossicodipendenza e più in generale il concetto di salute/benessere, per poi cercare di individuare e condividere azioni concrete che ciascun soggetto, in relazione al ruolo ricoperto, potesse mettere in campo per prevenire e fronteggiare i problemi connessi al fenomeno oggetto di discussione.

Gli incontri a cadenza mensile si sono svolti nel periodo ottobre 2007/marzo 2008, presso un albergo della zona e sono stati proposti nella giornata di sabato per agevolare la presenza dei partecipanti.

Ad ogni categoria è stata inviata una lettera personalizzata per spiegare il significato e l'obiettivo dell'iniziativa.

Essendo per diversi soggetti coinvolti in una riflessione su un tema lontano dall'operare quotidiano, l'Assessore alle Attività sociali e sanità e il Coordinatore del Settore Sociale del Comprensorio hanno strategicamente scelto di incontrare prima anche alcuni rappresentanti o presidenti di categoria per spiegare il senso dell'iniziativa, chiedendo il loro supporto nella promozione della partecipazione agli incontri da parte di altri soggetti appartenenti alla medesima categoria.

In una seconda fase si sono consegnati di persona gli inviti per sensibilizzare la partecipazione.

Ogni incontro ha avuto un contenuto diverso, sia per il ruolo dei soggetti incontrati, sia per la proposta formulata dai diversi conduttori (descritti in modo dettagliato nel riquadro 3).

Ad ogni gruppo partecipante è stato somministrato un questionario da compilare prima dell'incontro stesso con l'obiettivo di esplorare il senso comune della tossicodipendenza. I questionari sono stati elaborati dall'Università degli Studi di Trento<sup>3</sup>.

L'iniziativa ha registrato la partecipazione di 119 persone, che hanno aderito con notevole interesse e che hanno successivamente condiviso con altre persone della comunità locale l'esperienza vissuta.

Esperienza questa che ha permesso da un lato agli operatori di avvicinarsi alla visione del senso comune del fenomeno della tossicodipendenza e dall'altro ha consentito agli adulti significativi di conoscere meglio il fenomeno, di capire la rete di risorse formali ed informali alle quali fare riferimento nell'ottica di prevenzione.

## Le azioni future

Tenuto conto dell'unicità del progetto nella Provincia Autonoma di Trento e stante i buoni risultati ottenuti, soprattutto in termini di partecipazione attiva di coloro i quali hanno aderito al percorso, l'Amministrazione comprensoriale del Primiero ha ritenuto importante sviluppare ulteriormente il lavoro svolto per approfondire la visione del fenomeno nel territorio comprensoriale. Il "Tavolo di lavoro per l'analisi del fenomeno Tossicodipendenza" ha condiviso l'ipotesi di avviare tre ambiti di approfondimento del fenomeno, approvati dall'Amministrazione comprensoriale, nell'ottica di garantire concretamente ai diversi soggetti preposti la possibilità di orientare in maniera più mirata le azioni di prevenzione future.

Tali ambiti si possono sintetizzare come di seguito:

**Riquadro 3 - Incontri realizzati nell'ambito del Progetto di Prevenzione Comunitaria "Formazione degli Adulti Significativi del Territorio"**

Gruppo di Adulti Significativi	Gruppo di Adulti Significativi	Gruppo di Adulti Significativi	Gruppo di Adulti Significativi	Gruppo di Adulti Significativi	Gruppo di Adulti Significativi	Gruppo di Adulti Significativi
Amministratori	Operatori sanitari	Baristi e Albergatori	Allenatori e Dirigenti Sportivi	Artigiani e Industriali	Operatori sociali	Terzo Settore
Numero partecipanti	Numero partecipanti	Numero partecipanti	Numero partecipanti	Numero partecipanti	Numero partecipanti	Numero partecipanti
11	22	14	23	14	20	15
Elementi emersi	Elementi emersi	Elementi emersi	Elementi emersi	Elementi emersi	Elementi emersi	Elementi emersi
Offrire opportunità ludiche diverse alternative all'uso di sostanze	Fare prevenzione nell'ambito del proprio ruolo	Tutti gli adulti della comunità sono adulti significativi in grado di promuovere cambiamento: serve "ottimismo di ruolo"	Elemento negativo della cultura sportiva del risultato e della prestazione: impostare un'organizzazione meno focalizzata sul risultato	Percezione del problema diffuso da non sottovalutare	Escursus storico sul consumo di sostanze e cambiamento dei significati dell'uso nell'immaginario collettivo	Dibattito su cosa sono le droghe, quali sono gli effetti del loro consumo
Non considerare il problema della tossicodipendenza come un problema "degli altri"	Rafforzare il raccordo con i Servizi Specialistici	Mancanza di senso di responsabilità nei confronti dei giovani di adulti che non riescono a trasmettere valori e messaggi positivi	Valorizzare il talento e le capacità di ciascun ragazzo	Ruolo cruciale della famiglia nell'ambito preventivo	Significati dell'uso e abuso di sostanze per i giovani e adolescenti	Ruolo cruciale degli adulti nell'attività di prevenzione, ma anche nell'esempio che fornisce con il suo stile di vita
Investire risorse economiche e umane nel settore della cultura, con costanza e coerenza	Ipotizzare un progetto di cura a livello territoriale	Ogni adulto, può nell'ambito del suo ruolo fare delle scelte di tipo preventivo (proporre attività; trasmettere limiti; segnalare alle forze dell'ordine soggetti/ situazioni a rischio; fare scelte penalizzanti l'aspetto economico)	Favorire lo sport come luogo e momento di socializzazione	Modalità adeguate a fronte di un soggetto con problemi di dipendenza o uso problematico (capire qual è il problema, porre la persona di fronte al dato di realtà, rivolgersi ai Servizi del Trentino)	Strategie possibili da attuare (ascolto, confronto, consolidare le competenze educative, mettersi in relazione con il mondo giovanile)	Ruolo del volontario nella prevenzione (segnalare le situazioni a rischio, porre attenzione alle modalità di comunicazione, essere in rete per favorire il benessere della comunità, fare riferimento ai servizi del territorio)
Imparare a leggere i bisogni del proprio territorio per poi modulare le risposte più adeguate			Educare a gestire la vittoria e anche la sconfitta	Influenza del gruppo dei pari nell'età adolescenziale	Ruolo cruciale della famiglia ma anche di tutti gli altri adulti significativi con i quali i ragazzi si relazionano	Cruciale il ruolo della famiglia e della necessità di un confronto continuo con i figli
			Educare a rispettare le regole			

### La percezione del fenomeno

Si sono realizzati dei focus group di approfondimento rivolto ai gruppi degli Adulti Significativi incontrati nel progetto "Formazione degli Adulti Significativi del Territorio", finalizzati a cogliere orientamenti circa la praticabilità di concrete iniziative di prevenzione comunitaria.

### La stima dell'uso di sostanze nel territorio del Primiero

Si ritiene necessario stimare l'uso delle sostanze psicoattive nella popolazione del Primiero tra i 15 e i 64 anni di età ai fini della programmazione degli interventi di prevenzione sia primaria sia selettiva e mirata.

Tale attività si ipotizza possa essere svolta in collaborazione con l'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche, tramite l'attivazione di un campionamento specifico della rilevazione IPSAD sulla popolazione generale del Comprensorio e la somministrazione del relativo questionario.

### Il dato reale relativo all'uso di sostanze

Ad arricchire di preziose informazioni le prime due aree di intervento, si realizzerà un'analisi delle acque reflue del Comprensorio per individuare il grado di concentrazione dei metaboliti delle sostanze stupefacenti presenti.

Per la divulgazione del lavoro svolto sarà pubblicato a breve un opuscolo sulle dipendenze patologiche da sostanze, sulle loro cause, sui loro possibili effetti, sulla loro diffusione, nonché sulla percezione che la popolazione ha sul fenomeno e sui modi di prevenirlo entro il contesto comunitario locale.

Tale pubblicazione, inoltre, metterà in evidenza i risultati emersi dai questionari e dai focus group.

Nel corso del 2009, infine, un ulteriore rimando alla popolazione locale sarà fornito dalla realizzazione di un convegno sulle tematiche sopradescritte.

## Conclusioni

Nella logica dei nuovi orientamenti delle politiche sociali, sempre più le comunità devono farsi protagoniste nell'analisi dei bisogni emergenti nel proprio territorio, per comprendere che cosa promuovere per mantenere e sviluppare il benessere collettivo (Scaglia, 2005).

Il tipo di Welfare su cui si riflette, infatti, vede necessariamente la pubblica amministrazione impegnata a predisporre condizioni che facilitano l'azione della società civile atta alla costruzione condivisa di iniziative nelle quali le comunità locali – tutti i cittadini – non più solo fruitori, ma protagonisti attivi nella promozione del benessere.

Nell'intento di far crescere una comunità responsabile nel Primiero, è scaturita dunque l'idea di promuovere i progetti di prevenzione universale descritti in questo intervento: l'obiettivo era quello di far interrogare l'intera comunità locale sul fenomeno tossicodipendenza, per far sì che la comunità stessa si facesse carico del problema, non ritenendolo un qualcosa di esclusivo dei servizi specialistici.

Per quanto l'obiettivo era e rimane ambizioso e il raggiungimento dello stesso arduo e complesso, alcune azioni significative sono state realizzate e altre pensate e condivise dalla comunità stessa, dunque divenuta – a tutti gli effetti – protagonista della sua stessa promozione. L'obiettivo ultimo, dunque, è più vicino.

## Note

1. Sulla base dell'ipotesi "stepping stone" per esempio il consumo di birra e di vino precede il consumo di superalcolici, come il consumo di

tabacco precede il consumo di marijuana o, ancora, il consumo di cannabinici è lo step che precede il consumo di altre sostanze.

2. Il tavolo è composto dai seguenti soggetti: Luigi Zortea - Assessore alle Attività Sociali e Sanità del Comprensorio di Primiero, conduttore del Tavolo; dott. Alberto Crestani - Dirigente Medico - Distretto Sanitario di Primiero; m.llo Sandro Colautti - Comandante Stazione Carabinieri di Transacqua; dott. Alessandro Bonesini - Dirigente Istituto Comprensivo di Primiero; dott. Lorenzo Gasperi - Responsabile Centro di Salute Mentale di Tonadico; dott. Raffaele Lovaste - Responsabile Ser.T. di Trento; dott.ssa Cinzia Lusa - educatrice professionale Ser.T. di Feltre; cap. Filippo Milani - Comandante del Comando Carabinieri di Cavalese; dott. Cristiano Piechele - Medico di medicina generale; dott. Serse Polli - Responsabile Ser.T. di Feltre; prof.ssa Liliana Cerqueni - Referente per il Centro di Formazione Professionale di Transacqua; Andreina Stefani - Referente Tavolo Politiche Giovanili; a.s. Michela Tomas e Verena Loss - Assistenti Sociali del Comprensorio di Primiero; dott. Damiano Trotter - Medico farmacista - Farmacia alla Madonna di Fiera di Primiero; dott. Leonardo Zanetel - Rappresentante della Consulta dei Sindaci; Rosella Zortea - Rappresentante del Decanato di Primiero.

3. Il responsabile scientifico dell'analisi dei questionari è il prof. Bruno Bertelli, docente di Sociologia della Devianza, Dipartimento di Scienze Umane e Sociali, Facoltà di Sociologia, Università degli Studi di Trento.

## Bibliografia

- Aos S., Phipps P., Barnoski R., Lieb R. (2001), *The Comparative Costs and Benefits of Programs to Reduce Crime*, Vol. 4 (1-05-1201). Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy.
- Bauman Z. (2005), *Vite di scarto*, Laterza, Roma-Bari.
- Bertelli B. (2007) (a cura di), *Servizio sociale e prevenzione*, FrancoAngeli, Milano.
- Callà R.M. (2007), *Le modalità di costruzione dei tre indici di prevenzione primaria secondaria e terziaria (INDP; INDS ED INDT)*, documento allegato a Bertelli B. (2007) (a cura di), *Servizio sociale e prevenzione*, FrancoAngeli, Milano, reperibile sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it).
- Caplan G. (1964), *Principles of preventiv psychiatry*, Tavistock, London.
- Corposanto C., Fazzi L. (2005) (a cura di), *Il servizio sociale in un'epoca di cambiamento: nodi, problemi, prospettive*, Lint, Trieste.
- Da Fermo M. (1991), *La prevenzione del disagio giovanile: teorie e strategie di intervento*, Associazione Prevenzione droga, Ente Ausiliario della Regione Abruzzo, Collana per l'educazione alla salute, n. 54, Editoriale Eco, Teramo.
- Ferrario P. (2002), *Politica dei servizi sociali*, Carocci, Roma.
- Floris F. (2003), "La prevenzione come ricerca culturale e partecipazione", *Animazione Sociale*, n. 4, pp. 19-26.
- Kandel D. (1975), "Stages in adolescent involvement in drug use", *Science*, n. 190, pp. 912-914.
- Kelli A. et al. (2002), "Strategies to prevent Underage Drinking", *Alcohol and Research Health*, vol. 26, n. 1.
- Pollo M. (2004), *Adolescenti a rischio*, Ceis, Roma.
- Regogliosi L. (1992), *La prevenzione possibile. Modelli, orientamenti, esperienze per l'operatore di territorio sulla prevenzione della devianza giovanile e della tossicodipendenza*, Guerini, Milano.
- Regogliosi L. (2000), *La prevenzione del disagio giovanile*, Carocci, Roma.
- Scaglia A. (2005), "La managerializzazione del lavoro sociale: problemi e prospettive", in Corposanto C., Fazzi L. (a cura di), *Il servizio sociale in un'epoca di cambiamento: nodi, problemi, prospettive*, Lint, Trieste.
- Spoth R., Guyull M., Day S. (2002a), "Universal family-focused interventions in alcohol-use disorder prevention: Cost effectiveness and cost-benefit analyses of two interventions", *Journal of Studies on Alcohol*, 63:219-228.
- Spoth R.L., Redmond D., Trudeau L., Shin C. (2002b), "Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs", *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(2):129-134.

# Shopping compulsivo: una dipendenza comportamentale emergente nella società del consumo

Giovanni Di Martino\*, Antonio d'Amore\*\*

## SUMMARY

■ *The Buying Addiction represents a psychological and behavioural problem which is constantly increasing in our consumer society. Not by chance the passing from consumption to compulsive shopping is spreading more and more. As a consequence purchasing becomes a phenomenon which risks to find its ideal condition to explode in the presence of open shops with windows full of goods, enlightened signs and attractive prices. After a short historical excursus about a diagnostic evaluation of the problem referring to the first definition of 1915 by psychiatrist Emil Kraepelin, who dealt with "oniomania" our interest is focused on all possible mechanisms which refer to compulsive shopping underlining, particularly, the main interpretations of the phenomenon according to a psychodynamic vision given by authors as Winestine, Lawrence, Krueger, Shapiro, Caretti, but without neglecting social, situational, and environmental factors which often interact with psychological ones in giving birth to the compulsive shopping syndrome. After that we analyse the most common therapeutic approaches since they proved useful, to face the above mentioned problem. In particular the following approaches: the strategical, cognitive-behavioural, psychodynamical psychotherapy, analytical psychodrama and psychopharmacological treatment.* ■

**Keywords:** compulsive shopping, etiology, diagnostic evaluation, treatment.

**Parole chiave:** shopping compulsivo, eziologia, valutazione diagnostica, trattamento

## Introduzione

Lo shopping compulsivo rientra nel novero delle dipendenze comportamentali (o *new addictions*), che rappresentano una categoria patologica di recente interesse e considerazione.

Esse definiscono comportamenti eccessivi e incontrollati che determinano disagio psicologico soggettivo, danno sociale e lavorativo e a volte conseguenze legali ed economiche.

È ancora incerta e controversa la definizione delle dipendenze comportamentali, tanto da essere considerate da alcuni una manifestazione dello spettro ossessivo-compulsivo, da altri un fenomeno di discontrollo degli impulsi o una vera e propria dipendenza.

Sul piano psicopatologico, le dipendenze comportamentali si caratterizzano per un'eziopatogenesi complessa, in cui intervengono fattori biologici, psicodinamici e cognitivo-comportamentali.

I dati relativi a tali patologie evidenziano negli ultimi anni una frequenza sempre maggiore, interpretabile come espressione di un disagio psichico ed esistenziale profondo e di un malessere culturale sempre più vasto.

Trascorrere molto tempo in negozi e grandi magazzini, fare acquisti, comperare cose per sé, per gli altri, per scegliere come "presentarsi al mondo" costituiscono una dimensione quotidiana, molto radicata nella vita e nell'immaginario collettivo.

La dipendenza dagli acquisti ha riscosso una notevole attenzione da parte della comunità scientifica.

La diffusione sempre più crescente del comportamento d'acquisto patologico sembra legata ai numerosi cambiamenti e progressi della nostra società, che hanno senza dubbio migliorato la qualità della nostra vita e le opportunità di comunicazione, ma che hanno generato nello stesso tempo una lenta trasformazione di queste nuove "possibilità" in "bisogni".

Si assiste al passaggio dal consumismo alla consumopatia in cui l'acquisto, comportamento che rimanda ad un'abitudine diffusa, diviene un fenomeno che di fronte a negozi aperti, insegne luminose e cartellini con prezzi stracciati rischia di trovare la situazione ideale per esplodere.

Lo shopping compulsivo rappresenta un disagio psicologico e comportamentale caratterizzato da una tendenza a manifestare vere e proprie "crisi di acquisto".

L'aspetto lungo il *continuum* normalità-patologia che sembra differenziare i compulsive shoppers dagli individui sani è la qualità compulsiva e coatta dei loro acquisti.

Per i malati di shopping compulsivo fare acquisti diventa una questione esistenziale.

Tali individui seguono un'unica logica: "compro dunque esisto"; per loro fare acquisti diventa una ragione di vita.

## Inquadramento diagnostico e definizioni dello shopping compulsivo

Sebbene gli studi si siano intensificati negli ultimi anni, la prima definizione di questo disturbo risale al 1915, ad opera dello psi-

\* Psicologo-Psicoterapeuta, responsabile UOSD "Nuove Forme di Dipendenza" - Dipartimento Dipendenze ASL Caserta 2. Membro Comitato di Ricerca dell'Osservatorio Internazionale sul Gioco del Dipartimento di Scienze Storiche e Sociali dell'Università di Salerno.

\*\* Direttore Dipartimento Dipendenze ASL Caserta 2.

chiara tedesco Emil Kraepelin che ha introdotto il concetto di "oniomania" (dal greco *oniomai*, che significa comprare) e lo ha descritto come un impulso patologico. Nel 1924 Eugen Bleuler, rifacendosi all'opera di Kraepelin, ha incluso la mania per l'acquisto tra gli "impulsi reattivi" e ne ha sottolineato l'elemento della compulsività. Dopo un lungo periodo di apparente disinteresse, negli ultimi decenni molteplici sono stati i tentativi di definire tale comportamento.

Per indicare l'impulso irrefrenabile a comprare di tutto oppure beni materiali di un genere ben definito, ma pur sempre superflui o inutili, vengono correntemente impiegate denominazioni differenti, in parte precisate da Pani e Biolcati (s): *compulsive shopping*, *compulsive consumption*, *compulsive buying*, *addictive buying*, consumopatia, shopping patologico, dipendenza da shopping, ecc.

Nonostante le denominazioni diverse, il comportamento eccessivo legato agli acquisti è ritenuto unanimemente determinato da un irresistibile impulso a comprare che, sebbene riconosciuto esagerato da chi lo mette in atto, viene reiterato fino a che produce effetti dannosi per l'individuo e le persone che gli stanno vicine. Il comportamento è mantenuto, quindi, nonostante gravi conseguenze personali e numerosi tentativi fallimentari di controllarlo.

King definisce tale comportamento un'abitudine patologica, una *addiction*, caratterizzata da desiderio ossessivo o compulsione a consumare, da dipendenza personale dall'attività con conseguente perdita di controllo sul comportamento e da una tendenza ad aumentare il consumo di un certo prodotto o la messa in atto di un dato comportamento.

Abbinati a questi sintomi, comuni ad altre forme di dipendenza quali la tossicomania, l'alcolismo, la bulimia ed il gioco d'azzardo patologico, ve ne sono altri, più specifici, quali la negazione, almeno iniziale, del comportamento, fallimenti ripetuti nel controllare e modificare l'attività, spiacevoli conseguenze sul piano emotivo quando l'azione non può essere attuata.

Il dipendente dallo shopping, come rilevato da Marlatt A., Baer J., Donovan D. e Kivlahan D., può non considerare, inizialmente, il comportamento come un problema ma come un sollievo immediato da ansia e stress emotivo e come fonte di gratificazione personale. Proprio questa illusoria ricompensa iniziale rinforza il comportamento, dando luogo, in seguito, a processi compulsivi e ripetitivi.

Alcuni autori, tra cui d'Astous e Tremblay, hanno definito il comportamento di acquisto incontrollato come un caso estremo di uno stimolo generalizzato a comprare, mentre altri autori, in modo particolare O'Guinn e Faber lo hanno descritto come sostanzialmente diverso anche dai più alti livelli di normale impulso all'acquisto.

All'interno di questa riflessione, Valence *et al.* hanno individuato quattro categorie di "consumatori patologici":

- "il consumatore reattivo emozionale" che attribuisce una certa importanza al significato simbolico del prodotto e presenta spesso motivazioni emozionali e compensatorie;
- "il consumatore impulsivo" che prova un desiderio spontaneo ed improvviso di acquistare e vive una condizione di probabile ambivalenza psicologica con un conflitto tra l'Io ed il Super-Io;
- "il consumatore fanatico" che è di frequente interessato ad un unico prodotto. In questo caso, si riscontrano nel soggetto coinvolto motivazioni edonistiche o legate al collezionismo ed un atteggiamento di devozione intensa ed entusiastica;
- "il consumatore incontrollato" che, attraverso l'atto del comprare, cerca di ottenere l'immediato sollievo da uno stato di tensione psicologica o di ansia.

Va, però, a McElroy *et al.* il merito di avere formulato una definizione funzionale alla clinica ed alla ricerca attraverso lo sviluppo di criteri diagnostici.

Secondo tali autori, lo shopping compulsivo è caratterizzato da preoccupazioni, impulsi o comportamenti inappropriati di acquisto che vengono esperiti dal soggetto come irresistibili, intrusivi e/o insensati.

Frequentemente gli acquisti superano le proprie possibilità economiche, riguardano oggetti che non sono necessari e perdurano per un periodo di tempo più lungo di quello preventivato.

La preoccupazione, l'impulso o l'atto del comprare causano stress marcato, occupano molto tempo, interferiscono significativamente con il funzionamento sociale e lavorativo, oppure danno luogo a problemi finanziari o legali (indebitamento o bancarotta). Il comportamento eccessivo legato agli acquisti non deve presentarsi esclusivamente durante periodi di ipomania o mania.

## Comorbilità

I pazienti affetti da shopping compulsivo presentano frequentemente comorbilità con altri disturbi psichiatrici di Asse I del DSM (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali).

Christenson *et al.* hanno evidenziato che i soggetti che vivono esperienze di acquisto incontrollato hanno una storia di Disturbi d'Ansia (50%), abuso o dipendenza da sostanze (48,5%) e Disturbi della Condotta Alimentare (20,8%), in modo significativamente più frequente rispetto ai soggetti di controllo.

McElroy *et al.* hanno riscontrato che 19 dei 20 pazienti che costituivano il loro campione di *compulsive buyers* soddisfacevano i criteri DSM-III-R per la diagnosi di disturbo maggiore dell'umore, più comunemente per il Disturbo Bipolare.

L'insorgenza del disturbo dell'umore precedeva di almeno un anno gli episodi di shopping compulsivo in 14 pazienti e si verificava entro un anno nei restanti 6 pazienti.

Non infrequente è altresì l'associazione della dipendenza dagli acquisti con la cleptomania [McElroy *et al.*].

Alcuni soggetti affetti da shopping compulsivo incorrono in atteggiamenti cleptomani mentre, al tempo stesso, un'alta percentuale di cleptomani manifestano durante le loro scorribande per i negozi un impulso morboso per gli acquisti.

La consumopatia morbosa tende ad associarsi non solo ad atti cleptomani, ma anche alla dedizione rassegnata all'acquisto economico fino a culminare nel furto e nel taccheggio (in inglese *shoplifting*).

La frequenza dei disturbi di Asse II è stata studiata da Schlosser *et al.* facendo ricorso ad un questionario autosomministrato e ad un'intervista strutturata.

Circa il 60% del campione rispondeva ai criteri per almeno un disturbo di personalità, più frequentemente di tipo ossessivo-compulsivo (22%), borderline (15%), evitante (15%), valutato attraverso la risposta ad entrambi gli strumenti.

Gli acquirenti compulsivi presentavano punteggi elevati nelle scale dimensionali per la depressione, l'ansia e l'ossessività, e bassi in quelle relative all'autostima [Christenson *et al.*].

Lo shopping compulsivo, inoltre, è spesso associato ad un disturbo di personalità narcisistico o istrionico [Krueger].

## Epidemiologia e fenomenologia dello shopping compulsivo

Esistono pochi studi sulla prevalenza del fenomeno dello shopping compulsivo nella popolazione generale.

Secondo Faber e O'Guinn, che, facendo ricorso ad una specifica scala, la Compulsive Buying Scale, ci hanno fornito indicazioni circa la diffusione del disturbo riferite alla popolazione americana, tra l'1 ed il 6% della popolazione sembra soffrire di tale problematica.

Successivamente gli stessi autori, utilizzando criteri maggiormente restrittivi, hanno ridimensionato tale dato all'1,1%.

Recentemente, si stima che la percentuale di persone affette da tale disturbo vari dall'1,8% all'8,1% tra la popolazione adulta degli Stati Uniti con una ratio femmine/maschi di 9: 1 [Black].

Nel considerare la percentuale di donne con problemi di acquisto compulsivo, gli esiti delle diverse ricerche svolte evidenziano un range che oscilla tra l'82% ed il 90%.

La restante percentuale è composta da uomini significativamente più giovani, più istruiti e con discrete possibilità economiche, interessati alla moda ed alla cura di sé e la cui identificazione con il ruolo maschile è meno tradizionale.

Va però rilevato che, secondo alcuni autori, gli shoppers compulsivi di sesso maschile sarebbero in numero maggiore rispetto alle stime riportate nelle ricerche, ma presenterebbero difficoltà superiori in confronto alle donne ad ammettere e svelare questa loro "debolezza".

Nella storia delle civiltà industrializzate, infatti, lo shopping è sempre stato considerato una pratica tipicamente femminile e socialmente accettata, a differenza del bere vino durante i pasti o passare da un partner sessuale all'altro, attività che vengono intese ad alta connotazione maschile.

L'età media di insorgenza del disturbo si colloca intorno ai 20 anni [Christenson G.A., Faber R.J., *et al.*], ma la presa di coscienza sopraggiunge solitamente circa un decennio dopo, per la gravità dei debiti contratti e l'incapacità ad appianarli, per l'estrema difficoltà a far fronte ai problemi legali, criminali o per svariate altre ragioni, come l'eccessiva quantità di tempo utilizzata per lo shopping o l'incapacità materiale di indossare tutto ciò che si è acquistato.

In molti casi, il decorso della malattia è cronico: i sintomi persistono sin dal loro esordio e senza periodi di remissione; in altri, invece, lo shopping è episodico con periodi asintomatici della durata di mesi o anni [McElroy *et al.*].

Dagli studi compiuti sulla fenomenologia della sindrome compulsiva è emersa la descrizione del tipico compulsive shopper: donna di età compresa tra i 30 e i 40 anni, ben educata, di solito lavoratrice indipendente, che raggiunge la consapevolezza di un disturbo insorto generalmente nel decennio precedente, che presenta elevati livelli di fantasia ed immaginazione nonché tipiche caratteristiche di personalità quali basso livello di autostima, ansia, forte senso di inadeguatezza, notevole difficoltà nel tollerare le frustrazioni, la solitudine e il rifiuto.

## Le possibili cause del disturbo

Un'importante mole di contributi, che integrati tra loro consentono di meglio comprendere i meccanismi sottesi allo shopping compulsivo, provengono da tre principali teorie psicodinamiche: le prime due, di matrice psicoanalitica, sono la teoria della seduzione infantile (Winestine) e quella della castrazione femminile (Lawrence), la terza teoria è quella che ipotizza una rottura del legame Sé-Oggetto Sé (Krueger).

Esiste un filo comune che fa da sfondo a queste tre teorizzazioni e che è rappresentato dalla tendenza a ritenere lo shopping compulsivo come un tentativo per ovviare a deficit di sviluppo evolutivo, trovando, pertanto, le sue radici negli stadi più precoci dello sviluppo individuale.

Secondo Winestine, che è stato il primo a fornire in chiave psicoanalitica il resoconto di una paziente affetta da shopping compulsivo, esperienze infantili di seduzione (o abuso) possono essere fattori scatenanti un sintomo adulto quale quello preso in esame.

La paziente di cui si è occupato tendeva a rivivere, nell'esperienza attuale, ricordi mai elaborati della propria infanzia. Il suo comportamento patologico era un tentativo inconscio di rivivere i sentimenti di inadeguatezza, di umiliazione e di inutilità che aveva vissuto nel passato.

Secondo l'autore, l'esperienza di abuso sessuale ha continuato ad avere un ruolo cruciale nell'influenzare il comportamento adulto e gli sprechi negli acquisti (sintomo manifesto) rappresentavano uno sforzo inconsapevole di ricercare sollievo dai propri conflitti, dalla rabbia inespressa e dalla profonda solitudine.

La totale mancanza di responsabilità sulle proprie azioni viene spiegata da Winestine come dovuta a una "lacuna nello sviluppo del Super-io" che era necessario colmare. "L'acquisto è il simbolo del fatto di dover dare pienezza a uno spazio che altrimenti rimarrebbe vuoto dentro l'individuo"; ciò che è comprato procura soddisfazione solo transitoria, ma incoraggia il principio del piacere e rafforza la compulsione a comprare ancora, che risponde a "un bisogno intrapsichico di nutrimento da parte del mondo esterno", soprattutto da parte dei genitori.

In questa ottica, dunque, lo shopping compulsivo può essere inteso quale manifestazione esteriore di un profondo conflitto, scaturito da traumi infantili mai elaborati.

Lawrence ha focalizzato la sua attenzione sui meccanismi inconsci sottesi allo shopping compulsivo in un'ottica prettamente femminile.

Secondo l'autore, il nodo problematico alla base di tale disturbo deriva dall'angoscia di castrazione.

La mancanza del pene viene vissuta con invidia da parte di alcune bambine, che si sentono menomate e cercano di superare tale condizione identificandosi con il padre.

Per colmare tale carenza queste bambine, una volta cresciute, avvertiranno il bisogno di acquistare oggetti che altro non sono se non simboli fallici, che rimandano alla figura paterna.

Secondo l'interpretazione di Krueger, lo shopping compulsivo rappresenta un tentativo di crearsi una pseudoidentità come una soluzione a una ferita narcisistica derivante da una rottura di un legame significativo verificatasi durante l'infanzia.

Anche questo autore è giunto alla conclusione che alla base di questa patologia è rintracciabile un arresto nello sviluppo che ha le sue radici nelle primissime fasi dello sviluppo stesso.

Il tema comune in questo gruppo di pazienti è, dunque, la "vulnerabilità narcisistica". L'arresto nello sviluppo riguarda sia il Sé corporeo che il Sé psicologico.

L'individuo colpito dallo shopping compulsivo ha un'immagine distorta del proprio corpo, sommata a una fiducia vulnerabile alla valutazione degli altri, soprattutto fisica; quindi il disturbo di base è "l'assenza di un'immagine di sé interna stabile e un'inadeguata integrazione mente-corpo".

Acquistando beni di consumo, l'individuo ha la libertà di acquistare "un'immagine di Sé a seconda del momento"; da qui si sviluppa una "frammentazione del Sé".

L'esperienza di rottura di un legame significativo fa sperimentare all'individuo sentimenti di mancanza di continuità e lo induce ad una ricerca senza fine di cose, per sentire pienezza interna e non più vuoto.

In genere si tratta di persone alla perenne ricerca di un compagno ideale, di possedimenti spropositati, nel tentativo di formarsi una pseudo-identità.

Inoltre, in queste persone l'autostima (bassa) ed il senso di valore personale sono fortemente dipendenti dalla risposta altrui.

Da ciò deriva il loro intenso desiderio di apparire attraenti e desiderabili allo scopo di soddisfare questo bisogno di affermazione. Krueger, nel prendere in esame il fenomeno dello shopping compulsivo, pone l'accento anche sul ruolo dell'aggressività.

Quest'ultima la si può rinvenire nel costringere il partner o i genitori a fornirgli il denaro necessario per l'attività, a prendersi la responsabilità delle conseguenze, quasi per compensare il supporto emotivo che queste persone hanno fallito a fornire.

Spesso un individuo che agisce in maniera patologica, come acquistare compulsivamente, crede di non avere altra scelta e considera tale comportamento come il prodotto di un impulso irresistibile, non causato da bisogni interni.

Shapiro, a tal proposito, parla di un meccanismo ego-distonico legato alla *distorsione dell'autonomia*, che può costituire il fondamento su cui si basa lo shopping compulsivo.

La distorsione dell'autonomia consiste nel tenere separati il comportamento manifesto dalle motivazioni reali; in un sé integrato, invece, non si riscontra questa separazione [Scherhorn].

La distorsione non impedisce alla persona di agire come vuole al momento, ma fa sì che essa concepisca il comportamento risultante come indesiderato e sostenuto da una volontà estranea.

Se lo shopping, al pari di altre addictions, rappresenta un tentativo di compensare la distorsione dell'autonomia, questa intenzione non potrà mai essere soddisfatta, in quanto, per raggiungere l'integrazione, vanno ricercate altre fonti di gratificazione non basate esclusivamente sul supporto esterno.

Il trattamento auspicabile in questo caso deve focalizzarsi sulla necessità di far comprendere al soggetto che è lui il promotore delle proprie azioni.

Una volta superata la separazione tra il comportamento e le motivazioni reali, l'individuo raggiunge la consapevolezza di poter scegliere un comportamento più adeguato per fronteggiare vissuti e sentimenti dolorosi, che a questo punto vengono espressi senza impattare nei problemi economici e relazionali tipici dello shopping compulsivo.

In definitiva, seguendo ancora Scherhorn, l'addict può arrivare ad avere soddisfazioni autentiche ai suoi bisogni più genuini solo se supera la distorsione, "cioè se si percepisce come artefice delle proprie azioni e avente possibilità di scelta".

Secondo Caretti, Capraio e Mangiapane, negli individui che presentano dipendenza/compulsione rispetto agli acquisti, come per altri pazienti addicted, sembra che sia deficitaria la *funzione riflessiva* necessaria per la regolazione ed il controllo degli affetti.

Questa funzione si sviluppa all'interno delle relazioni primarie allorché il *caregiver* si mostra attento e disponibile alle richieste di vicinanza emotiva del bambino e, altresì, capace di contenerne le emozioni negative.

Nel momento in cui la madre riesce a comprendere la mente del bambino, lo rende fiducioso di potersi servire, a sua volta, della mente del genitore per comprendere i propri stati mentali, sviluppando in tal modo competenze rappresentazionali, meta-comunicative. Si tratta di quella importante funzione che consente di differenziare ciò che è proprio da ciò che è altrui, ciò che è interno da ciò che è esterno, ciò che è fisico da ciò che è mentale.

Tutto ciò si rivela indispensabile per poter regolare gli intensi stati affettivi.

Gli stessi autori avanzano l'ipotesi che l'individuo dipendente, nelle primissime relazioni con il *caregiver*, non sia stato incoraggiato a sviluppare la funzione riflessiva della mente, con un conseguente ritiro, quasi autistico, verso stati mentali alterati, nel tentativo di isolarsi dalla realtà vissuta come troppo minacciosa.

L'individuo adulto, incapace di auto-regolazione, sarà costretto a ricorrere a comportamenti regolatori autodiretti.

Nel comprendere i meccanismi alla base dello shopping compulsivo, oltre ad una chiave di lettura psicodinamica della patologia in questione, non vanno trascurati importanti fattori ambientali, situazionali e sociali che sempre interagiscono con quelli più squisitamente psicologici.

Tra questi fattori, una sottolineatura particolare merita il cosiddetto *orientamento al materialismo* che dà origine ad un elevato livello di invidia verso gli oggetti posseduti dalle persone, significative per lo shopper compulsivo.

Quest'ultimo, nel tentativo di ridurre tale livello di invidia, acquista oggetti tali da ristabilire una condizione di uguaglianza. Un ruolo importante va riconosciuto altresì all'esperienza familiare: vivere in una famiglia dove gli oggetti vengono visti come segni concreti e tangibili di affetto o dove i genitori stessi sono shopper compulsivi può influire sensibilmente sul comportamento di acquisto indiscriminato del soggetto.

Non di rado, nelle famiglie di *compulsive shoppers* si riscontrano modelli particolari di gestione del denaro e di educazione dei figli. In altri termini, i soldi e i regali sono utilizzati, spesso, come ricompense che cercano di rimpiazzare altre manifestazioni di affetto e di cure.

Le persone significative, talvolta, trasmettono sentimenti di paura e di insicurezza, impedendo in tal modo all'individuo di assumersi la responsabilità delle proprie azioni.

Ne deriva la messa in atto di quel processo definito di "educazione all'incompetenza" [Scherhorn, Reisch, Raab], che non consente all'individuo di sviluppare un comportamento autonomo e maturo.

Possibili spiegazioni, secondo gli autori tedeschi, potrebbero essere ricercate nel diniego dell'indipendenza e dell'autonomia e nell'educazione all'incompetenza, derivanti dall'infanzia.

A queste due cause va aggiunto il processo di socializzazione che, attualmente, pone una serie di ostacoli alla formazione di una propria identità, unica e stabile.

Nell'attuale società, il successo dipende in misura preponderante da fattori molto fuggevoli quali la giovinezza, il fascino e ciò rende molto ansiose le persone che in questi aspetti investono il senso della loro esistenza.

Si tratta di soggetti che desiderano non tanto la stima e la fama, quanto l'ammirazione, il fascino e l'eccitazione della celebrità, che è evanescente come la moda.

La vita quotidiana è a tal punto mediata da una proliferazione e consumo di immagini che l'individuo, inconsapevolmente e in modo particolare mediante l'abbigliamento, ha appreso a proporsi agli altri come se la sua immagine occupasse un posto di primo piano nell'attuale società dello spettacolo.

Di conseguenza, il Sé risulta consistere fondamentalmente della propria immagine riflessa negli occhi degli altri; per essere comprato e venduto, al pari della merce, egli necessita di un involucro accattivante, di un'immagine avvincente.

Seguendo Cushman, siamo immersi nella cosiddetta "era del Sé vuoto", dove l'alienazione e la perdita di comunione sembrano poter essere superate attraverso lo stile di vita proposto, caratterizzato dall'acquisto indiscriminato dei prodotti pubblicizzati.

In altri termini, per l'*empty-self* (il Sé vuoto) – che, secondo lo stesso autore, è sempre più riconosciuto come l'attuale configurazione del Sé – l'unica realtà è rappresentata dall'identità che riesce a costruirsi utilizzando il materiale fornitogli dalla pubblicità e dalla cultura di massa.

Un altro importante fattore, in ambito sociale, è costituito dall'influenza esercitata dai coetanei che determina spesso il tentativo di costruirsi un'identità per imitazione o di adattarsi all'immagine sociale percepita, sulla base delle aspettative presunte degli altri [Elliott].

Non va, poi, misconosciuto che il consumo, anche se smodato, è considerato un aspetto positivo dall'attuale società; gli acquirenti, essendo stati programmati fin da piccoli al consumo, non vengono condannati per la loro attività. Il consumo, in altre parole, è parte costitutiva della mentalità di mercato ed è ciò che tiene unita la popolazione.

Per concludere, tutte queste teorie sottolineano il forte senso di vuoto presente nella vita dello shopper compulsivo; il soggetto, attraverso comportamenti compensatori, cerca invano di colmarlo.

## Valutazione diagnostica

Gli aspetti di valutazione diagnostica, che riguardano lo shopping compulsivo, appaiono abbastanza complessi.

Alcuni autori<sup>1</sup> hanno fornito strumenti di misura utili nella definizione del disturbo, differenziandolo da altri interconnessi con la compulsività, l'introiezione, la vuotezza, la reiteratività, ecc. Generalmente, la raccolta di informazioni cliniche su di un paziente può avvenire attraverso un documento autobiografico, redatto dalla persona esaminata o tramite l'utilizzo di questionari dettagliati.

Successivamente, il soggetto viene sottoposto ad un'intervista semi-strutturata o libera che ha l'obiettivo di valutare potenziali conflitti consci e preconsoci.

Infine, il colloquio clinico consente un approfondimento della dinamica interpersonale del soggetto.

I ricercatori indagando sulla patologia dell'acquisto compulsivo si sono resi conto della necessità di creare strumenti di screening precisi, per individuare i soggetti affetti dalla patologia o a rischio potenziale.

Oltre alle procedure sopraccitate, di importanza centrale e comune nella valutazione diagnostica delle malattie mentali, era necessaria l'elaborazione di un test clinico specifico per lo shopping compulsivo.

Tra i più noti strumenti per la valutazione specifica del disturbo vi è la Compulsive Buying Measurement Scale elaborata da alcuni autori canadesi [Valence, d'Astous e Fortier]; si tratta di una scala di tipo likert composta da 16 affermazioni che si riferiscono a 4 dimensioni di base: tendenza a spendere (items: 1, 2, 9, 10, 11 e 12); presenza di aspetti reattivi (items: 3, 4, 5 e 8); senso di colpa post-acquisto (items: 6, 7 e 13); ambiente familiare del compulsive buyer (items: 14, 15 e 16).

Per ogni frase viene chiesto al soggetto di esprimere il grado di accordo su di una scala a 5 punti che va da "completamente d'accordo" a "per niente d'accordo".

Attraverso un attento e preciso studio è stata verificata la validità e l'attendibilità dello strumento di valutazione.

La serie di items che compongono la scala sembra avere una buona coerenza interna.

Da una dettagliata analisi fattoriale è emerso che la scala è unidimensionale, cioè saturata nel fattore in esame (impulso generalizzato a comprare).

Un altro strumento rivelatosi utile per effettuare lo screening degli shoppers compulsivi è rappresentato dal questionario messo a punto dalla SIIPaC (Società Italiana di Intervento sulle Patologie Compulsive) composto da 12 items che prendono in esame l'atteggiamento tipico dello shopper compulsivo, gli stati

emotivi vissuti prima, durante e dopo l'acquisto e le conseguenze economiche, relazionali e lavorative dello shopping.

## Trattamento

Riguardo al trattamento, per questo tipo di patologia, così come per tutti i disturbi che prevedono la presenza di fenomeni compulsivi, è bene avvalersi di una psicoterapia da integrare, quando necessario, con un sostegno farmacologico.

In prima battuta, ci si può orientare verso un intervento che miri alla *riduzione del danno* e che quindi sia imperniato anche su un'attenta considerazione dell'aspetto economico e finanziario. Al riguardo, uno dei primi passi da muovere nella direzione di una guarigione dovrebbe consistere nell'affidamento a un tutor. Lo shopper compulsivo, nella prima fase dell'intervento terapeutico, dovrebbe evitare di andare in giro per negozi da solo ma dovrebbe farsi accompagnare da una persona, un amico o un familiare, che, conoscendo il suo problema, ponga un freno agli acquisti indiscriminati.

Altri tipi di intervento fanno riferimento all'*approccio strategico* ed all'*approccio cognitivo-comportamentale* che vengono solitamente considerati come abbastanza efficaci nel trattamento di questa patologia.

Nell'*approccio strategico*, un posto di rilievo viene riconosciuto alla tecnica della "prescrizione del sintomo"; essa si basa sull'assunto che è inutile imporsi dei divieti perché ciò non fa altro che innescare il desiderio di infrangerli. In un esempio di prescrizione del sintomo il terapeuta rivolgendosi al paziente afferma: "O si astiene dal comprare o deve comprare almeno dieci campioni dello stesso prodotto".

In tal modo, non di rado si recupera il controllo e la gestione del sintomo, che perde molto del suo potere coercitivo.

Anche alcune tecniche cognitivo-comportamentali, in particolare il rilassamento muscolare e la desensibilizzazione sistematica, si sono rivelate utili nella cura della dipendenza da shopping.

Altre strategie utilizzabili sono: pagare in contanti anziché con carta di credito per avere così un'idea più realistica della gestione del denaro; distruggere tutte le carte di credito tranne una per le emergenze; fare una lista per le cose da comprare ed attenersi durante l'acquisto solo a ciò che è presente nella lista; guardare le vetrine solo dopo l'orario di chiusura dei negozi; se si va da parenti o amici posticipare le compere perché quando si va fuori città si è più inclini a spendere; fare una passeggiata o un esercizio fisico quando si avverte la spinta a comprare.

Nell'attuale *approccio cognitivo-comportamentale* alle dipendenze, l'attenzione viene focalizzata sul ruolo cruciale dei rinforzi positivi nell'insorgenza e nel mantenimento del comportamento addictive [Marlatt *et al.*].

In sostanza, l'aspetto centrale del trattamento è rappresentato dai benefici funzionali derivanti da tale comportamento.

Secondo Richard Elliott, una delle funzioni fondamentali cui assolverebbe lo shopping compulsivo è quella di riparare lo stato dell'umore, funzione che in molte persone sarebbe svolta dal bere alcolici.

L'uso di alcolici, da parte degli uomini, come modificatore dell'umore, è socialmente accettabile fino a quando non diventa eccessivo.

Non accade lo stesso per le donne, in quanto, in alcuni Paesi, bere alcolici in locali pubblici viene considerato riprovevole per il genere femminile.

In tal modo, lo shopping rappresenta per le donne un'alternativa socialmente accettabile all'alcol, ma è utilizzato per la stessa

ragione e svolgerebbe la medesima funzione. Richard Elliott ha focalizzato la sua attenzione sui fattori che favoriscono il mantenimento dei sintomi di shopping compulsivo, assumendo che le ragioni originarie, che hanno dato l'avvio al consumo compulsivo, non siano sufficienti per spiegare il permanere della condotta dipendente.

A suo avviso, ogni approccio psicoterapeutico deve puntare a rimpiazzare i benefici funzionali dell'attività, tendenti a perpetuarla, con delle alternative, mostrando all'individuo che ha la possibilità di scegliere.

La psicoterapia cognitiva è finalizzata a modificare il modello di pensiero che l'individuo ha fatto proprio e che tende a collegare lo stato d'animo al ricorso all'attività.

Un programma di aiuto ai *compulsive shoppers* può comprendere altresì l'addestramento all'assertività, per coloro che presentano difficoltà a contrastare le influenze sociali, addestramento volto a sviluppare una più positiva immagine di sé e, al tempo stesso, un repertorio diverso di modi adattivi per fronteggiare lo stress e per modificare il proprio stato d'animo.

Alcune ricerche hanno evidenziato che, quando le persone sono private di un rinforzatore, aumenta il loro utilizzo di altri rinforzatori.

Di qui la predisposizione di programmi di trattamento orientati, per l'appunto, a fornire un rinforzatore vicariante: le persone, cioè, vengono incoraggiate a sostituire il comportamento problematico con altre attività più innocue.

Alcuni programmi, ad esempio, incitano i *compulsive shoppers* a reagire a stati d'umore negativi andando al ristorante, in palestra, a prendere il sole anziché fare acquisti indiscriminati.

Nell'attuare questi programmi occorre prestare particolare attenzione al rischio di spingere individui che soffrono di un disturbo a rimpiazzarlo con un altro, favorendo lo sviluppo della cosiddetta "*comorbidity in serie*" [Faber *et al.*].

Senza dubbio, queste strategie sono molto utili, se il paziente riesce a seguirle, per eliminare il sintomo, ma è ovvio che con questo tipo di pazienti è necessario realizzare interventi più profondi che affrontino la causa reale del problema, ossia il disagio interiore, i conflitti alla base del comportamento dipendente.

Dal momento che molti pazienti riferiscono di comprare quando avvertono sentimenti negativi, è più utile lavorare su questi vissuti emotivi, sulle loro cause, sui contesti nei quali essi si verificano e sul significato che questo sintomo ha per il paziente e per quel contesto piuttosto che lavorare unicamente o prevalentemente sulla necessità di comprare avvertita dal paziente.

In proposito, altri tipi di approccio psicoterapeutico consentono di raggiungere risultati soddisfacenti: la *psicoterapia ad orientamento psicoanalitico*, la *psicoterapia di gruppo* e lo *psicodramma analitico*, la *consultazione psicologica* ed i *gruppi di sostegno*.

La *psicoterapia psicodinamica* focalizza l'attenzione sul significato dinamico del sintomo (l'acquisto compulsivo).

Il paziente tende a compensare e a difendersi da fenomeni spesso presenti in persone che sono affette da shopping compulsivo: vulnerabilità narcisistica, dipendenza psicologica, intolleranza agli intensi stati affettivi, compulsività generalizzata (spesso manifestata con altre forme di addiction), tendenza a fantasticare, profondo senso di vuoto, sentimenti di inadeguatezza e di non desiderabilità sociale ed emozioni negative come rabbia, paura e vergogna. Il comportamento compulsivo rappresenta, dunque, un modo, per qualche tempo efficace, per tenere lontano dalla coscienza tali aspetti, vissuti come intollerabili.

Il terapeuta dovrebbe aiutare il paziente a comprendere che il sintomo fornisce conforto ed è rassicurante perché rappresenta un "buon" regolatore degli affetti e placa l'ansia.

Di conseguenza, è estremamente difficile rinunciarvi e lo psicoterapeuta dovrebbe interrogarsi sull'utilizzo che il paziente fa del sintomo.

Come sottolineato da Krueger, alcuni individui, con un sensibile arresto nello sviluppo, presentano un senso di sé non coeso.

Questi deficit precoci nella differenziazione del sé corporeo dal sé psicologico non vengono rappresentati sul piano simbolico, ma rimangono esperienze somatiche.

Nel tentativo di compensare un sé corporeo e psicologico permeabile e indistinto, è essenziale per il paziente sentirsi empaticamente compresi nel corso della terapia, avendo sperimentato nel suo precoce sviluppo un'esperienza fallimentare, dal punto di vista dell'ascolto, con gli altri significativi; il vissuto interiore, le percezioni, le sensazioni non avrebbero ricevuto l'ascolto desiderato.

Il terapeuta diviene parte attiva nella strutturazione dell'esperienza di sé del paziente, diviene l'organizzatore mentale della sua crescita personale; infatti, questi pazienti necessitano di una nuova storia da introiettare mutuata e creata "insieme" con il terapeuta, prima di poter rileggere la loro antica storia.

Non possono, infatti, essere ignorati il conforto e la rassicurazione che derivano dall'investimento sul sintomo, che perciò difficilmente sarà abbandonato all'inizio della terapia, così come un paziente psicosomatico non riesce a smettere di sentirsi male a livello fisico come pre-requisito di una terapia.

Attenzione e ascolto vanno rivolti all'utilizzo del sintomo: le motivazioni, l'esperienza emotiva durante il comportamento, così come attenzione deve essere rivolta ai piccoli cambiamenti di esso durante la terapia.

Il desiderio di una soluzione più efficace, rispetto a quella transitoria del possesso di beni materiali, e l'aspirazione a relazionarsi in maniera significativa con il terapeuta, così come per altre relazioni, sono sperimentati come pericolosi, minacciosi, partendo dal presupposto che le relazioni siano inaffidabili, come sperimentato nel passato.

Il desiderio di prevedibilità, solitamente garantito dal ripetersi sempre uguale del sintomo, deve essere compreso in modo empatico e non giudicante.

La psicoterapia può essere considerata un'esperienza di sviluppo correttiva, con lo psicoterapeuta che funge da organizzatore; egli rappresenta l'equivalente della relazione con la madre: autenticità, accettazione, empatia e attenzione rivolta a ciò che anticamente è stato allontanato sono elementi fondamentali per lo sviluppo.

Sono la risonanza e la risposta empatica del terapeuta all'esperienza interna del paziente in psicoterapia che forniscono un nuovo ambito di esperienza da internalizzare.

Così i soldi e le cose materiali possono essere riconosciuti per ciò che sono e per cosa non sono, e il sintomo agito perde gradualmente di importanza e significato per il paziente stesso.

La psicoterapia ad orientamento psicoanalitico tende anche ad esplorare la storia familiare di ciascun paziente allo scopo di comprendere come si sono sviluppati i modelli di gestione del denaro e delle spese, con l'annesso significato simbolico ed emotivo.

La psicoterapia (ma anche il counseling) dello shopping compulsivo è, infatti, diversa rispetto al sistema di cura riguardante altre addiction, in quanto è impossibile astenersi dallo spendere denaro, così come chi è affetto da un disturbo alimentare non può astenersi dall'ingerire cibo.

È importante perciò affrontare apertamente, nel corso della terapia, il problema denaro per comprendere il rapporto che i pazienti hanno con esso, il contenuto simbolico che gli attribuiscono, per aumentare la loro capacità di gestire le spese, anche se parla-

re di denaro può sembrare talvolta "scomodo" per il terapeuta. Risulta, poi, altrettanto fondamentale aiutare il paziente a costruirsi altre forme di gratificazione nella propria vita.

La *psicoterapia di gruppo* rappresenta un efficace trattamento per lo shopping compulsivo se i pazienti si mostrano incapaci di esprimere, attraverso la comunicazione verbale, le loro emozioni nonché di coglierne le connessioni con il corpo.

Il setting di gruppo tende a far diminuire i sentimenti di solitudine e a favorire il sentirsi compresi ed accolti; i membri del gruppo avvertono un sentimento di appartenenza che li incita ad aprirsi liberamente ed onestamente.

Grazie ai rimandi del gruppo, è anche possibile ricevere un notevole aiuto per correggere la distorta immagine di sé, i pensieri poco funzionali ed i comportamenti maladattivi.

In modo particolare, il gruppo, soprattutto con le dipendenze comportamentali, aiuta a superare sentimenti molto comuni quali l'isolamento, il senso di fallimento, la colpa, la vergogna nel persistere nell'attuazione del comportamento incontrollato senza capacità di porvi fine.

Inoltre, il gruppo consente di aiutare i pazienti a superare la negazione, che rappresenta un tratto tipico di addiction e shopping compulsivo in particolare, e a identificare le difese che vengono sovente utilizzate dal paziente addicted come la razionalizzazione del comportamento ed il minimizzare la tendenza a rifuggire dalle proprie responsabilità.

Il gruppo, solitamente composto da 10-15 persone, si incontra per una o due sedute a settimana e per la durata di circa 14 settimane. In questi gruppi si punta a mettere a fuoco le dinamiche gruppali che si verificano nel qui ed ora di quella che rappresenta un'esperienza emozionale correttiva e la compulsione a comprare.

I compulsive shoppers che non sono disponibili a mettersi in discussione parlando di sé nella relazione duale, oppure non possono funzionare perché la loro risonanza emotiva risulta essere appunto scarsa (introspezione difficile), possono trarre giovamento nel praticare lo *psicodramma analitico*.

Con la tecnica dello psicodramma analitico in gruppo, il paziente, il cui io non sia sufficientemente forte da trovare spazio per rappresentare simbolicamente il proprio mondo interno, potrebbe prendere coscienza di questo mondo attraverso l'azione corporea. Il gruppo stimola diversi movimenti psichici e, attraverso la simbolizzazione, può favorire una crescita psicologica. Il gruppo, grazie alla presenza di altri interlocutori che fungono da lo ausiliari, offre svariate possibilità di introiezioni e proiezioni.

Nello psicodramma analitico il paziente può vivere esperienze diverse, avere un contatto con la realtà utilizzando altri punti di vista, senza correre il rischio di giocare il ruolo di protagonista. Inoltre, l'individuo, attraverso il setting di gruppo, può rivivere un evento di vita reale disturbante e riattraversarlo dandogli nuovi e più pregnanti significati.

Le tecniche di doppiaggio (voce che interviene per aiutare fuori campo), mirroring (rispecchiamento nell'altro), cambiamento di ruolo o role-playing (mettersi nei panni o al posto dell'Altro), il soliloquio o assolo (stare nella posizione dell'Altro e riuscire ad esprimere sensazioni, emozioni, pensieri, intenzioni), stimolano il movimento psicologico di quelle parti del Sé che sono rigide e bloccate.

Anche la *consulenza psicologica*, in molti casi, può dare sollievo a persone in difficoltà che non riescono ad esternare il problema. Attraverso i colloqui di consultazione, è possibile offrire a colui che cerca chiarezza su ciò che gli sta accadendo uno strumento di inquadramento sulla propria condizione psicologica.

La comprensione emotiva dell'Altro è fondamentale in un processo psicoterapeutico poiché rivela la capacità del consulente

di cogliere i nuclei psichici di base del paziente. Inoltre, lo psicoterapeuta che ricopre il ruolo di consulente dovrà restituire quel che ha compreso del paziente.

Tutte le connessioni messe insieme dal consulente e restituite al paziente possono aiutare quest'ultimo a far luce sul suo modo di essere e funzionare in quel momento, oltre ad orientarlo ad amministrare con consapevolezza il proprio futuro.

I *gruppi di sostegno*, al pari della consultazione psicologica, possono ugualmente fornire un aiuto prezioso nella cura del paziente addicted.

Ci si riferisce ad una terapia non orientata all'insight ma al riadattamento individuale ed al reinserimento sociale del paziente. Nei gruppi di sostegno, grazie alla comunicazione empatica fra i partecipanti, è possibile rendersi conto di non essere soli, di non essere poi così deplorabili e, al tempo stesso, comprendere che la propria condotta di acquisto incontrollato costituisce un vero e proprio disagio mentale, senza più ricorrere a scusanti per giustificarla o sminuirla.

Inoltre, nella situazione di gruppo si creano dei legami e si apprendono nuove strategie di coping.

Per quanto riguarda l'utilizzo di *psicofarmaci* nel trattamento dello shopping compulsivo, questo non sembra essere l'approccio di prima scelta.

Spesso, però, accade che un paziente affetto da disturbo severo da shopping compulsivo non possa intraprendere alcuna psicoanalisi classica, ma neanche un approccio di psicoterapia psicoanalitica che richiederebbe minor impegno; in questo caso la psicoterapia comportamentistica e quella farmacologica potrebbero riuscire a gestire almeno i sintomi, se non le basi dei conflitti.

È altresì importante valutare, nell'assumere decisioni relativamente al trattamento farmacologico, la condizione del paziente circa l'eventuale presenza di altre condizioni patologiche o altre addictions; in tal caso, è più opportuno trattare in prima battuta il disturbo per il quale siano accertati gli esiti della terapia farmacologica.

Alexander sostiene che shopping compulsivo, gioco d'azzardo patologico, bulimia, anoressia nervosa, cleptomania, tricotillomania e compulsività sessuale mostrano tutti un'origine serotonergica; pertanto, ritiene che questi disturbi sembrino rispondere al trattamento con gli SSRI, cioè gli inibitori del *reup-take* della serotonina, quali fluoxetina e fluvoxamina.

Attualmente, la stragrande maggioranza degli psichiatri ritiene che alcuni psicofarmaci quali il citalopram, il bupropione, la fluoxetina e la nortriptilina sembrino in grado di attenuare il comportamento di acquisto ed i pensieri ansiogeni.

## Conclusioni

Grazie alla letteratura scientifica in materia è possibile delineare un quadro generale del disturbo da shopping compulsivo, che permette di riconoscerne i sintomi caratteristici e le principali manifestazioni.

È auspicabile, però, un maggiore sviluppo nella ricerca riguardante questa nuova forma di dipendenza comportamentale.

Quanto detto finora permette, comunque, di fare alcune considerazioni finali sul fenomeno dello shopping compulsivo in tre ambiti: Prevenzione; Diagnosi; Terapia.

Prima di tutto, dato lo stretto rapporto tra consumismo e consumpatie, diventa di fondamentale importanza la prevenzione del comportamento di acquisto patologico attraverso iniziative di educazione all'acquisto (in particolare svolte nelle scuole, indirizzate alle famiglie a rischio, ecc.).

Inoltre la diagnosi ritardata comunemente diffusa fa riflettere sulla necessità di rivolgere maggiore attenzione all'incidenza del fenomeno nell'età compresa tra i 17 e i 22 (screening precoce). L'aspetto fondamentale rimane quello di comprendere di cosa la persona ha realmente bisogno nel qui ed ora, e che cosa è in grado di affrontare e superare.

Una corretta valutazione diagnostica del problema ed un successivo trattamento rispondente alle caratteristiche di personalità del soggetto potrebbero porre fine al disagio o, comunque, alleviarlo. Infine, va rilevato che una risorsa terapeutica rivelatasi di grande efficacia nell'affrontare le tematiche inerenti alla sindrome da shopping è rappresentata dai *gruppi di auto-aiuto*, i quali offrono l'opportunità di confrontarsi con esperienze analoghe alla propria. Essi apportano notevoli benefici, ricordando alla persona affetta dalla patologia da acquisto l'importanza insostituibile degli autentici rapporti umani.

## Note

1. Krueger, 1988; Winestine, 1985; Lawrence, 1990; Glatt e Cook, 1987.

## Bibliografia

- Alexander W. (1996), "SRIs Found To Be Helpful in Treating OCD", *Drug Topics*, 140, 4, pp. 56-58.
- Black D.W., Belsare G., Schosser S. (1999), "Clinical features, psychiatric comorbidity, and health-related quality of life in persons reporting compulsive computer behavior", *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, pp. 839-844.
- Black D.W. (2001), "Compulsive buying disorder: definition, assessment, epidemiology and clinical management", *CNS Drugs*, 15(1), pp. 17-27.
- Caretti V., Capraio G., Mangiapane E. (2003), "Psicodinamica della dipendenza patologica come modalità dissociativa", *Psycotech*, 1, 2, pp. 50-57.
- Christenson G.A., Faber R.J., De Zwaan M. (1994), "Compulsive buying: descriptive characteristics and psychiatric comorbidity", *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, pp. 5-11.
- Cushman P. (1990), "Why the Self is Empty", *American Psychologist*, 45, pp. 599-611.
- d'Astous A., Tremblay S. (1988), "The compulsive side of "normal" consumers: an empirical study", in Avlonitis G.J., Papavasiliou N.K., Kouremenos A.G. (edited by), *Marketing Thought and Practice in the 1990's*, Athens, Athens school of Economics and Business Science, pp. 657-669.
- Elliott R. (1994), "Addictive Consumption: function and fragmentation in postmodernity", *Journal of Consumer Policy*, 17, pp. 159-79.
- Faber R.J., O'Guinn T.C. (1992), "A clinical screener for compulsive buying", *Journal of Consumer Research*, 19, pp. 459-469.
- Faber R.J., Christenson G.A., DeZwaan M., Mitchell J. (1995), "Two Forms of Compulsive Consumption: Comorbidity of Compulsive Buying and Binge Eating", *Journal of Consumer Research*, 22, pp. 296-304.
- King A. (1981), "Beyond Propensities: Towards a Theory of Addictive Consumption", in K. Bernhardt et al. (a cura di), "The Changing Marketing Environment-New Theories", *American Marketing Association*, Chicago, pp. 132-135.
- Krueger D.W. (1988), "On Compulsive Shopping and Spending: A Psychodynamic Inquiry", *American Journal of Psychotherapy*, 42, pp. 574-585.
- Krueger D.W. (2000), "The Use of Money as an Action Symptom", in Benson A.L. (a cura di), *I Shop therefore I Am: Compulsive Buying & the Search for Self*, Rowman & Littlefield Publishers, Lanham.
- Lawrence L. (1990), "The Psychodynamics of the Compulsive Female Shopper", *American Journal of Psychoanalysis*, 50, pp. 67-70.
- Marlatt A., Baer J., Donovan D., Kivlahan D. (1988), "Addictive Behaviors: Etiology and Treatment", *Annual Review of Psychology*, 39, pp. 223-252.
- McElroy S.L., Keck P.E., Pope H.G., Smith J.M., Strakowski S.M. (1994), "Compulsive buying: a report of 20 cases", *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, pp. 242-248.
- McElroy S.L., Pope H.G. et al., 1995, "Kleptomania; A report of 20 Cases", *American Journal of Psychiatry*, vol. 148, 1991, pp. 652-657.
- O'Guinn T.C., Faber R.J. (1989), "Compulsive buying: a phenomenological exploration", *Journal of Consumer Research*, 16, pp. 147-157.
- Pani R., Biolcati R. (2005), "Compulsività e dipendenza da shopping", in Caretti V., La Barbera D. (a cura di), *Le dipendenze patologiche. Clinica e psicopatologia*, Cortina, Milano, pp. 133-166.
- Scherhorn G., Reisch L.A., Raab G. (1990), "Addictive buying in West Germany: an empirical study", *Journal of Consumer Policy*, 13, pp. 355-388.
- Schlosser S., Black D.W., Repertinger S., Freet D. (1994), "Compulsive Buying: demography, phenomenology and comorbidity in 46 subjects", *General Hospital Psychiatry*, 16, pp. 205-212.
- Shapiro D. (1981), *Autonomy and Rigid Character*, Basic Books, New York.
- Valence G., D'Astous A., Fortier L. (1988), "Compulsive Buying: Concept and Measurement", *Journal of Consumer Policy*, 11, pp. 419-433.
- Winestine M.C. (1985), "Compulsive shopping as a derivate of childhood seduction", *Psychoanalytic Quarterly*, 54, pp. 70-72.

## NOTIZIE IN BREVE

### FeDerSerD su Comitato Scientifico e Consulta Esperti Dpr 309

La composizione degli organismi consultivi in materia di droga, il nuovo Comitato scientifico e la nuova Consulta, indica "un grande cambiamento di metodo seguito dall'attuale governo, sia rispetto al precedente governo di centrosinistra sia rispetto ai precedenti governi di centrodestra".

È il commento di **Alfio Lucchini**, presidente nazionale di FeDerSerD, la federazione dei servizi pubblici per le dipendenze.

"Il Comitato scientifico è formato da scienziati assolutamente prestigiosi, quasi totalmente operanti all'estero. Ci auguriamo che questa scelta possa contribuire a stimolare la qualità dell'intervento, basato su evidenze scientifiche, nei servizi pubblici e

nelle comunità terapeutiche". Per quanto riguarda la Consulta, secondo Lucchini "l'elenco dei nomi non riflette la rappresentanza territoriale, ma progettualità e linee di intervento ritenute strategiche dal governo. Una scelta particolare, che merita una verifica in tempi brevi, della capacità di svolgere il suo compito di rappresentanza della realtà del settore e di stimolo verso il legislatore".

"Per FeDerSerD – conclude – impegno essenziale sarà quello di rapportarsi anche in questo organismo con i rappresentanti delle Regioni, interlocutori istituzionali della Consulta".

(ANSA - 17 ottobre 2008)

News dalla Consulta delle Società Scientifiche e delle Associazioni Professionali del campo delle Dipendenze Patologiche, di Roberta Balestra

## Comunicato stampa

In merito alle recenti dichiarazioni del capogruppo del PdL al Senato, senatore Maurizio Gasparri, dopo il tragico incidente di Civitavecchia... " ... sul territorio non si fa quanto è possibile per arginare la strage di giovani sulle strade causata prevalentemente da alcool e droga. ... le Regioni sono latitanti. Non versano fondi alle comunità. Non fanno prevenzione. Sono colpevoli di un lassismo che fa dilagare la droga. I Sert sono un disastro totale..." la **Consulta delle Società Scientifiche e delle Associazioni professionali nel campo delle dipendenze patologiche** esprime la propria preoccupazione ed il proprio sconcerto, per la superficialità con cui viene affrontato e "liquidato" un tema tanto importante e delicato.

È del tutto evidente che il risultato atteso, quello cioè di ridurre significativamente gli incidenti stradali collegati alla guida in stato di alterazione, non può che essere frutto di politiche, di investimenti e di azioni articolate ed integrate tra diversi soggetti, istituzionali in primis.

Centrare l'attenzione sulle capacità ed incapacità delle comunità terapeutiche e dei servizi pubblici per le dipendenze sembra, a chi scrive, una facile scorciatoia per strumentalizzare a caldo notizie di cronaca allarmanti, senza assumere alcun impegno per affrontare in modo sistematico e responsabile il problema, di concerto con le Regioni.

Come è noto, altri Paesi dell'Unione sono riusciti ad abbattere il tasso di incidentalità, sviluppando, tra le altre, attività di educazione, di controllo su strada con numerose pattuglie, imponendo regole precise ai pubblicitari ed agli esercizi commerciali, investendo notevoli risorse in ognuno dei settori coinvolti in sforzi extra-ordinari.

Ricordiamo inoltre al Senatore Gasparri, per quanto riguarda il sistema dei servizi, che:

- il personale dei servizi pubblici per le dipendenze è diminuito di oltre il 20% negli ultimi 8 anni, nonostante le precise indicazioni normative in tema di standard di personale e di livelli organizzativi;

- si è assistito ad un'ingravescente precarizzazione, sia nell'ambito pubblico che del privato sociale;
- l'abrogazione determinatasi, per l'azione congiunta di entrambe le maggioranze che hanno governato il Paese, del Fondo nazionale e dei Fondi regionali per la lotta alla droga ha ulteriormente impoverito e gravemente danneggiato la possibilità di rispondere con relativa velocità ai fenomeni emergenti (come ad esempio gli incidenti stradali droga e alcol-correlati) e di sperimentare nuovi modelli di intervento;
- la Finanziaria 2009 sta già contribuendo a ridurre gli investimenti, in un momento nel quale gli stessi servizi abbisognano di profonde ristrutturazioni e potenziamenti, proprio in considerazione delle molteplici criticità emergenti da affrontare.

Ciò nonostante, le analisi e le ricerche italiane ed europee sono concordi nel rilevare l'allineamento dei trattamenti offerti dal sistema dei servizi italiani agli standard di efficacia degli altri paesi sviluppati; senza insistere sul fatto ormai noto che il modello e la tipologia della rete dei servizi per le dipendenze in Italia risulta la più articolata in Europa.

È da sottolineare peraltro che la questione dell'insufficienza dei programmi di prevenzione nel campo delle dipendenze è un problema mondiale e non solo italiano, proprio per la complessità delle azioni che devono essere messe in campo quando si voglia affrontare il tema del mercato e dei consumi di ampie fasce di popolazione.

Per quanto riguarda le policies nazionali:

L'Italia è uno dei pochi paesi europei dove le lobbies dei produttori di alcolici hanno avuto la meglio sulle proposte discusse in Parlamento, favorevoli ad inserire almeno dei messaggi di allerta sui prodotti alcolici.

A conclusione di quanto detto, si auspica che le succitate problematiche diventino oggetto preminente di discussione in seno alla Consulta Nazionale.

La Coordinatrice della Consulta  
Roberta Balestra

Trieste, 8 gennaio 2009

## RECENSIONE



Goffredo Miano

**DOTTORE COL CUORE**

Levante Edizioni  
pp. 96, € 10,00

Goffredo Miano, sociologo e filosofo, vanta una solida formazione scientifica, universitaria e "sul campo" a Napoli, con particolare attenzione al settore delle tossicodipendenze.

Attualmente opera presso l'UO Servizio Tossicodipendenze del distretto sanitario di base 48 della ASL Napoli 1.

Come afferma il giornalista Fabio Ungaro "le pagine di questo volume ci dicono di storie interrotte, devastate da presenze portatrici di morte e di dissoluzione. Eppure, l'accostarsi attento e non giudicante di Goffredo Miano ci palesa come l'uomo, ogni uomo, possa riservare anfratti insospettati di umanità e di volontà di sopravvivenza pur nei legami assoluti della droga e della malattia".

# Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno I, n. 1

MISSION n. 25, 2008

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

**Redazione:** Mauro Cibin, Ezio Manzato, Felice Nava

**Direttore scientifico:** Alfio Lucchini

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

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

## Presentazione

di Alfio Lucchini, *Direttore scientifico di Mission*

In un’epoca di facile accesso ai mezzi informatici, ad internet, alle banche dati e quindi anche alle riviste scientifiche internazionali sembrerebbe superfluo intraprendere un nuova avventura, quale quella di produrre una Newsletter, nello specifico sull’Alcolologia.

Ma se un gruppo assai qualificato di professionisti italiani ha deciso di mettersi attorno ad un tavolo, costituire un comitato scientifico e porsi obiettivi pratici utili per i colleghi che lavorano con persone con problemi dovuti all’alcol, qualche ragione deve esserci.

Trasferire le conoscenze scientifiche più recenti nella pratica clinica di tutti i giorni non è affatto automatico, è un processo complesso che richiede la messa in gioco di tanti fattori individuali, culturali, organizzativi.

Questa Newsletter vuole aiutare i colleghi di base nell’impresa: vengono affrontati in modo monotematico questioni rilevanti che tutti incontrano nei servizi, si propongono strumenti operativi e letture avanzate dei problemi emergenti.

In campo alcologico inoltre molto vi è da fare in tema di linee guida e buone prassi, sempre “ascoltando” la scienza che gli operatori di base coltivano.

E non ho citato a caso i modelli organizzativi: in que-

sto Paese un grosso problema è garantire gli stessi livelli di assistenza a tutti i cittadini, e un ruolo non secondario per questo obbligo sempre più negletto lo hanno i diversi modelli organizzativi, o i non modelli che favoriscono una anarchia di interventi poco valutabili e personalistici.

A trent’anni dalla legge di riforma sanitaria un bella ragione in più per salutare questa Newsletter.

## Le ragioni della nascita della Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

di Felice Nava, *Neurofarmacologo,  
Dipartimento delle Dipendenze, ULSS n. 8 del  
Veneto*

Solo alcuni decenni fa la clinica dell’alcolismo non era riconosciuta come una disciplina autonoma e scientificamente basata sulle evidenze.

Oggi è noto come il consumo eccessivo di alcol sia in grado di contribuire in tutti i gruppi sociali e in tutto il mondo in maniera diretta o indiretta a circa il 3% delle morti (WHO, 2004).

Inoltre la cosiddetta percentuale di disabilità per gli anni di vita vissuta (DALYs) nella popolazione mondiale causata dal consumo eccessivo di bevande alcoliche è più del 4%, una cifra enorme se si considera che la stessa disabilità causata dall’AIDS è del 2.2% (Spanagel, Kiefer, 2008).

L’alcolismo è anche capace di determinare enormi danni alla Società in termini economici. Basti pensare che circa il 6% del prodotto interno lordo di ogni nazione occidentale è speso come conseguenza dei danni causati dall’alcol (Spanagel, Kiefer, 2008).

Oggi esistono chiare evidenze neurobiologiche che dimostrano come l’alcolismo sia da considerarsi una vera e propria malattia causata da vari fattori che sono il prodotto dell’effetto dell’alcol sul suo principale bersaglio d’azione che è rappresentato dal cervello. È indubbio, pertanto, che l’alcolismo nelle sue manifestazioni comportamentali, cliniche e sociali possa e debba essere interpretato attraverso i meccanismi neurobiologici che stanno alla base dello sviluppo dell’alcol-dipendenza e delle ricadute.

Ancora oggi in Italia come nel resto del mondo esiste una enorme frattura fra quella che è la realtà del fenomeno e ciò che è contenuto nell'immaginario collettivo che considera l'alcolismo come poco più che un mero vizio.

Se da una parte la Società avverte sempre di più la gravità del fenomeno in riferimento ad alcune sue indubbie gravi conseguenze come ad es. le morti sulle strade come dovute all'abuso di alcol, dall'altra continua a scotomizzare la complessità del problema e ne ignora i suoi elementi di malattia.

In questo confuso scenario il clinico si muove necessariamente con difficoltà e per sopravvivere non può che tenersi al passo con i tempi cercando di comprendere appieno i temi più rilevanti e moderni che interessano la clinica dell'alcolismo in modo da conoscere approfonditamente gli strumenti di valutazione, i modelli eziopatogenetici, l'inquadramento e le strategie di cura della malattia alcolica e delle sue patologie correlate per poter utilizzare in termini di appropriatezza clinica e di miglioramento dell'efficacia tutti gli interventi di cura e riabilitazione in suo possesso.

Oggi la neurobiologia ha messo in evidenza come l'alcolismo sia di fatto una malattia complessa nella sua genesi ed evoluzione e come la genetica e soprattutto l'epigenetica (cioè come un determinato e specifico fattore ambientale possa essere in grado di favorire la trascrizione di determinati tratti di materiale genetico) possano essere, insieme agli effetti dell'alcol sul cervello, determinanti per lo sviluppo della malattia e per definire una eventuale diversa risposta al trattamento.

In quest'ottica è l'insieme delle componenti sia ambientali che genetiche che possono essere responsabili dello sviluppo dell'alcolismo, della sua evoluzione e dell'efficace o meno risposta al trattamento, tanto da far fallire ogni altro approccio cosiddetto "riduzionistico" (Ahn *et al.*, 2007).

In questo nuovo scenario scientifico e culturale la clinica dell'alcolismo si apre a nuovi orizzonti che contengono elementi propriamente scientifici e per questo "laici" che permettono di interpretare per intero il fenomeno e possono aiutare il clinico a trovare nuove e più appropriate scelte di cura e riabilitazione la cui novità spesso non risiede necessariamente nella scoperta del nuovo farmaco, bensì nella scelta di razionali strategie di cura fra loro altamente integrate e per questo innovative.

Questo ragionamento è frutto della lezione impartita negli ultimi tempi dalla ricerca clinica che ci ha

per esempio dimostrato come molti degli effetti farmacologici di alcuni interventi di cura possono essere potenziati solo se combinati fra di loro come è il caso dell'associazione terapeutica fra naltrexone ed acamprosato (Feeney *et al.*, 2006; Kiefer *et al.*, 2003).

Sempre negli ultimi anni la ricerca clinica ed in particolare uno dei più grossi studi condotti su un campione di ben 1383 alcolisti (lo studio COMBINE) ci ha messo in evidenza come la mera associazione degli interventi di per sé non è sempre in grado di migliorare i risultati ma che lo può essere solo in determinate condizioni e per specifiche tipologie di pazienti, omogenei fra loro per gravità e durata dell'alcol-dipendenza (Anton *et al.*, 2006; Karpyak *et al.*, 2008; Kiefer, Mann, 2006).

Lo studio COMBINE ci ha perciò messo in evidenza come nell'alcolismo un semplice "cocktail" di farmaci e di interventi comportamentali e psico-sociali, anche residenziali, non possono essere di per sé gli elementi essenziali per migliorare l'intervento terapeutico ma che possono molto più semplicemente essere considerati gli "ingredienti attivi" per meglio permettere di raggiungere in selezionati gruppi di pazienti gli *outcomes* degli interventi di cura e di riabilitazione.

Alla luce dei molti progressi compiuti nel campo della ricerca neurobiologica oggi molte questioni rimangono ancora aperte fra cui, ad esempio, la domanda del perché solo raramente i pazienti alcolisti vengono ancora oggi trattati con farmaci appropriati e del perché ancora di rado molti pazienti non ricevono trattamenti integrati (Spanagel, Mann, 2005).

Oggi nel nostro Paese dei soli 60 mila soggetti che sono presi in carico per alcol-dipendenza dai servizi alcolologici e delle dipendenze territoriali esclusivamente circa 20 mila ricevono un trattamento farmacologico che, al di là di un limitatissimo uso di naltrexone, si divide tra gamma-idrossibutirrato e disulfiram. I dati si commentano da soli e destano ovvia preoccupazione.

La situazione italiana rispecchia del resto più in negativo quello che già accade negli Stati Uniti. In America ad esempio nel periodo 2001-2002 su circa 8 milioni di alcolisti solo circa 700 mila hanno ricevuto un trattamento farmacologico, cioè solo circa il 9% di coloro che necessiterebbero di un trattamento (Grant *et al.*, 2004).

In questo contesto la domanda del perché ancora una troppa esigua minoranza di alcolisti nel mondo

non riceve alcun trattamento adeguato fra cui un appropriato intervento farmacologico ed integrato non trova ancora una soddisfacente risposta tale da determinare una correzione di rotta.

I governi e l'industria farmaceutica non investono sufficienti risorse finanziarie per lo studio di nuove molecole con potenziale utilità e non promuovono a sufficienza studi clinici atti a valorizzare l'efficacia di più interventi terapeutici combinati.

Così anche molecole con potenziali attività, anche suffragate da interessanti studi preclinici, sono state spesso sotto utilizzate perché semplicemente non impiegate nei contesti clinici più appropriati, ciò è successo per molti farmaci fra cui anche per l'acamprosato o il gamma-idrossibutirato (Littleton *et al.*, 2004).

Del resto è anche vero che a causa dell'esiguo numero dei trattamenti farmacologici curati dalla classe medica nessuno dei farmaci utilizzati nella clinica dell'alcolismo rappresenta per il marketing dell'industria farmaceutica una "blockbuster drug", cioè una molecola capace di fornire elevati profitti tali da impegnare le industrie ad investire in maniera più incisiva sul settore (Cuatrecasas, 2006; Cutler, 2007; Gilbert *et al.*, 2003).

Se tutto ciò detto è vero è anche realtà che ancora oggi una troppo bassa percentuale di medici e di operatori del settore non favorisce la terapia farmacologica e gli interventi integrati forse per l'opinione che l'alcolismo non sia una vera e propria malattia, oppure che i trattamenti psico-sociali, gruppali o di mutuo auto-aiuto siano di fatto antitetici con un intervento di tipo farmacologico.

Quest'ultimo è ad esempio l'atteggiamento di alcuni operatori sociali che trovano inconciliabili fra loro i trattamenti psico-sociali con quelli farmacologici o anche il caso di alcuni medici che trovano una supremazia assoluta dell'intervento farmacologico sugli altri tipi di trattamenti (Spanagel, Mann, 2005).

La sola via di uscita per questo che potremmo chiamare il "dilemma storico" dell'alcolologia è disseminare e promuovere nel mondo degli operatori una clinica dell'alcolismo che sia nel contempo pluridisciplinare, integrata e basata sulle evidenze scientifiche e dall'altra centrata sulla valutazione dei propri risultati e sul miglioramento degli *outcomes* del trattamento. Per questa ragione sarà compito del board editoriale affrontare in ogni numero dei temi di interesse cruciale e pragmatico. Non a caso infatti il primo numero affronterà il tema complesso e di

attualità della certificazione in ambito alcolologico secondo una visione che sia nel contempo metodologicamente rigorosa e sia ricca di elementi esperienziali significativi. A questo riguardo ci aspettiamo che i lettori contribuiscano alla discussione scientifica e clinica inviandoci dei *feedback* e delle note sui contenuti e sui temi trattati in modo da rendere più vivo ed utile lo strumento della newsletter.

La newsletter "clinica dell'alcolismo", con il lavoro dei suoi membri e di chiunque vi vorrà contribuirvi, nasce pertanto con l'intento di aiutare tutti gli operatori che lavorano con gli alcolisti ed i loro familiari a rendere l'alcolologia italiana sempre più appropriata, efficace e rispondente ai bisogni dei singoli e della Società.

## Bibliografia

- Ahn A.C. *et al.* (2007), "The clinical applications of a systems approach", *PloS Med.*, 3.
- Anton R.F. *et al.* (2006), "Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomised controlled trial", *Journal American Medical Association*, 295.
- Cuatrecasas P. (2006), "Drug discovery in jeopardy", *Journal Clinical Investigation*, 116.
- Cutler D.M. (2007), "The demise of the Blockbuster?", *New England Journal Medicine*, 356.
- Feeney G.F. *et al.* (2006), "Combined acamprosate and naltrexone, with cognitive behavioural therapy is superior to either medication alone for alcohol abstinence: a single centre's experience with pharmacotherapy", *Alcohol & Alcoholism*, 4.
- Gilbert J. *et al.*, "Rebuilding Big Pharma's Business model. IN VIVO: The Business and Medicine Report. Available at [http://brain.com/bainweb/PDFs/Public/rebuilding\\_big\\_pharma.pdf](http://brain.com/bainweb/PDFs/Public/rebuilding_big_pharma.pdf), 2003.
- Grant B.F. *et al.* (2004), "The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence: United States, 1991-1992 and 2001-2001", *Drug and Alcohol Dependence*, 74.
- Karpyak V.M. *et al.* (2008), "Alcoholism treatment with naltrexone and acamprosate: what can influence the outcome", *Addiction*, in press.
- Kiefer F., Mann K. (2006), "Pharmacotherapy and behavioural intervention for alcohol dependence", *Journal American Medical Association*, 296.

- Kiefer F. *et al.* (2003), "Comparing and combining naltrexone and acamprosate in relapse prevention of alcoholism: a double-blind, placebo-controlled study", *Archives General Psychiatry*, 60.
- Littleton J.M. *et al.* (2004), "Challenges to medications development in treating alcohol dependence: an international perspective", *Alcohol & Alcoholism*, 39.
- Spanagel R., Kiefer F. (2008), "Drugs for relapse prevention of alcoholism: ten years of progress", *Trends in Pharmacological Sciences*, 29.
- Spanagel R., Mann K. (eds.) (2005), *Drug for Relapse Prevention of Alcoholism*, Birkhauser.
- World Health Organization (2004), "Global Status Report on Alcohol 2004", World Health Organization ([http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_status\\_report\\_overview.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_overview.pdf)).

# La pratica della certificazione in ambito alcologico

Valeria Zavan\*, Giorgio Cerizza\*\*, Giovanni Galimberti\*\*\*

**FAQ:** esistono riferimenti legislativi che implicano un ruolo diretto o indiretto dell'alcologia negli accertamenti?

## LEGGI

**L. 309/90** "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza", aggiornato con relative modifiche (G.U. 62 15 marzo 2006 suppl. Ord 62). Art. 124 lavoratori tossicodipendenti

**L. 125/2001** "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati" (G.U. 90 del 18-04-2001)  
Art. 6 modifiche al codice della strada  
Art. 15 disposizioni per la sicurezza sul lavoro

**L. 81/2008** "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" (G.U. 101 30 aprile 2008 - Suppl. Ord. 108)  
Art. 41 sorveglianza sanitaria

## INTESE STATO - REGIONI

**Provvedimento 16 marzo 2006** (G.U. 75 30 marzo 2006)

Intesa in materia di individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, ai fini del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche, ai sensi dell'articolo 15 della legge 30 marzo 2001, n. 125. Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 (Repertorio atti n. 2540).

## PIANI

Piano "Guadagnare salute" DPCM 4 Maggio 2007 (G.U. 22 maggio 2007)

Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) 7 febbraio 2007 (G.U. 88 16 aprile 2007)

Mai come in questi tempi il tema della certificazione nelle dipendenze è stato di attualità.

Frequentemente viene richiesto ai Servizi una valutazione dello stato di uso/abuso/dipendenza per scopi a volte piuttosto lontani dalla mission clinica ed indirizzati invece ad accertamenti necessari per la "somministrazione" di sanzioni o finalizzati al controllo in ambito di salute pubblica.

Accertamenti, attestazioni e certificazioni insistono nell'ambito alcologico, con prevalenti implicazioni legali o medico-legali, in contesti spesso assai diversi che vanno dalle certificazioni per trattamenti alternativi alla pena, alla valutazione per la Commissione Medica Patenti o nell'ambito lavorativo.

Lungi dal voler dare indicazioni strettamente medico-legali, sulle quali gli Autori non hanno specifica com-

petenza, l'intento è quello di fornire ai lettori alcune riflessioni su aspetti relativi alla certificazione/attestazione che assume, in ultima analisi, nei contesti dei Ser.T.-Alcologie, un **carattere squisitamente clinico**.

Essa non è perciò, nelle sue parti costitutive, fondamentalmente differente dalle valutazioni cliniche normalmente effettuate nel corso del lavoro routinario ad eccezione che per la *grande rilevanza attribuibile al dato oggettivo e documentale al fine diagnostico*, per la maggiore attenzione nella registrazione di quanto rilevato e per le modalità di stesura dello scritto finale.

Questo perché gli atti relativi agli accertamenti richiedono agli operatori, con particolare riferimento alla figura del medico e/o al responsabile del Servizio, di certificare lo stato attuale e frequentemente anche quello pregresso di uso/abuso/dipendenza.

Essi richiedono quindi, come cuore di sostanza, che venga formulata una **diagnosi o un inquadramento diagnostico** a cui possono ma possono anche non seguire degli atti trattamentali.

\* Tossicologa, Resp. U.O. Ser.T.-Alcologia, Novi Ligure - DDP AL.

\*\* Psichiatra, dirigente Servizio Alcologia, Presidio Rivolta d'Adda, Azienda Ospedaliera Crema.

\*\*\* Farmacologo clinico, dirigente di Area Dipendenze, Dipartimento Dipendenze ASL Monza e Brianza.

La certificazione in campo alcologico quindi non differisce nella sostanza dalle altre certificazioni diagnostiche dovute da qualsiasi medico, delle quali condivide le usuali norme e caratteristiche.

L'aspetto della rilevanza della oggettività richiesta dalla certificazione fa periodicamente sognare e a volte intravedere negli operatori il miraggio del "biomarker perfetto" cioè di quell'esame strumentale che, solo e per la sua alta specificità e sensibilità è in grado con scarsa o nulla interpretazione di identificare un "eccesso alcolico" cioè in grado, per deduzione sulla quantità assunta, di far diagnosi da sé.

Purtroppo, o per fortuna, la storia dell'Alcologia (e della medicina) mostra come all'attuale stato dell'arte, pur essendo infinitamente migliorata la capacità strumentale anche solo rispetto a un ventennio fa e per alcuni dei molti motivi che verranno citati in questo breve excursus diagnostico, il lavoro del clinico, ahimè, non può al momento essere sostituito anche se può essere di sicuro validamente compendiato.

### La diagnosi di disturbo da uso di alcol

A tutt'oggi i sistemi diagnostici riconosciuti per le diagnosi di Abuso, Dipendenza e altri disturbi alcol correlati sono il DSM IV TR e l'ICD-10.

È alla soddisfazione o meno dei criteri costitutivi di questi sistemi categoriali a cui la maggior parte dei professionisti si riferisce quando deve produrre l'esito di un accertamento o una certificazione.

Il DSM-IV-TR definisce difatti i criteri necessari per stabilire la presenza di un "Disturbo da Uso di Sostanze" (DUS), alcol compreso, in cui la dipendenza ha un cuore costituito dalla perdita di controllo comportamentale (e solo indirettamente dall'appetizione patologica) in presenza di un danno fisico, psichico e/o sociale mentre l'Abuso è costituito da un cuore di compromissione nelle stesse aree in assenza di utilizzo compulsivo e di astinenza/tolleranza.

Simili nel significato rimangono i criteri di Dipendenza nell'ICD con maggiore esplicito riferimento, oltre che alla perdita di controllo sulla sostanza, al desiderio patologico ("strong desire").

Sempre nell'ICD l'equivalente diagnostico dell'Abuso viene rappresentato dall'uso dannoso ("harmful use": un utilizzo che causa danni alla salute).

Si sottolinea come in questi sistemi di riferimento per la maggior parte i criteri siano di natura comportamentale e formalmente indipendenti dalla quantità assunta; tolleranza ed astinenza, seppure considerate, non risultano necessarie né sufficienti per formulare una diagnosi di DUS tanto da costituire nel DSM una specifica ("con/senza dipendenza fisiologica").

Questo va sempre tenuto in considerazione dato la diversa facilità del loro riscontro in diversi contesti culturali con differenti modi di usare l'alcol (bere mediterraneo o nordico) o in diversi target (giovane versus adulto).

Teoricamente sarebbe possibile formulare una diagnosi senza elementi quantitativi predominanti così come non formularla affatto anche in presenza di ingenti assunzioni, anche se è indubbio che una correlazione tra consumo e soddisfazione dei criteri è presente nella maggior parte dei casi.

In relazione alla capacità di identificazione la diagnosi di Dipendenza è riconosciuta avere una struttura piuttosto robusta, mentre più debole risulta quella di Abuso e poco viene diagnosticato l'uso dannoso.

Al momento attuale inoltre non vi sono indicazioni circa differenze di diagnosi in relazione all'età o al genere, pertanto i criteri di DUS si ritengono validi sia per giovani che per adulti, anche anziani, sia maschi che femmine.

Nell'ambito della valutazione l'orientamento è spesso quello di arrivare alla diagnosi di DUS (abuso/dipendenza o loro assenza).

Dovrebbero essere segnalati se osservati anche i *disturbi indotti* intendendo in questi diagnosi squisitamente alcoliche come quelle di intossicazione acuta, di astinenza e

#### DSM IV TR

##### *Disturbo da Uso di Sostanze(DUS)*

Dipendenza (con/senza dipendenza fisiologica)  
Almeno 3 dei 7 criteri

Abuso  
Almeno 1 dei 4 criteri

##### *Disturbi Indotti da Sostanze*

#### ICD-10

##### *Disturbi Mentali e Comportamentali da Uso di Sostanze Psicoattive (F10-F19)*

Dipendenza  
Almeno 3 dei 6 criteri

Uso dannoso

**FAQ: vi è uno schema prevalente e/o riconosciuto per descrivere i comportamenti o le abitudini alcoliche quando non sono soddisfatti i criteri per il DSM IV TR i l'ICD 10?**

Esistono varie attribuzioni in letteratura come "heavy drinker", "hazardous drinker", "social drinker", "moderate drinking", "alcohol misuse" ecc. Sono indicazioni che, se possono essere intuitive nel loro significato, non hanno una definizione altrettanto specifica se non solo per alcune di esse.

Si può comunque dare una descrizione circostanziata delle varie aree indagate e dare elementi di valutazione del **rischio alcolcorrelato generale**, valutato per quantità di assunzione riferito al sistema standard (rischio assoluto); **individualizzato**, con feedback personale (rischio relativo) o come nell'esempio sotto riportato, riferendosi a sistemi di classificazione del rischio alcolcorrelato.

**L'individuazione delle classi di rischio:**

Esistono dei **CRITERI di ORIENTAMENTO** che devono tener conto di eventuali limitazioni indotte dalle presenza di **PPAC**, di altre condizioni cliniche concomitanti (uso altre sostanze psicoattive, diabete gravidanza ecc.) e di ogni altro elemento significativo (es. gravità incidente, livello di alcolemia riscontrato al momento dell'infrazione, precedenti sospensioni della patente, attività lavorativa ecc.)

**Sindrome da Dipendenza alcolica (DSM IVR) = classe di rischio 3**

**Abuso di alcol = classe di rischio 3**

**Consumo incongruo, ma occasionale di bevande alcoliche = classe di rischio 3-2**

**Consumo continuativo ed incongruo di bevande, ma che non rientra nei criteri di dipendenza e di abuso = classe di rischio 3-2**

**Consumo continuativo di bevande alcoliche che non rientra nei criteri precedenti = classe 2-1**

**Consumo occasionale di bevande alcoliche = classe di rischio 2-1**

*Bollettino Ufficiale Regione Umbria. Parte I, II /serie generale/ n. 46*

tutti quei disturbi coerentemente a queste correlabili, ma anche eventuali sintomi rientranti in un disturbo psichiatrico/spettro psicopatologico che dovrebbero essere considerati indipendenti solo se precedenti alla comparsa del DUS, se debitamente documentati e se provvisti di caratteristiche incoerenti con l'effetto o con l'astensione da un periodo congruo dalla sostanza.

La difficoltà della diagnosi aumenta mano a mano che ci si sposta dalla Dipendenza Alcolica grave verso quell' indefinito continuum che ha come punto di arrivo il bere "eccessivo" "pesante" e quant'altro in tema di aggettivazioni per definire "tutto ciò che normale e moderato non è".

Difatti, tolti i criteri diagnostici sistematici riconosciuti, le situazioni che non arrivano a soddisfarli non possono che essere affrontate, nell'attestazione relativa alla certificazione, in modo descrittivo basandosi sugli elementi raccolti comprovanti in prima istanza una *manca*za di elementi diagnostici di DUS.

Dato comunque che viene riconosciuta una correlazione tra quantità/modalità del bere e diagnosi, perché per sviluppare un pattern maladattivo di uso l'assunzione di solito deve essere regolare e problematica, una sempre maggiore rilevanza viene data alla registrazione del consumo, ad una sua traduzione in un **rischio alcolcor-**

**relato**, per lo più descritto in termini di quantità globali e per occasione, ed una sua incorporazione nella valutazione diagnostica.

Una buona approssimazione per un "bere eccessivo" è la definizione di "heavy drinking" inteso come 5 o più drink (U.A.) in un giorno per gli uomini e 4 o più per le donne, conteggiando il numero di giorni di "bere pesante" in genere in un mese.

Gli strumenti a disposizione atti a circostanziare i criteri diagnostici sono:

– **il colloquio** con gli:

- elementi autoriportati dal soggetto nella **storia alcolologica** o autodichiarati nel contesto della **testistica alcolologica specifica**;
- elementi **indiretti sia soggettivi che oggettivi** raccolti da referenti significativi, da documentazione clinico anamnestica o quanto altro, tesi a confermare o a compendiare l'autodichiarazione del soggetto;

– **la visita con l'esame obiettivo**;

– la raccolta di **biomarker** di consumo acuto o cronico diretti o indiretti identificati da **ematochimici** e **chimico-tossicologici** appropriati.

La **valutazione professionale** delle osservazioni raccolte nel/i colloquio/i e nella visita medica, della interpretazione degli ematochimici, dei biomarker di

### Raccogliere dati di quantità - modalità - frequenza

Molti sono i modi e gli strumenti messi a punto per raccogliere dati sul consumo. Essi, nelle versioni strutturate di cui nessuna ha una versione italiana, si rifanno in genere a stime medie di quantità - frequenza (Q-F) o alla raccolta della quantità giornaliera assunta e indagano archi temporali assai diversi (30, 90 gg, 1 anno, lifetime). Alcuni indagano in modo retrospettivo, altri concorrente.

Il grado di approfondimento ha come esito una maggiore o minore precisa identificazione del pattern di uso del soggetto. Il tempo dedicato ed il sistema scelto sono perciò fortemente influenzati dallo scopo della rilevazione (screening, diagnosi, inquadramento, monitoraggio; clinica o ricerca etc.) e dalla necessità o meno di identificare e descrivere un "pattern atipico" di uso.

La raccolta di dati sul consumo ha anche lo scopo, oltre che di inquadrare il singolo, di dare generali indicazioni sul grado di rischio correlato alla quantità assunta.

La comparazione al momento più conosciuta ed utilizzata è quella con le linee guida che definiscono i limiti quantitativi per giorno di uso e per occasione.

### FAQ: sono affidabili le autodichiarazioni di consumo?

I dati di letteratura indicano che l'autoriportato dai pazienti è in genere affidabile se raccolto in maniera corretta.

Vi sono fattori che migliorano l'accuratezza come non essere intossicati durante la raccolta, le caratteristiche del setting favorevoli alla confidenzialità e all'onestà, la chiarezza e l'oggettività delle domande poste, aiuti a ricordare (es. diari).

Meno affidabile se:

- lunga storia di abuso;
- le domande richiedono un giudizio soggettivo.

consumo e dei chimico-tossicologici, degli elementi diretti ed indiretti e della loro coerente lettura costituisce nel complesso la **clinica della diagnostica alcolica**.

### La clinica della diagnosi alcolica

Affrontare il problema della diagnosi in alcolologia significa in realtà affrontare un "processo" diagnostico-clinico.

Questo comporta conoscerne le **tappe**, tenendo conto e consapevoli della complessità della persona che si sta valutando e del suo contesto relazionale, familiare, sociale.

Il fattore tempo è una variabile non di poco conto, che se mal considerato e mal gestito, rischia di inficiare il risultato finale.

**Al medico alcolico compete:**

- raccolta anamnestica generale;
- raccolta anamnestica alcolica;
- valutazione testifica specifica;
- valutazione obiettiva;
- valutazione esami di laboratorio e/o strumentali;
- certificazione.

L'anamnesi generale, remota od attuale, può evidenzia-

re elementi suggestivi o dare orientamenti al colloquio, come ad esempio il rilievo di una familiarità per problemi alcol correlati.

### La storia alcolica

Porre invece particolare attenzione all'indagine della **storia alcolica** della persona permette di apprendere elementi che possono orientare in modo specifico la diagnosi.

La **quantità**, la **frequenza**, la **modalità di assunzione** ed il **contesto** sono informazioni pregnanti che però necessitano di essere inserite nel divenire esistenziale dell'individuo, per poterne fare una valutazione oggettiva e di senso.

Ecco allora la necessità di indagare anche la **durata del consumo** e dell'**inizio della comparsa di PPAC** per valutare la presenza di problemi fisici in atto e/o la compromissione delle aree socio-psicologiche; così pure i **precedenti periodi di astensione dall'alcol** e le **condizioni psico-patologiche** emergenti associate.

La presenza di **pregressi periodi di astensione (pause libere)**, affrontati o meno con l'aiuto di un Servizio Alcolologico costituiscono elemento diagnostico per valu-

**FAQ: esiste un “colloquio alcolico” strutturato e riconosciuto?**

No. Esistono però elementi importanti per l’“assessment”.

Gli Autori suggeriscono, a puro scopo sistematico, una raccolta di dati significativi suddivisi per aree di interesse.

<b>AREA FISICA</b>	intossicazione - astinenza patologie alcolcorrelate
<b>AREA SOCIO-RELAZIONALE</b>	problemi comportamentali conflittualità relazionale adattamento sociale ed occupazionale
<b>AREA ALCOLOGICA</b>	quantità - frequenza - modalità anni di uso - polidipendenza inizio problemi alcolcorrelati pregressi periodi di astensione pregressi trattamenti o strategie di fronteggiamento del problema
<b>AREA PSICHICA</b>	anamnestica attuale
<b>AREA MOTIVAZIONALE</b>	profilo motivazionale rispetto al cambiamento in area alcol

tare il grado di una dipendenza e determinanti per la ripresa di un nuovo percorso terapeutico.

Lo stato psichico durante le pause libere possono altresì dare indicazioni circa la possibile concomitanza di altri disturbi, soprattutto in ambito psicopatologico.

Associare una dettagliata **indagine tossicologica** anche sulle altre sostanze d’abuso è divenuto nel tempo sempre più indispensabile, visto il frequente utilizzo di altre sostanze psicotrope insieme all’alcol, in particolare tra i giovani.

Tale indagine deve anche comprendere una valutazione di eventuali **farmaci assunti**, data la possibile interazione additiva, di potenziamento o di antagonismo con gli effetti dell’alcol (es. psicofarmaci).

**Elementi anamnestici diretti ed indiretti di uso problematico/abuso/dipendenza** possono essere:

- *consultazioni mediche ripetute per disturbi minori correlabili ad eccessiva assunzione di alcol (i più variabili, da ipertrigliceridemia ad ipertensione a disturbi comportamentali o deficit, ad es. della memoria);*
- *problemi gastrointestinali ricorrenti;*
- *frequenti assenze dal lavoro;*
- *ripetuti accessi al P.S. (per intossicazione od altre cause come ad es incidenti, malori, stati d’ansia, stati confusivi correlabili all’alcol, comportamenti aggressivi ecc.);*
- *incremento/calco ponderale non altrimenti spiegabile;*
- *incidenti e traumi frequenti, incidenti domestici;*
- *licenziamenti, perdita o frequenti cambi di lavoro (in generale problemi sul lavoro);*
- *litigi, percosse, lesioni procurate ai familiari;*

– *problemi dei minori* (es. segnalazioni pervenute dai Servizi Sociali, segnalazioni di violenze o disturbi dell’adattamento);

– *arresti o problemi legali;*

– *ritiro patente.*

Una buona parte di questi indici, chiamati spesso anche indicatori diretti ed indiretti, oltre che essere associati ad un problema di alcol noto o misconosciuto possono essere considerati **fattori di rischio** per lo sviluppo di problemi alcol correlati.

È indicato in questo caso, se possibile, effettuare un *intervento breve informativo-educativo* in merito.

L’anamnesi alcolica va completata con l’**anamnesi socio-educativa** che permette di capire in che contesto il soggetto vive e che tipi di rischio ambientale e relazionale ha o può incontrare.

Tutti questi elementi rappresentano un prezioso patrimonio per capire e valutare in modo realistico, ma anche “umano” la persona che si ha davanti.

In tale senso è importante sia dal punto di vista di competenza professionale sia dal punto di vista di competenza etica l’approccio tenuto dal medico.

Un medico è “**eccellente**” quando nel rapporto con la persona mostra *capacità clinica*, ovvero è in grado di integrare rapidamente l’osservazione della persona con il proprio bagaglio di conoscenze e quando con *integrità morale* sa partecipare alle emozioni dell’altro, mostrandosi *compassionevole*, conservando un sano *senso di humour* (capacità di sdrammatizzare). Nell’attività certificativa non cessiamo di essere medici clinici.

## Principali segni da cercare nell'esame obiettivo

### Segni di primo impatto

odore alcolico  
obesità o malnutrizione  
trascuratezza nell'abbigliamento e igiene  
rubeosi al volto, teleangectasie, spider nevi,  
tremore muscolare, sudorazione  
contusioni, ecchimosi  
bruciature di sigaretta

### Segni cardiologici

valori pressori superiori alla norma  
aritmie

### Segni gastroenterologici

aumento volume di fegato e milza

### Segni neurologici

disturbi della sensibilità  
alterazione dei riflessi osteo-tendinei  
tremori a fini scosse  
nistagmo  
flapping

### Segni psichici

ansia, nervosismo  
sintomi depressivi  
riduzione attenzione e concentrazione  
stati confusivi  
deficit della memoria  
scarsa coerenza

## I test ed i questionari alcologici

A compendio del processo diagnostico possono essere utilizzati questionari alcologici: in realtà, seppure ampiamente sviluppati dalla letteratura internazionale, sono anche, tra i vari strumenti disponibili, i meno utilizzati. Le ragioni possono essere diverse, la prima è la scarsità di strumenti validati in Italia e tra quelli validati di una forte preponderanza di questionari indirizzati alla identificazione dei problemi alcol correlati in setting non specialistici, come quelli della Medicina Generale.

In tal senso questi risultano poco adatti e poco utili in un ambulatorio specialistico e di norma sostituiti da una buona anamnesi alcologica.

Vi sono comunque nella letteratura anglosassone test e questionari orientati allo screening, alla diagnostica, alla valutazione del pattern di consumo, alla pianificazione – inquadramento dei processi – valutazione degli esiti del trattamento.

Tra i questionari maggiormente conosciuti ed utilizzati nel contesto italiano vi sono quelli di identificazione come il MAST, basato su 25 domande, di cui è disponibile anche una versione ridotta; il CAGE ancora più snello e comprende solo quattro domande: essi tendono, particolarmente il MAST, ad evidenziare situazioni di franca dipendenza.

Il CAGE è ritenuto il migliore nell'identificare abuso e dipendenza secondo i criteri del DSV IV (sensibilità 43%-94%; specificità 70-97%).

L'AUDIT "test per l'identificazione dei disturbi legati all'uso dell'alcol" è forse più utile dei precedenti sul piano clinico.

Si tratta di un questionario elaborato da un gruppo di lavoro di differente nazionalità per l'Organizzazione Mondiale della Sanità.

È in grado di identificare situazioni gravi, ma anche stati problematici iniziali o di media entità ed ha item orientati alla identificazione del consumo.

È ritenuto il migliore per identificare soggetti a rischio in base al consumo (sensibilità 51%-97%; specificità 78%-96%).

Sono invece sottoutilizzati altri test, come ad esempio il CIWA AR per la definizione del grado di astinenza alcolica, o testistica specifica finalizzata all'inquadramento delle dimensioni sinteticamente rappresentate dagli assi del DSM diversi dal I, come ad esempio i test per la valutazione della qualità della vita, delle funzioni cognitive ecc.

In tema di inquadramento motivazionale è disponibile un questionario per la valutazione del suo profilo per l'alcol (MAC2-A).

Pur non avendo un significato diagnostico o prognostico può utilmente compendiare una valutazione generale che comprenda anche elementi motivazionali rispetto all'astensione dall'alcol in un cliente che, per le caratteristiche della richiesta, può mostrare importanti e sottaciute resistenze al cambiamento o inesprese ambivalenze.

L'utilizzo della testistica, vecchia o nuova, dovrebbe comunque essere implementato non tanto perché essa possa aggiungere importanti elementi alla clinica alcologica quanto perché potrebbe rendere un po' più sistematico ed un po' più comparabile l'esito del lavoro anche certificativo di professionisti di uno stesso Servizio e di Servizi differenti, e forse anche un po' più breve.

## FAQ: cosa sono le NAFLD e le NASH?

Sempre più frequente risulta la rilevazione di obiettività epatiche in realtà non associate all'alcol, con quantità di alcol giornaliere inferiori a 30 g/die, quantità al di sopra delle quali aumenta il rischio di epatopatia e al di sotto delle quali si parla di NASH.

Per NAFLD (non-alcoholic fatty liver disease) si intende il rilievo di un fegato grasso a genesi non alcolica. Disturbo piuttosto diffuso e sempre più diagnosticato, sembra interessare quasi il 30% della popolazione adulta e comprendere un ampio spettro di condizioni patologiche. Associata principalmente alla sindrome metabolica, all'insulino resistenza e all'obesità ha origini a tutt'oggi non completamente chiarite seppure sembra che possano giocare un ruolo fattori genetici e di stile di vita con particolare riferimento alla dieta. In una parte dei casi più gravi il NAFLD può progredire in steatoepatite non alcolica (NASH), a cirrosi ed epatocarcinoma (HCC). Sono attualmente disponibili tecniche di valutazione non invasive.

*Miele L., Forgione A., Gasbarrini G., Grieco A. 2007*

## L'esame obiettivo

L'esame obiettivo è un momento importante, di stretta vicinanza fisica tra medico e paziente, da gestire con delicatezza e rispetto, e può permettere di cogliere alcuni segnali del corpo, che parlano ancora prima delle parole, suggestivi per la presenza di problemi legati all'alcol.

**L'alitosi alcolica**, corrispondente all'utilizzo di alcol nell'immediata vicinanza dell'accertamento medico, può far pensare ad un uso frequente di alcol, su cui c'è scarso controllo; **tremore e sudorazione** significativa possono essere riferiti a segni astinenziali; **rubeosi al volto, arrossamento delle congiuntive e teleangectasie** sono elementi della facies alcolica.

Abbigliamento trasandato ed igiene trascurata si riscontrano facilmente nella dedizione alcolica, in cui lo stesso proprio corpo non è più oggetto di cura e rispetto, essendo l'alcol al centro del proprio interesse.

Bruciate di sigarette tra le dita rimandano ad episodi di stato etilico acuto in cui l'individuo può essersi addormentato con la sigaretta accesa; la presenza di contusioni, ecchimosi, escoriazioni può essere l'evidenza di traumi recenti.

Del comune esame obiettivo di particolare interesse è l'esame cardiologico, gastroenterologico, e neurologico/psichiatrico. Infatti **valori pressori superiori alla norma**, in una persona non correttamente diagnosticata ipertesa, o un **disturbo del ritmo**, possono essere segni dell'abuso di alcol.

Il reperire una **dolenzia in sede epigastrica** può segnalare una possibile presenza di gastropatia, un **aumento del volume epatico** o una **dolorabilità in ipocondrio destro** può indirizzare ad una epatopatia alcolcorrelata. Dell'esame neurologico particolarmente significativa può essere l'alterazione della sensibilità e l'alterazione dei riflessi osteotendinei (neuropatia), della valutazione

psichica può essere suggestiva scarsa coerenza, difficoltà di concentrazione o nervosismo, sintomi ansiosi o dello spettro depressivo.

I segni menzionati, se percepiti, offrono motivi di approfondimento con l'individuo.

Vanno quindi colti con attenzione, discussi e collegati a quanto appreso dall'anamnesi e a tutti gli altri elementi diagnostici a disposizione (esami, test).

Sono elementi oggettivi di evidenza attuale, perciò elementi preziosi.

Essi vanno anche collegati ad una eventuale documentazione sanitaria pregressa che l'individuo può possedere. Quest'ultima potrà venire grandemente in aiuto per interpretare correttamente alcuni segni rilevati e potrà servire nella diagnosi differenziale (esempio più evidente: appurare se una epatopatia ha una genesi complessa o esclusivamente non alcolica).

Queste descrizioni costituiscono in un certo senso la "pietre miliari", i punti abituali da cui partire per una diagnosi di Dipendenza Alcolica in un ambiente "classico" mediterraneo.

In un simile quadro tutti gli altri elementi come gli ematochimici ed i chimico-tossicologici servono principalmente a confermare una "semeiologia alcolologica" piuttosto consolidata e il colloquio in cui viene raccolta la storia serve più a contestualizzare, a definire una coerenza complessiva in cui il "riferito" del cliente combacia e conferma le rilevazioni cliniche definendo anche in un certo qual modo "l'affidabilità" e "la sincerità" del legame col cliente.

In effetti però in una percentuale non indifferente di casi in questa raccolta poco o nulla è rilevabile sia all'esame obiettivo che negli ematochimici che indirizzi ad una diagnosi di Dipendenza Alcolica e men che meno di abuso o bere problematico.

Ciò ovviamente rende più difficile raggiungere la "certezza" diagnostica.

## Specificità e sensibilità dei principali ematochimici

Quando si considerano marcatori di qualsiasi patologia si tratti, è necessario considerare l'accuratezza diagnostica degli stessi. Questa proprietà fondamentale viene data dalla sensibilità del marcatore (più alta è e meno falsi negativi avremo) e dalla specificità (più alta è e meno falsi positivi avremo).

Tra i marcatori sotto citati tutti mostrano variabile sensibilità (Gamma GT fino a 90%, MCV fino a 80%, AST/ALT fino a 70%, CDT fino a 90%) e tutti mostrano limiti e variabilità nella specificità, non sufficientemente alta per poter ottenere un definizione di markers con accuratezza diagnostica buona (specificità: Gamma GT fino a 80%, MCV fino a 90%, AST/ALT fino a 70%, CDT fino 90%).

Seppure al momento GGT e VCM in combinazione siano considerati markers di primo livello (buon rapporto costo-beneficio) e la CDT considerata tra le più specifiche, si consiglia di usare più markers in combinazione per una maggiore accuratezza diagnostica.

<b>GGT:</b>	sensibilità 34-85%; specificità 11-85%; bassa sensibilità per il consumo a rischio, utile per distinguere i forti bevitori cronici. Emivita: 14-26 gg.
<b>MCV:</b>	sensibilità 34-89%; specificità 25-91%. Marcatore di alto consumo cronico. Emivita: 3 mesi.
<b>GGT + VCM:</b>	individua in associazione oltre il 90% di alto consumo di alcol.
<b>AST:</b>	sensibilità bassa specificità bassa.
<b>ALT:</b>	sensibilità bassa specificità bassa.
<b>AST/ALT &gt; 2:</b>	propende per eziologia alcolica.
<b>CDT:</b>	sensibilità variabile (34-84%). Specificità alta (82-100%).

Spesso sono rilevabili elementi obiettivi di grande diffusione come ad es. ipertensione, disturbi gastrici o G.I. di lieve entità o diagnosticati, ma associati ad altre cause.

La ricerca più frequente in ambito di obiettività rimane in ogni caso la rilevazione di un fegato palpabile oltre l'arco, indicatore di un "fegato grasso" di origine tossica e/o alimentare in mancanza di altre evidenti cause, e che rappresenta tra le patologie alcol correlate ancora una delle più precoci e diffuse.

Stesse difficoltà intervengono per segni/sintomi di altrettanta grande diffusione come disturbi del sonno, sintomi ansiosi e/o depressivi.

Rilievi anamnestico-clinici di ipertrigliceridemie e iperglicemie con anamnesi familiare positiva, presenza di epilessia in trattamento con farmaci induttori altresì possono essere elementi confusivi che richiedono una diagnosi differenziale.

La storia clinica raccolta, diversamente che la storia alcolica in soggetti spontaneamente riferentesi ai Servizi, nel caso delle visite connesse a certificazioni risulta spesso per ovvi motivi meno affidabile, gravata da maggiori omissioni o minimizzazioni o in alternativa da maggiori necessità di conferme per un operatore (a torto o a ragione) spesso più vigile.

Difficile può essere non cadere nella trappola della "sospettosità" ed in funzione del grado di conoscenza del cliente.

È evidente quindi che, in mancanza di chiari elementi obiettivi di intossicazione acuta e/o cronica e/o dei suoi esiti alla visita, in mancanza di elementi anamnestici di rilievo familiari o individuali documentali, assumono importanza nel raggiungere lo scopo la raccolta di elementi indiretti tramite fonti differenti dal soggetto come referenti familiari validi, il medico di fiducia, altre fonti di informazione.

In seconda luogo, a compendio di questi o come unici elementi in loro assenza, i tanto richiesti "elementi oggettivi" vengono usualmente ricercati negli ematochimici e nei chimico-tossicologici.

## Biomarkers: ematochimici e chimico-tossicologici

Vi è una certa variabilità individuale nella risposta ai markers biologici, che possono essere influenzati da variabili come sesso, età, BMI, funzionalità epatica, fumo, situazioni organiche diverse e terapie concomitanti ecc.

Per questo motivo in genere si utilizza una combinazione di biomarkers.

A volte risulta più utile valutarne la variazione relativa nel tempo piuttosto che il valore assoluto ed altre volte le modificazioni del bere sono meglio rappresentate dalle autoosservazioni dei clienti piuttosto che dai markers biologici.

## FAQ: CDT sì, CDT no come elemento clinico diagnostico?

L'utilizzo routinario della CDT, specie in un contesto mediterraneo, è a volte messo in discussione. In attesa di biomarkers dotati di maggior accuratezza, nell'attualità pratica la CDT risulta utile e a volte necessaria all'interno del processo certificativo.

Il momento della sua esecuzione dovrebbe essere valutato in relazione al:

- target prevalente (presenza di target maggiormente soggetti a falsi positivi/negativi?);
- contesto (viene prevista in prima battuta, contestualmente e/o in sequenza con altri ematochimici?);
- il rapporto costo-beneficio;
- lo scopo della certificazione.

Ricordare sempre nel calcolo del costo-beneficio di calcolare anche i costi organizzativi!

Ematochimico vs ematochimico (specificità-sensibilità).

Step necessari per grado di approfondimento vs grado di approfondimento richiesto.

Spese organizzative per i vari step.

Il loro ruolo nella clinica può variare da indicatori di screening, identificatori di "bere problematico" e di danno tissutale, a strumenti di monitoraggio del trattamento compresa la rilevazione di assunzione recente o di ricaduta.

### Ematochimici

Routinariamente gli esami più richiesti sono: **glicemia, emocromo, assetto lipidico, assetto epatico.**

Una associazione degli usuali markers di uso cronico di alcol, seppure singolarmente poco sensibili e/o poco specifici, specie se coerenti con l'E.O., la visita e con una storia comportamentale significativa, possono essere sufficienti per una ipoteticamente corretta valutazione diagnostica.

Una anemia macrocitica associata ad una alterazione delle GGT potrebbe bastare se confortata dalla clinica e dal colloquio.

Non va comunque dimenticato che nei casi dubbi, ma anche in casi più certi data la legalità dell'alcol, il problema spesso consiste nella diagnosi differenziale e nella valutazione in soggetti non astemi del peso relativo dell'alcol nelle diagnosi a genesi mista, organica e tossica.

Un soggetto microcitemico bevitore, una donna in età fertile, una ipertrigliceridemia con storia familiare positiva, una NAFLD, una HCV positività potrebbero indurre ad errate considerazioni diagnostiche sia in termini di sovra che di sottovalutazione della componente tossica.

Non vi sono esami di laboratorio che in sé e per sé possono avere valore diagnostico, seppure il supporto alla diagnosi cresca con l'aumentare della gravità dei problemi causati dall'alcol e con il pattern di uso continuo. Per tale motivo grande rilevanza negli ultimi anni ha

assunto l'utilizzo della CDT (per lo più in %), ematochimico molto apprezzato in ambito certificativo, soprattutto dalle Commissioni Mediche Patenti, che in un tempo molto breve hanno necessità di verificare nel modo "più certo possibile" lo stato di "assuntore eccessivo".

Ematochimico piuttosto specifico, identifica in mancanza di interferenze come alcune epatopatie a volte rilevanti in un Ser.T.-Alcolologia, un uso cumulativo dopo una regolare assunzione di circa 60-80 g/die (7-10 UA), almeno nella settimana precedente, con un lento declino in assenza di assunzione (emivita circa 15 gg).

Si sottolinea a questo proposito la fondamentale differenza che assume rispetto alla interpretazione dell'ematochimico lo scopo della rilevazione: utile in un contesto certificativo specialistico come elemento di valutazione finalizzato ad una diagnosi complessiva in cui il consumo costituisce uno dei tanti dati da valutare, viene in altri setting utilizzato come elemento probabilistico finalizzato al controllo, alla tutela di terzi e della salute pubblica.

Nonostante varie segnalazioni di variabilità nella sensibilità e di falsi positivi che sembrano essere meno influenti di quanto ritenuto, la trasferrina desialata al momento è sicuramente l'ematochimico dotato di maggiore specificità e sensibilità nella identificazione di un consumo alcolico eccessivo, che se associato all'elevazione delle GGT dà una "certezza" di un consumo inadeguato rivelando nella maggior parte dei casi una diagnosi di dipendenza da alcol.

Questa alta specificità e sensibilità induce a volte a riferirsi ad essa con fiducia per formulare una diagnosi, a torto o a ragione, soprattutto in caso di discrepanze negli elementi clinicamente raccolti, anche come dato isolato.

È importante sottolineare nuovamente come non sia possibile delegare a nessun esame ematochimico una diagnosi clinica complessa come quella alcolica.

#### Marcatori di consumo alcolico

<i>Diretti</i>	<i>Indiretti</i>
Alcol etilico (sangue, urine, espirato)	Gamma GT
Acetaldeide	Transaminasi (AST/ALT)
Esteri acidi grassi	Volume corpuscolare medio (MCV)
Fosfatidil etanolo	Trasferrina desialata (CDT)
Etilglucuronide	

#### Marcatori di consumo alcolico

Abuso acuto	Recente	Cronico
Ricerca alcol (urine, sangue, espirato)	Esteri acidi grassi	Gamma GT
Acetaldeide	Etil glucuronide	MCV AST/ALT CDT

### I chimico-tossicologici

I chimico-tossicologici rilevano in vari matrici biologiche (sangue, urine, espirato, capello) l'alcol o i suoi metaboliti.

La ricerca dell'alcol ha ovviamente grande specificità, gravata comunque da falsi positivi ai limiti inferiori (cut-off) specie in alcuni substrati biologici, e da tempi di scomparsa piuttosto rapidi.

#### Alcolemia

Necessita di tecnica invasiva e trova perciò impiego prevalentemente in circostanziate situazioni per lo più relative all'ambito medico legale e di Pronto Soccorso.

Indica una assunzione molto recente con una finestra temporale piuttosto breve (poche ore).

Non conosciamo significative interferenze nell'esito delle alcolemie.

Serve quindi per dimostrare una eventuale intossicazione ed il suo grado, ma poco ha da dire in tema di diagnosi di abuso/dipendenza. Può costituire comunque elemento anamnestico documentale (es. rilevazione in P.S.).

#### Alcoluria

Poco invasiva e poco costosa ha una utilità in frangenti molto particolari, soprattutto nella clinica come moni-

toraggio dell'astensione in soggetti collaboranti e finalizzata ad un feedback positivo in ambito terapeutico. Ha difatti un arco temporale di rilevazione molto breve, poche ore, viene influenzata da vari fattori come la concentrazione urinaria, è gravata ai limiti inferiori da falsi positivi (rilevazione di alcol da fermentazione o altri alcoli non da assunzione), clinicamente assume maggiore significato in caso di positività piuttosto che di negatività.

#### Etilglucuronide (EtG)

Metabolita minore dell'alcol, prodotto di circa lo 0.1% di tutto l'alcol metabolizzato, è al momento il marker di utilizzo recente di alcol più specifico e più prossimo all'utilizzo routinario.

Di recente introduzione, è stato sino ad ora utilizzato come conferma di test positivi meno costosi.

Presente anche nella matrice cheratinica è al momento il marker candidato nel prossimo futuro alla rilevazione di eccesso di consumo recente, destinato a sostituire alcolemia, alcoluria e ad essere rilevato nei capelli.

Presente nelle urine, nei tessuti e nei peli, si ritrova nelle urine nei 3-5 giorni successivi all'assunzione, con un picco di concentrazione 5 ore dopo l'ingestione di alcolici.

Necessita per positivizzarsi di ingenti assunzioni, sembra essere fortemente influenzata dalla diluizione urinaria (assunzione di liquidi), per questo motivo alcuni autori consigliano di esprimere l'EtG come rapporto EtG/creatinina.

Esistono infine altri markers diretti o indiretti di consumo promettenti ed in alcuni Paesi già utilizzati come l'EtS (etil solfato), altro metabolita dell'alcol; il rapporto 5 HTOL/HIAA; l'indice plasmatico di acido sialico dell'apolipoproteina J (SIJ) e tanti altri che al momento attuale non sono disponibili per l'uso routinario.

### I tempi dell'accertamento e lo stile della relazione nel rapporto di consulenza

I tempi necessari all'accertamento sono ovviamente variabili e in funzione della difficoltà nel formulare una diagnosi. Il tempo può essere quello di un unico incontro, tempo sufficiente in situazioni di Dipendenza grave attiva, in cui il semplice colloquio e l'esame obiettivo sono gli elementi portanti e probanti per giungere ad una conclusione diagnostica solo compendiata e confermata dagli approfondimenti dati da esami e tossicologici.

Maggiori incontri, colloqui, accertamenti costituiti da un accumulo di "prove" subentranti (referenti, documenti anamnestici, ematochimici, chimici tossicologici ecc.) sono necessari in casi con elementi di diagnosi differenziale o in presenza di gravi difetti della

## Il counseling alcologico

L'intervento breve o counseling alcologico breve implica, al di là delle modalità d'approccio:

1. l'identificazione dell'uso eccessivo di alcol;
2. l'informazione del soggetto sugli svantaggi di tale uso;
3. la motivazione del soggetto a cambiare l'abitudine alcolica;
4. l'identificazione degli obiettivi personali;
5. il dare istruzioni su come raggiungerli;
6. il monitorare nel tempo.

**Il NIAAA consiglia di procedere secondo quattro passi:**

1. **ASK** - chiedi rispetto alle abitudini alcoliche;
2. **ASSESS** - valuta se vi sono problemi alcolcorrelati;
3. **ADVISE** - attiva interventi appropriati;
4. **MONITOR** - segui i progressi.

**Counseling Motivazionale:** particolare forma di counseling che si rifa alla Teoria della Motivazione al Cambiamento di Prochaska e Di Clemente ed ai principi del Colloquio Motivazionale di Miller e Rollnick.

relazione col cliente (evidenti resistenze alla collaborazione).

Nella peggiore delle ipotesi una osservazione ed una raccolta di dati in un arco temporale di circa un mese può ritenersi un tempo "onesto" per formulare una diagnosi di esclusione o di probabilità.

Questo ovviamente se l'unico obiettivo del medico alcologo è quella di certificare. In questo caso comunque la diagnosi non dovrebbe essere formulata sino a quando non vi siano sufficienti elementi in merito e la mancanza di elementi potrebbe far richiedere un certo periodo di osservazione, nella considerazione che, in ogni caso, la certificazione attiene alla diagnosi nella attualità.

Se invece lo scopo diviene quello di trasformare una certificazione anche in un'occasione di incontro e di intervento il tempo necessario può protrarsi anche oltre la consegna della certificazione.

L'elemento di variabilità è ovviamente l'assenso della persona che potrebbe avere interesse a sapere altro circa il proprio stato di salute rispetto all'alcol o potrebbe richiedere una valutazione orientata ad un trattamento.

Contrariamente a quello che spesso si suppone comunque, non è necessario un grande numero di incontri per instaurare un rapporto di onesta fiducia tra professionista e cliente, anche in situazioni con possibili gravi ostacoli alla sincera comunicazione, come spesso avviene nel contesto certificativo.

Fondamentale sarà l'approccio iniziale, il modo in cui si pone il professionista rispetto al cliente e il modo in cui tratta la richiesta di certificazione.

Anche in situazioni apparentemente così distanti dalla clinica tradizionale, in cui un soggetto pone per lo più volontariamente un quesito/problema che riguarda la propria salute e richiede una consulenza professionale, possono essere applicati i principi fondamentali del counseling.

Anche la richiesta di una certificazione può quindi essere trattata come una consulenza orientata ad un intervento professionale (consulenza a scopo certificativo).

Importante è quindi seguire le regole fondamentali del **counseling** (atteggiamento empatico, ascolto attivo, il tutto nel "qui ed ora") e del **counseling alcologico** che per oggetto ha la valutazione del rischio alcolcorrelato, il feedback personalizzato, e il fornire strumenti per poter modificare un eventuale errato comportamento rispetto all'alcol.

Studi accreditati come il Project MACH hanno evidenziato come il Counseling Motivazionale (MET) sia particolarmente efficace in soggetti con maggiori livelli di rabbia rispetto ad altri approcci di cura.

In tal senso lo stile motivazionale potrebbe trovare applicazione ed indicazione specifica anche nelle visite per certificazione, caratterizzate da un maggior grado di soggetti resistenti, meno collaboranti se non addirittura aggressivi nella presentazione e generalmente "meno pronti" al cambiamento di soggetti che si rivolgono spontaneamente ad un Servizio di Alcologia.

Una particolare forma di Counseling Motivazionale è il Counseling Motivazionale Breve (CMB), particolarmente adatto a setting caratterizzati da aspecificità o da tempo limitato.

**FAQ: cos'è e quali sono le caratteristiche di una certificazione?**

**Il certificato è l'atto scritto che dichiara conformi a verità fatti di natura tecnica, di cui il certificato stesso è destinato a provare l'esistenza.**

È atto di stretta pertinenza medica, atto dovuto al cittadino che lo richiede o al suo legale rappresentante secondo art. 22 del Codice Deontologico, anche se possiamo ritrovare una distinzione tra certificato obbligatorio (previsto da norma specifica) o facoltativo.

Ha valore medico-legale e risponde a requisiti sostanziali e formali.

Tra i *sostanziali* la fondamentale è la **veridicità**, fondata sulla **oggettività** rappresentata dal contenuto tecnico-biologico, ma un certificato deve essere anche **chiaro, completo e preciso**.

Requisiti *formali* sono invece quelli relativi a intelligibilità, luogo e data rilascio, generalità, qualifica e firma del medico. Non deve perciò contenere abrasioni, cancellature o aggiunte.

I difetti di verità configurano il falso ideologico, di maggiore gravità se commesso da dipendente di Servizio Pubblico in quanto pubblico ufficiale, quelli di forma il falso materiale.

**FAQ: che valore hanno le certificazioni a firma di più operatori professionali?**

La firma è del medico certificatore. Se per la certificazione ci si è avvalsi di altre figure, per es. psicologi per tests, la loro parte viene firmata dal professionista che l'ha svolta.

**FAQ: un medico specialista del Ser.T.-Alcolologia è tenuto a certificare quanto attiene alla sua specifica specialità?**

Qualsiasi medico è tenuto a certificare quanto osserva, anche relativamente ad ambiti differenti da quelli inerenti la richiesta se rilevanti al fine certificativo (es. osservazione di altre dipendenze in soggetto inviato per accertamenti sull'alcol, osservazione di altre malattie e/o disturbi organici o non organici ecc.).

Se richiedesse, per aggiungere elementi sostanziali all'inquadramento diagnostico richiesto, ulteriori approfondimenti in aree non di sua competenza può avvalersi di consulenze di colleghi specialisti in materia e del materiale clinico-anamnestico raccolto.

*Resta comunque da tenere presente che un accertamento serve a rispondere ad un quesito e che gli atti compiuti sono finalizzati alla risposta al quesito stesso rappresentata per competenza dal tipo di Servizio a cui è indirizzato.*

Gli atti relativi alla certificazione, dato il poco tempo complessivo a disposizione possono essere trattati alla stregua di un intervento di CMB in cui l'obiettivo primario è creare un *clima* del colloquio in tempi brevi, *orientando* allo specifico argomento oggetto della consulenza teso ad aiutare la persona a comprenderne i termini, a fornire informazioni che stimolino la consapevolezza della propria personale situazione rispetto all'alcol o approfondendola se l'informazione è già presente.

Contenuti di tale counseling sono gli elementi emergenti dall'E.O., dagli ematochimici e dai chimico-tossicologici: il feedback della certificazione viene restituito esattamente come si restituirebbe una consulenza, che in questo modo ne assume tutti i caratteri.

Un atteggiamento chiaro, esplicativo in tutti i suoi passaggi essenziali, diretto ma non aggressivo e soprattutto non giudicante può, di per sé, diminuire parte delle resistenze che con maggior frequenza si riscontrano nella pratica certificativa.

**La certificazione come esito dell'accertamento**

L'insieme degli elementi sopradescritti, in tutto o per la maggior parte, sono normalmente utilizzati a scopo diagnostico nella clinica alcolica.

Quando vengono raccolti a scopo certificativo la differenza non consiste tanto nella qualità degli elementi costitutivi, quanto nella limitazione della discrezionalità della scelta degli elementi da raccogliere e della sequenza temporale utilizzata per la raccolta stessa. La necessaria prevalenza nella certificazione della "dimostrazione oggettiva" rende prioritaria la scelta di elementi "probanti" come la documentazione clinico-documentale, il colloquio, l'esame obiettivo, gli ematochimici ed i chimico-tossicologici ed una attribuzione di minor valore al "riferito" dell'utente rispetto alla normale pratica clinica.

Frequentemente questi elementi vengono richiesti già in prima battuta, a volte come "atti preliminari" rispetto

alla visita ed in batterie più standardizzate per ottimizzare i tempi.

Vi è la possibilità di una minore “personalizzazione” dell’approccio all’utente, a volte di una minore attenzione agli aspetti relazionali, spesso di far prevalere un atteggiamento scettico rispetto alla possibilità di instaurare un rapporto fiduciario nel limitato tempo d’incontro con un utente orientato alla risoluzione di un problema e non alla cura.

Indubbiamente gli accertamenti specialistici effettuati in un Ser.T. soggiacciono alle generali regole caratterizzanti la certificazione, rendendo l’atto piuttosto differente da altre forme di relazione richieste dai nostri utenti.

La necessità di rispettare gli aspetti sostanziali e formali della certificazione necessita sicuramente di una grande attenzione nella raccolta procedendo in maniera sistematica con:

- *raccolta clinico-documentale*;
- *colloquio e visita*: criteri correlati al consumo e comportamentali attuali/pregressi;
- *esame obiettivo*: criteri fisico-organici, patologie alcol correlate;
- *valutazione biomarkers*: ematochimici attuali ed eventualmente pregressi;
- chimico-tossicologici indicatori di consumo recente/cronico;
- *valutazione diagnostica*;
- *conclusioni (se richiesto)*.

La certificazione deve inoltre sviluppare quanto rilevato ed i suoi esiti in termini di conclusione in maniera puntuale e circostanziata, tenendo presente l’oggetto ed il destinatario della certificazione che rimane per il professionista lo scopo da assolvere.

La descrizione, breve ed essenziale, deve essere compilata in modo da distinguere chiaramente i dati oggettivi da elementi riferiti o da valutazioni non oggettive e riportare solo quanto di rilievo alle finalità certificative. A questo proposito è utile ricordare che, chiunque si il destinatario e/o richiedente la certificazione, questa è dovuta al cittadino/utente e viene perciò da lui richiesta e a lui consegnata, salvo i casi dovuti per legge (es. Autorità Giudiziaria).

Le certificazioni quindi non vanno consegnate o redatte su richiesta diretta di parenti, enti o quant’altro o per scopi non legittimi (es. richiesta di coniuge di diagnosi di dipendenza per atto di separazione).

Altrettanto, molte certificazioni e tutte le pratiche connesse alla loro redazione (es. accertamenti per patente) sono soggette a pagamento e a carico del richiedente.

Nonostante lo sforzo di attenersi ad una buona pratica certificativa tesa ad approssimarsi quanto più possibile alla realtà dei fatti, serve sempre ricordare che, per la natura del setting e della specifica professione del medi-

co alcologo, le conclusioni di una certificazione alcolologica non potranno che basarsi su una **coerenza clinica complessiva** in cui la valutazione è fondata su una serie di elementi costituenti nell’insieme un corpus con un significato diagnostico e di cui nessuno risulta per sua natura o per limiti di rilevazione (es. mancanza di catena di custodia) sufficiente da solo per costituire una certezza diagnostica.

È chiaro comunque che in caso di discrepanza tra riferito ed obiettività, il medico è tenuto a certificare quanto oggettivamente rilevato.

Comunque anche la constatazione di un utente poco disponibile (se non addirittura reticente) orientato solo alla risoluzione di un problema (ottenere la certificazione) e molto distante da una richiesta di intervento di cura o dalla considerazione del punto di vista del medico, può assumere un valore differente se considerato nell’ottica clinica di un cliente “motivazionalmente non pronto” e resistente al cambiamento.

Un atteggiamento del medico empatico e non giudicante, comprensivo del problema e della preoccupazione del cliente circa un eventuale esito negativo della valutazione e delle sue conseguenze potrebbe riportare, almeno in alcuni casi tra quelli con un reale problema di abuso/dipendenza, alla dimensione della certificazione come occasione.

Occasione di aumentare una consapevolezza poco presente o poco evocata, occasione di rendere una certificazione, atto apparentemente sterile e finalizzato ad altro che alla cura, in un atto terapeutico.

## La clinica della certificazione

### L’esperienza del Servizio Alcologia di Rivolta d’Adda (Cremona)

Rispondere ad una richiesta di certificazione significa avere a che fare con un gran numero di fogli da compilare ai quali apporre “in fede” la propria firma.

Inoltre, per quanto si raccolga un’anamnesi alcolologica accurata, si sottopongano test, si interpellino in varie occasioni i familiari, si prenda visione di esami ematici correlati all’uso di alcol, si tratta pur sempre di una certificazione che ha un grande margine di relatività.

Ciò detto, ci preme evidenziare che per ogni foglio compilato, per ogni dato raccolto, dietro quelle righe firmate, si compie un “impegnativo e complesso lavoro clinico”.

Chiunque abbia lavorato con persone che presentano problematiche legate all’abuso o alla dipendenza alcolica sa cosa significhi l’assenza della consapevolezza dell’aver un problema e quanto sia fondamentale la ricerca del fattore “leva” per determinare una motivazione al cambiamento.

È altresì esperienza comune a tutti gli alcologi la constatazione di quanto sia determinante il fattore “tempo” (intendendo con questo quanto intercorre tra l’instaurarsi della problematica e la richiesta di aiuto) per l’aggravarsi della situazione.

Queste considerazioni, a nostro avviso, sono sufficienti a farci intuire quali significati e quali potenzialità contenga la richiesta di una certificazione e ad indicarci con quali modalità e attraverso quali passaggi è utile che l’operatore si muova.

In altre parole, la certificazione può diventare occasione per creare consapevolezza; possibilità di effettuare, laddove la si ravvisi, una diagnosi precoce ed iniziare un percorso terapeutico mirato in una certa percentuale di casi.

In questa luce il lavoro di certificazione si connota come un **processo** al termine del quale la restituzione sarà una **diagnosi** che terrà conto di molti più aspetti (valenza **affettiva**, valenza **educativa**, valenza **socializzante**, valenza **informativa** ecc.) della mera restituzione di un esame bio-medico.

Molto spesso verificiamo che, in una consistente percentuale di casi, chi ci pone tale richiesta appartiene all’età giovanile se non proprio a quella adolescenziale. Questa è proprio l’utenza che spesso fatica ad utilizzare i nostri servizi. Tale circostanza si rivela quindi importante per incontrare i giovani ed iniziare a conoscerli.

Il medico, spesso figura adulta di fonte a queste giovani persone, non si esime da un intento educativo, in virtù della sua professionalità e del suo proporsi sia come figura portatrice di informazioni corrette che come persona coinvolta nella relazione.

**La certificazione dunque non è mai un atto formale, ma un processo, un percorso, che può avere diversa lunghezza in base alla definizione diagnostica ricavata, ma che comunque contiene sempre in sé i seguenti passaggi e aspetti:**

- *accoglienza;*
- *colloquio;*
- *informazione corretta ed efficace;*
- *funzione educativa.*

#### **L’accoglienza**

L’accoglienza inizia fin dal primissimo contatto che la persona, richiedente la certificazione, stabilisce con il Servizio, tramite telefono o direttamente.

È rassicurante per chi ha bisogno di questo, trovare un operatore che si mostra attento, capace di ascoltare, non appare disinformato sul tipo di domanda, ma dà valore alla richiesta e sa dare indicazioni.

Un ascolto non giudicante ed attento fa sì che chi chiede si senta compreso e rispettato.

L’individuo che ci interpella, non perché ha formulato una sua richiesta personale, o perché ha avvertito un bisogno, ma per una necessità vissuta spesso come buro-

crazia, perdita di tempo e fastidio, esprime spesso più o meno apertamente un significativo imbarazzo ad avere a che fare con il Servizio di Alcolologia.

L’imbarazzo può essere legato a vergogna, a paura di giudizio ed etichettatura, ad un iniziale dubbio, che vorrebbe cacciare, che il proprio comportamento non sia corretto, a fastidio o rabbia perché convinto di aver subito una penalizzazione eccessiva e di non trovarsi al posto giusto.

Sentimenti di questo tipo trapelano soprattutto all’inizio del percorso che l’individuo intraprende. Una buona accoglienza permette l’espressione anche di tali sentimenti, la possibilità di vederne i motivi profondi e nel contempo una riformulazione più utile della questione. Se l’operatore riconosce grande valore all’atteggiamento di accoglienza aiuta l’individuo a provare anche altri sentimenti come la fiducia e magari collaborazione con gli operatori con cui si trova a confrontarsi.

#### **Il colloquio**

Chi ha compiuto una infrazione legata all’articolo 186 del Codice della Strada, ha violato una legge, ha vissuto un problema legato all’alcol, ha attuato un comportamento che ha denotato, almeno in quella occasione, non assunzione di responsabilità, forse un problema personale o sociale, ha procurato o ha corso il rischio di procurare un danno a sé e agli altri.

Ciò che ci troviamo in primis a fare è ascoltare il racconto di quanto ciascuno ha vissuto e di come lo ha vissuto.

Non si tratta di un ascolto passivo, in cui si registra ciò che l’interessato porta, ma è un ascolto attento a cogliere quegli elementi che aiutano a connotare l’evento e le possibili sfumature del problema incontrato da chi ha violato l’articolo.

Spesso, il medico raccoglie le riflessioni che l’individuo ha già personalmente fatto o la reazione emotiva vissuta.

Nell’ascolto egli interagisce portando come specificità del suo operare anche le prime elementari informazioni corrette su alcol e guida, offre spunti di riflessione su possibili diversi comportamenti. L’interazione si connota perciò come informativa e formativa.

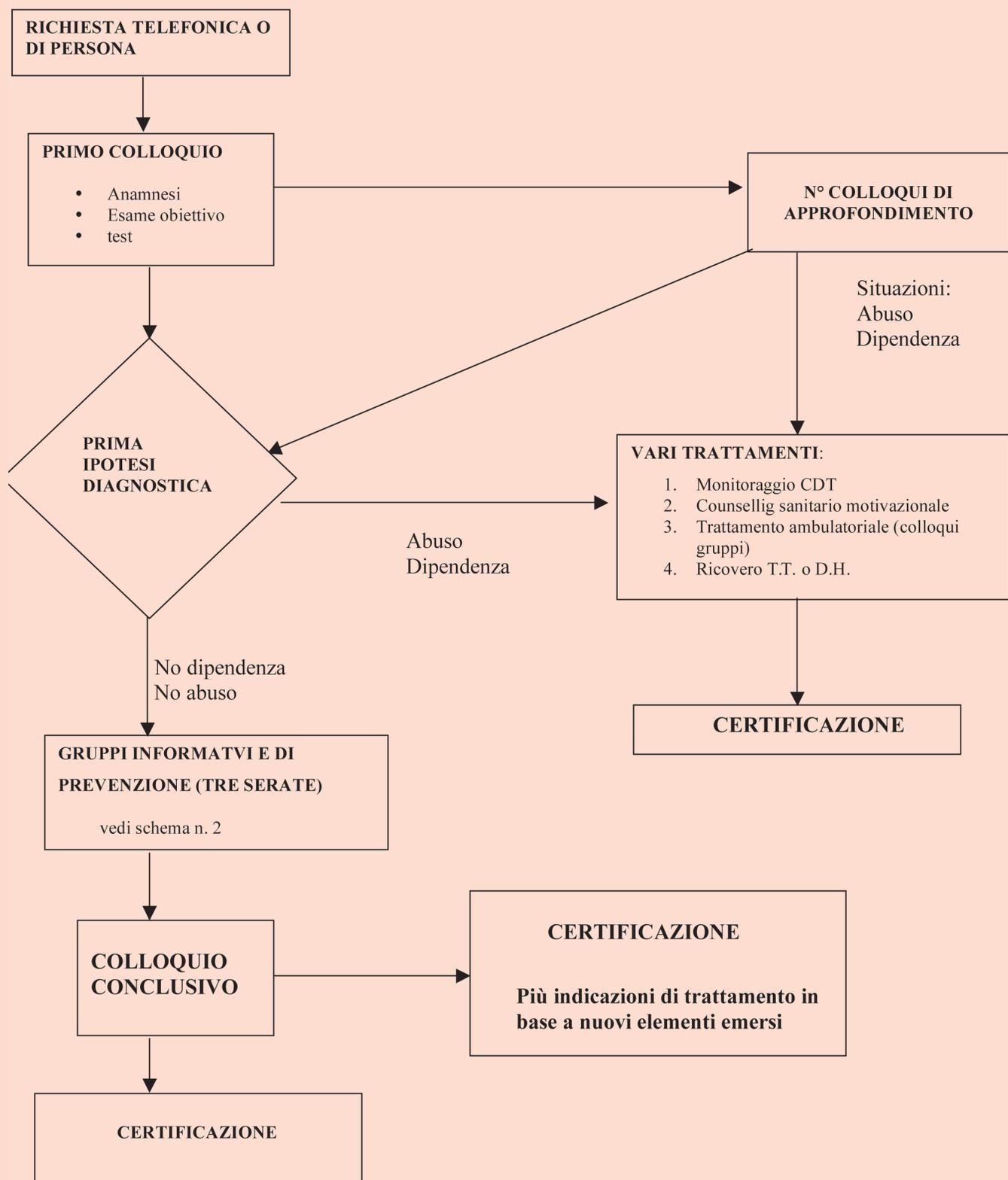
Lo stile nel momento dell’Accoglienza getta le basi di una possibile alleanza.

L’**ascolto** è una “posizione” del medico nell’ambito del **colloquio**.

Una della finalità del colloquio è la **definizione diagnostica della posizione dell’individuo nei confronti dell’alcol**.

Questa viene ricavata da una breve **raccolta anamnestica generale**, relativa non solo allo stato di salute, ma anche alla situazione relazionale, sociale (con chi vive, notizie familiari, formazione scolastica, occupazione lavorativa), dalla **raccolta anamnestica alcolica**

Schema 1



## Schema 2

### Incontri informativi serali

Condotte da medico e volontari formati sulla discussione dei temi proposti.

Ogni sera è suddivisa in due parti: una fase “direttiva” ed una seconda fase interattiva in piccoli gruppi con tutor (medico o volontario).

	Tempi	Temi	Modalità
1 <sup>a</sup> sera	40'	Limite-legalità Responsabilità Rischio Incidenti stradali	a) lezione frontale b) drammatizzazione
	45'	Discussione in piccoli gruppi sui temi proposti	Interazione dei partecipanti guidata dal conduttore
2 <sup>a</sup> sera	45'	Alcol e sue caratteristiche Luoghi comuni Effetti sulla persona Sostanze psicoattive	Lezione frontale
	45'	Discussione in piccoli gruppi sui temi proposti con il conduttore	Interazione dei partecipanti guidata dal conduttore
2 <sup>a</sup> sera	10'	Breve introduzione sulla dipendenza da alcol	Frontale
	20'	Testimonianza di alcuni giovani alcol-dipendenti	Testimonianza
	45'	Discussione in piccoli gruppi sul rapporto personale con l'alcol e riflessioni	Interazione dei partecipanti guidata dal conduttore
	30'	Discussione plenaria conclusiva con condivisione degli elaborati di ciascun gruppo	Discussione plenaria

### Compilazione questionari

(familiarità per dipendenza, abitudine di consumo di bevande alcoliche, utilizzo di droghe, rilevazione di eventi problematici legati all'alcol ecc.).

Talvolta, al colloquio, viene richiesta la **presenza dei familiari**.

Ciò avviene quando si reputa che la situazione vada approfondita.

Il contributo dei familiari può essere significativo e finalizzato a cercare un aiuto nell'affrontare la situazione quando questa si rivela problematica.

Talvolta, invece, tende a coprire o negare una situazione problematica con lo scopo di non far perdere la patente al proprio congiunto, talvolta ancora, rassicura rispetto ad una situazione abitualmente non problematica.

Il medico prende seriamente in considerazione **gli esami ematici**, coinvolgendo l'interessato a cui si spiega dettagliatamente il loro significato.

Gli esami ematici sono uno degli indicatori più oggettivi, ma da soli non permettono una diagnosi. Una loro alte-

razione, se non collima con quanto altro raccolto nel colloquio va approfondita.

D'altro canto una loro normalità non garantisce rispetto l'assenza di bere problematico o significativamente rischioso.

Alla luce di tanta relatività risulta evidente come sia importante il tipo di rapporto che si viene a creare con la persona che ci troviamo di fronte con la sua voglia di aprirsi e di confrontarsi.

Questi aspetti fanno la differenza per ottenere una **certificazione corretta**.

È perciò importante favorire un **clima di fiducia**, in cui l'eventuale affermazione di bere a rischio, possa trovare ascolto e possa far nascere la **motivazione ad un cambiamento**.

**L'informazione corretta ed efficace e la funzione educativa**

Già nel colloquio l'operatore spesso partendo dagli spunti offerti dalla persona, svolge una informazione

corretta, che cerca di rendere efficace, già si propone in modo partecipativo e non trascurando una sua possibile funzione educativa, ma è soprattutto attraverso il gruppo che queste “funzioni” possono esercitarsi in modo più completo e ricco.

Nell’entrare in merito a queste “funzioni”, per maggior chiarezza si farà riferimento, a scopo puramente esemplificativo, ad uno specifico percorso utilizzato per le persone inviate al Servizio dalla Commissione Medica Locale in Lombardia. Vedi Schema 1 e 2.

Il **gruppo** è risultato lo **strumento** migliore per favorire il cambiamento di opinioni diffuse, anche se non corrette.

Infatti il confronto delle esperienze, dei vissuti, del bagaglio di conoscenze di ogni partecipante, con le informazioni fornite e i dati di realtà documentati, risulta un buon laboratorio per forgiare, o per lo meno suggerire una nuova visione delle cose a cui ogni partecipante contribuisce.

Questi gruppi sono composti principalmente, anche se non solo, da giovani.

L’OMS riconosce e sottolinea che i giovani *“sono una risorsa importante per il cambiamento della cultura esistente legata all’alcol e delle modalità di consumo a rischio”*.

Suggerisce che *“dovrebbero essere meglio mobilitati e resi capaci di partecipare al processo di costruzione del loro ambiente e di cambiamento dei comportamenti e delle pratiche a rischio della società adulta”*.

I tre incontri sono condotti da un **medico**, coadiuvato da **volontari** formati.

La presenza di tali figure permette la rielaborazione a piccolo gruppo di alcuni spunti di riflessione che vengono posti in plenaria all’inizio di ogni incontro.

Grande attenzione viene posta nel creare un clima favorevole al confronto, agevolato anche dalla dimensione del piccolo gruppo che si costituisce nel primo incontro e che permarrà lo stesso negli incontri successivi.

Ogni gruppo sarà seguito da un volontario/medico che fungerà da **tutor** del gruppo stesso.

Il primo incontro è caratterizzato dall’esplorazione del **concetto di limite** e di **responsabilità** attraverso il passaggio di informazioni corrette e da provocazioni, anche forti, attraverso tecniche drammaturgiche.

L’esigenza di una prima serata di così forte impatto, nasce da alcune riflessioni fatte sulle prime esperienze di conduzione gruppi nell’ambito della certificazione per la Commissione Patenti, in cui la posizione rivendicativa e polemica di alcuni partecipanti nei confronti del provvedimento era tale da porre con forza il bisogno di anteporre alla valenza informativa dell’incontro, la **valenza educativa**.

Il concetto di limite/norma viene frequentemente associato alla limitazione della libertà personale. L’esplorazione, condivisa nel gruppo, della trasgressione che ha portato alla sanzione permette una ridefinizione del concetto di **limite** esplorandone tutte valenze di **“risorsa”**.

È il limite, assunto a norma, che permette di tutelare la libertà individuale di esistere, di muoversi, di interagire. La provocazione teatrale (es. lettura scenica di un brano toccante) cancella ogni dubbio rispetto alla legittimità del provvedimento sanzionatorio.

Ciò permette al gruppo di iniziare a discutere del rapporto con la norma, con il senso di responsabilità, con il concetto di liceità.

In questo primo incontro il gruppo diventa strumento educativo indispensabile alla **ridefinizione del concetto di legalità**.

Nel secondo incontro l’accento è posta sull’informazione con l’obiettivo di diffondere conoscenze corrette rispetto all’alcol.

Perché l’informazione si riveli efficace, è necessario però un paragone ulteriore, che si persegue, ancora una volta, nel lavoro di gruppo: l’idea è quella di contribuire alla nascita di una **coscienza condivisa** e diffusa del **rischio** connesso al bere, affinché le informazioni fornite possano restare come patrimonio del singolo, in grado di orientarlo nelle scelte future.

Il terzo incontro, porta i partecipanti a riflettere e ad interrogarsi sul proprio **personale rapporto con l’alcol**, attraverso la testimonianza di ospiti che hanno avuto una storia di **abuso o dipendenza**. In questo modo vengono sfatati i luoghi comuni che identificano l’alcolista con “l’ubriaccone” di paese e si impongono elementi di facile identificazione con l’altro, aiutando a comprendere quanto sottile e difficile da individuare sia la linea che separa il bere patologico dal cosiddetto “bere sociale”.

La condivisione degli elaborati dei sottogruppi permette di coronare il percorso fatto mettendo in luce i cambiamenti intercorsi.

Il certificato rilasciato al termine di un percorso così strutturato non può che avere connotazioni differenti rispetto alla semplice compilazione di un modulo pre-stampato.

Ciò che è stato fatto è un **intervento di prevenzione** a tutti gli effetti, con il valore aggiunto che le persone coinvolte hanno potuto utilizzare l’elemento coercitivo come elemento di frattura rispetto a quanto veniva ancora visto come accettabile, mentre per alcuni è stata l’occasione di conferma di ciò che già veniva avvertito come problematico.

## Bibliografia

- AA.VV. (2005), *Guida Utile all'Identificazione e alla Diagnosi dei problemi Alcol-relati*, ISS.
- Anttila P., Järvi K., Latvala J., Romppanen J., Punnonen K., Niemelä O. (2005), "Biomarkers of alcohol consumption in patients classified according to the degree of liver disease severity", *Scand J Clin Lab Invest.*, 65(2):141-51.
- Anton R.F., Lieber C., Tabakoff B. (2002), "CDTect Study Group, Carbohydrate-deficient transferrin and gamma-glutamyltransferase for the detection and monitoring of alcohol use: results from a multisite study", *Alcohol Clin Exp Res*, Aug, 26(8):1215-22.
- APA - American Psychiatric Association (2007), *DSM IV TR. Manuale Diagnostico e dei Disturbi Mentali*, Text Revisione, Masson, Milano.
- Appenzeller B.M., Agirman R., Neuberg P., Yegles M., Wennig R. (2007), "Segmental determination of ethyl glucuronide in hair: a pilot study", *Forensic Sci Int.*, 173(2-3):87-92.
- Bedogni G., Miglioli L., Masutti F., Ferri S., Castiglione A., Lenzi M., Crocè L.S., Granito A., Tiribelli C., Bellentani S. (2008), "Natural course of chronic HCV and HBV infection and role of alcohol in the general population: the Dionysos Study", *Am J Gastroenterol.*, Sep, 103(9):2248-53.
- Bellentani S., Saccoccio G., Costa G., Tiribelli C., Manenti F., Sodde M., Saveria Crocè L., Sasso F., Pozzato G., Cristianini G., Brandi G. (1997), "Drinking habits as cofactors of risk for alcohol induced liver damage. The Dionysos Study Group", *Gut.*, Dec, 41(6):845-50.
- Bergström J.P., Helander A. (2008), "Influence of alcohol use, ethnicity, age, gender, BMI and smoking on the serum transferrin glycoform pattern: implications for use of carbohydrate-deficient transferrin (CDT) as alcohol biomarker", *Clin Chim Acta*, Feb, 388(1-2):59-67.
- Böttcher M., Dahmen U., Beck O., Broelsch C.E., Helander A., Erim Y. (2007), "Urinary ethyl glucuronide testing detects alcohol consumption in alcoholic liver disease patients awaiting liver transplantation", *Liver Transpl.*, May, 13(5):757-61.
- Cibin M., Mazzi M., Rampazzo L., Serpelloni G. (a cura di) (2001), *L'alcologia nell'ambulatorio del Medico di Medicina Generale*, Grafiche Leardini ed., 161-176.
- Dawson D.A., Grant B.F., Li T.K. (2005), "Quantifying the risks associated with exceeding recommended drinking limits", *Alcohol Clin Exp Res*, 29(5):902-908.
- Ferrara S.D., Snenghi R., Boscolo M. (2006), *Idoneità alla guida e sostanze psicoattive. Linee guida metodologico accertative criteriologico valutative*, Piccin Nuova Libreria, Padova.
- FNOMCeO - Federazione Nazionale degli ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (2000), *Guida all'esercizio professionale per i medici chirurghi e gli odontoiatri, I Doveri Professionali*, parte II, cap. 2, Ed. Medico Scientifica, Torino.
- Hietala J., Koivisto H., Anttila P., Niemelä O. (2006), "Comparison of the combined marker GGT-CDT and the conventional laboratory markers of alcohol abuse in heavy drinkers, moderate drinkers and abstainers", *Alcohol Alcohol*, Sep-Oct, 41(5):528-33.
- Helander A., Böttcher M., Fehr C., Dahmen N., Beck O. (2008), "Detection Times for Urinary Ethyl Glucuronide and Ethyl Sulfate in Heavy Drinkers during Alcohol Detoxification", *Alcohol Alcohol*, Oct 29.
- Koch H., Meerkerk G.J., Zaat J.O., Ham M.F., Scholten R., Assendelft W. (2004), "Accuracy of carbohydrate-deficient transferrin in the detection of excessive alcohol consumption: a systematic review", *Alcohol Alcoholism*, 39, 2, 75-85.
- Lucchini A. (2001), *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, FrancoAngeli, Milano.
- Match Project Research Group (1993), "Project MATCH: Rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17, 1130-1145.
- Miele L., Forgione A., Gasbarrini G., Grieco A. (2007), "Noninvasive assessment of fibrosis in non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) and non-alcoholic steatohepatitis (NASH)", *Trans Res*, 149(3):114-25.
- Miller W.R., Rollnick S. (2002), *Motivational Interviewing*. Second Edition. The Guilford Press, New York-Londra. Trad. It. *Il Colloquio Motivazionale*, Erickson, Trento, 2004.
- Morini L., Politi L., Zucchella A., Poletti A. (2007), "Ethyl glucuronide and ethyl sulphate determination in serum by liquid chromatography-electrospray tandem mass spectrometry", *Clin Chim Acta*, Feb, 376(1-2):213-9.
- Morini L., Politi L., Groppi A., Stramesi C., Poletti A. (2006), "Determination of ethyl glucuronide in hair samples by liquid chromatography/electrospray tandem mass spectrometry", *J Mass Spectrom*, Jan, 41(1):34-42.
- NIAAA - National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Miller W.R., Zweben A., DiClemente C.C., Rychtarik R.G. (1992), *Motivational Enhancement Therapy manual*. Project MATCH MONOGRAPH SERIES, Vol. 2, Rockville.
- NIAAA - National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2003), *Assessing Alcohol Problems. A Guide for Clinicians and Researchers*, Allen J.P., Wilson W.B. (Eds), Second Edition, NIH Publication No. 03-3745, Revised, Bethesda.
- Niemelä O. (2007), "Biomarkers in alcoholism", *Clin Chim Acta*, Feb, 377(1-2):39-49.
- Poikolainen K., Podkletnova I., Alho H. (2002), "Accuracy of quantity-frequency and graduated frequency questionnaires in measuring alcohol intake: comparison with daily diary and commonly used laboratory markers", *Alcohol & Alcoholism*, vol. 37, no. 6, pp. 573-576.
- Sanfilippo B., Galimberti G.L., Lucchini A. (a cura di) (2004), *Alcol, alcolismi: cosa cambia?*, FrancoAngeli, Milano.
- Saunders J.B., Cottler L.B. (2007), "The Development of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Ver-

- sion V Substance Use Disorders Section: Establishing the Research Framework”, *Curr Opin Psychiatry*, 20(3):208-212.
- Snenghi R. (2002), “Tra attestazione e certificazione: obblighi di legge, medico legale, privacy, per tipologia di utente (TD,AD)”, in *Aspetti amministrativi e legali nelle Unità Operative del sistema delle dipendenze: indicazioni pratiche*, PFT, Reg. Veneto.
- Spiller V., Zavan V., Guelfi G.P. (2006), “Assessing motivation for change in subjects with alcohol problems: the MAC2-A questionnaire”, *Alcohol and Alcoholism*, Nov-Dec, 41(6), pp. 616-23.
- Spiller V., Guelfi G.P. (2007), “Motivational interviewing in the criminal justice system”, in Tober G., Raistrick D., *Motivational Dialogue*, Routledge, London, 151-162.
- Spiller V., Zavan V., Guelfi G.P. (2007), “Motivation and change: a three dimensional continuum”, in Tober G., Raistrick D., *Motivational Dialogue*, Routledge, London, 34-51.
- Schwarz M., Domke I., Grunert V.P., Wuertemberger M., Schiemann U., Horster S., Limmer C., Stecker G., Soyka M. (2005), “Validity of carbohydrate-deficient transferrin (%CDT), gamma-glutamyltransferase (gamma-GT) and mean corpuscular erythrocyte volume (MCV) as biomarkers for chronic alcohol abuse: a study in patients with alcohol dependence and liver disorders of non-alcoholic and alcoholic origin. Hock B”, *Addiction*, Oct, 100(10):1477-86.
- Schwan R., Albuisson E., Malet L., Loiseaux M.N., Reynaud M., Schellenberg F., Brousse G., Llorca P.M. (2004), “The use of biological laboratory markers in the diagnosis of alcohol misuse: an evidence-based approach”, *Drug Alcohol Depend.* Jun 11, 74(3):273-9.
- Trevisani F., Caputo F. (a cura di) (2005), *Alcolismo*, CLUEB, Bologna.
- WHO - World Health Organization, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, Version for 2007, WHO.
- Wurst F.M., Alling C., Aradottir S., Pragst F., Allen J.P., Weinmann W., Marmillot P., Ghosh P., Lakshman R., Skipper G.E., Neumann T., Spies C., Javors M., Johnson B.A., Ait-Daoud N., Akhtar F., Roache J.D., Litten R. (2005), “Emerging Biomarkers: New Directions and Clinical Applications”, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29, 3.
- Zavan V., Spiller V., Fossati E., Guelfi G.P. (2008), “Counseling e Counseling Motivazionale Breve (CMB) nello studio del Medico di Medicina generale (MMG)”, *Dal Fare al Dire*, 2, 27-37, Ed. Publiedit, Cuneo.

**Si ringrazia il Laboratorio Farmaceutico CT per il supporto educativo.**

## QUARTO PREMIO NAZIONALE FEDERSERD - ANNO 2008

## Le buone pratiche: i dati di outcome nell'utilizzo del metadone nel sistema di intervento italiano

FeDerSerD ha bandito anche nel 2008 un premio nazionale finalizzato alla valorizzazione delle buone pratiche nella operatività del sistema dei servizi pubblici e privati professionali per le dipendenze.

I lavori, sul tema "Le buone pratiche: i dati di outcome nell'utilizzo del metadone nel sistema di intervento italiano" dovevano:

- descrivere gli obiettivi del trattamento farmacologico con metadone nella coorte di pazienti individuata;
- riportare tutti i dati utili a descrivere finalità ed esiti;
- commentare i risultati ottenuti.

Venivano considerati i trattamenti effettuati nei Ser.T., nelle Carceri, nelle Comunità Terapeutiche, nella collaborazione con i Medici di medicina generale.

### Le valutazioni della commissione esaminatrice relativamente ai lavori premiati

**Lavoro dal titolo: "Procedura per il trattamento con metadone per tipologia di pazienti con indicatori di risultato". Autori: Ferrucci, Chiasera, Alinovi, Lo Cascio, Porta, Sgrò, Lovaste**

#### Primo premio ex equo

Il lavoro condotto dall'Equipe di Trento descrive una procedura operativa per il trattamento con metadone per tipologia di pazienti con i relativi indicatori di risultati. L'attività è ben costruita a partire dalle premesse che trovano forti radici nelle evidenze della letteratura scientifica. La struttura del trattamento farmacologico è ben chiara e tende al raggiungimento degli obiettivi di efficacia e di qualità. Originale è la valutazione dell'esito del trattamento in base a coorti omogenee di pazienti in riferimento al modello degli stadi del cambiamento di Prochaska e Di Clemente. Più prezioso sarebbe stato il lavoro se gli autori avessero presentato più in dettaglio i dati e le aggregazioni statistiche. In questo senso sarebbe stato utile ad es. poter obiettivamente gli indicatori di output per medico e tipologia di pazienti, nonché la valutazione dei costi. Il lavoro condotto è un chiaro esempio di costruzione da parte di un Servizio di un programma di intervento basato sulle evidenze scientifiche e sul raggiungimento di chiari obiettivi di efficacia e qualità.

**Lavoro dal titolo: "I dati di outcome nell'utilizzo del metadone negli ultimi sette anni presso il Ser.T. di Pescara. Autori: Della Torre, Lucini, D'Egidio**

#### Primo premio ex equo

Il gruppo di lavoro ha condotto un importante studio degli outcomes dell'utilizzo della terapia con metadone nei pazienti che

afferiscono ai diversi servizi della provincia di Pescara. Lo studio è stato condotto con rigore metodologico soprattutto per il numero dei soggetti coinvolti, la durata dell'osservazione e l'analisi statistica dei dati. La ricerca è stata supportata da chiare premesse che vengono dalle più qualificate evidenze scientifiche. Particolarmente apprezzabile è stata la capacità degli autori di identificare per il disegno dello studio i più significativi ed oggettivi outcomes del trattamento.

Interessante ed originale è l'analisi e l'interpretazione da parte degli autori dei dati che mettono in evidenza come dal 2002 al 2008 vi sia stato un aumento fra i pazienti, anche se mantenuti a più alti dosaggi di metadone, della positività degli esami tossicologici urinari per eroina e cocaina. Gli autori a questo riguardo mettono in evidenza come l'outcome della positività urinaria possa essere influenzato in termini negativi dall'ampia disponibilità sul mercato e a basso costo della droga e dalla positività della sua rappresentatività sociale e come questi elementi non possano essere vieppiù trascurati dal clinico.

**Lavoro dal titolo: "Dati di outcome nell'utilizzo del metadone in affidamento: l'esperienza combinata di due Ser.T. di Roma". Autori: Forner, Lelli e Leonardi**

#### Terzo premio ex equo

Lo studio di tipo osservazionale ha avuto lo scopo di valutare in soggetti eroinomani in trattamento con metadone al loro nuovo ingresso nel Ser.T. gli outcomes della terapia metadonica in ragione o meno alla possibilità di affidamento della terapia sostitutiva. Il disegno dello studio è ben costruito e la metodologia è corretta, peccato che gli autori non corredino il loro lavoro con una adeguata bibliografia. Il limite maggiore della ricerca, considerata la sua natura osservazionale, è comunque l'esiguo numero del campione analizzato (60 soggetti) e allo sbilanciamento fra i due bracci sperimentali (20 soggetti con assunzione giornaliera del farmaco vs 40 soggetti con regime in affidamento). Lo studio ad ogni modo permette di confermare ed estendere quelle che sono le evidenze internazionali già pubblicate sui benefici dell'utilizzo dello strumento dell'affidamento farmacologico in termini di miglioramento degli outcomes (soprattutto negatività delle urine e ritenzione in trattamento) anche alla realtà operativa italiana.

**Lavoro dal titolo: "Valutazione di un gruppo di pazienti in trattamento con un agonista puro degli oppioidi metadone cloridrato allo 0.5%. Esperienza a Bologna". Autori: Pieri**

#### Terzo premio ex equo

Lo studio condotto nel SerT Polo Est di Bologna ha avuto lo scopo di valutare gli effetti del passaggio della formulazione del

metadone dallo 0.1% al 0.5% in 40 soggetti (20 maschi e 20 femmine) scelti in maniera casuale fra i pazienti afferenti al servizio. Sebbene la metodologia risulti in più aspetti debole ed alcune ipotesi dello studio come la valutazione dell'eventuale variazione in ragione dell'uso delle differenti concentrazioni del farmaco sull'andamento del craving o delle patologie infettive scarsamente fondate, la ricerca ha il merito di mettere in evidenza come la formulazione a più alta concentrazione non sia in grado di ridurre la *compliance* e di presentare una più elevata percentuale di reazioni avverse. La ricerca in maniera originale, infine, misura il grado di soddisfazione dei pazienti del passaggio alla più alta concentrazione del farmaco (attraverso lo strumento del *General Satisfaction Questionnaire*) mettendo in evidenza come questo sia di fatto gradito al 95% dei pazienti.

**La consegna dei premi è avvenuta al Congresso tematico nazionale FeDerSerD di Roma nel settembre 2008 ed è stata curata dal vicepresidente nazionale della Federazione Guido Faillace.**

**La commissione esaminatrice era composta da Alfio Lucchini, Guido Faillace e Felice Nava.**

**Durante la cerimonia il presidente Alfio Lucchini ha dichiarato:** "Dopo quattro anni dalla istituzione del premio nazionale FeDerSerD ritengo opportuno effettuare alcune considerazioni. Lo spirito con cui FeDerSerD ha istituito il premio era quello di favorire la produzione di lavori di ricerca da parte dei Ser.T. e dei Servizi del privato sociale. Questo obiettivo è stato parzialmente recepito e numerose sono le ragioni della non vasta adesione alla proposta, seppur incentivata. Devo anche dire come sia bello osservare l'utilizzo che nei Servizi è stato fatto negli anni delle risorse del premio: essenzialmente per borse di studio e per acquisire strumenti tecnici utili.

Nei quattro anni i temi proposti sono stati vari e al centro degli interessi pratici dei Servizi. Penso sia necessario collegare maggiormente il premio con attività formative puntuali decentrate. Non un passo indietro, ma una rinforzo per aumentare gli strumenti tecnici utili a produrre elaborazioni scientifiche. Voglio infine ringraziare la ditta Molteni per il supporto alla iniziativa".

## RECENSIONE



Simone Feder

### TRASGRESSIONE O NORMALITÀ Storie di giovani che si raccontano e di interventi possibili nelle dipendenze

Collana: Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso/Quaderni  
pp. 176, € 18,50 – Cod. 231.1.41

Quali oggi i volti del disagio? Cosa si nasconde dietro questa parola che molte volte utilizziamo dandole le più differenti connotazioni? Il malessere che quotidianamente si respira, la difficoltà di andare avanti, la ricerca soprattutto nei più giovani di sensazioni forti per sfuggire alla noia quotidiana, tutto questo, e molto altro, fa da anticamera a ciò che poi si rivela sotto forma di tristezza, insoddisfa-

zione, ricerca degli eccessi fino a conseguenze gravi quali la perdita di relazioni significative, casa e lavoro, malattie psichiatriche, dipendenze...

Oggi è sempre più evidente il rischio che tutto questo diventi "normale", che ci si adegui a questo nuovo stile di vita e si perdano di vista i valori veri, l'importanza delle relazioni sane e la rincorsa verso obiettivi realmente promozionali.

Il volume presenta una raccolta di storie che descrivono in modo discreto, ma estremamente reale e tangibile, quanto ruota attorno a ciò che, normalmente, viene classificato sotto la voce "disagio". L'autore racconta, con la delicatezza necessaria unita ad una forte passione per l'uomo, gli incontri avvenuti durante gli ultimi anni passati a stretto contatto con i giovani, attraverso i quali ha potuto conoscere il loro mondo ed entrare in punta di piedi all'interno delle loro sofferenze condividendone pesi e tristezze alla ricerca di nuove possibilità di riscatto.

Simone Feder, psicologo, lavora da anni nelle strutture della comunità Casa del Giovane di Pavia dove è coordinatore dell'area adulti-dipendenze. Giudice onorario presso il Tribunale dei Minori di Milano, è autore del libro *Finisci solo per ricominciare* (2006).

## NOTIZIE IN BREVE

### Più rispetto per i professionisti impegnati nel trattamento della patologia da dipendenza

**In ottobre vi è stato un incredibile attacco del vicesindaco di Milano De Corato ai Ser.T. La risposta di FeDerSerD in un comunicato stampa che riportiamo. Qualche tempo dopo ci ha riprovato Gasparri. Probabilmente pensano di non affrontare i problemi occupandosi di facili bersagli.**

Incredibili e gravissime le parole pronunciate dal vicesindaco di Milano che ha definito i Ser.T. milanesi "luoghi di spaccio" auspicandone la chiusura. Non pensavamo di dover sentire nel terzo millennio parole sprezzanti come queste, lesive della dignità prima ancora che del lavoro di tutti noi. Prendiamo atto delle diverse e positive reazioni dell'Assessorato Regionale alla Famiglia e Solidarietà Sociale e della Direzione Generale della ASL Città di Milano. I professionisti dei Ser.T. hanno bisogno di lavorare con serenità con le migliaia di giovani e meno giovani, che a Milano come in

tutta Italia si rivolgono sempre più ai servizi pubblici per affrontare percorsi spesso lunghi e difficili. A chi vuole trovare scorciatoie ricordiamo di analizzare l'andamento dei fenomeni di abuso e dipendenza nel nostro Paese e le azioni messe in campo per affrontarlo: negare la complessità dell'intervento e la necessità della integrazione nelle varie fasi del percorso terapeutico e riabilitativo delle persone tra i SERT e le Comunità non solo è antistorico ma anche fonte di conseguenze negative per la salute dei singoli e lo sviluppo della società. Ci auguriamo infine che "l'interesse per i Ser.T." animi ad ogni livello chi deve garantire in mezzi e strutture gli interventi di cura sanciti dalla costituzione italiana e dai livelli essenziali di assistenza.

Milano, 22 ottobre 2008

Per il Direttivo Nazionale di FeDerSerD - Il Presidente - Prof. Alfio Lucchini

## Procedura per il trattamento con metadone per tipologia di pazienti con indicatori di risultato

Roberta Ferrucci\*, Silvana Chiasera\*, Maria Rosaria Alinovi\*, Rosalia Lo Cascio\*, Alberto Porta\*, Maurizio Sgrò\*, Raffaele Lovaste\*\*

### Premessa: cosa dice la letteratura

Le revisioni sistematiche della letteratura sulle prove di efficacia dei trattamenti, effettuate secondo i criteri cardine dell'eshaustività e del rigore metodologico hanno documentato le seguenti evidenze:

La revisione [8] "TERAPIA CON METADONE A MANTENIMENTO PARAGONATA CON TERAPIE CHE NON UTILIZZANO GLI OPPIACEI..." conclude che: "... il metadone a mantenimento e' un trattamento efficace per la dipendenza da eroina. Il metadone, rispetto al placebo ed al trattamento drug free, ritiene in trattamento un maggior numero di pazienti e riduce maggiormente l'uso di eroina in maniera molto significativa. L'uso del metadone a mantenimento nella dipendenza da oppiacei dovrebbe essere promosso e sostenuto. ... esiste un'ampia letteratura internazionale che dimostra l'efficacia del metadone, rispetto agli altri trattamenti disponibili, nel ridurre la mortalità..."/

La revisione [10] "TRATTAMENTI SOSTITUTIVI PER DIPENDENTI DA OPPIACEI CHE ASSUMONO EROINA PER VIA ENDOVENOSA ALLO SCOPO DI PREVENIRE L'INFEZIONE DA HIV" conclude che: "Il trattamento con farmaci sostitutivi per la dipendenza da oppiacei è associato con riduzioni statisticamente significative di uso di eroina, frequenza di assunzione e scambio di siringhe. Le persone in trattamento hanno inoltre un minor numero di partner sessuali e si prostituiscono meno... La riduzione dei comportamenti a rischio fa sì che tra le persone trattate sia più basso il tasso di sieroconversione..."

La revisione [9] "TERAPIA CON METADONE A MANTENIMENTO A DIFFERENTI DOSAGGI PER LA DIPENDENZA DA OPPIACEI" conclude che: "I risultati della revisione dimostrano che dosaggi di metadone tra i 60-100 mg al giorno sono più efficaci rispetto ai dosaggi più bassi nel ritenere le persone in trattamento e nel ridurre l'uso della sostanza durante il trattamento..."

La revisione [6] "TRATTAMENTI PSICOSOCIALI ASSOCIATI A TRATTAMENTI FARMACOLOGICI VERSO TRATTAMENTI FARMACOLOGICI DA SOLI PER LA DISINTOSSICAZIONE DALL'USO DI OPPIACEI" riporta le seguenti conclusioni: "I trattamenti psicosociali offerti in associazione con i trattamenti farmacologici mirati alla disintossicazione dall'uso di oppiacei sono efficaci nel favorire il completamento del trattamento, nell'aumentare il numero di persone astinenti al follow-up e nell'aumentare la compliance. Pertanto l'associazione trattamento farmacologico con trattamento psicosociale è sicuramente opportuna nei casi di trattamenti disintossicanti per la dipendenza da oppiacei..."

La revisione [15] "TRATTAMENTI PSICOSOCIALI ASSOCIATI A TRATTAMENTI DI MANTENIMENTO CON AGONISTI DEGLI OPPIACEI VERSO TRATTAMENTI DI MANTENIMENTO CON

AGONISTI DEGLI OPPIACEI DA SOLI PER IL TRATTAMENTO DELLA DIPENDENZA DA OPPIACEI" arriva alle seguenti conclusioni: "I risultati della revisione dimostrano che l'associazione di un qualsiasi trattamento psicosociale al trattamento di mantenimento con metadone diminuisce l'uso di eroina durante il trattamento..."

In definitiva la letteratura documenta che i trattamenti con metadone si sono dimostrati efficaci nella:

- ritenzione in trattamento;
- riduzione dell'utilizzo di sostanze d'abuso;
- riduzione dei comportamenti a rischio sanitario;
- riduzione delle overdose;
- riduzione delle patologie infettive correlate;
- riduzione della prostituzione e dei partner sessuali.

e che i trattamenti psicosociali associati ai trattamenti farmacologici aumentano l'efficacia degli stessi.

La durata della terapia, comunque rilevante dal punto di vista terapeutico, è da definirsi *in itinere* e da rapportare alla tipologia dell'utente, alla sua fase motivazionale ed al tipo di Programma Terapeutico concordato con lo stesso.

A seconda del tempo di svolgimento di una terapia metadonica, si distinguono terapie a **medio** e **lungo** termine, rispettivamente: superiore a 30 gg ed inferiore a sei mesi la prima e superiore a sei mesi la seconda.

Per quanto riguarda la terapia a **breve** termine (della durata massima di un mese), gli studi effettuati documentano una minore probabilità di successo.

In particolare la revisione [1] relativa agli studi effettuati con "METADONE A DOSI SCALARI PER LA DISINTOSSICAZIONE DA OPPIACEI" conclude: "... I risultati di questa revisione indicano che il metadone a dosi scalari così come le altre sostanze usate negli studi inclusi sono efficaci per il trattamento dell'astinenza da oppiacei, sebbene i sintomi sperimentati dai soggetti varino a seconda del farmaco utilizzato o del tipo di schema di trattamento utilizzato. La proporzione di coloro che riescono a essere astinenti dopo il trattamento sono molto simili indipendentemente dalla sostanza usata per la disintossicazione. La maggioranza dei pazienti ricade nell'uso di eroina e le ricadute nell'uso di oppiacei rappresentano il principale problema della tossicodipendenza da eroina.

Gli autori affermano che, comunque, un intervento breve e poco costoso come la disintossicazione a breve termine non può porsi come obiettivo il superamento di una malattia cronica recidivante quale è la dipendenza da oppiacei".

### Il counseling medico

*Le persone si lasciano convincere più facilmente dalle ragioni che esse hanno scoperto, piuttosto che da quelle scaturite dalla mente di altri (Blaise Pascal).*

\* Dirigente medico Ser.T. Trento.

\*\* Direttore Ser.T. di Trento.

Il counseling può essere identificato come una relazione di aiuto in cui una buona capacità di ascolto, l'intervento empatico ed altri interventi comunicativi strategici, concorrono non tanto a creare cambiamenti, quanto a renderli possibili, rispettando le richieste del paziente e stimolando le sue risorse interne.

Se esistono delle linee guida riguardanti la strutturazione del counseling, non esistono regole fisse e procedure standard da applicare in maniera sistematica a tutte le situazioni.

Le abilità richieste ai professionisti del Ser.T., sono quelle che aiutano le persone a tradurre in parole i loro problemi, ad esprimere le emozioni per diminuirne l'intensità e a strutturare un rapporto di fiducia e di collaborazione.

Attraverso questa modalità di comunicazione possono essere veicolate al paziente le informazioni di tipo tecnico-scientifico di competenza medica, in particolare:

- gli effetti somatici e psichici delle sostanze d'abuso;
- l'interazione tra le sostanze d'abuso (se assunte contemporaneamente) e/o con eventuali altre terapie farmacologiche;
- i rischi connessi con la via di somministrazione;
- il rischio di overdose;
- i comportamenti atti a prevenire le patologie correlate;
- le terapie farmacologiche più accreditate (tipologia e dosaggi) per la specifica patologia da dipendenza.

Il counseling medico è la fase che precede la strutturazione di qualsiasi trattamento e, se ben eseguito, consente al paziente di esprimere un reale consenso informato.

## Strutturazione del trattamento con metadone

Ogni trattamento con metadone viene iniziato previa:

- visita medica;
- l'accertamento dello stato di tossicodipendenza da oppiacei secondo i criteri del DSM IV;
- l'esclusione di eventuali controindicazioni assolute all'uso di questo farmaco e attenta valutazione di quelle relative a particolari precauzioni d'uso;
- la sottoscrizione del libero consenso informato alla terapia da parte del paziente.

Eventuali emergenze mediche tipo l'overdose e/o la crisi di astinenza non prevedono tempi di attesa.

Il completamento della valutazione medica finalizzata ad escludere o confermare eventuali patologie associate, può essere effettuata anche a trattamento iniziato, attraverso gli esami laboratoristici e strumentali ritenuti utili dalla letteratura scientifica di settore.

Il dosaggio del farmaco agonista deve essere attentamente valutato in relazione:

- alla risposta clinica e farmacocinetica individuale;
- ai dati relativi all'efficacia terapeutica del farmaco riportata dalla letteratura scientifica di settore;
- agli obiettivi della terapia;
- alla volontà del paziente espressa dopo adeguato counseling medico-farmacologico.

Il monitoraggio clinico della terapia, effettuato con visite mediche di controllo, rispetterà le cadenze previste dal piano terapeutico.

Il follow-up tossicologico (su campione urinario e/o su matrice cheratinica) rispetterà le cadenze previste dal piano terapeutico integrate, se ritenute utili dal medico, da controlli "a sorpresa".

I controlli clinici generali per il monitoraggio delle eventuali patologie internistiche e/o psichiatriche associate verranno programmati a seconda delle esigenze cliniche.

La somministrazione della terapia, in osservanza alla vigente normativa, prevede le seguenti modalità valutate caso per caso, dal medico responsabile del trattamento, e modificabili *in itinere*:

- somministrazione controllata presso il servizio;
- affido personale del farmaco.

## La costruzione del piano terapeutico

Il piano terapeutico è una particolare prescrizione prevista per alcuni farmaci che possono essere utilizzati solo da centri specialistici autorizzati.

La prescrizione deve essere intestata ad un singolo paziente e deve necessariamente contenere:

- il nome ed il cognome o le iniziali del paziente;
- il codice fiscale del paziente;
- nome e cognome e timbro del medico prescrittore<sup>1</sup>;
- la diagnosi della malattia;
- il farmaco prescritto (nome commerciale e principio attivo), il dosaggio quotidiano, le modalità ed i tempi di assunzione;
- la data di compilazione;
- la durata della terapia.

Per quanto riguarda i trattamenti con metadone, oltre alle disposizioni generali, il piano terapeutico deve:

- essere redatto in due copie originali di cui una deve essere consegnata al paziente e l'altra deve rimanere presso il servizio;
- avere una durata non superiore a 90 giorni;
- deve prevedere le date dei controlli clinici e tossicologici.

Nel corso della validità del piano terapeutico, il dosaggio del medicinale prescritto può essere modificato ed ogni nuova consegna è subordinata all'aggiornamento o modifica del piano terapeutico convalidato con la data e la firma di un medico del servizio di cura.

La prescrizione del piano terapeutico è effettuata dal medico che ha in cura il paziente.

## Le tipologie dei pazienti

Per la valutazione d'esito di un trattamento farmacologico con metadone è necessario pre- definire:

- una coorte una sufficientemente omogenea di pazienti da sottoporre allo stesso trattamento;
- gli indicatori d'esito del trattamento scelto.

Per definizione i pazienti eleggibili ad un trattamento con metadone devono avere una diagnosi di abuso o dipendenza patologica da oppiacei, variabile, che individua la coorte principale di riferimento.

Nella nostra procedura questi pazienti, in base alla presenza/ assenza di una significativa motivazione al cambiamento, vengono ulteriormente suddivisi in sotto-coorti più omogenee.

Il modello teorico di riferimento per la valutazione della motivazione al cambiamento è quello individuato da Prochaska e Di Clemente.

Applicando questo tipo di modello si individuano le seguenti sotto coorti:

- pazienti per i quali è ipotizzabile, alla valutazione attuale, un percorso di cambiamento volontario della condizione di tossicodipendenza (**Alta Evolutività**) che, nel modello di Di Clemente, corrisponde agli stadi di determinazione azione e mantenimento. A questi pazienti vengono proposti trattamenti finalizzati alla stabilizzazione del sintomo, all'induzione del cambiamento, alla gestione del cambiamento ed alla gestione delle ricadute (vedi oltre);
- pazienti per i quali, alla valutazione attuale, non è perseguibile un cambiamento volontario della condizione di tossicodipendenza (**Bassa Evolutività**) che, nel modello di Di Clemente, corrisponde agli stadi di pre-contemplazione o contemplazione. Rientrano nella Bassa Evolutività anche i pazienti con problemi psichiatrici, con problemi di personalità e/o sociali tali da rendere non praticabile, all'attuale valutazione, un percorso di cambiamento volontario. A questi pazienti viene proposto un trattamento finalizzato all'aumento della qualità della vita (vedi oltre);
- nelle situazioni in cui non è chiara la domanda si configura una tipologia specifica di pazienti in (**Fase Valutativa**) per i quali si applicano trattamenti finalizzati all'accoglienza, aggancio e valutazione (vedi oltre).

**Pazienti in "Fase valutativa".** La fase valutativa si apre per tutti i pazienti incidenti e/o rientranti per i quali non è ancora chiara la domanda o per i quali si rendono necessari ulteriori approfondimenti.

**Pazienti in Alta evolutività "Stabilizzazione del sintomo".** La stabilizzazione del sintomo si apre quando, completata la procedura dell'accoglienza e negoziata la domanda con il paziente il medico ritiene perseguibile una stabilizzazione dell'uso di sostanze per avviare un percorso di cambiamento volontario.

**Pazienti in Alta evolutività "Induzione del cambiamento".** L'induzione del cambiamento si apre quando il paziente si pone in una posizione attiva nella realizzazione della valutazione multidisciplinare con cui andranno identificati i nodi problematici su cui l'equipe ed il paziente intendono lavorare e che andranno rivalutati alla conclusione del progetto terapeutico.

**Pazienti in Alta evolutività "Gestione del cambiamento".** La gestione del cambiamento si apre quando il paziente attiva gli interventi terapeutici ritenuti utili per affrontare i nodi problematici individuati nella fase di valutazione multi assiale.

**Pazienti in Alta evolutività "Gestione delle ricadute".** La gestione delle ricadute si apre nell'eventualità di una ripresa dell'uso di sostanze durante o dopo aver concluso il percorso terapeutico.

**Pazienti in Bassa Evolutività "Miglioramento della qualità della vita".** La bassa evolutività si apre quando, completata la procedura di accoglienza e negoziata la domanda con il paziente, appare evidente che non ci sono le condizioni per un superamento volontario della condizione di tossicodipendenza.

Per questi pazienti:

- si individuano gli elementi personali di disagio sanitario e/o sociale e/o psicologico che si vogliono migliorare con l'intervento terapeutico;
- si individuano le situazioni anche potenzialmente illegali che si vogliono migliorare con l'intervento terapeutico;
- si individuano le condizioni che rendono probabile un'overdose;
- si individuano i comportamenti a rischio che si vogliono correggere;
- si individuano le possibili risorse lavorative attivabili.

Iniziato il trattamento si programmano i controlli periodici in cui andrà rivalutata la situazione complessiva.

## I trattamenti

### Trattamento con metadone per i pazienti in Fase Valutativa

Criteria di inclusione	Modalità di somministrazione	Indicatori di successo	Indicatori di successo parziale	Indicatori di insuccesso
Pazienti in fase valutativa	Sotto controllo infermieristico al Ser.T.  Con affido personale del farmaco	Il paziente conclude il trattamento in drug free o concorda con il medico un altro trattamento di media/lunga durata	Il paziente aderisce parzialmente al trattamento	Il paziente interrompe il trattamento

### Trattamento con metadone per i pazienti in bassa evolutività

Criteria di inclusione	Modalità di somministrazione	Indicatori di successo	Indicatori di successo parziale	Indicatori di insuccesso
Pazienti in bassa evolutività	Sotto controllo infermieristico al Ser.T.  Con affido personale del farmaco	Rilievo del raggiungimento di 2 o più dei seguenti obiettivi: 1. ritenzione in trattamento; 2. riduzione delle attività illegali; 3. riduzione del rischio di overdose; 4. riduzione dei comportamenti a rischio; 5. aumento dell'attività lavorativa	Rilievo del raggiungimento di almeno uno degli obiettivi individuati per il successo	Rilievo del raggiungimento di nessuno degli obiettivi individuati per il successo

Legenda:

**Ritenzione in trattamento:** l'intervento d'area rimane aperto per almeno tre mesi e migliora la situazione sanitaria, sociale e psicologica.

**Riduzione delle attività illegali:** riduzione/assenza di nuovi procedimenti giudiziari durante il corso del trattamento.

**Riduzione del rischio di overdose:** migliorato il controllo dell'uso di sostanze secondo le indicazioni del counseling sanitario.

**Riduzione dei comportamenti a rischio:** stile di vita compatibile con il counseling sanitario e/o miglioramento della compliance agli interventi socio-sanitari proposti per le patologie correlate.

**Aumento dell'attività lavorativa:** aumento delle giornate di lavoro durante il periodo di trattamento.

N.B. Le condizioni di disagio sanitario, sociale e/o psicologico, rispetto al quadro clinico iniziale, vanno rivalutate periodicamente secondo una griglia predefinita.

### Trattamento con metadone per i pazienti in alta evolutività

Criteria di inclusione	Modalità di somministrazione	Indicatori di successo	Indicatori di successo parziale	Indicatori di insuccesso
Pazienti in alta evolutività	Sotto controllo infermieristico al Ser.T. Con affidamento personale del farmaco	Rilievo della riduzione dell'uso di sostanze psicoattive a seconda della fase del cambiamento: - almeno del 50% per i pazienti in "stabilizzazione del sintomo"; - almeno del 90% per i pazienti in "induzione del cambiamento"; - almeno del 100% per i pazienti in "gestione del cambiamento" - almeno del 100% per i pazienti in "gestione delle ricadute" dopo un mese dalla ripresa del trattamento	Rilievo della riduzione dell'uso di sostanze psicoattive a seconda della fase del cambiamento: - dal 30 al 49% per i pazienti in "stabilizzazione del sintomo"; - dal 50 al 89% per i pazienti in "induzione del cambiamento"; - dal 70 al 99% per i pazienti in "gestione del cambiamento" - dal 70 al 99% per i pazienti in "gestione delle ricadute" dopo un mese dalla ripresa del trattamento	Rilievo della riduzione di sostanze psicoattive a seconda della fase del cambiamento: - <29% per i pazienti in "stabilizzazione del sintomo"; - <49% per i pazienti in "induzione del cambiamento" - <70% per i pazienti in "gestione del cambiamento" e "gestione delle ricadute"

## Le valutazioni

La valutazione di processo è documentata dal rispetto delle modalità di strutturazione dei trattamenti previsti in questa procedura. Viene monitorata continuamente in itinere dal singolo medico responsabile del trattamento e illustrata nelle riunioni di equipe. Sono previsti controlli random da parte del coordinatore d'area medica.

Particolare attenzione viene prestata ai "suggerimenti e reclami" che i pazienti stessi sono invitati a depositare nelle rispettive cassette di raccolta presenti in ogni sede Ser.T.

A tutte le persone che utilizzano questo strumento di comunicazione viene dato una risposta da parte del dirigente (circolo virtuoso del reclamo).

La valutazione d'esito relativa agli specifici indicatori individuati per tipo di trattamento, viene documentata dalla compilazione obbligatoria, ad interruzione e/o fine trattamento, del giudizio complessivo di successo, successo parziale o insuccesso.

L'inserimento del giudizio complessivo sull'esito viene effettuato, dal medico responsabile del trattamento, nelle riunioni d'equipe programmate per il monitoraggio dei progetti terapeutici. Sono previsti anche controlli random da parte del coordinatore d'area medica.

Particolare attenzione viene prestata ai "suggerimenti e reclami" che i pazienti stessi sono invitati a depositare nelle rispettive cassette di raccolta presenti in ogni sede Ser.T.

A tutte le persone che utilizzano questo strumento di comunicazione viene dato comunque una risposta da parte del dirigente (circolo virtuoso del reclamo).

Periodicamente vengono analizzati i dati statistici aggregati, forniti in automatico dal sistema informativo, relativi ai trattamenti per medico e per tipologia di pazienti.

Indicatori di output:

- n. interventi nuovi d'area per operatore di profilo;
- n. interventi vecchi (continuato dall'anno precedente) d'area per operatore di profilo;
- n. pazienti d'area per operatore di profilo;
- n. pazienti d'area incidenti per operatore di profilo;
- n. pazienti d'area rientranti per operatore di profilo;
- n. di interventi conclusi con successo per tipologia di pazienti;
- n. di interventi conclusi con successo parziale per tipologia di pazienti;
- n. interventi conclusi con insuccesso per tipologia di pazienti.

La valutazione dei costi di produzione si ottiene moltiplicando il costo minuto di un operatore d'area medica ed infermieristica per il tempo totale impiegato nell'erogazione delle prestazioni d'area registrate sul singolo paziente o su tutti i pazienti d'area nell'intervallo definito.

Il costo minuto per operatore d'area si ottiene dalla somma del costo del personale più il costo dei materiali utilizzati (farmaci, reagenti ecc.)

Indicatori economici:

- costo d'area per paziente;
- costo d'area per intervento.

La densità assistenziale, espressa in ore, esprime il consumo di risorse richiesto per la realizzazione di uno specifico trattamento.

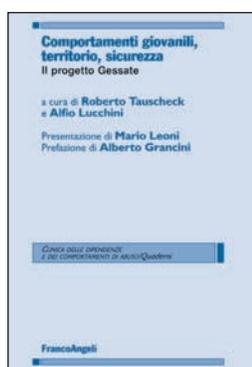
Si ottiene moltiplicando il tempo impiegato nell'erogazione di tutte le prestazioni registrate per paziente in un intervallo di tempo definito.

- tempo medio per paziente d'area;
- tempo medio per paziente d'area incidente;
- tempo medio per paziente d'area rientrante.

## Bibliografia

- Amato L., Davoli M., Vecchi S., Perucci C.A. (2006), *Trattamenti delle tossicodipendenze e dell'alcolismo. Le revisioni sistematiche della letteratura*, Aggiornato al 30/03/06, Dipartimento di Epidemiologia ASL RM/E, La collaborazione Cochrane.
- Galanter M., Kleber H.D. (2005), *Textbook of Substance Abuse Treatment*, The American Psychiatric Publishing.
- Lucchini A. (2001), *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, FrancoAngeli, Milano.
- Lovaste R. (2005), "Analisi e progettazione organizzativa di un Servizio per le Tossicodipendenze in una logica aziendale", *Mission*, 14: 6-24.
- Lovaste R., Ferrucci R., Calmasini S. (2004), *Analisi di procedura per la valutazione dell'efficienza in un Ser.T.*, Relazione al convegno: "Le forme dell'integrazione", Centro Congressi Milanofiori, 8-9 marzo.
- Lovaste R. (2003), *Progetti terapeutici per obiettivi ed indicatori di risultato*, Relazione al convegno: "I disturbi affettivi e d'ansia nella dipendenza da sostanze psicoattive legali e illegali", Abano, 16-17 ottobre.
- Lovaste R., Camin E., Lorenzin G., Guarrera G., Fontana F (2006), "Controllo di gestione di un servizio per le tossicodipendenze", *Mission*, 17: 45-64.
- Miller W., Rollnick S. (1994), *Il colloquio di motivazione. Tecniche di counselling per i problemi di alcool, droga e altre dipendenze*, Erickson, Trieste.
- Rollnick S., Mason P., Butler C. (2003), *Cambiare stili di vita non salutari*, Erickson, Trieste.
- Prochaska J.O., Di Clemente C.C. (1988), "Toward a Comprehensive, Transtheoretical Model of Change: stages of Change and Addictive Behaviours", in Miller W., Heather N., *Treating Addictive Behaviours. Second Edition*, Plenum Press, New York e London, pp. 3-24.
- Prochaska J.O., Di Clemente C.C., Norcross I.C. (1992), "In search of how people change", *Am. Psychol.*
- Protocollo e standard. Statement sulla valutazione dell'outcome. Glossario tecnico e definizioni. Progetto del Ministero della Salute, Ministero del Welfare, Regioni e Province Autonome. Progetto SESIT Standard Europei per il Sistema Informativo Tossicodipendenze. Potenziamento delle dotazioni informatiche dei Ser.T. e implementazione di un sistema di monitoraggio dell'utenza dei servizi basato sull'utilizzo di standard europei. Versione dicembre 2004.
- Serpelloni G., De Angelis M., Rampazzo L. (2002), *La valutazione dell'outcome nei trattamenti della tossicodipendenza*, Regione Veneto.
- Serpelloni G., Simeoni E., Rampazzo L. (2002), *Quality Management. Indicazioni per le Aziende Socio Sanitarie e il Dipartimento delle Dipendenze*, Regione Veneto - Progetto del Ministero della Salute e del Coordinamento delle Regioni, Manuale teorico pratico.
- Serpelloni G., Margotta M., Maroccola M., Ramazzo L. (a cura di) (2002), *Costi e Benefici. Principi e modelli di analisi per i Dipartimenti delle Dipendenze e le Aziende Sanitarie*, Progetto AnCosBen, Regione Veneto - Progetto del Ministero della Salute e del Coordinamento delle Regioni.
- Wright J. (2005), *La governance clinica*, McGraw-Hill.

## RECENSIONE



A cura di Roberto Tauscheck  
e Alfio Lucchini

### COMPORAMENTI GIOVANILI, TERRITORIO, SICUREZZA Il progetto Gessate

Collana: Clinica delle dipendenze e dei  
comportamenti di abuso/Quaderni  
pp. 272, € 24,50 – Cod. 231.1.44 (V)

Il "Progetto di intervento di prevenzione delle dipendenze dei comportamenti rischiosi e per lo sviluppo della sicurezza dei cittadini" è stato ideato dall'Assessorato ai Servizi Sociali del Comune di Gessate in collaborazione con il Dipartimento della Dipendenze dell'ASL Milano Due e con la partecipazione dell'Assessorato alla Sicurezza e Lotta all'Usura della Provincia di Milano. Nel suo svolgersi ha visto attivarsi partnership importanti, sia a livello locale che nazionale.

I numerosi contributi scientifici e metodologici che compongono il volume illustrano come da un progetto specifico si possa

costruire un laboratorio permanente al servizio della programmazione di un territorio. Tutte le situazioni di rischio dell'universo giovanile sono affrontate con esperienze sul campo, e si dimostra come, partendo dallo specifico giovanile, si possano costruire interventi per tutta la popolazione, in un tessuto unitario e con modalità condivise. Non mancano documenti e strumenti utili per la lettura scientifica dei fenomeni di devianza e per la costruzione di percorsi di prevenzione validati. Il volume rappresenta uno strumento utile per gli operatori sociali e per i rappresentanti istituzionali impegnati nella costruzione di percorsi di prevenzione dei comportamenti giovanili a rischio e in progetti di vivibilità dei territori.

**Contributi di:** Eugenio Rossi, Michele Marangi, Riccardo De Facci, Cecilia Tombesi, Sabrina Molinaro, Giovanni Strepparola, Annalisa Pistuddi, Donata Luzzati, Mara Politti, Antonella Calaciura, Silvano Casazza, Fabio Lucchini, Pietro Tagliabue, Cristina Ruzzenenti, Silvana Marson.

**Roberto Tauscheck**, docente, vice sindaco, assessore ai Servizi Sociali e alle Pari Opportunità del Comune di Gessate.  
**Alfio Lucchini**, psichiatra e psicologo clinico, direttore del Dipartimento delle Dipendenze della ASL Milano Due e presidente nazionale di FeDerSerD.

# I dati di outcome nell'utilizzo del metadone negli ultimi sette anni presso il Ser.T. di Pescara

Nadia Anna Della Torre\*, Francesca Lucini\*, Pietro Fausto D'Egidio\*\*

## Introduzione

Recentemente l'OMS ha realizzato uno studio sulla performance dei Sistemi Sanitari e in questa graduatoria l'Italia è al terzo posto, mentre altri paesi con sistemi molto più avanzati come gli Stati Uniti, si trovano in posizioni più basse.

Tale situazione ha prodotto molte critiche al sistema utilizzato in alcuni Paesi per raccogliere i dati; infatti servirsi di un solo valore di riferimento, porta ad avere dati poco concreti e di conseguenza una graduatoria che non rispetta la realtà dei fatti.

Sulla scia di tale lavoro si sta cercando anche in Italia di migliorare le metodologie di valutazione degli outcome in sanità ritenendola una priorità necessaria per migliorare la qualità del sistema.

Da qui nasce la necessità di definire i seguenti termini come parole-chiave da condividere:

*Stewardship* inteso come coordinamento.

In particolare l'ente centrale del Ministero dovrebbe essere il fulcro di collegamento delle esperienze vissute nelle diverse Regioni d'Italia.

*Governance* è il termine riferito alla presa in carico di ogni clinico, della propria area di lavoro, in modo tale che ognuno possa rispondere delle proprie attività svolte.

*Decentralized*; siccome non è possibile confrontare gli Stati piccolissimi con delle realtà molto più grandi, la decentralizzazione permette di dare maggiore attenzione al singolo cittadino.

Attraverso modelli standardizzati potrebbe essere possibile mettere a confronto livelli diversi di informazioni che altrimenti non sarebbero raffrontabili tra loro.

*Health Determinants* (i determinanti di salute) intesi come tutto ciò che può influire positivamente sullo stato di salute: fattori comportamentali, trasporti, Servizi Sanitari, prevenzione dei rischi, studi epidemiologici e così di seguito.

*Health Status* come valutazione dello stato di salute.

Tenuto in considerazione che i casi non osservabili dal Servizio Sanitario, perché difficili da raggiungere, influiscono molto sui dati generali dello stato di salute.

Per rendere pienamente funzionali gli interventi, questi dovrebbero essere diversificati secondo i territori.

La valutazione degli esiti dovrebbe avere un ruolo chiave nella programmazione della assistenza sanitaria.

Nella definizione degli outcomes nei servizi assistenziali di comunità riteniamo che il settore del sistema di intervento sulle dipendenze potrebbe fare da apripista agli altri.

Il punto più delicato è quello della individuazione degli indicatori di esito.

Riteniamo che, essendo per lo meno difficile imporre un metodo dall'alto, la scelta vincente sia quella di promuovere percorsi

si affinché siano i professionisti stessi a scegliere gli indicatori di riferimento, così si attua anche un lavoro di auto correzione.

Il processo da monitorare è il seguente:

CURA → COSTO → ESITO.

Per ottenere risultati è necessario:

- garantire la sostenibilità del progetto attraverso bandi di ricerca e utilizzo del Regional Epidemiological Network Budget;
- promuovere la Reti Cognitive in considerazione del fatto che la Regione, nel sistema salute, ha assunto il ruolo di meta-organizzatore tra figure provenienti da diversi contesti che hanno collaborato per raggiungere degli obiettivi comuni;
- avere chiaro che i risultati di tutto il sistema debbono essere orientati alla misura dello stato di salute di tutta la popolazione.

**La valutazione dei risultati dei trattamenti richiede una esatta conoscenza della patologia che trattiamo, dei nostri programmi terapeutici e dei risultati che è possibile legittimamente aspettarsi.**

Quando si parla di eroino-dipendenza i risultati desiderabili cambiano a seconda degli assunti epistemologici dell'osservatore.

Noi condividiamo le conoscenze, ampiamente documentate nella letteratura scientifica, che portano a considerare la dipendenza da sostanze come una malattia cronica recidivante (si vedano, ad esempio, i lavori di Kreek (24) e McLellan (1, 2, 3, 4, 27)).

Il fine, l'obiettivo, l'outcome di un trattamento terapeutico, comunque lo si sia potuto definire per quel paziente, non è e non può essere quello di renderlo ligio ed omogeneo alla cultura dominante.

Se appartiene ad una sottocultura (nel senso proprio della antropologia strutturale [Levi-Strauss: *Razza Storia* e altri studi di antropologia - Einaudi]) è giusto che il terapeuta la rispetti.

La rappresentazione sociale della tossicodipendenza non accetta questa evidente condizione di "cronicità" che è peraltro sotto gli occhi di tutti sia per la eroinodipendenza che, per esempio, per il tabagismo.

Non è di alcun interesse per l'opinione pubblica se, durante i trattamenti, l'eroinomane riduce o abolisce l'uso di droghe, riprende a studiare, a lavorare, ad occuparsi dei figli.

Si considerano solo le condizioni pre e post trattamento, magari 12 mesi dopo la sospensione delle cure.

E se il paziente ricade questa è la "prova" che la "terapia" non ha funzionato.

Purtroppo nella cura della eroinodipendenza non esistono, a nostra conoscenza, trattamenti capaci di correggere alcune anomalie biologiche, risolvere condizioni di psicopatologia, promuovere strutturalmente nuovi comportamenti e generare contestualmente nuove opportunità sociali.

\* Dirigenti medici.

\*\* Direttore Ser.T. AUSL Pescara.

Qualsiasi combinazione di interventi medici (counselling e/o terapia farmacologiche), di azioni dei servizi sociali, di psicoterapia non riescono, nella stragrande maggioranza dei casi, a rimuovere alla radice per ciascun paziente le cause della dipendenza, né quelle biologiche, né quelle sociali e spesso non riescono a determinare risultati duraturi nel tempo.

Più realisticamente i trattamenti farmacologici, di counselling, sociali, psicologici, residenziali o ambulatoriali, sono in grado, nella maggior parte dei casi, di ridurre il numero e la severità dei sintomi e migliorare la qualità di vita delle persone fintanto che esse rimangono in trattamento.

McLellan in un editoriale (2) sottolinea come sia diffuso, ed errato anche dal suo punto di vista, aspettarsi che dopo la cura, dopo un trattamento riabilitativo, il tossicodipendente non ricada più nell'abuso o nella dipendenza.

Molti medici pensano che i trattamenti sanitari non sono appropriati e/o efficaci per trattare la dipendenza da sostanze.

Infatti dal 40 al 60% di pazienti trattati per dipendenza da alcol o da altre droghe ricade nell'uso della sostanza entro 1 anno dalla fine del trattamento (50-52).

**Tutto questo accade, come abbiamo già detto, quando si ha un approccio alla dipendenza da sostanze come se si trattasse di una malattia acuta e non invece, come è, una malattia cronica.**

Alcuni autori (53) hanno descritto come la terapia con metadone è utile per ridurre l'uso di eroina, per ridurre i crimini e la diffusione delle malattie infettive.

Non ci sono cure definitive per la dipendenza da droghe e i pazienti che seguono anche un programma di counselling ed educativo oltre ad usare i farmaci sostitutivi hanno dei risultati migliori che perdurano per almeno 6-12 mesi dopo la sospensione del trattamento (54-57).

I risultati favorevoli si mantengono nei pazienti che rimangono in trattamento con metadone.

Ad 1 anno dalla fine di un trattamento terapeutico studi di follow up (58) sono concordi nel mostrare che solo il 40-60% dei pazienti continua ad essere astinente dall'uso di droghe sebbene di quelli che riprendono l'uso il 15-30% riprendono un uso di droga senza arrivare alla condizione clinica di dipendenza.

I fattori più importanti in grado di predire una ritenzione in trattamento ovvero la ricaduta nell'uso di sostanze dopo il trattamento sono uno stato socio economico basso, la presenza di patologie psichiatriche correlate, e la mancanza di supporto sociale o familiare.

Molti dei problemi sociali maggiormente disturbanti e costosi sono direttamente riconducibili alla dipendenza da droghe.

Per tale motivo l'opinione pubblica vede la dipendenza da droghe principalmente come un problema sociale che richiede interventi legislativi in termini di repressione piuttosto che come un problema di salute che richiede interventi di prevenzione e di trattamento.

Questo punto di vista è condiviso anche da molti medici e operatori sanitari che pertanto rifiutano di affrontare il problema della dipendenza da sostanze con i loro pazienti (3).

Nella rappresentazione sociale della tossicodipendenza non è contemplato un elemento da cui derivano implicazioni importanti: non tutte le persone tra coloro che usano droghe diventano dipendenti (3).

Tuttavia, una volta che la dipendenza da droghe si è instaurata c'è un persistente e significativo cambiamento nella biochimica e nella funzione del cervello.

Non è ancora possibile capire quali siano i processi fisiologici e psicologici che trasformano un uso volontario e controllato di droghe in un uso compulsivo, in una dipendenza incontrollata e involontaria.

Studi su gemelli omozigoti dimostrano un ruolo della ereditarietà.

Le scelte personali e i fattori ambientali sono chiaramente coinvolti nella espressione della dipendenza.

Oltre 100 studi sui trattamenti dell'addiction dimostrano che essi determinano una significativa riduzione dell'uso di droghe, un miglioramento delle condizioni di salute ed un miglioramento della patologia sociale conseguente all'uso di droghe, ma questi trattamenti non conducono alla guarigione della patologia stessa (50, 52, 54-60).

Esistono dei pazienti in terapia con metadone cosiddetti "non responders".

Questi pazienti, nonostante un trattamento terapeutico corretto continuano un uso regolare di eroina e.v.

Studi specifici (5) non sono riusciti a trovare elementi capaci di caratterizzare questi pazienti (23% di pazienti con un uso di eroina in almeno dieci giorni negli ultimi 30) all'interno del gruppo in trattamento: essi si distinguono solo per l'uso continuo di droghe da strada mentre non differiscono in alcuna delle 7 aree indagate dall'ASI.

Sono un gruppo particolarmente a rischio; se allontanati dalla terapia hanno un tasso di mortalità ad 1 anno che Zanis (61) ed altri hanno valutato nella misura del 12%.

In un interessante studio della Kraft (7) si valutano i risultati di tre diversi programmi terapeutici con metadone anche in rapporto ai costi/efficacia e costi/benefici.

I tre programmi erano caratterizzati come segue:

1. Terapia farmacologica con metadone + 1 sessione di counselling al mese.
2. Terapia farmacologica con metadone + 3 sessioni di counselling a settimana + un supporto psicologico.
3. Terapia farmacologica con metadone + 7 sessioni di counselling a settimana + trattamenti medici, di supporto sociale e terapia familiare in sede.

Gli autori concludono che il miglior trattamento nel rapporto costi/efficacia quando si consideri la capacità di prevenire le ricadute a 6 mesi dalla sospensione del trattamento è il programma n. 2.

È interessante notare come anche in questo lavoro la misurazione dei costi è limitata ai soli costi per la realizzazione del programma.

McLellan, in uno studio analogo sottolinea che la intensità del supporto sociale al trattamento farmacologico con metadone è direttamente proporzionale alla qualità dei risultati (10).

Lo stesso autore inoltre dimostra che la assegnazione di un operatore di riferimento responsabile del singolo caso clinico (4) migliora la qualità della prestazione e dei risultati.

Anche la psicoterapia, in soggetti selezionati in trattamento con farmaci sostitutivi, migliora i risultati (28).

Riteniamo che i risultati dei programmi terapeutici per i malati di eroinismo possano tutti essere ricompresi nei seguenti:

1. ritenzione in trattamento;
2. riduzione/cessazione uso della droga primaria;
3. riduzione/cessazione uso di altre droghe;
4. reinserimento sociale;
  - familiare;
  - lavorativo;
  - studio;
  - relazione;

5. riduzione/abolizione atti criminali commessi per procurarsi droga;
6. riduzione/abolizione prostituzione realizzata per procurarsi droghe;
7. riduzione/abolizione overdose;
8. riduzione mortalità correlata all'uso di droghe;
9. riduzione/abolizione MTS  
HIV  
HBV  
HCV
10. riduzione/abolizione di altre patologie correlate alla droga;
11. riduzione/abolizione condizioni di disagio psichico;
12. riduzione/abolizione della mancata cura della persona.

La capacità di raggiungere questi obiettivi in tutto o in parte dipende da molti fattori:

- livello di motivazione al cambiamento;
- "marginalità dura";
- preesistente attività criminale;
- stato socio economico basso;
- presenza di patologie psichiatriche correlate;
- mancanza di supporto sociale o familiare.

Per una corretta valutazione dei risultati è necessario:

- che essa si basi su dati verificabili;
- che la raccolta dei dati sia sistematica nel tempo e riguardi tutti o la maggior parte dei pazienti;

Da oltre 25 anni in Italia i Ser.T. sono praticamente le uniche strutture impegnate nella cura della malattia da eroina con l'uso del metadone.

In tutti questi anni, tuttavia, i Ser.T. hanno prodotto pochi dati sui risultati ottenuti con tali terapie; questo anche negli ultimi anni, in cui è indubbiamente cresciuta una cultura e una consapevolezza della importanza della valutazione nel promuovere un miglioramento continuo delle buone pratiche.

Riteniamo che il motivo di tale carenza risieda principalmente nella scarsa disponibilità di tempo e di risorse in servizi sovraccaricati da una utenza eccessivamente numerosa.

Una corretta valutazione dei risultati può essere il frutto o di un piano di ricerca prospettico ovvero usando dati già disponibili che rendano possibile una valutazione *ex post* poco onerosa in termini di risorse.

Quest'ultima è possibile avendo a disposizione una base dati completa e verificabile, tale da eliminare bias sostanziali nella matrice dati.

Da alcuni anni in diversi Ser.T. di alcune regioni italiane sono in uso software specifici per la gestione delle attività in grado di mettere a disposizione i dati necessari per una valutazione di risultato.

In Abruzzo è in uso da circa dieci anni il software denominato Proteus che ci permette di avere a disposizione una base dati completa ed omogenea di tutti i servizi abruzzesi almeno dall'anno 2002.

È nella consapevolezza degli operatori e nelle evidenze della letteratura scientifica che i risultati che è possibile ottenere con l'uso del metadone sono dipendenti non solo da un corretto uso del farmaco in rapporto alla indicazione terapeutica, al dosaggio, alle pratiche dell'affido, ma anche dalla possibilità di strutturare un piano terapeutico che possa prevedere, oltre ad un sufficiente rapporto medico/paziente, l'intervento di bassa, media o alta intensità assistenziale, dello psicologo, dell'assistente sociale, dell'educatore, il counselling breve dell'infermiere.

Inoltre i risultati sono condizionati dallo stadio di gravità della malattia da eroina di ciascun paziente, dai livelli di "marketing aggressivo" operati dalla malavita organizzata dedita allo spaccio di droghe nel contesto di riferimento, dalla penetrazione sul territorio delle altre droghe, in primis la cocaina, e della conseguente diffusione del poliabuso.

Con il nostro lavoro proponiamo un percorso possibile con i dati resi disponibile con l'uso del software Proteus, per una valutazione retrospettiva dei risultati dell'uso del metadone nel Ser.T. di Pescara, sia per i pazienti trattati direttamente dal servizio negli ultimi 7 anni che di quelli in cura con la collaborazione dei medici di medicina generale negli ultimi 3 anni.

## Materiali e metodi

Con il software Proteus abbiamo estratto una base dati puntuali alle date del 15 gennaio e 15 luglio degli anni dal 2002 al 2008 per i pazienti trattati con metadone presso i servizi di Pescara, Avezzano, Chieti, Giulianova, L'Aquila, Tocco Da Casauria, Lanciano, Teramo, e degli anni 2006, 2007 e 2008 per i pazienti in cura con il metadone in collaborazione con i medici di medicina generale a Pescara.

La conseguente base dati si articola sulle seguenti informazioni:

- Ser.T.;
- data della raccolta delle informazioni;
- tipo di terapia: metadone al Ser.T., buprenorfina, metadone in collaborazione con i MMG;
- sesso;
- tipologia dell'affidamento;
- dosaggio in mg. del farmaco nel giorno del rilevamento;
- dosaggio medio del farmaco dall'inizio della terapia;
- giorni trascorsi dall'inizio della terapia;
- giorni trascorsi dall'ultima presa in carico;
- giorni trascorsi dal primo contatto con la struttura;
- età;
- esiti della ricerca dei cataboliti degli oppiacei;
- esiti della ricerca dei cataboliti del metadone;
- esiti della ricerca dei cataboliti dei cannabinoidi;
- esiti della ricerca dei cataboliti della cocaina;
- esiti della ricerca dei cataboliti delle anfetamine;
- decesso;
- data decesso;

e consta n. 8.868 record per un numero complessivo di 159.624 informazioni.

Abbiamo inoltre provveduto ad una raccolta di informazioni, mediante un questionario somministrato a tutti i pazienti in trattamento presso il Ser.T. con metadone alla data del 15 luglio 2008, per la raccolta di dati riferiti all'outcome sociale: lavoro ed attività criminale in particolare.

**Tab. 1 - Matrice per la raccolta dati della condizione lavorativa e penali dei pazienti in carico al Ser.T.**

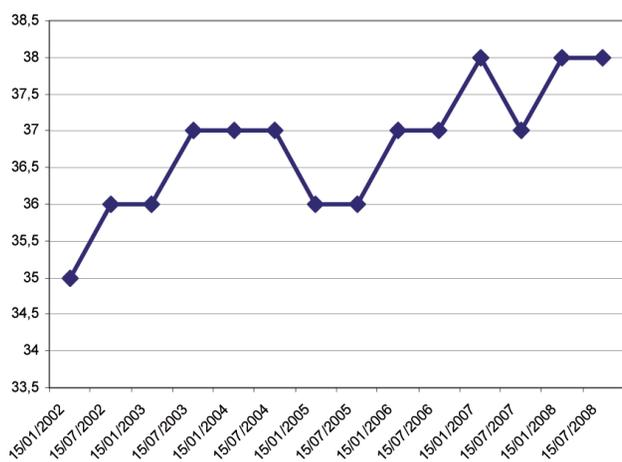
lavora	1=sì 2=no
tipo lavoro	1=operaio 2=imprenditore 3=pensionato 4=impiegato 5=giornalista 6=badante 7=commerciante 8=studente
anno inizio lavoro	
denunce mentre in terapia	1=sì 2=no
data denuncia	

Tutte le base dati sono state analizzate con il software SPSS e i risultati presentati in questo lavoro faranno riferimento quasi esclusivamente ai dati riferiti al Ser.T. di Pescara. I test specifici usati sono stati quelli descrittivi, i box plot, la regressione lineare semplice e multipla, la logistica binomiale.

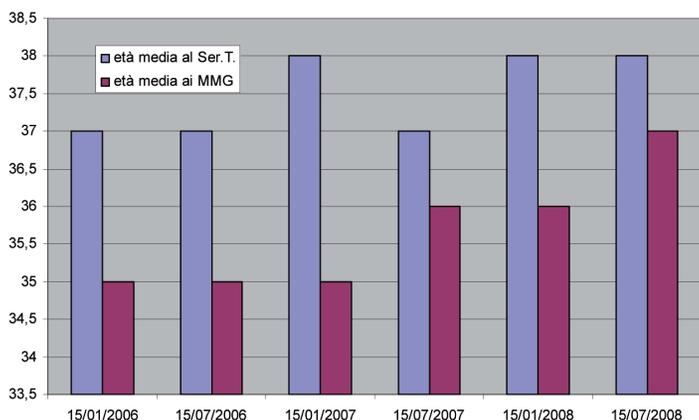
## Risultati

- L'età media dei pazienti in trattamento con metadone aumenta da 35 anni il 15 gennaio 2002 a 38 anni il 15 luglio 2008 (graf. 1). I pazienti in trattamento con i MMG presentano costantemente dal 2002 al 2008 una età inferiore (graf. 2).

Graf. 1 - Età media dei pazienti in terapia con metadone al Ser.T.



Graf. 2 - Età media dei pazienti in terapia con metadone; confronto tra utenti in carico al Ser.T. e MMG

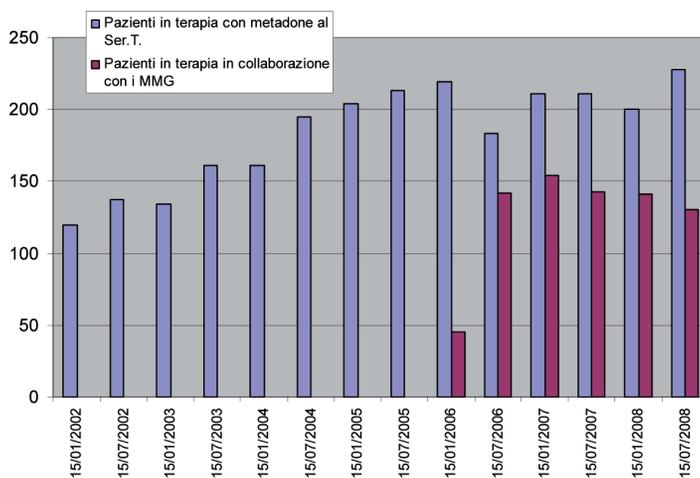


- Il sesso più rappresentato è sempre quello maschile che subisce un lieve decremento percentuale passando dall'83% dei pazienti il 15 gennaio 2002 al 79% il 15 luglio 2008 nei pazienti in trattamento al Ser.T. e rimane pressoché costante nei pazienti in trattamento con la collaborazione dei Medici di Medicina Generale (MMG) passando dall'88,9% nel gennaio 2006 al 88,5% nel luglio 2008. Dal 2006 al 2008 aumentano percentualmente i maschi in cura dai MMG e le femmine in cura al Ser.T.

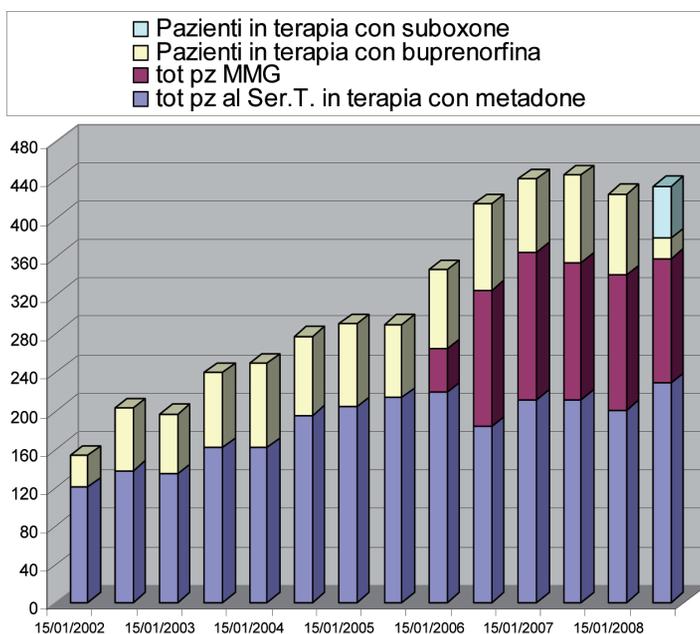
- Il numero dei pazienti aumenta costantemente. Sono 120 alla prima rilevazione per passare al numero di 358 all'ultima, di cui 130 curati in collaborazione con i MMG (graf. 3). Da sottolinea-

re che il servizio ha in cura anche pazienti in trattamento con buprenorfina e suboxone (graf. 4).

Graf. 3 - Numero dei pazienti in terapia con metadone; confronto tra Ser.T. e MMG



Graf. 4 - Numero totale dei pazienti in terapia con farmaci sostitutivi

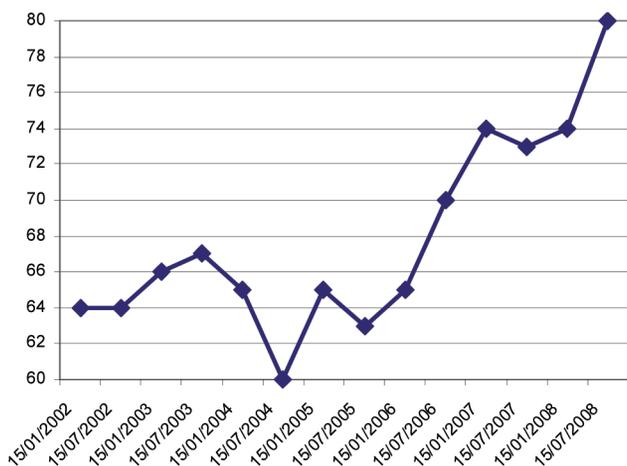


- La media del dosaggio quotidiano della terapia con metadone ha avuto un incremento dal gennaio 2002 al luglio 2008 passando da 64 a 80 milligrammi per i pazienti in terapia al Ser.T. (graf. 5) e da 47 a 65 milligrammi (gennaio 2006 - luglio 2008) per i pazienti in cura con la collaborazione dei MMG (graf. 6).

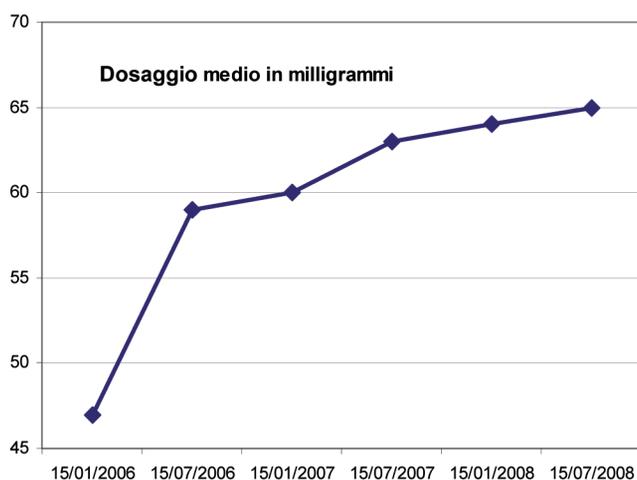
- C'è una percentuale importante dei pazienti in affidamento. Se consideriamo anche i pazienti in cura con la collaborazione dei MMG, che spediscono una ricetta settimanalmente, la percentuale complessiva dei pazienti che ha il farmaco in affidamento passa dal 57% al 63%, raggiungendo punte del 73% (tab. 2 e graf. 7).

- Abbiamo cominciato a registrare in maniera analitica i dati puntuali della somministrazione dei farmaci dal gennaio 2002. Per

Graf. 5 - Dosaggi medi di metadone dei pazienti in terapia al Ser.T.



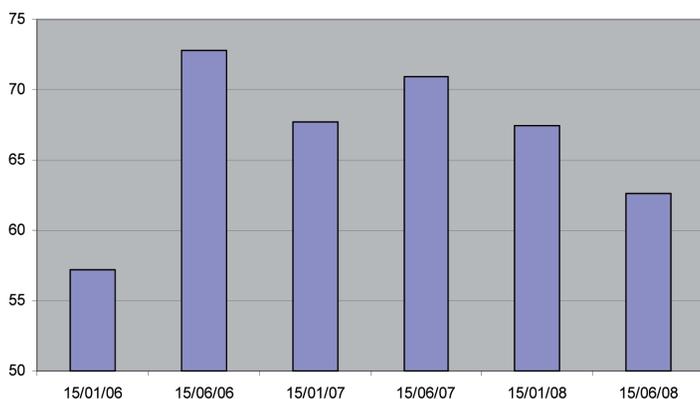
Graf. 6 - Dosaggi medi di metadone dei pazienti in terapia dai MMG



Tab. 2 - Percentuale dei pazienti in terapia con metadone in regime di affidamento

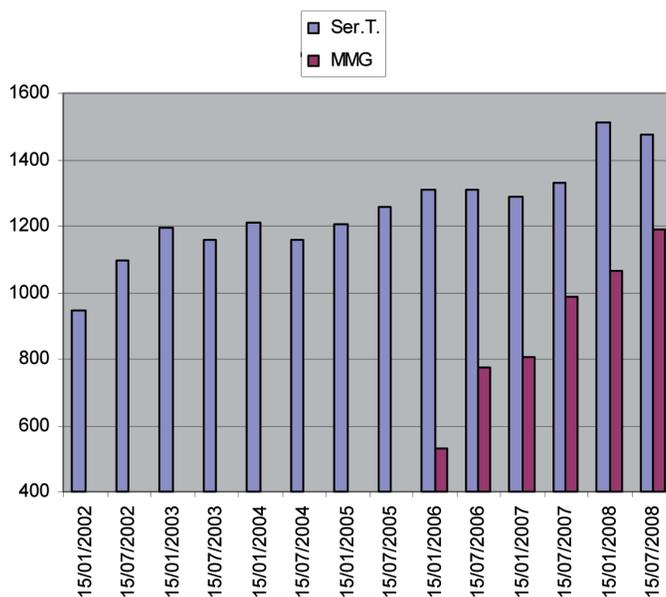
Data	% pazienti in affidamento
15/01/06	57
15/06/06	73
15/01/07	68
15/06/07	71
15/01/08	67
15/06/08	63

Graf. 7 - Percentuale dei pazienti in terapia con metadone in regime di affidamento



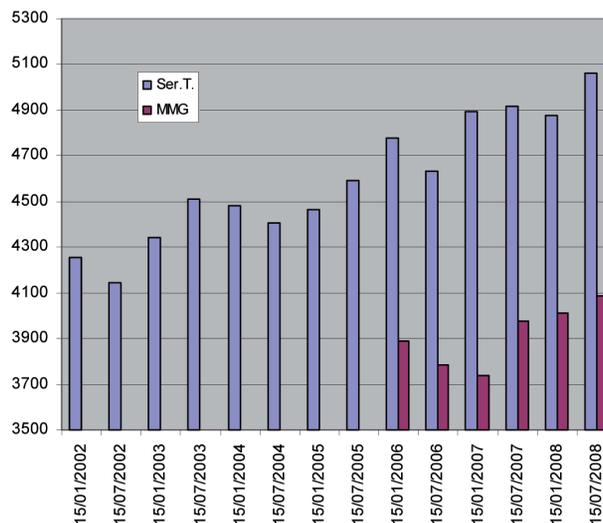
tale motivo, oltre all'indicatore "numero di giorni dall'inizio della terapia, che parte per tutti a far data dal 1 gennaio 2002, abbiamo definito un altro indicatore "numero di giorni trascorsi dall'ultima presa in carico" che meglio misura la ritenzione in trattamento dei pazienti. Quest'ultimo indicatore ci documenta che la ritenzione in trattamento dei pazienti in cura al Ser.T. è aumentata passando da 947 giorni di media nel gennaio 2002 a 1476 giorni nel luglio 2008 (graf. 8). Risultato analogo viene evidenziato per i pazienti in cura con la collaborazione dei MMG che passano da 529 giorni nel gennaio 2006 a 1191 nel luglio 2008.

Graf. 8 - Media dei giorni dall'ultima presa in carico: confronto pazienti del Ser.T. e dei MMG



• Il miglior indicatore a disposizione per dare una misura della cronicità della malattia è quello dei "giorni passati dal primo contatto con il Ser.T." Valori pressoché simili di media e mediana per questo indicatore ci dicono della assenza di coorti spurie. Tale indicatore misura una media al gennaio 2002 di 4277 giorni per i pazienti in trattamento al Ser.T. e 3889 per quelli in cura con i MMG al gennaio 2006. Nel luglio del 2008 i dati sono rispettivamente di 5045 e 4087 (graf. 9).

Graf. 9 - Media dei giorni passati dal primo contatto con il Ser.T.



- Un outcome importante della terapia della dipendenza è la misura della astinenza dall'uso con la ricerca dei cataboliti delle sostanze di abuso nei liquidi biologici o con il test al capello. Molti elementi concorrono, nella pratica clinica, a determinare la frequenza di effettuazione di tale esame: costi, disponibilità di personale e di struttura, compliance del paziente, interazione con il setting terapeutico. Così come sono state proposte varie misure per valutare il tempo libero da malattia. Per i fini di una ricerca retrospettiva riteniamo di considerare solo il numero, assoluto e percentuale, dei risultati dei controlli, anche in considerazione che l'alto numero di esami valutati su tutto l'universo statistico di riferimento assume una maggiore "forza" rispetto ai dati di un campione di riferimento. I dati salienti sono illustrati nella tabella 3.

Tab. 3 - Percentuali di esami negativi per l'uso di eroina, cocaina e cannabinoidi; confronto tra pazienti in trattamento al Ser.T. e dai MMG

data	% oppiacei negativo Ser.T.	% metadone negativo Ser.T.	% cannabinoidi negativo Ser.T.	% cocaina negativo Ser.T.	% amfetamine negativo Ser.T.	% oppiacei negativo MMG	% metadone negativo MMG	% cannabinoidi negativo MMG	% cocaina negativo MMG	% amfetamine negativo MMG
15/01/2002	82	4	75	97	100					
15/07/2002	89	5	96	97	93					
15/01/2003	82	2	80	97	100					
15/07/2003	91	3	69	96	100					
15/01/2004	81	5	67	93	100					
15/07/2004	83	6	56	94	100					
15/01/2005	85	4	71	96	92					
15/07/2005	81	6	74	94	100					
15/01/2006	79	4	77	93	100	88	6	100	91	100
15/07/2006	82	3	67	94	100	75	3	80	91	100
15/01/2007	80	5	64	91	100	83	6	83	95	100
15/07/2007	74	6	79	83	98	76	1	90	91	100
15/01/2008	74	6	81	90	98	80	2	64	92	100
15/07/2008	74	4	85	82	100	84	1	67	90	100

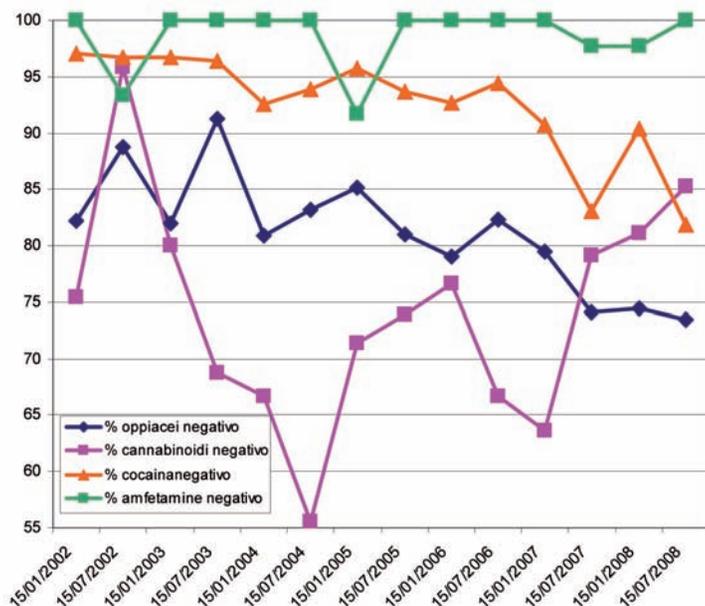
Con il passare del tempo di osservazione la percentuale di esami negativi per l'uso di eroina, cocaina e cannabinoidi diminuisce. I pazienti in cura con i MMG hanno mediamente risultati migliori dei pazienti in trattamento al Ser.T. (graf. 10 e 11) Gli esami negativi per la ricerca dei cataboliti del metadone ci misura una quota percentuale di esami "truccati" dal paziente (tab. 3).

La percentuale di esami positivi per eroina e cocaina aumenta con l'aumentare dei dosaggi di metadone. Tale aumento ha una dimensione percentuale simile e la si ritrova sia nei pazienti in trattamento presso il Ser.T. che con i MMG nel periodo di riferimento (anni 2006-2008) (tab. 4).

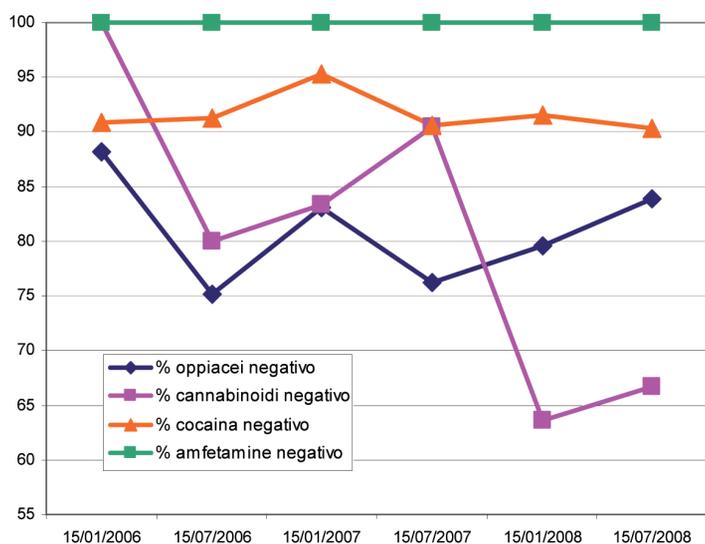
La positività agli oppiacei non correla con l'età, con il sesso né con i giorni trascorsi dal primo contatto con la struttura che ci misura la cronicità della malattia.

- Un outcome molto importante dei trattamenti è la mortalità. Abbiamo analizzato i decessi occorsi negli ultimi sei anni per tutti i pazienti non solo in terapia al Ser.T. alla data di osservazione, ma che comunque sono stati curati da noi nel corso degli

Graf. 10 - Negatività agli esami tossicologici dei pazienti in terapia con metadone al Ser.T. per oppiacei, metadone, cocaina



Graf. 11 - Negatività agli esami tossicologici dei pazienti in terapia con metadone ai MMG per oppiacei, metadone, cocaina

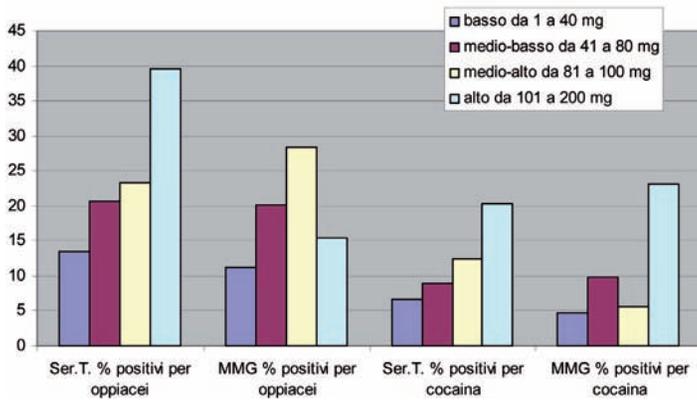


Tab. 4 - Percentuali degli esami tossicologici positivi in rapporto al dosaggio di metadone tra pazienti in carico al Ser.T. e dai MMG

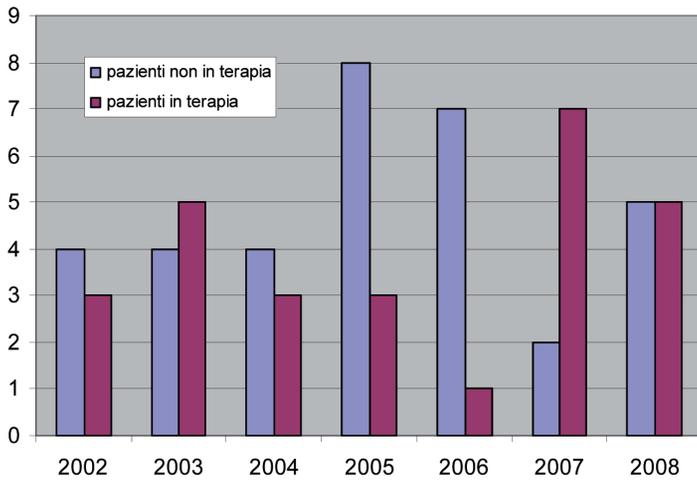
Dosaggio di metadone	Ser.T. % positivi per oppiacei	MMG % positivi per oppiacei	Ser.T. % positivi per cocaina	MMG % positivi per cocaina
Basso da 1 a 40 mg	14	11	7	5
Medio-basso da 41 a 80 mg	21	20	9	10
Medio-alto da 81 a 100 mg	23	28	13	6
Alto da 101 a 200 mg	40	15	20	23
Base dati = 3385				

ultimi 28 anni. Dal gennaio 2002 al luglio 2008 sono deceduti 61 pazienti di cui 27 pazienti in cura al Ser.T. e 34 soggetti che erano stati in cura al Ser.T. nel passato ma che non erano in carico al Ser.T. al momento del decesso (graf. 13, tab 5).

Graf. 12 - Percentuali degli esami tossicologici positivi in rapporto al dosaggio di metadone tra pazienti in carico al Ser.T. e dai MMG negli anni 2006-2008



Graf. 13 - Numero dei decessi noti di pazienti conosciuti al Ser.T. di Pescara tra gli anni 2002 e 2008



Tab. 5 - Tipologie di trattamento ricevute alla data del decesso

	Frequenza	Per-centuale	Per-centuale valida	Per-centuale cumulata
Validi metadone	19	31,1	31,1	31,1
MMG	3	4,9	4,9	36,1
Altro	5	8,2	8,2	44,3
Non in terapia	34	55,7	55,7	100,0
Totale	61	100,0	100,0	

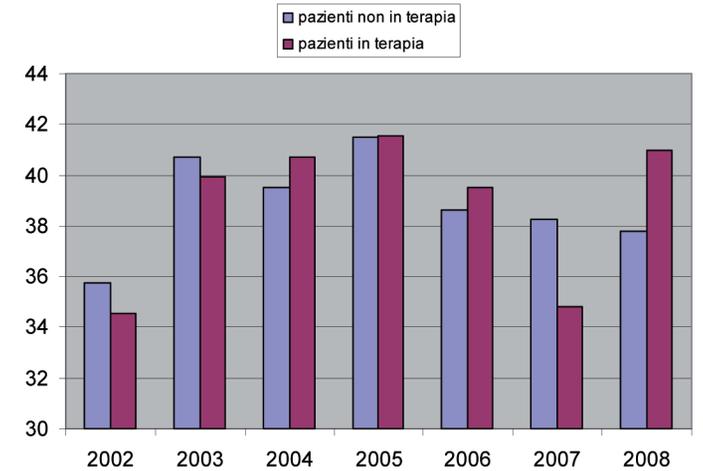
L'età media dei pazienti al momento del decesso si attesta tra i 38 e i 40 anni (graf. 14).

Solo per 47 decessi abbiamo notizia della causa. La causa più rappresentata è l'overdose, seguita dalla cirrosi, dall'AIDS e dagli incidenti stradali (tab. 6).

Venendo a considerare tutti i decessi dei pazienti che dal 1981 al 31 agosto 2008 sono stati in cura presso il servizio e di cui si è avuta notizia si rilevano le seguenti informazioni (tab. 7, graf. 15).

Le cause del decesso nella casistica del Ser.T. di Pescara dal 1981 al 2008 sono illustrate nelle tabelle 6-9.

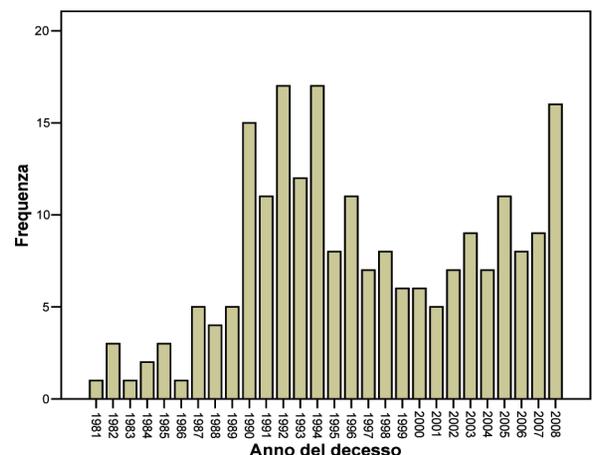
Graf. 14 - Età media alla data del decesso dei pazienti conosciuti dal Ser.T. di Pescara di cui si è avuta notizia



Tab. 6 - Le causa più rappresentate dei decessi di cui abbiamo avuto notizia

	Pazienti in cura	Pazienti non in cura
Overdose	7	8
Cirrosi	4	5
Morte violenta	0	2
Infortunio sul lavoro	1	0
Suicidio	2	3
AIDS	5	1
Incidente stradale	3	3
Mixfarmaci	0	1
Cardiopatìa	0	1
CID	1	0
Altro	4	10
Totale	27	34

Graf. 15 - Frequenze dei decessi di cui abbiamo avuto notizia divise per anno dal 1981 al 2008



Nella tabella 9 e nei grafici 16 e 17 si riportano i dati riferiti all'andamento dei decessi per AIDS e per overdose.

Tab. 7 - Frequenze dei decessi di cui abbiamo avuto notizia divise per anno dal 1981 al 2008

		Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulata
Validi	1981	1	,5	,5
	1982	3	1,4	1,9
	1983	1	,5	2,3
	1984	2	,9	3,3
	1985	3	1,4	4,7
	1986	1	,5	5,1
	1987	5	2,3	7,4
	1988	4	1,9	9,3
	1989	5	2,3	11,6
	1990	15	7,0	18,6
	1991	11	5,1	23,7
	1992	17	7,9	31,6
	1993	12	5,6	37,2
	1994	17	7,9	45,1
	1995	8	3,7	48,8
	1996	11	5,1	54,0
	1997	7	3,3	57,2
	1998	8	3,7	60,9
	1999	6	2,8	63,7
	2000	6	2,8	66,5
	2001	5	2,3	68,8
	2002	7	3,3	72,1
	2003	9	4,2	76,3
	2004	7	3,3	79,5
	2005	11	5,1	84,7
	2006	8	3,7	88,4
	2007	9	4,2	92,6
	2008	16	7,4	100,0
	Totale	215	100,0	

Tab. 8

Causa del decesso	Sesso		Da quanto tempo era conosciuto al Ser.T.	Età al decesso
	Maschio Conteggio	Femmina Conteggio	Media	Media
Non rilevato	46	7	5	35
AIDS	23	5	10	36
Overdose	55	8	7	32
Incidente stradale	15	2	8	33
Incidente sul lavoro	1	0	26	49
Morte Violenta	4	1	9	33
Suicidio	13	4	10	33
Altre malattie infettive	10	0	17	44
Altre cause 19	2	13	40	

Dalla indagine sugli outcome sociali effettuata con una raccolta dati su tutti i pazienti in trattamento al 15 luglio 2008 abbiamo rilevato le seguenti informazioni.

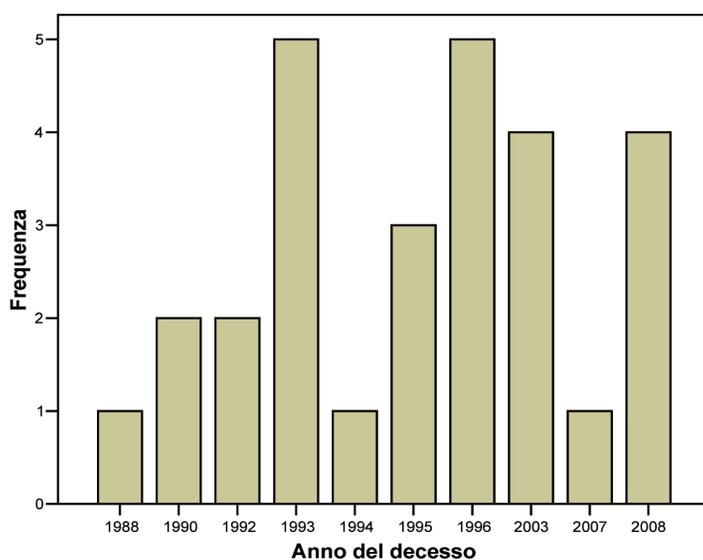
Il 45,5% dei pazienti ha un lavoro stabile e remunerato, di questi il 65,7% fa l'operaio.

Da sottolineare che il 12,9% è pensionato.

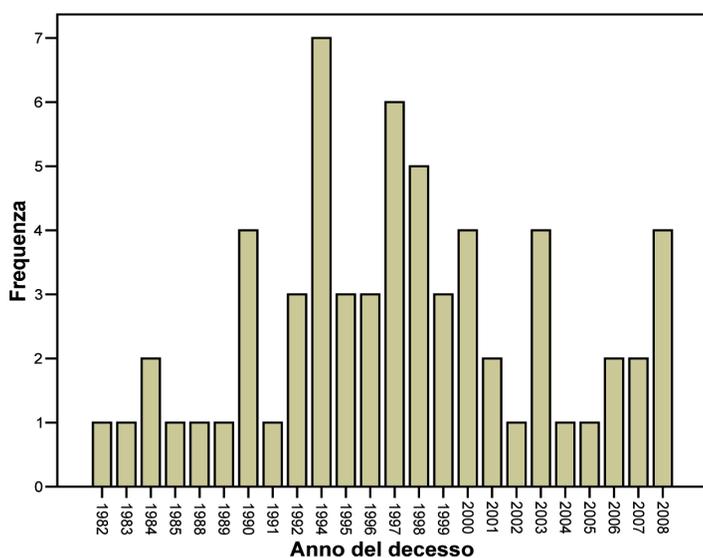
Tab. 9 - Decessi per AIDS negli anni dal 1988 al 2008: casi conosciuti

		Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulata
Validi	1988	1	3,6	3,6
	1990	2	7,1	10,7
	1992	2	7,1	17,9
	1993	5	17,9	35,7
	1994	1	3,6	39,3
	1995	3	10,7	50,0
	1996	5	17,9	67,9
	2003	4	14,3	82,1
	2007	1	3,6	85,7
	2008	4	14,3	100,0
	Totale	28	100,0	

Graf. 16 - Decessi per AIDS negli anni dal 1988 al 2008: casi conosciuti



Graf. 17 - Decessi per overdose negli anni dal 1988 al 2008: casi conosciuti

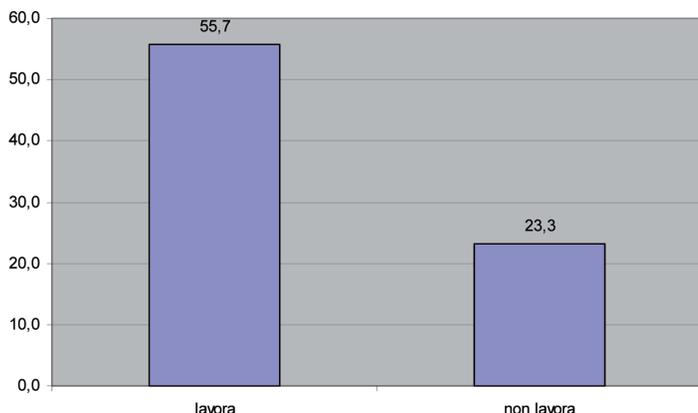


Il 40% dei lavoratori è impegnato nella stessa occupazione stabilmente da oltre 7 anni.

Oltre il 57% di coloro che lavorano assumono il metadone in regime di affidamento contro il 23,3% di chi non lavora ( $p = 0,001$ ) (graf. 18).

I pazienti che lavorano hanno una minor percentuale di positività per uso di eroina (21 vs 27), ma non significativo per il test Chi-quadrato di Pearson.

**Graf. 18 - Percentuale dei pazienti in regime di affidamento: confronto tra i lavoratori ed i disoccupati**



Il 38% dei pazienti ha ricevuto denunce per reati di varia natura nel periodo a far data dall'inizio della attuale terapia.

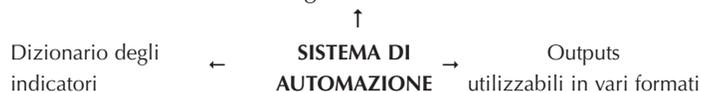
## Conclusioni

Gli indicatori di outcome più adatti per la valutazione delle terapie con metadone nei Ser.T., così come in tutti gli altri campi del sistema sanitario nazionale, sono quelli meno influenzabili dagli operatori, cioè quelli che per essere modificati, hanno bisogno di un lavoro d'equipe continuativo e costante.

Gli indicatori che abbiamo preso in considerazione hanno due caratteristiche molto importanti.

- La prima caratteristica è quella di essere multi-dimensionali, cioè che sintetizzano una situazione sotto molti punti di vista. Tali indicatori, inoltre, vengono ricavati dall'incrocio di un'attenta analisi dei dati esistenti con uno studio sulle criticità del territorio e delle strutture in esso operanti.
- La seconda caratteristica è che essi sono il prodotto di un lavoro collegiale, che è iniziato circa 3 anni fa, a cui hanno partecipato quasi tutti i Ser.T. della regione e le figure professionali impegnate nei servizi. Almeno ogni Ser.T. dovrebbe costruirsi un proprio modello in cui il denominatore unico di riferimento è la popolazione (e non l'utente) ed in particolare il singolo cittadino, cercando di definire il dizionario degli indicatori da prendere in considerazione. In Abruzzo una lunga esperienza di lavoro, di formazione e di ricerca comuni hanno fatto sì che fosse possibile confrontare i dati provenienti dal software di gestione delle attività in uso in tutta la regione, Proteus, con quelli di altri servizi. Per individuare i fattori di rischio attraverso una misurazione più predittiva, sarebbe inoltre opportuno incrociare più fattori intermedi attraverso un *incrocio ad albero*.

Data SET collegati ad una chiave unica



Gli outcomes che abbiamo analizzato sono parte di quelli in analisi e condivisi dal gruppo di lavoro organizzato da FeDer-SerD e formato dalla quasi totalità dei servizi della Regione Abruzzo, già disponibili dalla base dati generata dal software Proteus.

In questo lavoro abbiamo utilizzato solo i dati rivenienti dalle attività del nostro Ser.T., ma in un caso faremo riferimento alla straordinaria analogia riscontrata in tutta la regione.

La terapia con metadone viene condotta o esclusivamente dal Ser.T. o in collaborazione con i medici di medicina generale (MMG).

Abbiamo condotto una valutazione comparativa di molti dati considerando la incidenza al 15 gennaio e al 15 luglio dal 2002 (anno in cui abbiamo cominciato a usare Proteus per la registrazione della somministrazione delle terapie sostitutive) al 2008. Per altri dati, come per i decessi, siamo stati in grado di prendere in considerazione un arco temporale addirittura di 28 anni (1981-2008). I due outcomes sociali, lavoro e reati, sono stati definiti alla data del 15 luglio 2008.

I primi dati presi in considerazione descrivono l'utenza, documentando una realtà caratterizzata da una età media che è in continua crescita fino al dato odierno di 38 anni.

Quindi il nostro servizio, come peraltro la maggior parte di quelli italiani, si caratterizza per dare assistenza e cure principalmente a persone già avanti con l'età, con una gran prevalenza di maschi e con una storia di tossicodipendenza di 17 anni, considerando che altri lavori da noi pubblicati evidenziavano un tempo medio intercorrente dal primo uso di eroina alla prima richiesta di cure al Ser.T. di oltre 4 anni.

Essendo il solo Ser.T. in Pescara possiamo anche dire che una offerta di prestazioni schiacciata dalla pressante richiesta degli eroinomani, di cui il numero di quelli in terapia con metadone è cresciuto negli anni passando dai 120 pazienti del gennaio 2002 agli oltre 358 del luglio 2008, e che impedisce di promuovere nuovi percorsi terapeutici, fa sì che molti malati di eroina, soprattutto i meno anziani, e i malati di altre droghe come la cocaina, non trovano cure nel Sistema Sanitario Nazionale a Pescara.

Il metadone viene usato, ad una prima osservazione dei dati, a dosaggio appropriato, in accordo con i dati della letteratura.

I pazienti in cura al Ser.T. hanno un dosaggio medio di farmaco che è passato dai 64 mg. del 2002 agli 80 mg nel 2008.

Di contro i medici di medicina generale hanno in cura pazienti con un dosaggio medio inferiore, pari a 47 e 65 mg rispettivamente nei due tempi prima considerati.

La analisi delle caratteristiche dei due gruppi di pazienti ci documenta che il Ser.T. ha avviato alla collaborazione con i MMG pazienti con una storia di tossicodipendenza alle spalle di più breve durata, selezionando i più complianti.

Ed infatti essi seguono meglio le cure e per loro si può documentare una negatività per l'uso di droghe maggiore che per i pazienti in cura esclusivamente al Ser.T.

La nostra analisi ha evidenziato un dato di assoluto rilievo, che descrive un fenomeno straordinariamente analogo agli altri Ser.T. della regione Abruzzo: quanto maggiore è il dosaggio di metadone assunto tanto maggiore è la positività per l'uso sia di eroina che di cocaina.

Una lettura superficiale potrebbe indicare questo dato come in contrasto con la letteratura internazionale che indica come un dosaggio adeguato di metadone riduce le positività sia per l'uso di eroina che di cocaina.

La lettura del nostro dato e la assoluta analogia dello stesso in tutti gli altri 8 servizi osservati ci ha permesso una riflessione critica sul nostro lavoro.

In effetti la caratteristica costante dei servizi in studio è che si da un dosaggio più alto di metadone ai pazienti con una malattia più grave.

Ovvero che ai pazienti più complianti, con un miglior reinserimento sociale, in migliori condizioni psicologiche, si dà un dosaggio più basso, forse troppo basso, misurando erroneamente il risultato per confronto con coloro che vanno peggio e così accontentandosi degli stessi.

Questa interpretazione trova sostegno anche dal fatto che i pazienti meno compromessi in cura con la collaborazione dei MMG mostrano un dosaggio medio di metadone più basso.

La valutazione di questo outcome ci ha indotto a prevedere e già promuovere una nuova ricerca per documentare i risultati conseguenti ad un aumento di dosaggio del metadone ai pazienti che ora sono in cura con meno di 40 mg.

Peraltro i risultati complessivi rispetto alla astensione dall'uso di eroina e cocaina dei nostri pazienti in terapia con metadone è in linea con i migliori risultati evidenziati dalla letteratura internazionale.

Ad ulteriore conferma di questo la maggior parte dei nostri pazienti è in cura con un regime di affidamento del farmaco e molti di loro hanno un lavoro stabile.

Il 40% dei lavoratori è impegnato stabilmente nella stessa occupazione da oltre 7 anni.

### **Commentiamo ora il risultato di questa ricerca che riteniamo essere di particolare rilevanza e interesse**

Dal 2002 al 2008 la percentuale di esami, nel loro complesso, positivi per l'uso di eroina e cocaina è aumentata.

Gli operatori concordano che questo dato sia da mettere in relazione con l'incremento che si è registrato nel nostro territorio della disponibilità di queste droghe ad un prezzo sempre più basso ed in una condizione di sempre più facile acquisto.

Nella nostra città siamo passati in 8 anni da 7 etti di eroina sequestrata in 12 mesi alle molte centinaia di chilogrammi di eroina e di cocaina sequestrati nei primi otto mesi di quest'anno.

Una aggressione "professionale" del mercato della droga al piccolo consumatore che trova le forze sociali del territorio assenti e insensibili.

Ma un altro elemento che molto probabilmente incide sull'incremento delle positività dei cataboliti di eroina e cocaina sta nell'impatto che sul setting ha avuto un incremento di utenza come quello da noi registrato.

Per verificare queste due ipotesi abbiamo eseguito due correlazioni bivariate assumendo come variabili il numero di pazienti per semestre e la percentuale ora dei pazienti positivi per eroina e ora di quelli positivi per cocaina.

Abbiamo usato i coefficienti di correlazione di Pearson e di Spearman in un test di significatività a due code.

Abbiamo quindi creato una variabile tempo individuando con un numero progressivo i 14 semestri in osservazione per poi produrre una regressione lineare in cui abbiamo posto come variabile indipendente il tempo e come variabile dipendente rispettivamente la percentuale dei pazienti positivi per eroina e per cocaina.

I risultati ci dicono che all'aumentare del numero dei pazienti in cura aumenta il numero degli stessi positivi sia per l'uso di eroina che di cocaina e tale aumento raggiunge una alta significatività statistica ( $p = 0,007$  per la eroina e  $p = 0,000$  per la cocaina).

Come anche questi incrementi sono in relazione con il passare dei semestri indipendentemente dal numero dei pazienti.

Questi dati danno una conferma statistica alle considerazioni espresse dagli operatori.

Pertanto i dati di questa ricerca e il modello di analisi statistica proposto ci permettono di affermare che abbiamo dimostrato che questo outcome di grande importanza della terapia con metadone, che è la astensione dall'uso di droghe, viene fortemente condizionato in termini negativi sia dalla sempre più ampia disponibilità della droga sul mercato e dalle rappresentazioni sociali sempre più positive dell'uso delle stesse che dalla insufficiente intensità assistenziale conseguente ad un eccessivo numero di pazienti in carico al servizio.

Veniamo ora all'ultimo degli outcomes presi in considerazione in questo lavoro: la mortalità.

Il dato è sempre comunque sottostimato in riferimento alle morti che coinvolgono i pazienti conosciuti nel passato al Ser.T. ma non più in terapia e i malati tossicodipendenti mai conosciuti.

Le diagnosi di morte spesso non pongono in relazione la stessa con la droga, ma neppure la citano. Mentre invece il dato è puntuale quando riferito ai pazienti in trattamento.

Pur con queste considerazioni la maggior parte dei decessi di tossicodipendenti in questi ultimi 7 anni sono occorsi a malati da eroina non in cura al Ser.T. (34 vs 27).

La media della età dei malati deceduti è ricompresa intorno ai 40 anni in linea con l'età dei nostri pazienti.

Le cause di morte più rappresentate sono l'overdose, la cirrosi epatica, gli incidenti stradali e l'AIDS.

Considerando tutti i decessi conosciuti e occorsi dal 1981 ad oggi si evidenzia un picco di mortalità intorno agli anni 1990-1994 e una ripresa dell'incremento della mortalità negli ultimi anni.

Questo dato andrà sicuramente approfondito con una specifica ricerca.

### **Bibliografia**

1. McLellan A.T. (2002), "Technology transfer and the treatment of addiction: what can research offer practice?", *J Subst Abuse Treat.*, Jun, 22(4):169-70.
2. McLellan A.T. (2002), "Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective", *Addiction*, Mar, 97(3):249-52.
3. McLellan A.T., Lewis D.C., O'Brien C.P., Kleber H.D. (2000), "Comment", *JAMA*, Jan 24-31; 285(4):409.
4. (2000), "Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation", *JAMA*, Oct 40, 284(13):1689-95.
4. McLellan A.T., Hagan T.A., Levine M., Meyers K., Gould F., Bencivengo M., Durell J., Jaffe J. (1999), "Does clinical case management improve outpatient addiction treatment", *Drug Alcohol Depend*, Jun 1, 55(1-2):91-103.
5. Belding M.A., McLellan A.T., Zanis D.A., Incmikoski R. (1998), "Characterizing 'nonresponsive' methadone patients", *J Subst Abuse Treat*, Nov-Dec, 15(6):485-92.
6. French M.T., Dunlap L.J., Zarkin G.A., McGeary K.A., McLellan A.T. (1997), "A structured instrument for estimating the economic cost of drug abuse treatment. The Drug Abuse Treatment Cost Analysis Program (DATCAP)", *J Subst Abuse Treat*, Sep-Oct, 14(5):445-55.

7. Kraft M.K., Rothbard A.B., Hadley T.R., McLellan A.T., Asch D.A. (1997), "Comment", *Am J Psychiatry*, Sep, 154(9):1195-7.
- (1997), "Are supplementary services provided during methadone maintenance really cost-effective?", *Am J Psychiatry*, Sep, 154(9):1214-9.
8. French M.T., McGeary K.A. (1997), "Estimating the economic cost of substance abuse treatment", *Health Econ*, Sep-Oct, 6(5):539-44.
9. Jefferson T., Demicheli V., Vale L. (2002), "Comment", *JAMA*, Aug 28, 288(8):959; discussion 959.
- (2002), "Quality of systematic reviews of economic evaluations in health care", *JAMA*, Jun 5, 287(21):2809-12.
10. McLellan A.T., Hagan T.A., Levine M., Gould F., Meyers K., Bencivengo M., Durell J. (1998), "Supplemental social services improve outcomes in public addiction treatment", *Addiction*, Oct, 93(10):1489-99.
11. Mark T.L., Woody G.E., Juday T., Kleber H.D. (2001), "The economic costs of heroin addiction in the United States", *Drug Alcohol Depend*, Jan 1, 61(2):195-206.
12. Bower P., Byford S., Barber J., Beecham J., Simpson S., Friedli K., Corney R., King M., Harvey I. (2003), "Meta-analysis of data on costs from trials of counselling in primary care: using individual patient data to overcome sample size limitations in economic analyses", *BMJ*, Jun 7, 326(7401):1247-50.
13. Rosenheck R., Kosten T (2001), "Buprenorphine for opiate addiction: potential economic impact", *Drug Alcohol Depend*, Aug 1, 63(3):253-62.
14. Garnick D.W., Hodgkin D., Horgan C.M. (2002), "Selecting data sources for substance abuse services research", *J Subst Abuse Treat*, Jan, 22(1):11-22.
15. Laska E.M., Meisner M., Siegel C., Wanderling J. (2002), "Statistical determination of cost-effectiveness frontier based on net health benefits", *Health Econ*, Apr, 11(3):249-64.
16. Mason J., Freemantle N., Nazareth I., Eccles M., Haines A., Drummond M. (2001), "When is it cost-effective to change the behavior of health professionals?", *JAMA*, Dec 19, 286(23):2988-92.
17. Uchtenhagen A. (2003), "Conversation with Ambros Uchtenhagen", *Addiction*, Apr;98(4):389-96.
18. French M.T., Salome H.J., Sindelar J.L., McLellan A.T. (2002), "Benefit-cost analysis of addiction treatment: methodological guidelines and empirical application using the DATCAP and ASI", *Health Serv Res*, Apr, 37(2):433-55.
19. Dennis M.L., Perl H.I., Huebner R.B., McLellan A.T. (2000), "Twenty-five strategies for improving the design, implementation and analysis of health services research related to alcohol and other drug abuse treatment", *Addiction*, Nov, 95 Suppl 3:S281-308.
20. French M.T., Salome H.J., Carney M. (2002), "Using the DATCAP and ASI to estimate the costs and benefits of residential addiction treatment in the State of Washington", *Soc Sci Med*, Dec, 55(12):2267-82.
21. Mojtabei R., Zivin J.G. (2003), "Effectiveness and cost-effectiveness of four treatment modalities for substance disorders: a propensity score analysis", *Health Serv Res*, Feb, 38(1 Pt 1):233-59.
22. Cartwright W.S. (2000), "Cost-benefit analysis of drug treatment services: review of the literature\*", *J Ment Health Policy Econ*, Mar 1, 3(1):11-26.
23. Adam T., Koopmanschap M.A. (2003), "Cost-effectiveness analysis: can we reduce variability in costing methods", *Int J Technol Assess Health Care*, Spring, 19(2):407-20.
24. Kreek M.J. (2001), "Drug addictions. Molecular and cellular endpoints", *Ann N Y Acad Sci*, Jun, 937:27-49.
25. Shen Q., McLellan A.T., Merrill J.C. (2000), "Client's Perceived Need for Treatment and Its Impact on Outcome", *Subst Abuse*, Sep, 21(3):179-192.
26. French M.T., Salome H.J., Krupski A., McKay J.R., Donovan D.M., McLellan A.T., Durell J. (2000), "Benefit-cost analysis of residential and outpatient addiction treatment in the State of Washington", *Eval Rev*, Dec, 24(6):609-34.
27. McLellan A.T., Woody G.E., Metzger D., McKay J., Durrell J., Alterman A.I., O'Brien C.P. (1996), "Evaluating the effectiveness of addiction treatments: reasonable expectations, appropriate comparisons", *Milbank Q*, 74(1):51-85.
28. Woody G.E., McLellan A.T., Luborsky L., O'Brien C.P. (1995), "Psychotherapy in community methadone programs: a validation study", *Am J Psychiatry*, Sep, 152(9):1302-8.
29. Salome H.J., French M.T. (2001), "Using cost and financing instruments for economic evaluation of substance abuse treatment services", *Recent Dev Alcohol*, 15:253-69.
30. Willan A.R., O'Brien B.J. (1999), "Erratum", *Health Econ*, Sep, 8(6):559.
- (1996), "Confidence intervals for cost-effectiveness ratios: an application of Fieller's theorem", *Health Econ*, Jul-Aug, 5(4):297-305.
31. Brown T.G., Topp J., Ross D. (2003), "Rationales, obstacles and strategies for local outcome monitoring systems in substance abuse treatment settings", *J Subst Abuse Treat*, Jan, 24(1):31-42.
32. French M.T., Mausekopf J.A., Teague J.L., Roland E.J. (1996), "Estimating the dollar value of health outcomes from drug-abuse interventions", *Med Care*, Sep, 34(9):890-910.
33. McIntosh E., Donaldson C., Ryan M. (1999), "Recent advances in the methods of cost-benefit analysis in healthcare. Matching the art to the science", *Pharmacoeconomics*, Apr, 15(4):357-67.
34. Schumacher J.E., Mennemeyer S.T., Milby J.B., Wallace D., Nolan K. (2002), "Costs and effectiveness of substance abuse treatments for homeless persons", *J Ment Health Policy Econ*, Mar, 5(1):33-42.
35. Miller N.S., Sheppard L.M. (1999), "The role of the physician in addiction prevention and treatment", *Psychiatr Clin North Am*, Jun, 22(2):489-505.
36. Weitzman E.A. (1999), "Analyzing qualitative data with computer software", *Health Serv Res*, Dec, 34(5 Pt 2):1241-63.
37. Wild T.C. (1999), "Compulsory substance-user treatment and harm reduction: a critical analysis", *Subst Use Misuse*, Jan, 34(1):83-102.
38. Koopmanschap M.A., Rutten F.F. (1996), "A practical guide for calculating indirect costs of disease", *Pharmacoeconomics*, Nov, 10(5):460-6.
39. Reuter P. (2001), "Why does research have so little impact on American drug policy", *Addiction*, Mar, 96(3):373-6.
40. Des Jarlais D.C., Hubbard R. (1999), "Treatment for drug dependence", *Proc Assoc Am Physicians*, Mar-Apr, 111(2):126-30.
41. Pulvirenti L., Diana M. (2001), "Drug dependence as a disorder of neural plasticity: focus on dopamine and glutamate", *Rev Neurosci*, 12(2):141-58.
42. Guttlinger F., Gschwend P., Schulte B., Rehm J., Uchtenhagen A. (2003), "Evaluating long-term effects of heroin-assisted treatment: the results of a 6-year follow-up", *Eur Addict Res*, Apr, 9(2):73-9.
43. French M.T., Roebuck M.C., McLellan A.T., Sindelar J.L. (2000), "Can the Treatment Services Review be used to estimate the costs of addiction and ancillary services?", *J Subst Abuse*, 12(4):341-61.
44. Douaihy A.B., Jou R.J., Gorske T., Salloum I.M. (2003), "Triple diagnosis: dual diagnosis and HIV disease, Part 1", *AIDS Read*, Jul, 13(7):331-2, 339-41.
45. Parthasarathy S., Mertens J., Moore C., Weisner C. (2003), "Utilization and cost impact of integrating substance abuse treatment and primary care", *Med Care*, Mar, 41(3):357-67.
46. Cuijpers P. (2002), "Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review", *Addict Behav*, Nov-Dec, 27(6):1009-23.
47. Moolchan E.T., Umbricht A., Epstein D. (2001), "Therapeutic drug monitoring in methadone maintenance: choosing a matrix", *J Addict Dis*, 20(2):55-73.
48. Joseph H., Stancliff S., Langrod J. (2000), "Methadone maintenance treatment (MMT): a review of historical and clinical issues", *Mt Sinai J Med*, Oct-Nov, 67(5-6):347-64.
49. Barnett P.G. (1999), "The cost-effectiveness of methadone maintenance as a health care intervention", *Addiction*, Apr, 94(4):479-88.
50. Finney J.W., Moos R.H. (1992), "The long-term course of treated alcoholism, II: predictors and correlates of 10-year functioning and mortality", *J Stud Alcohol*, 53:142-153.
51. Hubbard R.L., Craddock G., Flynn P.M., Anderson J., Etheridge R. (1997), "Overview of 1-year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS)", *Psychol Addict Behav*, 11:261-278.

52. McLellan A.T., McKay J. (1998), "The treatment of addiction: what can research offer practice?", in Lamb S., Greenlick M., McCarty D. (eds.), *Bridging the Gap: Forging New Partnerships in Community-Based Drug Abuse Treatment*, Washington, DC, National Academy Press.
53. National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction (1998), "Effective medical treatment of opiate addiction", *JAMA*, 280:1936-1943.
54. McLellan A.T., Metzger D.S., Alterman A.L. et al., "Is addiction treatment 'worth it'? public health expectations, policy-based comparisons", in Fox J.S. (ed.), *Proceedings of Josiah Macy Conference on Medical Education*, New York, NY, Josiah Macy Foundation, pp. 165-212.
55. Moos R.H., Finney J.W., Cronkite R.C. (1990), *Alcoholism Treatment: Context, Process and Outcome*, New York, NY, Oxford University Press.
56. Gerstein D., Harwood H. (eds.), *Treating Drug Problems: A Study of the Evolution, Effectiveness, and Financing of Public and Private Drug Treatment Systems*, Washington, DC, National Academy Press.
57. National Institute on Drug Abuse (1999), *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based Guid*, Bethesda, Md, National Institutes of Health. NIH publication 99-4180.
58. O'Brien C.P., McLellan A.T. (1996), "Myths about the treatment of addiction", *Lancet*, 347:237-240.
59. American Society of Addiction Medicine (1998), *Principles of Addiction Medicine*, 2nd ed. New York, NY, Harcourt Brace Press.
60. Lowinson J., Ruiz P., Millman R.B. (eds.) (1992), *Substance Abuse, A Comprehensive Textbook*, 2nd ed. Baltimore, Md, Williams & Wilkins, pp. 56-69.
61. Zanis D.A., McLellan A.T., Alterman A.L., Cnaan R.A. (1996), "Efficacy of enhanced outreach counseling to reenroll high-risk drug users 1 year after discharge from treatment", *American Journal of Psychiatry*, 153:1095-1096.
62. Scalfaro O.L. (2003), "Contro gli equidistanti", *MicroMega*, 4:48-56.
63. D'Egidio P. (2002), "I costi dei programmi di trattamento per l'abuso di sostanze", *Mission*, 2:13-16.
64. Carroll K.M., Nich C., McLellan A.T., McKay J.R., Rounsaville B.J. (1999), "'Research' versus 'real-world' patients: representativeness of participants in clinical trials of treatments for cocaine dependence", *Drug Alcohol Depend*, Apr 1, 54(2):171-7.

## RECENSIONE



Nadia Della Torre

### SER.T. E MEDICI DI MEDICINA GENERALE NELLA CURA DEI PAZIENTI EROINOMANI

Collana: Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso/Quaderni  
pp. 144, € 14,50 – Cod. 231.1.43 (V)

possesso degli operatori: la relazione tra i tossicodipendenti da eroina e coloro che di essi si prendono cura, l'utilità del supporto psicologico e il coinvolgimento dei familiari, la centralità del colloquio, l'ingresso e la diffusione dei trattamenti farmacologici sul territorio.

Dopo una sintesi storico-culturale sulle sostanze derivate dagli oppiacei e una descrizione del corretto uso del metadone, il volume ripropone le considerazioni degli operatori che hanno collaborato al progetto e anche dei pazienti in merito alla loro condizione e al trattamento. Il libro si rivolge agli operatori dei Servizi per le Tossicodipendenze, ai medici di medicina generale e a quanti operano nei reparti ospedalieri, ai familiari dei pazienti eroinomani e a tutti coloro che giornalmente affrontano in prima persona il problema della tossicodipendenza.

Nadia Della Torre, criminologo, è dirigente medico presso il Ser.T. di Pescara dal 1992.

Partendo dalla descrizione di un progetto di cooperazione tra il Ser.T. di Pescara e i medici di medicina generale della provincia, il volume descrive e analizza le modalità operative e gli strumenti in

## NOTIZIE IN BREVE

### Accertamento di assenza di tossicodipendenza in particolari categorie di lavoratori: un'applicazione complessa

#### Comunicato stampa delle delegazioni nazionali di FeDerSerD e della Società Italiana di Medicina del Lavoro e di Igiene Industriale

In data 18 ottobre si sono incontrate a Varese le delegazioni nazionali dalla SIMLII (Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale) e di FeDerSerD (Federazione Italiana Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze) per confrontarsi sulle procedure attuative relative all'Accordo Stato-Regioni pubblicato in GU dell'8 ottobre 2008, n. 236.

Gli argomenti affrontati riguardano il ruolo del Medico Competente e dei Professionisti dei Servizi per le Tossicodipendenze ai quali spettano gli oneri maggiori nell'applicazione delle procedure per accertare l'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope o lo stato di dipendenza in alcune categorie di lavoratori. Le procedure previste dall'Accordo Stato-Regioni appaiono molto complesse e attribuiscono compiti e responsabilità critici per i professionisti in campo: in particolare il Medico Competente è chiamato a svolgere compiti che potrebbero compromettere il rapporto di fiducia con i lavoratori e il datore di lavoro e che sottraggono molto tempo per gli

adempimenti formali e che non sono in linea con la cultura e la prassi della Medicina del Lavoro, rivolta alla tutela della salute e della sicurezza, oltre che alla promozione della salute dei lavoratori.

Le due Società Scientifiche sono impegnate a diffondere la cultura della prevenzione e della sicurezza anche dei soggetti terzi attraverso la salvaguardia dei lavoratori che dovranno affrontare i controlli previsti dalla legge. Le due Società si adopereranno rapidamente per far pervenire ai Soggetti Istituzionali interessati le loro osservazioni in merito all'Accordo Stato-Regioni per fornire elementi validi ad una ridefinizione dei compiti e delle attribuzioni dei professionisti coinvolti e alla produzione di raccomandazioni operative per gli addetti ai lavori.

Per tali motivi la SIMLII e la FeDerSerD si propongono di costituire un gruppo di lavoro permanente per monitorare l'applicazione dell'Accordo e le ricadute dal punto di vista applicativo, sociale e scientifico.

Prof. Giuseppe Abbritti, Presidente SIMLII  
Prof. Alfio Lucchini, Presidente FeDerSerD

# Dati di outcome nell'utilizzo del metadone in affidamento: l'esperienza combinata di due Ser.T. a Roma

Marco Forner\*, Catia Lelli\*, Claudio Leonardi\*\*

## Premessa

L'esperienza italiana corroborata dagli studi epidemiologici a carattere nazionale ed internazionale ha ormai dimostrato da tempo come la consegna della terapia metadonica per più giorni, partecipata direttamente con il paziente, monitorata dal personale Ser.T. e gestita attraverso un protocollo chiaro e condiviso, aiuti il paziente a migliorare la propria autonomia; ad enfatizzare gli aspetti positivi del non doversi recare quotidianamente al Ser.T.; ad affrancarsi dal proprio stato di tossicodipendente e a darsi la possibilità di avere una vita di relazioni e, magari lavorativa, meno condizionata dall'assunzione quotidiana del farmaco presso il Ser.T. stesso.

Pertanto anche alla luce della nuova normativa nazionale del 2007 in tema di affido di farmaci stupefacenti ai pazienti in trattamento presso i Ser.T., nei Servizi Tossicodipendenze della ASL RM/A Distretto 1 e della ASL RM/C Distretto 11 è stato condotto uno studio osservazionale combinato teso a valutare i diversi outcomes correlati all'affido terapeutico per i pazienti in trattamento metadonico personalizzato.

Scopo precipuo dello studio è stato quello di verificare l'incidenza del processo "affidamento" su alcuni parametri di esito su un gruppo di pazienti sottoposti a consegna personale del metadone rispetto ad un gruppo di pazienti di controllo in trattamento metadonico quotidiano, omogenei per età, sesso, condizione lavorativa, familiare e, soprattutto, per storia tossicomana.

## Materiale e metodi

L'obiettivo principale di questo studio è stato quello di valutare i risultati nell'ambito di un setting clinico corrente.

Per tale motivo non ha previsto l'assegnazione randomizzata dei pazienti testati ad uno specifico gruppo di trattamento in quanto si è trattato di uno studio con un piano "non-interventional" ed osservazionale.

I pazienti selezionati in questo studio sono stati arruolati solo per la rilevazione d'informazioni relative alla cura ed al decorso clinico in condizioni routinarie di trattamento e non vi sono stati, pertanto, trattamenti od interventi terapeutici ai quali i pazienti possano essere stati assegnati in modo casuale.

Inoltre, anche la scelta dei Ser.T. che hanno fornito i dati presi in esame nello studio, è stata casuale e non ha seguito un disegno specifico dovendosi, per necessità, basarsi sulla progressiva disponibilità dei singoli servizi a collaborare nella stesura dello studio stesso.

Questi fatti, tuttavia, non hanno impedito di ritenere i dati raccolti estremamente validi, seppur preliminarmente, ai fini di una valutazione statistica di tipo descrittivo dei risultati ottenuti.

\* Ser.T. Riari, ASL RM/A - Distretto 1.

\*\* Ser.T. Appia Antica, ASL RM/C - Distretto 11.

La valutazione descrittiva è stata, comunque, arricchita da un'analisi statistica attraverso l'ausilio dello Statistical Package for Social Sciences (SPSS® 1997).

Al fine di ridurre il più possibile i "bias" correlati alla selezione del campione di soggetti da valutare, sono stati vagliati per lo studio osservazionale, gli ingressi progressivi in trattamento metadonico sviluppatasi dal 1 settembre 2007 al 31 marzo 2008 (60 ingressi totali), di pazienti dipendenti in via primaria da eroina a 40 dei quali, dopo opportuna valutazione, è stato concesso l'affidamento terapeutico della terapia metadonica ad un dosaggio di mantenimento.

Il nostro studio osservazionale ha previsto un'analisi delle variabili di esito (ricaduta nell'uso di eroina; stabilità del dosaggio metadonico; modifica della condizione lavorativa e ritenzione in trattamento) nei sei mesi successivi al primo mese di trattamento (periodo di stabilizzazione del dosaggio metadonico) e si è prefisso lo scopo di essere rigoroso e contestualmente flessibile. La rigidità è stata rappresentata sia dalla necessità di fornire tutti i dati sensibili di valutazione che dal rispetto comune, per quanto riguarda l'ammissione allo studio, dei criteri d'inclusione e d'esclusione nella stima osservazionale.

La flessibilità è stata rappresentata dai dosaggi di metadone utilizzati nei programmi terapeutici e dalle diverse metodologie di valutazione del paziente che sono state autonomamente adottate nei singoli Ser.T. partecipanti allo studio.

Per la raccolta delle informazioni è stata utilizzata un'apposita scheda raccolta dati per ogni singolo paziente comprendenti informazioni sul Ser.T. di provenienza; informazioni socio-anagrafiche; anamnesi tossicologica e frequenza assunzione sostanze stupefacenti secondarie e terziarie; profilo urinario settimanale; dosaggio del metadone; informazioni sulle causali e sui tempi di un eventuale abbandono della terapia.

Sono rientrati nell'indagine tutti i pazienti in carico presso i Ser.T. partecipanti allo studio, con età uguale e/o maggiore ai 18 anni, già conosciuti e selezionati per una terapia con farmaci agonisti, perché affetti da una dipendenza psichica da sostanze secondo il DSM-IV.

Essendo uno studio di tipo "non-interventional" e osservazionale, tutti i pazienti hanno eseguito un trattamento agonista secondo i criteri discrezionali dei professionisti partecipanti, in osservanza dei protocolli esistenti nei singoli Ser.T. partecipanti.

L'osservazione dei risultati si è sviluppata per tutti quei pazienti che hanno eseguito al tempo 0 dello studio ed ogni settimana:

- l'esame urine per la determinazione dei metaboliti degli oppiacei, della cocaina, dei cannabinoidi e del metadone;
- la raccolta dei dati anamnestici (anagrafici - sociali - tossicologici) mediante la scheda in precedenza descritta;
- la visita medica;
- i test ematochimici di routine;
- i colloqui psicosociali.

Sono stati esclusi dallo studio i pazienti con:

- grave insufficienza respiratoria;
- gravi epatopatie con ipertransaminasemia stabile;
- gravi nefropatie, endocrinopatie ed immunodeficienze con complicanze clinicamente misurabili;
- gravi disturbi psichiatrici, individuati mediante visita psichiatrica ed eventuale esecuzione di MMPI2;
- ipertensione endocranica da traumi cerebrali attuali e/o progressivi;
- malattie organiche induttrici di disturbi dell'umore;
- partecipazione contemporanea ad un altro studio che prevedeva uno specifico intervento terapeutico e/o una terapia con un farmaco sperimentale;
- le femmine risultate in stato di gravidanza dopo esecuzione delle bHCG ematiche.

A tutti i pazienti coinvolti in questa ricerca sperimentale è stato proposto di effettuare colloqui, sottolineandone la non obbligatorietà, con la figura dello psicologo con cadenza settimanale. Mentre il gruppo dei soggetti in affidamento è stato formato dalla associazioni di pazienti afferenti ad entrambi i Ser.T., il gruppo di controllo è stato rappresentato da 40 soggetti afferenti quotidianamente solo al Ser.T. della ASL RM/C, omogeneo, comunque, al campione osservato in affidamento terapeutico ed in trattamento con metadone a mantenimento.

## Risultati

Nel gruppo dei pazienti in affidamento terapeutico settimanale il profilo maschile (28 soggetti) è quello del paziente celibe, di età compresa tra i 25 e i 35 anni, stabilmente occupato, con più di dieci anni di dipendenza primaria da eroina, mentre il profilo femminile (12 soggetti) è quello della paziente nubile e/o coniugata, di età compresa i 30 e i 35 anni, parzialmente occupata o in cerca di prima occupazione, con più di dieci anni di dipendenza primaria da eroina.

Al tempo 0 il THC (54%) e la cocaina (25,8%) sono risultate essere le sostanze d'abuso secondarie più frequenti.

Il 20,2% dei trattamenti è stato allestito in soggetti che abusavano di alcol come sostanza secondaria.

Il 5,8% dei trattamenti è stato allestito in pazienti che abusavano di psicofarmaci.

Non si sono registrate modificazioni statisticamente significative ( $P = 0.5$ ) del consumo di alcol e di psicofarmaci ai vari dosaggi di metadone mentre, nel gruppo di soggetti in affidamento rispetto a quello in trattamento giornaliero, si è registrato una riduzione della positività per il THC del 22,7% dopo 6 mesi di osservazione ( $P = 0.002$ ).

Per la cocaina la positività urinaria si è ridotta del 14,9% dopo 6 mesi ( $P < 0.05$ ).

A tutti i 40 pazienti, differentemente dalla prassi ordinaria della somministrazione quotidiana del metadone, è stata affidata la posologia di farmaco necessaria per sei giorni di terapia, intercalati da un giorno di assunzione del farmaco presso il Ser.T., data nella quale si fissava colloquio di verifica.

A tutti sono stati prescritti doping settimanali il cui esito, con decisione concordata con i pazienti, non avrebbe comportato variazioni nei dosaggi.

Quindi, in caso di doping positivo all'eroina, non sarebbe seguito alcun aumento del dosaggio di metadone.

Questo protocollo è stato accolto di buon grado dai soggetti del gruppo dei "neofiti" del Ser.T., ma è stato oggetto di contratta-

zioni con la maggior parte dei pazienti "di lungo corso", allestiti però dalla possibilità di non doversi recare giornalmente al Ser.T.

Il dosaggio di metadone allo 0,5% medio è stato di 63 mg/die con oscillazioni che andavano dai 42 agli 86 mg/die.

Dopo il secondo mese di affidamento non si sono registrate modificazioni significative del dosaggio metadonico stabilito, mentre quasi settimanalmente si è provveduto ad un aggiustamento del dosaggio nel gruppo di controllo che ha richiesto accomodamenti giornalieri della dose in funzione delle oscillazioni di abuso di eroina.

I risultati delle indagini tossicologiche nel gruppo di pazienti in affidamento rispetto a quello in terapia giornaliera non hanno dimostrato una riduzione significativa del consumo di eroina nel primo mese di trattamento ( $P = 0.7$ ).

Statisticamente significative, invece, si sono rivelate le misurazioni effettuate dal secondo mese in poi e rispettivamente -2,7% al II mese ( $P < 0.05$ ); -24,2% al III mese ( $P < 0.01$ ); -54,9% al IV mese ( $P < 0.05$ ); -72,3% al V mese ( $P = 0.002$ ) e -92,4% al VI mese ( $P = 0.001$ ).

Il 32,7% dei soggetti appartenenti al gruppo di controllo hanno interrotto il trattamento in un periodo tra i 46 e gli 88 giorni di osservazione.

Molti di loro hanno replicato il trattamento successivamente ma non sono stati più oggetto di valutazioni osservative relativamente a questo studio.

Infine, durante lo studio abbiamo osservato un miglioramento globale delle condizioni psicofisiche e sociali dei soggetti in affidamento (7 di loro hanno ripreso o iniziato una nuova attività lavorativa) che però non abbiamo quantificato ulteriormente attraverso altri strumenti psicodiagnostici.

## Discussione

L'esiguità del campione e la scelta dello stesso in base a criteri empirici non consente una valutazione di tipo quantitativo/statistico definitiva; tuttavia una valutazione "puramente" qualitativa consente di poter tranquillamente affermare che l'affido settimanale del farmaco ha prodotto degli ottimi risultati relativamente alla disassuefazione dall'eroina, alla emancipazione del paziente rispetto alla frequenza quotidiana del Ser.T., e ad un netto miglioramento dell'autostima. Ovviamente si potrebbe garantire una migliore percezione della validità del sistema di affido del farmaco attraverso un confronto tra gruppi di pazienti "affidati" e "non affidati" o "affidati" e "affidati", anche valutando questi risultati secondo una modalità di consegna del farmaco diversa, ad esempio mensile.

Infine si potrebbero valutare i risultati del sistema di affido anche alla luce di dosaggi metadonici più alti ed in linea con i dettami della "Good Clinical Practice" in ambito tossicologico.

Nonostante questo comunque, diversi dati scaturiti dal presente studio osservazionale, ci confortano nel credere valido il sistema di affido adottato ed il concetto generale di "consegna" terapeutica:

- la drastica riduzione delle ricadute nell'uso di eroina prodotto nei pazienti in affidamento rispetto a quello di controllo;
- la stabilità della dose di metadone nel gruppo degli "affidati";
- le "oscillazioni" comportamentali, tossicologiche e degli atteggiamenti in senso ampio nei pazienti del gruppo di controllo rispetto a quello dei soggetti in "consegna";
- la forma farmaceutica con concentrazione allo 0,5% del metadone che facilita il trasporto e la gestione del farmaco da parte del paziente.

L'allontanamento del paziente dal Ser.T. grazie all'affido del farmaco facilita, in ultimo, una presa di distanze verso il gruppo dei pari e verso il Ser.T. stesso, attenuando quelle dipendenze di contorno alla patologia del paziente tossicodipendente.

È presumibile, infine, che laddove avessimo applicati anche dei criteri di indagine farmaco-economica, avremmo potuto evidenziare anche dei vantaggi rispetto al concetto generale dei costi *versus* l'efficacia degli esiti terapeutici ed organizzativi adottati nel corrente studio osservazionale.

## Bibliografia

1. Haasen C., Van Den Brink W. (2006), "Innovations in agonist maintenance treatment of opioid-dependent patients", *Curr Opin Psychiatry*, 19:(6)-631-636
2. Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence (2007), NICE Technology Appraisal Guidance 114 ([www.nice.org.uk/TA114](http://www.nice.org.uk/TA114)).
3. L. Amato *et al.* (2008), "Trattamenti delle tossicodipendenze e dell'alcolismo: le revisioni sistematiche della letteratura scientifica", *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008.

## RECENSIONE



A cura di S. Conti, R. Marzo,  
A. Caruso, A. Nettuno, M. Merendi

### **DIVERTIMENTO E DIPENDENZA: IL RISCHIO E L'AZZARDO** Indagine sui comportamenti di gioco ed esperienze cliniche dell'équipe GAP

E-book  
Collana: Clinica delle dipendenze e dei  
comportamenti di abuso/Quaderni  
pp. 80, € 13,00 – Cod. 7000.18

za di rincorrere una vincita. Sappiamo quanto sia eccitante entrare nel mondo del gioco d'azzardo, pensare di mettere in gioco le proprie abilità, assaporare il piacere del rischio, mettersi in competizione con il destino.

L'équipe GAP (Gioco Azzardo Patologico) dell'ASL MI 3 ha condotto un'indagine territoriale i cui risultati, riportati nella prima parte del volume, hanno evidenziato quanto questo fenomeno sia ancora sommerso e quanto la potenziale richiesta di aiuto sia ancora inespressa.

La seconda parte del testo è dedicata alla clinica: vi sono raccolte alcune testimonianze di giocatori patologici in carico all'ambulatorio, un'esperienza clinica di trattamento e gli indirizzi per contattare i servizi territoriali che si occupano di gioco d'azzardo.

Il volume si propone come strumento di lavoro, di confronto e di sensibilizzazione per quanti operano nel settore della clinica del gioco d'azzardo, ma si rivolge anche a quanti sono interessati ad una fotografia territoriale aggiornata del fenomeno.

"Il gioco continua, continuate a vincere!". Questo è uno degli slogan pubblicitari che invita le persone a giocare d'azzardo nella speranza

## NOTIZIE IN BREVE

### Dalla lettera ai soci per l'iscrizione a FeDerSerD anno 2009

Cari colleghi e soci.

Il 2009 è l'anno della Conferenza Nazionale prevista dal TU 309/1990 che il Governo organizza a Trieste in marzo.

Cosa si dirà? La considerazione da cui dobbiamo partire è che, una volta istituiti, agli inizi degli anni '80, i Ser.T. e tutto il Sistema dei Servizi sono stati in gran parte del paese abbandonati a se stessi dai governi centrali, dalle istituzioni regionali, dalle dirigenze delle ASL che si sono via via succedute.

Noi vogliamo che sia una occasione di analisi, riflessioni, indicazioni e proposte di soluzione ai più importanti dei problemi che interessano il sistema di intervento italiano sulla droga.

Per la Conferenza abbiamo preparato un documento che è riassunto nell'editoriale di questo numero di *Mission*.

Il tema, nel 2009, per il sistema dei servizi non è quello di avere altre leggi, ma riflettere sulla applicazione delle leggi vigenti nella reale ricaduta sulla vita delle persone e sulla cultura del Paese.

FeDerSerD su questi e su molti altri temi che riguardano il grande capitolo delle dipendenze ritiene di poter dare un contributo significativo ai professionisti italiani, alla azione del Parlamento, del Governo e delle Regioni.

C'è molto lavoro da fare.

Cara collega e caro collega, ti invito ad iscriverti o a rinnovare subito la tua iscrizione a FeDerSerD (puoi trovare il modulo in ultima pagina della rivista) e a partecipare alle attività e alla crescita della Federazione con interventi, suggerimenti, commenti, considerazioni scrivendo agli indirizzi e-mail [federserd@expopoint.it](mailto:federserd@expopoint.it); [redazione@federserd.it](mailto:redazione@federserd.it).

Con molti auguri di buon lavoro ti saluto caramente.

*Il Segretario Esecutivo Nazionale*  
**Pietro Fausto D'Egidio**

*Pescara, febbraio 2009*

# Valutazione di un gruppo di pazienti in trattamento con un agonista puro degli oppioidi metadone cloridrato allo 0,5%. Esperienza a Bologna

Maria Chiara Pieri\*

## Premessa

Il 25 giugno 2007 al Sert Polo Est è stato organizzato il passaggio dalla formulazione del metadone allo 0,1% a quella allo 0,5%: questo cambio di formulazione ha grandi vantaggi per la salute dei pazienti, infatti il saccarosio presente nella formulazione di metadone allo 0,5% è di 1,6 gr in 20 mg, mentre nella formulazione di metadone allo 0,1% il saccarosio è di 8 gr per cui diventa possibile l'utilizzo del farmaco agonista nei diabetici, nei pazienti con malassorbimento e il farmaco presenta minori effetti collaterali, come nausea e vomito, inoltre diminuisce migliora anche il problema dell'igiene e della salute orale. Inoltre con la nuova formulazione del farmaco agonista allo 0,5%, si è avuto anche una diminuzione dei costi di circa 2,55 euro la bottiglia, perché la quantità del farmaco utilizzata è minore, data la maggiore concentrazione, e calano le spese di stoccaggio, di trasporto, di smaltimento rifiuti e di acquisto.

Il processo di cambiamento è stato organizzato e concordato con tutti i colleghi dell'area funzionale Ser.T., che in un periodo programmato hanno effettuato il passaggio alla nuova formulazione in tutti i Ser.T. dell'area di Bologna e Provincia, questo processo di cambiamento è stato preceduto da una riflessione comune da parte degli operatori e da un protocollo di lavoro e da un'informazione attenta e precisa ai pazienti del nuovo cambio di formulazione dallo 0,1% allo 0,5% dato l'aumento di 5 volte della concentrazione del farmaco con conseguente diminuzione della quantità da assumere.

## Ipotesi dello studio

1. Verificare l'andamento terapeutico e la compliance di un gruppo di pazienti tossicodipendenti da oppioidi in trattamento con metadone, dopo un anno dall'introduzione della formulazione del metadone allo 0,5%.
2. Monitorare eventuali modificazioni del craving del campione in esame.
3. Valutare il grado di soddisfazione dei pazienti in merito alla nuova formulazione del farmaco metadone cloridrato allo 0,5%.
4. Presenza od assenza di eventuali avventi avversi.
5. Benefici sulla salute della la nuova formulazione del metadone cloridrato allo 0,5%.

## Presentazione del campione

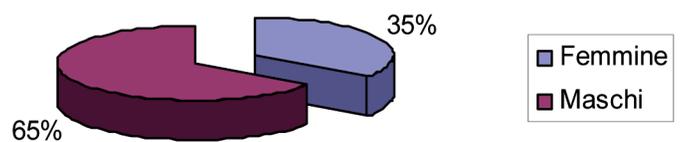
Il nostro campione è formato da 20 uomini e 20 donne ed è stato scelto con criterio random fra tutti i pazienti in carico allo scri-

\* Dirigente Medico Ser.T. Polo Est - Referente formazione aziendale per la Dirigenza - Ausl Bologna.

vente medico che alla data 1 giugno 2007 fossero in trattamento con metadone cloridrato allo 0,1%.

Per quanto riguarda il genere i maschi rappresentano il 65% e le femmine il 35% (fig. 1).

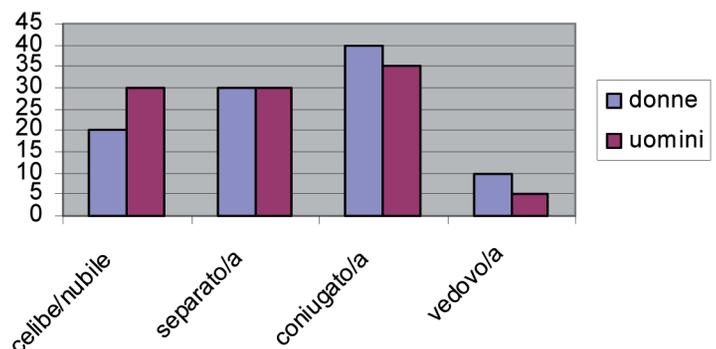
Fig. 1 - Genere del campione



Lo stato civile del campione è così costituito:

- la maggior parte degli uomini e delle donne è coniugata, poi c'è una buona percentuale di separati e di single in minor misura sono presenti i vedovi (fig. 2).

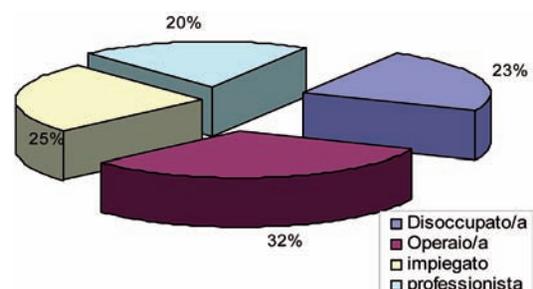
Fig. 2 - Stato civile



Il lavoro del campione è così rappresentato (fig. 3):

- il 32% erano operai/e, il 23% disoccupati, il 20% professionisti e il 25% impiegati.

Fig. 3 - Lavoro del campione



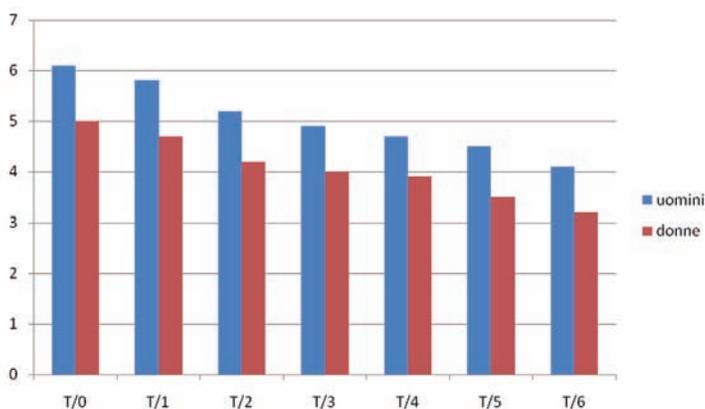
Rilevazione con VAS del craving.

Ai pazienti del campione è stata somministrata la VAS - scala analogica di valutazione del craving.

È stata scelta questa scala perché è di semplice somministrazione per il paziente che deve fare una croce su una scala, che è rappresentata da una linea retta con valori da 0 a 10, suddivisa in 10 parti, ogni tratto corrisponde a un cm, in base al desiderio che prova in quel momento.

La rilevazione è stata fatta dal T/0 a T/6 ogni 2 mesi per un periodo di 12 mesi (fig. 4).

Fig. 4



Si può notare come il craving mantenga un andamento costante ma decrescente dal T/0 al T/6 per cui si può concludere che il passaggio dalla formulazione del metadone dallo 0,1% allo 0,5% non incide in modo significativo sul craving, ma si può pensare che grazie sia al cambiamento della formulazione sia grazie al maggior accudimento dell'equipe curante si determina una leggera diminuzione del craving sull'uso di sostanze nel nostro campione.

## Test soddisfazione dei pazienti

Per valutare l'efficienza del servizio in riferimento alla modificazione compiuta si è somministrato al nostro gruppo di pazienti in trattamento con metadone cloridrato allo 0,1% un test di soddisfazione, per vedere la reale rispondenza ai bisogni e alle esigenze dei pazienti stessi e poi il test è stato riproposto ai pazienti dopo il passaggio alla formulazione di metadone allo 0,5%.

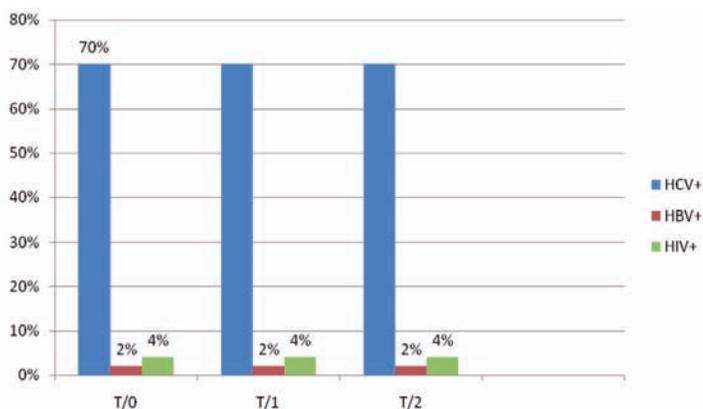
È stato utilizzato il GSQ-7c (the General Satisfaction Questionnaire for use community health mental) con l'aggiunta della domanda sempre con i punteggi da 1 a 4: cosa ne pensa del cambio di formulazione del metadone cloridrato dallo 0,1% allo 0,5%.

Il 95% dei pazienti è stato favorevole al cambiamento e a due successive somministrazioni del test sempre il 95% ha dichiarato di esser molto soddisfatto del cambiamento, sia per i vantaggi sulla salute che ne sono derivati, sia perché quando si ha l'affido la quantità di farmaco, essendo molto più concentrato è diminuita molto e si riesce a gestire meglio.

I pazienti hanno effettuato le analisi ematochimiche di routine al T/1, T/2, T/3 ogni 6 mesi (fig. 5): controllo funzionalità epatica, renale, emocromo con formula, valutazione della presenza dei markers Epatite B, epatite e degli anticorpi HIV, esame chimico

fisico delle urine al T/0 cioè quando assumevano metadone cloridrato 0,1% e poi al T/1 e T/3 ogni 6 mesi.

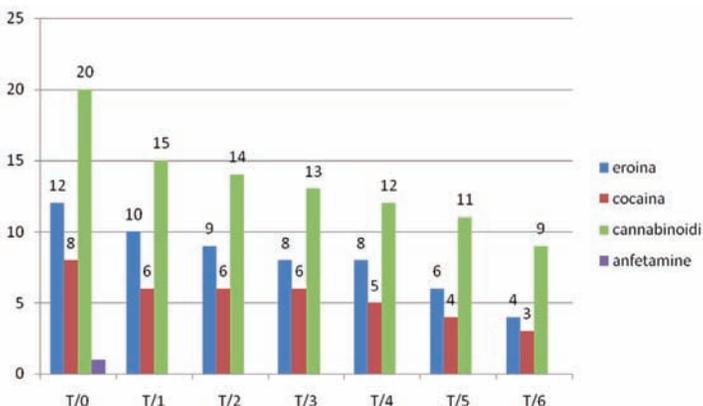
Fig. 5



L'andamento delle patologie correlate non si è modificato e non si sono avute modificazioni ematochimiche rilevanti.

Sono stati effettuati controlli a sorpresa sui metaboliti urinari delle varie sostanze d'abuso (eroina, cocaina, cannabinoidi, anfetamine) (fig. 6).

Fig. 6



L'andamento dei controlli sui metaboliti urinari evidenzia una leggera diminuzione nell'uso delle varie sostanze d'abuso da imputare a un costante monitoraggio della terapia da parte del medico e dell'equipe curante per valutare l'andamento terapeutico dei pazienti che erano in trattamento con la formulazione del metadone allo 0,5% con varie modifiche dei dosaggi del farmaco.

## Controllo cardiologico

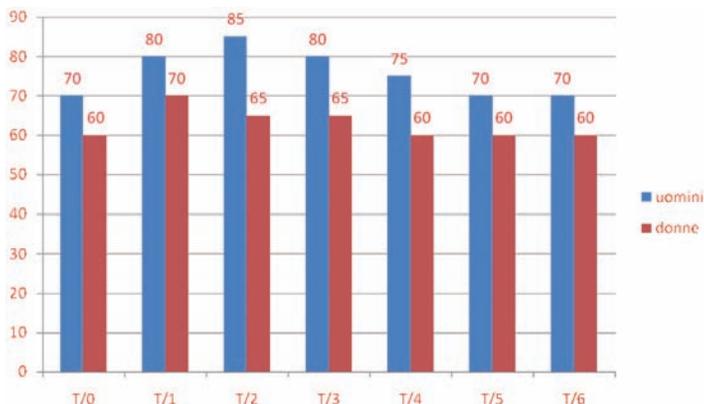
Al gruppo di pazienti del gruppo è stato fatto un ECG di controllo al T/0 e al T/6, non si sono rilevate particolari anomalie nel tracciato, bisogna precisare che i pazienti assumevano solo un farmaco, con minor rischio quindi di interazioni farmacologiche.

## Dosaggio del metadone 0,5%

I pazienti del campione, avevano i seguenti dosaggi medi di metadone cloridrato 0,5%, che sono stati rilevati dal T/0 al T/6

ogni due mesi, per osservare se con l'introduzione della nuova formulazione di metadone ci fossero modificazioni della terapia (fig. 7).

Fig. 7



Il dosaggio di metadone del gruppo di pazienti sia nei 20 uomini che nelle 20 donne, ha subito dopo il passaggio dalla formulazione di metadone allo 0,5% un incremento iniziale di dosaggio dovuto alla paura dei pazienti, che vedendo la piccola quantità del farmaco, pur sapendo della concentrazione più elevata, si sono presentati alle visite di monitoraggio lamentando sintomi fisici, il dosaggio per alcuni è stato aumentato, ma come si può notare dal grafico con il passare del tempo si è ritornati ai dosaggi iniziali del trattamento.

### Eventi avversi

Nel corso dell'anno e 3 mesi dall'inizio dell'uso della nuova formulazione di metadone non c'è stato nessun caso di misuso segnalato, penso che questo sia dovuto anche al ruolo importante del counseling che è stato fatto con i pazienti, a cui bisogna dare molta rilevanza e spazio perché aiuta il paziente e può prevenire il misuso del farmaco, che iniettato può diventare pericoloso.

Nel campione non si è manifestato nessun problema rilevante cardiovascolare, però data la possibilità che il Metadone possa

determinare un allungamento del tratto QT dell'ECG i pazienti hanno eseguito una visita cardiologica con ECG di controllo, questo rischio di allungamento del QTc è correlato alla concentrazione del metadone (Martell *et al.*, 2005) ed è maggiore per i dosaggi superiori a 100 mg (Maremmani *et al.*, 2005) ma ci possono essere piccole modifiche anche con basse dosi (Maremmani *et al.*, 2005) e nel caso di utilizzo di più farmaci in contemporanea per interazioni specie con i farmaci che agiscono con il sistema dell'isoenzima CYP3A4.

### Conclusioni

Il passaggio dalla formulazione di metadone allo 0,1% a quella allo 0,5%, ha consentito un deciso miglioramento per la salute dei pazienti, dato che la nuova formulazione, che presenta una diminuzione del saccarosio da 8 gr in 20 mg a 1,6 gr in 20 mg, può essere utilizzata nei diabetici, nei pazienti con malassorbimento, migliora l'igiene del cavo orale e sono diminuiti anche gli eventuali effetti collaterali come nausea e vomito.

Inoltre con la nuova formulazione del farmaco agonista allo 0,5%, si è avuto anche una diminuzione dei costi di circa 2,55 euro la bottiglia, perché la quantità del farmaco utilizzata è minore, data la maggiore concentrazione, e calano le spese di stoccaggio, di trasporto, di smaltimento rifiuti e di acquisto.

Nel nostro campione non si sono avuti episodi di misuso del farmaco.

Tutti i pazienti del nostro campione in trattamento con metadone allo 0,5% sono stati soddisfatti del cambiamento della formulazione di metadone e stanno continuando ad assumere la terapia avendo un deciso miglioramento sulla loro salute e una miglior gestione del farmaco.

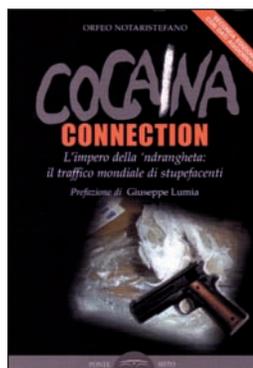
### Bibliografia

Maremmani I., Pacini M., Cesaroni C., Lovrecic M., Perugi G., Tagliamonte A. (2005), "QTc interval prolongation in patients on long-term methadone maintenance therapy", *Eur Addict Res*, 11:44-9.

Martell B.A., Arnsten J.H., Krantz M.J., Gourevitch M.N. (2005), "Impact of methadone treatment on cardiac regularization and conduction in opioid users", *AMJ Cardiol*, 95.0:15-8.

Fanoë S., Hvidt C., Ege P., Jensen G.B. (2007), "Syncope and QT prolongation among patients treated with methadone for Heroin dependence in the city of Copenhagen", *Heart*, Mar 7.

### RECENSIONE



Orfeo Notaristefano

#### COCAINA CONNECTION

Edizioni Ponte Sisto (Roma)  
pp. 416, € 16,00

Ormai hanno sconfinato, si sono collegate con le mafie dell'Est europeo e dell'Estremo Oriente.

Il singolo tossicodipendente che, in qualsiasi parte d'Italia, acquista una dose di cocaina finanzia la 'ndrangheta calabrese.

Questo libro svela scenari inquietanti sulla connection tra droghe e mafie, indica ai tossicodipendenti alcuni percorsi per guarire dalla malattia, chiede alla politica di fare fino in fondo la sua parte.

Preziosa è la prefazione di Giuseppe Lumia e ricca la rassegna dei documenti e delle riflessioni offerte al lettore.

*Orfeo Notaristefano*, calabrese, è giornalista professionista a Roma. Laureato in sociologia, dirige l'area informazione del Consiglio Regionale del Lazio.

Fondatore della Associazione VERSO SUD, è impegnato per il riscatto del Mezzogiorno, nella lotta alle droghe e alle mafie.

"Le mafie sono ancora forti, ma si possono battere". È un errore pensare che le mafie siano attive solo nelle regioni del Mezzogiorno.

## FeDerSerD assicura: i professionisti dei Ser.T. continueranno ad assistere tutte le persone che a loro si rivolgono senza alcuna distinzione

La Federazione degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (FeDerSerD) esprime grande preoccupazione in merito all'approvazione, da parte del Senato, dell'emendamento al ddl sicurezza che elimina il divieto di denuncia, da parte dei medici, degli immigrati clandestini che vengono assistiti dal Servizio Sanitario Nazionale, e dà loro la facoltà di effettuare la denuncia stessa.

I Ser.T. (Servizi per le Tossicodipendenze) ogni anno curano in Italia oltre 180.000 pazienti tra i quali cittadini stranieri anche senza regolare permesso di soggiorno.

È opportuno sottolineare che il nostro mandato istituzionale è assolutamente inconciliabile con qualsiasi tipo di segnalazione ai sensi dell'art. 120 del DPR 309/90 che garantisce, al di là di qualsiasi distinzione, il diritto all'anonimato dei pazienti trattati nei Ser.T. e solleva i professionisti operanti negli stessi dall'obbligo di deposizione anche dinanzi all'autorità giudiziaria.

È inoltre appropriato far notare che una certa percentuale di pazienti che si rivolge alle cure dei Ser.T. è affetto da impor-

tanti malattie infettive ed è portatore di gravi sofferenze sia psichiche che fisiche.

Fra questi anche persone immigrate, siano esse regolari o meno. Garantire anche a queste, con pari dignità e diritti, secondo il principio universalistico e di uguaglianza su cui si basa il Servizio Sanitario Nazionale, cure e assistenza significa prevenire anche comportamenti pericolosi a tutela della salute dell'intera comunità.

La cura delle patologie correlate alla tossicodipendenza, inoltre, può favorire la prevenzione di atteggiamenti criminali e permettere, quindi, l'avvio del soggetto verso un percorso di recupero complesso ma non impossibile.

Compito dei medici dei Ser.T. è solo quello di curare!

Essi continueranno pertanto a concentrarsi sulla cura dei loro pazienti, preoccupandosi solo della loro assistenza e non della loro provenienza.

Il Direttivo Nazionale

Milano, 6 febbraio 2009

**Errata corrige:** Comuniciamo che le pagine pubblicitarie del prodotto Zyprexa apparse sui numeri di Mission 23 e 24 sono in compliance regolatoria in relazione al D.L. 219/06. Le date di deposito e codice sono i seguenti: data di deposito AIFA 21-2-2007 codice ZA0703. Il mancato riporto di tali date sono da attribuirsi ad un errore di impaginazione grafica.



aderente a:



Sede legale: Via Giotto 3, 20144 Milano

### Presidente Onorario

Rita Levi Montalcini

### Direttivo Nazionale (membri eletti)

Alfio Lucchini (presidente nazionale),  
Guido Faillace (vicepresidente nazionale),  
Pietro Fausto D'Egidio (segretario esecutivo nazionale),  
Roberta Balestra (ufficio di presidenza),  
Emanuele Bignamini (ufficio di presidenza),  
Raffaele Lovaste (ufficio di presidenza),  
Claudio Leonardi (ufficio di presidenza),  
Paola Aiello, Giancarlo Ardissonne, Giuseppe Barletta,  
Marcellina Bianco, Claudia Carnino, Roberto Cataldini,  
Antonio d'Amore, Donato di Pietropaolo, Donato Donnoli, Maurizio D'Orsi, Maurizio Fea, Michele Ferdico, Bernardo Grande, Fernanda Magnelli, Ezio Manzato, Vincenzo Marino, Antonio Mosti, Felice Nava,  
Roberto Pirastu, Edoardo Polidori, Gianna Sacchini,  
Giorgio Serio, Franco Zuin

### Direttivo Nazionale (membri di diritto)

Alessandro Coacci (past-president)  
Giovanni Villani, Edoardo Cozzolino, Mimmo Cortese,  
Maria Grazia Pieri, Giovanni Cordova

### Comitato Scientifico Nazionale

Felice Nava (direttore)  
Gianni Sacchini e Michele Ferdico (vicedirettori)

## RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Il versamento della quota associativa, pari a € 50,00 per i laureati e a € 30,00 per i non laureati, si può effettuare tramite:

- versamento sul Conto Corrente Bancario n. 000003417x16 intestato a **FeDerSerD** presso la **Banca Popolare di Sondrio - Agenzia di Carimate - CIN D ABI 05696 CAB 51090**
- versamento diretto ai referenti regionali con rilascio di ricevuta

L'accoglimento dell'istanza di iscrizione a FeDerSerD in qualità di Socio Ordinario avverrà nella prima riunione in calendario del Consiglio Direttivo e ne verrà data comunicazione e conferma con il rilascio e l'invio della Tessera Annuale.

## ANNO 2009 - RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Da trasmettere per posta a Expo Point - via Matteotti, 3 - Mariano Comense (Co)  
o tramite fax al numero 031/751525 o per e-mail federserd@expopoint.it

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

INDIRIZZO (personale) \_\_\_\_\_

CITTÀ \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_

E-MAIL (per invio news e comunicazioni) \_\_\_\_\_

TITOLO DI STUDIO \_\_\_\_\_

DATA CONSEGUIMENTO TITOLO DI STUDIO \_\_\_\_\_

SPECIALIZZAZIONE \_\_\_\_\_

POSIZIONE PROFESSIONALE ATTUALE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO (lavorativo) \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

PUBBLICAZIONI / ESPERIENZE CURRICOLARI DA SEGNALARE / PROGETTI SCIENTIFICI IN CORSO / AREE DI INTERESSE SCIENTIFICO / INTERESSI CULTURALI

### Chiedo

- Di essere iscritto in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2009
  - Di rinnovare l'iscrizione in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2009
- a **FeDerSerD - Federazione degli Operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze**

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Si autorizzano FeDerSerD e la Segreteria Expopoint al trattamento dei dati inclusi nella presente scheda

Versamento quota associativa di  € 50,00 (laureati)  € 30,00 (non laureati)  
(allegare copia bonifico bancario o ricevuta versamento)

Visto il Segretario Esecutivo Nazionale \_\_\_\_\_

Visto per approvazione: Il Presidente \_\_\_\_\_