

Editoriale. IV Congresso nazionale di FederSerD. La mission di una società scientifica nazionale oggi 1

**AREA EPIDEMIOLOGIA**

Uno sguardo sulle dipendenze da sostanze psicotrope. Un'attenzione sul territorio. Un'osservazione sul Servizio per le Tossicodipendenze  
Virginia Tirelli, Marina Di Vito, Paola Vitale, Adolfo Basso, Filomena Romano 4

**AREA PREVENZIONE**

Intervento di sensibilizzazione ai problemi del fumo per gli studenti del Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Verona  
Elena Tollin, Morena Tollini, Oliva Marognoli, Ezio Manzato, Cristina Biasin 8

**AREA DIAGNOSI**

Criteri psicologici per l'inclusione dei pazienti tossicodipendenti in programmi terapeutici di Alta o Bassa Evolutività. Costruzione di una scheda di valutazione psicologica  
Cecilia Isatto, Enrica Latterini, Iva Vedovelli 15

**AREA CLINICA**

Sexual Addiction: Autoterapia, Senso di sicurezza e Dipendenza relazionale  
Annalisa Pistuddi, Carilla Dominoni, Valeria Tornaghi, Franco Arenia 19

Il Progetto Benessere: un'esperienza al Ser.T. di Pisa  
Lara Giuntoli, Maurizio Nociola, Barbara Capovani, Donatella Paffi 22

**AREA STUDI E RICERCHE**

Alcol e Guida: quale percorso in caso di sospensione della patente?  
Report sulle visite alcolologiche nel Servizio Dipendenze Patologiche di Faenza effettuate dal 2005 al 2009  
Samanta Cricca, Cecilia Pintori, Monica Bosi 53

**AREA INTEGRAZIONE**

Il Protocollo NOT  
Nadia Gadotti, Barbara Fava, Maria Luisa Lunz, Laura Moratelli, Stefania Raito, Paola Sperandio, Mariangela Casagrande 66

**LE RUBRICHE**

Contaminazioni  
Maurizio Fea  
Morgan come Galileo? 3

**SAGGIO**

Stress e Disadattamento lavorativo  
Giuseppe Leocata 57

**DIBATTITO**

Ancora sul concetto di dipendenza  
Henry Margaron 70

**NOTIZIE IN BREVE** 72

**RECENSIONI** 14, 25, 69

**FederSerD/DALLE REGIONI** 7, 18, 69, 71

**FederSerD/EDUCAZIONE** 2

**FederSerD/FORMAZIONE** 78, 79

**FederSerD/ORGANIZZAZIONE** 80

# Mission

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



## IV Congresso nazionale di FeDerSerD. La mission di una società scientifica nazionale oggi

Il Congresso di Riva del Garda si caratterizza come un qualificato evento scientifico di livello internazionale sul tema dei "Consumi e Dipendenze", con l'obiettivo di correlare le evidenze scientifiche ai significati culturali e sociali e alle ricadute organizzative nei servizi di accoglienza e cura.

Temi cari a FeDerSerD, sviluppati secondo percorsi utili ai professionisti dei Ser.T. e di tutto il Sistema di intervento.

Un Congresso nazionale è l'occasione di proporre i più moderni concetti scientifici validati ad una ampia platea, ma anche per altre opportunità.

In primo luogo riunire colleghi di tutta Italia per una analisi sullo stato dei Servizi in un periodo di attacco ai principi fondanti del SSN, al servizio pubblico, e al sistema di intervento che da trent'anni accoglie e cura i cittadini con problemi di dipendenza.

Le politiche di settore delle Regioni appaiono deboli, e si legifera per semplificare, tagliare, accorpare, sostituire, svilire il nostro lavoro e limitare i diritti dei cittadini alla cura.

L'azione nazionale, univocamente rappresentata dal Dipartimento Politiche Antidroga, è impetuosa, ricca nei presupposti e negli strumenti messi in campo, ma rischia di essere vissuta come complementare agli interessi pratici ed operativi del sistema.

D'altronde polarizzazioni, incursioni politiche, disinvestimenti e improvvise punte di interesse caratterizzano da sempre il rapporto delle istituzioni con il tema droga: l'esatto contrario della costanza e del lavoro cauto e aggiornato alle conoscenze scientifiche che servirebbe.

Sicuramente la crisi economica gioca un ruolo in questa analisi non positiva: tutto sommato evidenzia con maggiore forza le criticità già presenti.

Ma un Congresso nazionale per noi è un momento di speranza e anche di gioia.

Serve a valorizzare il lavoro di tanti: a Riva del Garda ad esempio si terranno numerosi incontri di gruppi di studio e di consensus di elaborazione di indicazioni utili e linee guida, o di conduzione di ricerche scientifiche su temi di interesse clinico, organizzativo, sociale.

Molti stimoli e conclusioni saranno presentati alla attenzione dei congressisti.

FeDerSerD vuole migliorare nell'essere società di servizio per i colleghi e di stimolo per le istituzioni regionali, italiane ed europee.

Vuole insistere nella costruzione e valorizzazione di un sistema pubblico e del privato sociale armonico e sinergico nell'interesse dei cittadini italiani.

E dobbiamo studiare di più per essere all'altezza della sfida a cui i fenomeni di consumo e dipendenza ogni giorno ci chiamano.

Questo è il fulcro dell'interesse nostro e certamente delle 200.000 persone che ogni anno si rivolgono ai Servizi.

- **L'assessment di I livello per la valutazione alcolologica nella pratica clinica dei Servizi**, di Ezio Manzato, Felice Nava, Giuseppina Cifelli, Cristina Biasin, Federica Galvanin

Newsletter "Clinica dell'Alcolismo", Anno II, n. 6

# Mission

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

FrancoAngeli

ANNO IX, 2010 - N. 30

Fe Der Ser D

Proprietà: Fe Der Ser D

Sede legale

Via Giotto 3, 20144 Milano

Comitato di Direzione

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

Direttore scientifico

Alfio Lucchini

Comitato di Redazione

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

Sede operativa e Redazione Mission

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

Direttore responsabile: Stefano Angeli

Progetto grafico: Elena Pellegrini

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

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

Chiuso in redazione il 24 settembre 2010

Edizione fuori commercio

Tiratura: 6.500 copie

ISSN 2037-4798

www.federserd.it

FeDerSerD/EDUCAZIONE

Campagna di prevenzione della ingestione accidentale di metadone nei bambini. FeDerSerD propone agli utenti, alle famiglie, agli operatori dei Ser.T. e delle Comunità Terapeutiche, alle Istituzioni, una campagna preventiva con differenziati strumenti di comunicazione su un tema di interesse e responsabilità.

Campagna per la prevenzione dall'ingestione accidentale di Metadone nei bambini a cura di:

FeDerSerD



Tieni al sicuro il tuo METADONE proteggendo i tuoi bambini



Se SOSPETTI che il BAMBINO possa aver INGERITO il METADONE CONTATTA SUBITO il 118



A cura di FeDerSerD

## Contaminazioni

Maurizio Fea

### Morgan come Galileo?

Suona certo irriverente un tale accostamento, ma la associazione mentale è stata immediata, leggendo su alcuni giornali del 20 agosto, le dichiarazioni e il testo redatto dall'avvocato del cantante a proposito dei suoi felici trascorsi da cocainomane. Una vera e propria abiura, come nel migliore stile inquisitorio di un passato – ormai lontano? –.

A differenza di Galileo, qui non c'è di mezzo la vita ma più prosaicamente la carriera e nella fattispecie un concerto a Verona, ma soprattutto la differenza abissale tra il grande scienziato umanista ed il cantante è che il primo ha sconfessato le sue teorie nel nome della religione, il secondo nel nome della scienza.

Un vero capovolgimento di paradigma da non sottovalutare per la novità che rappresenta e per il brivido di inquietudine che genera.

La scienza è dunque diventata un dogma in nome e per conto della quale si possono formulare giudizi irrevocabili e comminare condanne, sia pure simboliche come l'ostracismo mediatico?

A quando la condanna dei creazionisti o dei cultori delle medicine esoteriche?

Sebbene non ci siano dubbi di sorta sulla attuale fondatezza scientifica delle conoscenze in materia di rischi e danni per la salute che derivano dall'uso di sostanze psicotrope, tuttavia le circostanze e le modalità con le quali tali conoscenze sono state messe al servizio delle dichiarazioni del cantante, appaiono per lo meno imbarazzanti.

Non solo fanno sinceramente dubitare della onestà del personaggio e quindi vanificano anche il potenziale positivo del messaggio pubblico – ammesso e non dimostrato scientificamente che abbiano ancora una influenza ed un valore le testimonianze dei personaggi spettacolari – ma soprattutto, ed è questo l'aspetto che preme mettere in rilievo, che non sembra più avere diritto di cittadinanza la soggettività dell'esperienza messa a confronto con il rigore della osservazione scientifica.

Morgan aveva dichiarato a suo tempo che lui si è curato la depressione con la cocaina, adesso dice che la droga brucia il cervello e che i danni neurologici sono irreversibili – effetto della cocaina, viene da pensare o più semplicemente interessi di bottega.

Si può negare la soggettività dell'esperienza, sebbene non da premio Nobel, in nome del valore assoluto della scienza, quand'anche ciò sia affermato a fin di bene per noi e le generazioni future? Eppure è ciò che è accaduto e la scienza non ne esce bene da questa storia, che ne mette in discussione il principio fondante, ovvero la scienza non tratta principi di verità, ma affermazioni e predicati validi fin tanto che non si dimostra altro e soprattutto non li impone con autodafè.

Senza dubbio i contemporanei di Galileo e le moltitudini che lo hanno preceduto nel tempo, avevano la sensazione che il sole girasse intorno alle terra e non viceversa; le osservazioni fattuali che dimostravano il contrario sono rimaste patrimonio di pochi per molto tempo, e in fondo la vita delle persone non subiva dei danni singolari da una credenza errata.

Cosa diversa è affermare che la cocaina è terapeutica per la depressione, anche se sappiamo bene come in fatto di soggettività dell'esperienza terapeutica della cocaina ci siano stati illustri predecessori mai smentiti né condannati.

Il valore della scienza e la sua forza morale tuttavia, non risiedono nelle singole affermazioni di cui è capace in virtù del suo rigore, ma nel metodo e nei principi di lavoro che ne fanno una esperienza esemplare ed unica, ma solo per chi la pratica, per tutti gli altri contano i risultati e le possibili applicazioni.

Uno dei molti problemi connessi all'uso di droghe è che molto spesso la soggettività dell'esperienza la fa da padrone nelle valutazioni sulla qualità della stessa, e le spiegazioni scientifiche faticano non poco a scalzare da posizioni consolidate le convinzioni che vengono maturate per altra via.

Del resto è noto che ben più di metà della popolazione nordamericana è convinta che la vita sulla terra sia cominciata 6.000 anni fa, tuttavia non ha difficoltà ad utilizzare le più recenti scoperte scientifiche per curarsi e badare nel modo migliore alla propria esistenza, né il livello e la qualità della ricerca sembrano patire molto questa diffusa ignoranza nel paese.

Talora le evidenze scientifiche sono controfattuali e ciò costituisce un problema per la loro efficace divulgazione o quantomeno richiedono un surplus di forza esplicativa che non è conferita solo dalla capacità di rendere ragione di certi fatti meglio di quanto sappiano fare altri sistemi di spiegazione, ma dalla capacità di coniugarsi al meglio con le circostanze significative che accompagnano certe esperienze individuali.

Guardando la luna, a Giacomo Leopardi non venivano in mente le osservazioni astronomiche, che pure ai suoi tempi erano abbondanti e ricche di informazioni, ma altri tipi di informazioni interiori connesse con la sua dimensione spirituale, e con il travaglio della melanconia.

A ciascuno il suo, potrebbe essere la conclusione, ma è evidente che in queste faccende non c'è conclusione ma solo possibilità e dovere di riflettere, senza alcuna pretesa di verità, neanche quella scientifica.

*“E affinché questo tuo grave e dannoso errore e la trasgressione di cui ti sei reso colpevole non restino del tutto impuniti, e tu possa essere più cauto per l'avvenire e di esempio agli altri, onde si astengano da simili colpe, ordiniamo che con pubblico editto sia proibito il libro dei Dialoghi di Galileo Galilei.*

*Ti condanniamo al carcere formale in questo Sant'Uffizio a nostro arbitrio; e come penitenza per la salute della tua anima ti imponiamo di recitare per i prossimi tre anni una volta la settimana i sette Salmi penitenziali, riservandoci la facoltà di modificare, cambiare, togliere del tutto o in parte le pene e penitenze suddette”.*

**Sentenza del Sant'Uffizio contro Galileo Galilei - Roma, 22 giugno 1633.**

# Uno sguardo sulle dipendenze da sostanze psicotrope. Un'attenzione sul territorio. Un'osservazione sul Servizio per le Tossicodipendenze

Virginia Tirelli<sup>o</sup>, Marina Di Vito\*, Paola Vitale<sup>^</sup>, Adolfo Basso<sup>§</sup>, Filomena Romano\*\*

## SUMMARY

■ *This paper is a descriptive analysis of the characteristics of users pertaining to Ser.T. former ASL AV2. This report refers to the years 2007-2008-2009 and represents a flexible means of information that describes the profile charge, its socio-demographic and we analyze the mobility of the population Ser.T. the light of the study product showed the need to plan operational lines more suited to continuous changes of the addictive phenomenon for a therapeutic strategy evolving and constantly updated.* ■

**Keywords:** *Clinical variability, Dependencies pathological, Types of consumption, Monitor, Corporate actors.*  
**Parole chiave:** *Variabilità clinica, Dipendenze patologiche, Tipologie di consumo, Monitor, Attori aziendali.*

## Introduzione. Uno sguardo sulle dipendenze da sostanze psicotrope. Un'attenzione sul territorio. Un'osservazione sul Servizio per le Tossicodipendenze

L'offerta prestazionale quali-quantitativa dell'Azienda Sanitaria Avellino ex AV2 nel tempo si è andata estendendo e diffondendo per incrociare le istanze dei cittadini al fine di adeguarsi alla mutevolezza delle realtà ricadenti nell'Azienda stessa.

I parametri di riferimento per le azioni messe in campo dagli "attori aziendali" si sono avvalsi prevalentemente di contributi volti al coinvolgimento diretto e/o indiretto della popolazione target degli interventi.

Misurarsi oggi tra le ideazioni innovative presenti in una cittadinanza attenta rappresenta l'obiettivo prioritario dell'Azienda.

Calandosi poi nella realtà giovanile e nelle tematiche di cui essa è portatrice si può ipotizzare un pensiero fondante: quanto più sei accanto ai giovani tanto più puoi avere opportunità di ritorno.

Lungo tali confini il Ser.T. dell'ex ASL AV2 si sta muovendo: un esempio fattivo è

la stesura della ricerca che segue questa breve introduzione poiché capire, comprendere, interpretare sono gli elementi fondati per farsi spazio nelle realtà su cui si vuole incidere.

<sup>o</sup> Dirigente Sociologa.

\* Dirigente Psicologa.

<sup>^</sup> Sociologa Volontaria.

<sup>§</sup> Perito Informatico Volontario.

\*\* Direttore Ser.T. ASL Avellino ex AV 2.

Lo staff di ricerca ringrazia sentitamente per la collaborazione gli operatori del Ser.T.

## Obiettivi

L'analisi descrittiva degli interventi di controllo di un problema sanitario ha lo scopo di misurarne la "variabilità clinica".

Prima di addentrarci negli aspetti che hanno determinato la stesura del presente studio sembra opportuno compiere una riflessione: al Servizio pubblico è stata, fra l'altro, demandata la funzione di "monitor", di polso del rischio tossicomano nella propria realtà locale, ma di quale tossicodipendenza...?

Di quella manifesta, che appare mediante i canali istituzionali (Ser.T., Prefettura, Polizia, ecc.) oppure di quella silente che non appare neanche nell'ambito del nucleo familiare?

Tale lavoro non ha alcuna ambizione di conoscenza dei "sottoboschi" dei meandri tossicomani, in quanto in esso sono presenti dati riferiti ad una realtà evidente.

I tossicodipendenti sono classicamente una popolazione nascosta, non numerabile.

Pur tuttavia il Ser.T. rappresenta l'osservatorio privilegiato della problematica laddove convogliano tutte le richieste di aiuto e tutte le domande alla ricerca di una risposta alla condizione di tossicomania o di rischio di disagio tossicofilo.

Stimare, pertanto, la dimensione della popolazione colpita da dipendenza da sostanze stupefacenti e psicotrope e/o rischio e descriverne le caratteristiche salienti risulta essere proficuo sia per una misura della domanda di servizi e, quindi, a fini programmatori, sia per scopi di sviluppo di specifiche politiche d'intervento.

Tale tipo di informazione può, inoltre, essere funzionale per una valutazione degli interventi per le tossicodipendenze, siano essi preventivi che di cura.

Lo studio prodotto, infatti, è utile per la valutazione delle attività dei servizi e può essere adoperato anche per scopi di pianificazione di interventi valutativi, formativi oppure di ricerca.

Gli obiettivi di tale lavoro sono di seguito esplicitati:

- Costituzione di un gruppo di studio multidisciplinare.
- Rilevazione e trasferimento di conoscenze, esperienze, documentazione, idee.
- Diffusione di informazioni sulle dipendenze patologiche.
- Produzione di materiale divulgativo.
- Attivazione di un sistema di rilevazione e monitoraggio sulle caratteristiche dell'utenza.
- Realizzazione di un utile strumento informativo e di un prezioso stimolo alla riflessione e al monitoraggio del fenomeno.

## Materiali e metodi

L'indicatore utilizzato lungo tutta la presentazione viene ad essere determinato dalla proporzione tra soggetti individuati, per una specifica variabile, e il resto della popolazione esaminata analizzando, pertanto la percentuale degli utenti secondo la singola discriminante oggetto d'esame.

I dati utilizzati per l'analisi della presente ricerca sono quelli provenienti dalla rilevazione, caricamento ed elaborazione periodica del sistema informativo interno al Servizio, riguardanti i pazienti e i trattamenti.

La raccolta dati si è avvalsa del supporto dell'archivio informatico corrente determinando, pertanto, una visione fotografica riguardante il triennio 2007-2008-2009 sull'attuale fenomeno in ambito Ser.T.

Le variabili oggetto di studio sono classificate secondo i parametri delle tabelle previste dal sistema informativo sanitario del Ministero della Salute, al fine di evitare alterazioni nelle stime e garantire sistematicità e congruenza alla documentazione da cui derivano i dati.

Il metodo utilizzato permette di trasformare il dato grezzo in tabelle atte a descrivere quadri differenti, in relazione alla mobilità della popolazione, alla distribuzione geografica, alle classi di età, al sesso, alla scolarità, alla occupazione, al tipo di abuso e alla tipologia di trattamento.

## Risultati

Il **grafico 1** descrive la composizione della popolazione Ser.T. ASL Avellino mettendo a confronto l'incidenza del valore percentuale dei nuovi iscritti rispetto alla popolazione complessiva in carico al servizio nei tre anni di riferimento: il dato evidenzia una rilevante presenza di persone già in carico nell'arco del triennio accanto a una sostanziale stabilità della popolazione.

Tali dati fanno ipotizzare un rischio di cronicizzazione della dipendenza, come d'altro canto, la possibilità di un tasso di ritenzione significativo del servizio.

Di contro, dalla disamina delle dinamiche della popolazione Ser.T. permane un flusso di entrata oscillante tra il 14% e il 21%, ovvero, di persone che si avvicinano per la prima volta al servizio negli anni di riferimento.

Nel **grafico 2** l'aggregazione dei dati consente di ricostruire la composizione per classi di età, identificando quelle in cui si raccoglie il maggior numero di utenti.

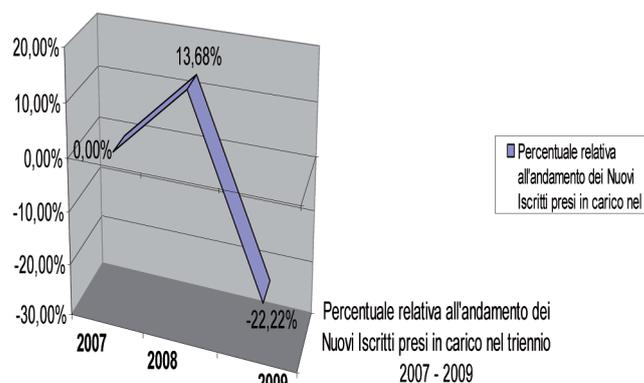
Nel 2007 le classi di età, pertanto, più rappresentative sono comprese tra 30-34 anni con una percentuale del 22,55% seguita dalla classe 25-29 con il 21,42%, di contro, la classe meno rappresentata è quella 15-19 con il 3,19%.

Nel 2008, invece, si modifica l'ordine delle classi di età più rappresentative rispetto al 2007, infatti, quella più significativa è la classe 25-29 con il 25,35% seguita da quella 30-34 con il

Tab. e graf. 1 - Mobilità della popolazione Ser.T. ASL AV: Nuovi Iscritti

	Nuovi Iscritti		
	2007	2008	2009
V.A.	190	216	168
V.P.	-	13,68%	-22,22%

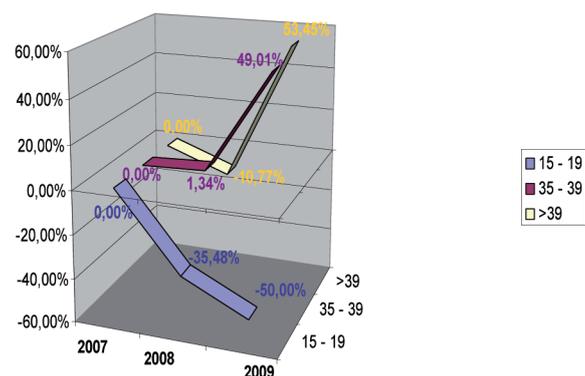
Percentuale relativa all'andamento dei Nuovi Iscritti presi in carico nel triennio 2007 - 2009



Tab. e graf. 2 - Andamento per fasce d'età

		Età		
		2007	2008	2009
15-19	V.A.	31	20	10
	V.P.	-	-35,48%	-50,00%
35-39	V.A.	149	151	225
	V.P.	-	1,34%	49,01%
>39	V.A.	195	174	267
	V.P.	-	-10,77%	53,45%

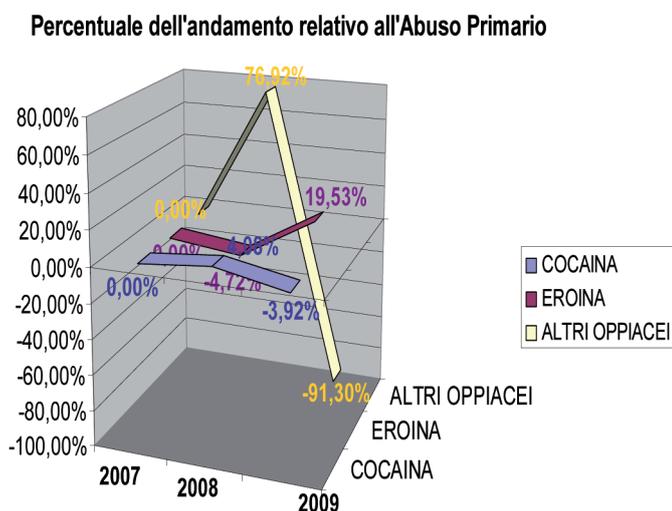
Percentuale relativa all'andamento per fasce di età



23,14%, come dimostrano i dati si può notare comunque un aumento di utenti in entrambe le classi rispetto all'anno precedente; mentre, la classe 15-19 rimane quella meno rappresentativa con il 2,01%, che rispetto al 2007 è diminuita; nel 2009 i dati ci mostrano un leggero calo delle classi più rappresentative degli anni precedenti ed un notevole aumento della classe di età >39, comunque la classe più rappresentativa è quella 30-34 con il 22,81%, mentre quella >39 rappresenta il 22,31%.

Tab. e graf. 3 - Tipologia di abuso primario

		Abuso Primario		
		2007	2008	2009
Cocaina	V. A.	98	102	98
	V. P.	-4,08%	-3,92%	
Eroina	V. A.	720	686	820
	V. P.	-	-4,72%	19,53%
Altri Oppiacei	V. A.	13	23	2
	V. P.	-	76,92%	-91,30%



Anche per l'anno 2009 si rileva come classe meno rappresentativa quella 15-19 con lo 0,84%, la quale risulta scemata rispetto ai due anni precedenti.

I dati enucleati forniscono l'opportunità di approssimare due ipotesi: la prevalenza persistente nei tre anni in esame della classe di età 30-34 potrebbe attribuirsi alla conferma della congettura di cui sopra cioè della cronicizzazione della patologia in oggetto; la seconda, d'altro canto, con riferimento al decremento, negli anni in esame, della classe 15-19 potrebbe consistere nell'ipotesi relativa ad un riscontro e/o successo delle attività di prevenzione e/o educative espletate nel territorio in questione.

**Il grafico 3** mette a confronto la rilevanza delle diverse sostanze di uso primario.

Come meglio evidenziato dal grafico stesso, il consumo predominante nell'anno 2007 è di eroina (74,15%) seguito da un uso di cannabis (14,42%); nell'anno 2008 l'eroina resta la sostanza più utilizzata (69,01%), seguita dalla cannabis (12,07%); nel 2009 lo scenario non cambia, infatti c'è la predominanza dell'eroina (68,56%), sempre seguita dall'uso di cannabis (10,54%). La maggior afferenza di soggetti abusatori di eroina potrebbe essere attribuita alla offerta terapeutica fornita dal Ser.T. ovvero dall'utilizzo del farmaco sostitutivo oppiaceo (metadone per os).

## Conclusioni

L'analisi descrittiva proposta ha inteso delineare le caratteristiche e le peculiarità dell'utenza afferente al Ser.T. ex ASL AV2. Il presente report fa riferimento al triennio 2007-2008-2009 e rappresenta un utile e attuale strumento informativo per tutte

quelle Agenzie interessate all'acquisizione di dati sulle dipendenze patologiche.

Lo studio, d'altro canto, offre delle chiavi di lettura multidisciplinari per coloro che si vedono impegnati quotidianamente in questo settore, con la finalità di riflettere sui possibili sviluppi nell'ambito della cura, prevenzione e riabilitazione delle dipendenze.

Nella prima parte del report viene descritto il profilo dell'utenza in carico, sia dal punto di vista delle caratteristiche demografiche che da quelle sociali, da cui emerge una popolazione prevalentemente di sesso maschile con un grado di scolarità medio-basso e un discreto tasso di occupazione.

Per quanto riguarda le classi di età, quella numericamente più rappresentata è compresa tra i 30 e i 34 anni.

La seconda parte analizza la mobilità della popolazione Ser.T., ex ASL AV2.

I dati rilevano una discreta percentuale di nuovi utenti pervenuti al Ser.T. durante il triennio.

La distribuzione geografica vede il distretto di Avellino più rappresentato, seguito dal distretto di Montoro e da quello di Baiano. La terza parte prende in considerazione l'evoluzione della domanda, analizzando gli usi e gli abusi delle sostanze stupefacenti.

Lo studio dei grafici evidenzia che ad incidere sul consumo di droghe di uso primario è l'eroina.

Il consumo di droghe di uso secondario è rappresentato principalmente dalla cocaina e dai cannabinoidi.

Alla luce dell'analisi effettuata è emersa la necessità di pianificare linee operative capaci di migliorare l'intervento sugli aspetti presi in esame, da cui scaturisce la necessità di porre in essere quesiti più approfonditi su alcune tematiche.

È possibile ricercare le eventuali dinamiche che determinano una scarsa presenza al Ser.T. della fascia femminile? (non emerge o non è tossicodipendente?).

O ancora, per quanto concerne la mobilità della popolazione, i nuovi iscritti negli anni presi in esame, sono da ritenersi uno specchio della diffusione delle sostanze nelle realtà di riferimento?

Si evidenzia la necessità di potenziare gli interventi in campo preventivo con approcci differenziati?

La scolarità dà indicazioni su un'afferenza al servizio pubblico di soggetti poco acculturati e, in tal caso, l'impegno da approfondire sarà orientato all'aggancio di soggetti con livello culturale più elevato?

L'incidenza della dipendenza patologica nelle diverse aree geografiche permetterà di intervenire con modalità più mirate nelle zone interessate?

Da ultimo e non per ultimo la presente ricerca rappresenta la base da cui partire per costruire nuove modalità di intervento nei trattamenti psico-socio-sanitari con l'intento di elaborare strategie operative congrue ai risultati ottenuti.

Seguendo la falsariga di quanto prima evidenziato il Dipartimento per le Dipendenze di Avellino programma di progettare, quale intento precipuo, la sistematizzazione dei dati risultati clinici al fine di costruire un impianto descrittivo delle linee di sistema terapeutico.

Quanto delineato allo scopo di apportare correzioni ai programmi medici, ai piani psicologici, ai disegni sociali e agli interventi infermieristici per la istituzionalizzazione di verifiche continue con ritorno di approfondimenti, modifiche, ritocchi per produrre un aggiornamento costante.

In un siffatto contesto appare incontrovertibile l'opinione secondo cui i mutamenti di tale settore vanno monitorati, osservati,

studiati in modo da produrre quell'immagine in cui è il Servizio Pubblico che va incontro al giovane rispettando l'evoluzione dell'identità sociale che si rispecchia nelle trasformazioni dei contesti di appartenenza e del sistema collettivo tutto.

## Bibliografia

E. Ballatoio, *Statistica e metodologia della ricerca*.

K.D. Bailey, *Metodi della ricerca sociale*.

F. Del Vecchio, *Elementi di statistica per la ricerca sociale*.

L. Varani, *Statistica descrittiva*.

P. Armitage, *Statistica medica*.

T. Colton, *Statistica in medicina*.

P. Ugolini, F.C. Giannotti, *Valutazione e prevenzione delle tossicodipendenze. Teorie, metodi e strumenti valutativi*.

L. Luison, *Introduzione alla sociologia clinica. Teorie, metodi e tecniche di intervento*.

Labos, *La cultura degli operatori e qualità dei bisogni degli utenti nei servizi per le tossicodipendenze in Italia*.

P. Cornacchia, *Droga. Nascita di un fenomeno, analisi di una realtà e della sua rappresentazione*.

L. Peirone, *Psicologia sociale della droga: metodi e percorsi della ricerca*.

## FeDerSerD/DALLE REGIONI

### FeDerSerD Calabria

#### COMUNICATO STAMPA

Il Direttivo Regionale di **FeDerSerD Calabria** esprime forte preoccupazione in ordine al paventato rischio di pervenire, nella nostra Regione, ad uno scellerato, quanto inutile, accorpamento dei Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche con i Dipartimenti di Salute Mentale, in linea con quanto previsto dal Piano di Rientro della Sanità Calabrese, a suo tempo redatto dall'on. Loiero.

Nel merito vi è da rilevare che l'eventuale accorpamento dei due Dipartimenti comporterebbe guasti enormi in settori strategici della sanità territoriale, Tossicodipendenze e Salute Mentale, peraltro già pesantemente intaccati sul piano della loro efficienza operativa da carenze strutturali e croniche criticità, mai superate.

Dando attuazione all'accorpamento dei 2 Dipartimenti si andrebbe ad attuare uno scompaginamento del modello organizzativo attuale, e con esso della integrazione operativa tra pubblico e privato sociale, realizzata dopo anni ed anni di intenso lavoro; ciò peraltro, in assenza totale di serie contropartite in termini di risparmio economico.

Questa scelta esporrebbe, dunque, inevitabilmente il Settore al rischio concreto di vedere compromesso, in modo irreversibile, il notevole lavoro di qualità, sin qui svolto dagli operatori di settore della Calabria, da anni impegnati a dare pratica attuazione, in ambito regionale, ad una seria e proficua integrazione tra pubblico e privato nel campo delle Dipendenze Patologiche.

Tale previsione oltre ad essere scriteriata, contrasta nettamente con la nota che il sottosegretario Carlo Giovanardi, a conclusione dei lavori della V Conferenza Nazionale sulle Droghe tenuta a Trieste, ha fatto pervenire a tutte le Regioni Italiane, invitando i Governatori a prendere atto degli orientamenti finali condivisi unanimemente dalla Conferenza e che contengono l'indicazione strategica generale – approvata anch'essa all'unanimità da tutti gli operatori – di mantenere distinti i Dipartimenti di cui si trattasi, "considerate le diverse specificità ed attribuzioni degli stessi e la necessità di organizzare risposte differenziate, anche se integrabili per alcuni aspetti operativi, sulle due Aree".

Questo orientamento, d'altronde, già ampiamente recepito ed applicato in Europa, va di pari passo con quanto segnalato dalla V Conferenza di Trieste rispetto alla lotta contro la droga.

Nel settore delle Dipendenze patologiche, dunque, il modello organizzativo Dipartimentale Autonomo, oltre a consentire una seria e corretta integrazione tra il settore pubblico ed il privato sociale, rappresenta l'unico sistema organizzativo strategico, efficace ed insostituibile, in grado di dare pratica e razionale attuazione alla pianificazione organica degli interventi, non solo in tema di prevenzione, ma anche sul versante del trattamento e, soprattutto, per quel che concerne il recupero dei tantissimi giovani che, quotidianamente, insieme alle loro famiglie, lottano disperatamente nel tentativo di riuscire a vincere la difficile battaglia che si chiama *recupero e reinserimento socio-lavorativo e familiare*.

FeDerSerD Calabria interpretando lo stato di disagio e di forte preoccupazione che mortifica e preoccupa gli operatori del Settore Pubblico e del Privato Sociale, i soggetti interessati e le famiglie, si rivolge al Gover-

natore della Calabria On. Giuseppe Scopelliti, alla Giunta Regionale ed al Consiglio Regionale per chiedere che si dia attuazione ad un Piano Sanitario di rientro economico che, razionalmente, pur se dovrà necessariamente prevedere scelte dolorose e sofferte finalizzate alla riduzione del rilevante disavanzo oggi esistente nel settore, prescinda però dal dare spazio ad interventi estemporanei che potrebbero rivelarsi dannosi e che potrebbero intaccare, addirittura, gli standards qualitativi ad oggi raggiunti.

Tagliare senza ragione, accorpare o sopprimere, astenendosi dal considerare le ricadute a medio e lungo termine, potrebbe significare esporre i conti della sanità Calabrese a pericolosi effetti paradossali e/o indesiderati.

Conoscendo la sensibilità umana e lo spessore culturale e politico dell'On. Scopelliti, ci sentiamo di guardare al futuro con fiducia, nella certezza che le soluzioni e le scelte che saranno operate dalla Regione Calabria nell'ambito del Piano di Rientro della Sanità ubbidiranno a criteri oggettivi e razionali, da attuare con ocularità e grande senso di responsabilità, come d'altronde la difficoltà del momento richiede ed impone.

*Siderno, 05.07.2010*

**Il Presidente**

Dott. Francesco De Matteis

**L'appello di FeDerSerD Calabria ha trovato seguito nel modo politico calabrese.**

**In particolare l'on. Elio Belcastro, nel corso di un incontro con il presidente della Regione Scopelliti, nell'affrontare i problemi connessi alla gestione della sanità, tra le incongruenze ha segnalato l'accorpamento dei Dipartimenti delle dipendenze patologiche con quelli di salute mentale, fonte solo di guasti senza alcun vantaggio rispetto al contenimento della spesa.**

**In una nota stampa Belcastro riprende il contenuto della missiva del Sen. Giovanardi alle Regioni e ricorda la presa di posizione del dott. Francesco De Matteis, presidente regionale di FeDerSerD Calabria, che manifestava il disagio degli operatori del settore stante la previsione del Piano che non solo è in contrasto con gli indirizzi nazionali ed europei ma rappresenta anche una scelta scellerata e pericolosa perché, se applicata, affosserebbe il valido, utile e sperimentato progetto, già attuato dalla regione Calabria, di integrazione tra pubblico e privato che consente il recupero ed il reinserimento socio-lavorativo di migliaia di giovani affetti dalla dipendenza dalla droga e dall'alcol.**

**In buona sostanza, secondo Belcastro, applicando i contenuti del Piano di rientro si svilirebbe l'impegno, fino ad oggi messo in campo, dagli operatori del settore sia pubblico che del privato sociale oltre che del volontariato.**

**Belcastro e Scopelliti hanno convenuto che nella rivisitazione generale del Piano, necessaria ed indispensabile per renderlo compatibile con le reali esigenze della sanità calabrese, si porrà attenzione a quanto evidenziato.**

# Intervento di sensibilizzazione ai problemi del fumo per gli studenti del Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Verona

Elena Tollin\*, Morena Tollini\*\*, Oliva Marognolli\*\*, Ezio Manzato\*\*\*, Cristina Biasin\*\*\*

## SUMMARY

■ *Smoking prevalence among Italian health staff is higher than the general population; a survey (AIPO project "No-smoking hospitals" 2001) was carried out with an anonymous, self-administered questionnaire and prevalence was about 33,3% smokers of health staff in Italian hospitals, with 36,2% among the nurses. The project "No-smoking AZ ULSS 21 Legnago (Verona)" includes sensitization, training and smoking cessation treatment for the health staff and the students of nursing in University of Verona (site of Legnago). With 222 students (2009-2010) a survey was carried out with an anonymous, self-administered questionnaire based on five questions about smoking history and prevalence was about 28% smokers; this rate is higher than the general population, and indeed the rate in general population is 25,4% (DOXA-ISS survey 2009); but a remarkable number (72%) of smokers is favourable to quit smoking. The specific project for tobacco control among the nursing students includes sensitization, training, stage near smoking cessation service and smoking cessation treatment. The smoking cessation treatment uses assessment, brief clinical interventions for subject education, motivational techniques to promote quitting and relapse prevention for the patient who has recently quit, counselling, behavioural therapy, pharmacotherapy (bupropion SR, nicotine replacement therapy-NRT and varenicline) and follow-up at 1, 3, 6, 12 months. ■*

**Keywords:** smokers and nursing students, project no-smoking, treatment.

**Parole chiave:** fumatori e studenti di infermieristica, progetto di disassuefazione dal fumo, trattamento.

## 1. Introduzione

Il problema del tabagismo nei futuri operatori sanitari è una realtà complessa e diffusa che gli stessi operatori sono chiamati a combattere dando l'esempio attraverso un comportamento consono alla loro deontologia professionale e all'immagine di formatori di salute.

È un dato di fatto che, se il problema è rilevante nella società contemporanea, è tanto più spinoso se anche chi è chiamato ad operare nella sanità, ne è vittima.

Il tabagismo presenta molteplici aspetti di tipo socio-culturale, in quanto stile di vita dannoso, di tipo medico-psicologico, in quanto dipendenza patologica e fattore di rischio per numerose malattie correlate, di tipo igienistico e legale, essendo il fumo passivo un inquinante ambientale sottoposto a precise norme di divieto e tutela della salute collettiva.

\* Neolaureata Corso di Laurea in Infermieristica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Polo di Legnago (VR).

\*\* Corso di Laurea in Infermieristica, Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Verona, polo di Legnago (VR).

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

Da questa complessità deriva l'esigenza di un coordinamento tra i vari livelli di programmazione nella lotta contro il tabagismo per attuare interventi efficaci nell'ambito della prevenzione, nel potenziamento delle offerte di cura e sostegno ai fumatori che vogliono smettere e nelle applicazioni di osservanze sul divieto di fumo.

Dal momento che i danni derivati dal fumo sono molteplici e a volte anche letali, emerge chiaramente la necessità di sensibilizzare in particolar modo gli studenti delle facoltà medico-sanitarie rispetto a questo fenomeno.

## 2. Epidemiologia negli operatori della salute

Le strutture sanitarie, quali ospedali, ambulatori, studi di medicina generale, farmacie, costituiscono la sede ideale per gli interventi di prevenzione del tabagismo nella popolazione generale, in considerazione dell'elevato numero degli individui che possono essere raggiunti dai messaggi di difesa della salute come pazienti, parenti, visitatori e altro.

Per garantire l'efficacia di tali messaggi è indispensabile che il personale sanitario adotti anche comportamenti conformi, in particolare per l'abitudine al fumo di sigaretta.

Infatti la diffusione del tabagismo tra il personale medico e paramedico in Italia è decisamente più alta (33%) rispetto alla popolazione generale (24%) (Nardini *et al.*, 2003).

In altri paesi invece la percentuale è ben più bassa: ad esempio, in Inghilterra fuma il 10% dei medici e negli Stati Uniti il 2% (Principe, 2001).

Anche negli ospedali dove dal 1975 la legge proibisce il fumo la situazione non è migliore: l'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO) ha promosso uno studio su 9843 sanitari appartenenti a 58 ospedali italiani dal quale è emerso che il 33,3% risulta fumatore (30,8% maschi, 34,9% femmine); in particolare fuma il 38% del personale ausiliario, il 36,2% di quello infermieristico (36,6% maschi, 36,1 femmine), il 32% di quello tecnico-amministrativo e il 24,7% di quello medico (23,7% maschi, 27,5% femmine).

Tra i medici il 39% non ha mai fumato e il 36% è ex fumatore (Nardini *et al.*, 2003).

Questi dati allarmanti hanno indotto l'AIPO a istituire un gruppo di studio e a iniziare un progetto nazionale chiamato "Ospedale Senza Fumo" coinvolgendo 58 ospedali in tutta Italia.

Il programma approvato dalla Comunità Europea è stato diffuso anche in Europa.

Il progetto ha previsto campagne informative tramite incontri, opuscoli, locandine, rivolte sia al personale che ai pazienti e ai visitatori, e l'attivazione di ambulatori per la disassuefazione dal fumo sia per il personale sanitario che per i cittadini.

### 3. Collaborazione tra gli operatori dell'Ambulatorio per Smettere di Fumare e gli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica

Nell'Azienda ULSS 21 di Legnago (Verona) da giugno 2009 è attivo un programma di disassuefazione dal fumo (deliberato dal Direttore Generale Avv. Daniela Carraro con atto n. 547 del 8 ottobre 2009) indirizzato agli Operatori Sanitari e Sociosanitari, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e agli Studenti del Corso di Laurea in Infermieristica di Legnago.

Lo scopo di tale piano di lavoro è quello di favorire la cessazione dal fumo per i dipendenti e collaboratori dell'Azienda ULSS 21 di Legnago (Verona).

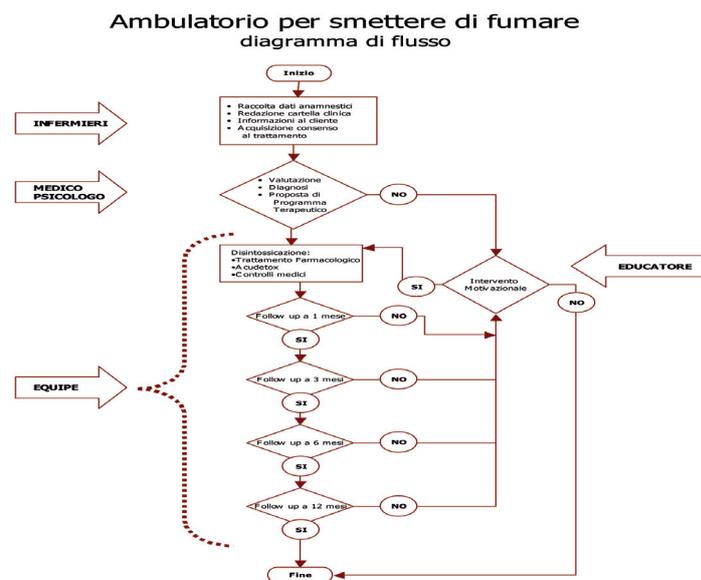
Il progetto è attivato all'interno del Ser.D. ed è variamente articolato; comprende un programma di intervento che rispetti un protocollo con le strutture ospedaliere e quelle del territorio.

L'accesso alla struttura sanitaria è possibile attraverso accordi con gli interessati; la frequenza è gratuita e agevolata (senza lista di attesa), mentre per quanto riguarda la terapia farmacologica, nel caso della vareniclina (farmaco specifico agonista parziale per i recettori nicotinici) viene prevista per i soggetti eleggibili al trattamento la fornitura gratuita per le prime due settimane di terapia e la possibilità di ottenere il proseguimento per le dieci settimane successive a prezzo agevolato (50% del costo commerciale). Queste modalità sono specifiche per gli operatori sanitari (Manzato & Biasin, 2009).

Nell'ambito dell'ambulatorio ci sono infermieri che raccolgono i dati anagrafici e l'anamnesi infermieristica, un medico che, dopo una valutazione e una diagnosi, propone un intervento terapeutico.

L'équipe è composta inoltre da due psicologi che completano la valutazione psicologica e psicopatologica e svolgono interventi di supporto con colloqui e da un educatore dedicato ad interventi motivazionali e di sostegno (Fig. 1).

Fig. 1 - Ambulatorio per smettere di fumare "programma di disassuefazione dal fumo per operatori sanitari e socio-sanitari" (Manzato & Biasin, 2009)



Preliminarmente agli interventi di informazione e sensibilizzazione e di eventuali trattamenti di disassuefazione, da parte del gruppo di coordinamento, costituito dal coordinatore del corso di Laurea e dai tutor d'aula e dal referente dell'Ambulatorio per Smettere di Fumare, è stato deciso di effettuare un'indagine mediante un questionario sulle abitudini al fumo per quantificare la dimensione del fenomeno tra gli studenti.

Un ulteriore obiettivo di questa indagine è stato quello di ottenere un quadro esaustivo della consapevolezza dei danni da fumo e delle motivazioni a smettere tra gli studenti fumatori, individuando le possibili strategie operative accoppiandole con le caratteristiche dei soggetti fumatori e non fumatori e costruendo un programma antifumo mediante interventi di sensibilizzazione, formazione, stage professionale e aggancio dei fumatori.

#### 3.1. Analisi della dimensione fumo nel Corso di Laurea utilizzando il questionario

##### 3.1.1. Strumento di rilevazione

L'indagine è stata condotta somministrando agli studenti del Corso di Laurea del I-II-III A.A. un questionario intitolato: "Questionario sull'abitudine di fumare" ideato in collaborazione tra l'Azienda ULSS 21 e l'Azienda Ospedaliera - Università di Padova per identificare la tipologia di fumatore: con poche domande è permesso alla persona di definire il proprio stato motivazionale alla cessazione immediata del fumo.

Il questionario è in forma anonima, le domande sono molto semplici e prevedono una sola risposta, inoltre non vengono indicati l'anno di corso e i dati personali.

Si parte cercando di capire la tipologia di fumatore, occasionale o abituale, si cerca quindi di accertare se il fumatore ha tentato di abbandonare il fumo o se è intenzionato a farlo e qual è la sua urgenza.

Ad ogni risultato del questionario corrisponde una tipologia di fumatore, che si correla anche ad un diverso livello di dipendenza e motivazione alla cessazione.

**Profilo A:** corrisponde a un fumatore convinto; in questo caso si danno informazioni riguardo ai danni da fumo e si suggerisce di chiedere aiuto se già è presente una qualche patologia causata o peggiorata dal fumo; si fa presente che l'operatore sanitario ha un ruolo di esempio nei confronti della popolazione, pertanto gli si chiede di trattenersi dal fumo almeno durante l'orario di lavoro.

**Profilo B:** corrisponde a un fumatore che ha una debole intenzione di smettere in tempi non brevi; è consapevole sia del piacere che deriva dal fumo di sigaretta sia delle altrettanto gravi conseguenze che derivano da questa pratica; lo si invita a rivolgersi all'Ambulatorio per avere informazioni più dettagliate, anche rispetto alle modalità per smettere di fumare.

**Profilo C:** è quello di un soggetto fortemente intenzionato a smettere di fumare: costui è conscio dei vantaggi che ne deriverebbero per la salute propria, altrui e denota un senso di responsabilità; lo si invita a rivolgersi all'Ambulatorio per ricevere aiuto nella disassuefazione da fumo.

### 3.1.2. Risultati

Il numero totale degli studenti immatricolati al Corso di Laurea in Infermieristica di Legnago A.A. 2009-2010 è di 222 persone, 63 maschi (28%) e 159 femmine (72%); a tutti è stato consegnato il questionario.

Hanno partecipato alla compilazione del questionario 186 studenti in corso del I-II-III anno, di questi 179 l'hanno compilato correttamente.

Sette test sono stati ritenuti non validi in quanto non compilati correttamente.

La percentuale di adesione all'indagine è stata quindi dell'84% e la percentuale dei questionari compilati in modo corretto è stata del 96%.

In base al test somministrato, sono state individuate 6 categorie di soggetti:

1. Non fumatori.
  2. Fumatori astinenti (ex fumatori).
  3. Fumatori correnti/convinti.
  4. Fumatori che hanno tentato di smettere.
  5. Fumatori seriamente intenzionati a smettere.
  6. Fumatori intenzionati a smettere, anche se non nell'immediato.
- Nello specifico, alla prima domanda "Sono un fumatore, cioè fumo almeno una sigaretta al giorno?" 101 persone dichiarano di non essere fumatori, 50 fumatori, 28 persone dichiarano di essere astinenti, delle quali 18 da un anno o più e 10 da meno di un anno.

In termini di percentuale il 56% è composto da non fumatori, il 10% ha smesso di fumare da un anno o più, il 6% è astinente da meno di un anno e il 28% è formato da fumatori.

Questo dato è più alto della percentuale dei fumatori nella popolazione generale che, secondo i dati Istat del 2009, è in Italia del 23%.

Questo potrebbe essere dovuto alle diverse fasce di età considerate (Tab. 1).

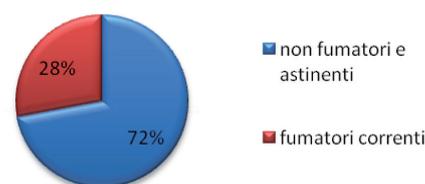
Considerando quindi che le due categorie di fumatori astinenti attualmente non sono fumatori e si raggruppano nei non fumatori la percentuale di questi ultimi aumenta: 72% non fuma e 28% fuma (Tab. 2).

**Tab. 1 - Abitudine al fumo tra gli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica**



**Tab. 2 - Abitudine al fumo tra gli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica**

**Sono un fumatore, cioè fumo almeno una sigaretta al giorno?**

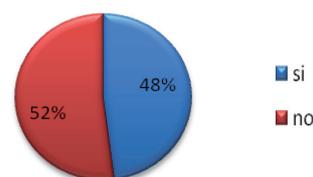


Per quanto riguarda la seconda domanda "Ho tentato di smettere di fumare nel corso dell'ultimo anno?", i dati dimostrano che dei 50 fumatori, circa la metà (24 soggetti) ha tentato di smettere nel corso dell'ultimo anno.

Pertanto le persone che dichiarano di non aver mai tentato di smettere di fumare rappresentano il 52%, mentre il 48% ha comunque cercato di abbandonare l'abitudine del tabacco (Tab. 3).

**Tab. 3 - Studenti che hanno tentato di smettere di fumare**

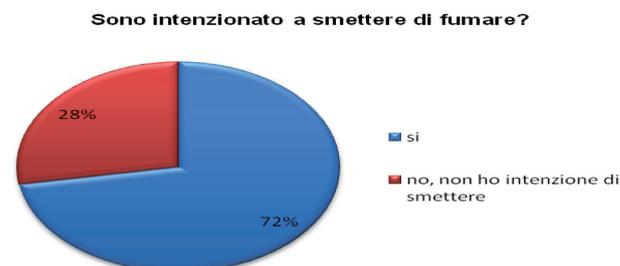
**Ho tentato di smettere di fumare nel corso dell'ultimo anno?**



Al quesito numero tre "Sono intenzionato a smettere di fumare?" non tutti gli studenti fumatori hanno risposto.

Il 72% (34 fumatori) dice che ha intenzione di smettere, mentre il 28% (13) esprime un mancato interesse alla disassuefazione.

**Tab. 4 - Studenti intenzionati a smettere di fumare**

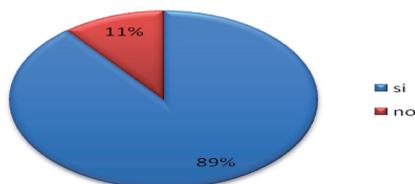


Gli studenti che non hanno intenzione di smettere vengono classificati dal profilo come “fumatori convinti”, terminando pertanto il loro questionario (Tab. 4).

Alla quarta domanda “Vorrei tentare di smettere di fumare nei prossimi 6 mesi?” hanno risposto 37 fumatori, compresi i 3 studenti che avevano omesso la risposta precedente; di questi l’89% ha espresso l’intenzione di smettere nel giro dei prossimi 6 mesi, mentre l’11% non intende smettere (Tab. 5).

Tab. 5 - Studenti che vogliono tentare di smettere di fumare nei prossimi sei mesi

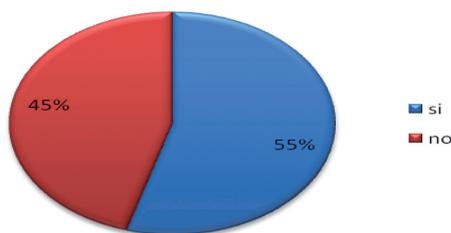
Vorrei tentare di smettere di fumare nel giro dei prossimi sei mesi?



All’ultima domanda “Vorrei smettere di fumare nel giro dei prossimi 30 giorni?” hanno risposto 33 studenti, di questi il 55% ha intenzione di smettere nei prossimi 30 giorni (Tab. 6).

Tab. 6 - Studenti che vogliono tentare di smettere nei prossimi trenta giorni

Voglio tentare di smettere di fumare nel giro dei prossimi trenta giorni?



Riassumendo: il 28% degli studenti ha riportato di non avere intenzione di smettere di fumare, mentre il 72% ha intenzione di smettere di fumare, con un 55% che ha tale intenzione nei 30 giorni successivi all’indagine.

### 3.2. Accoppiamento delle strategie di sensibilizzazione con gli studenti in funzione dei dati ricavati e sulla base delle Linee Guida

Le Linee Guida per la cessazione del fumo dell’Università del Michigan del 2006 evidenziano alcuni indirizzi relativi alla gestione clinica per la cessazione del fumo.

Oltre agli adulti individuano gli adolescenti come popolazione target dell’intervento mantenendo i punti chiave specifici dell’intervento e le opzioni del trattamento: ASK, ADVISE, ASSESS, ASSIST, ARRANGE. Non viene fatto alcun accenno a operatori sanitari.

Le 5 A significano:

- ASK: chiedere lo stato del fumo per tutti i soggetti adulti;
- ADVISE: informare sugli effetti del fumo e raccomandare di smettere; il rendere noto sul rischio che il fumo comporta è

necessario per il fumatore adattando l’informazione a livello di comprensione.

- ASSESS: (definire le caratteristiche del soggetto); per l’adesione a un programma di disassuefazione sono fondamentali quattro aspetti clinici: 1) il livello di motivazione, 2) il grado di dipendenza, 3) il livello socioculturale per la comprensione dei messaggi e la comunicazione del proprio vissuto, 4) le condizioni generali di salute.
- ASSIST: stabilire il percorso terapeutico per la cessazione;
- ARRANGE-FOLLOW-UP: pianificare un appropriato follow-up per tutti i fumatori.

Linee Guida clinico-organizzative della Regione Piemonte per la cessazione del fumo di tabacco del 2007 sottolineano in particolare le strategie e l’organizzazione, gli interventi e le categorie particolari di utenti.

Linee Guida Cliniche per promuovere la cessazione dell’abitudine al fumo del Ministero della Salute-Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio Fumo, Alcol e Droga Aggiornamento del 2008 (lievemente modificato rispetto alle Linee Guida pubblicate nel 2002) (Guida Breve per la realizzazione degli interventi) evidenziano alcuni indirizzi relativi alla promozione di stili di vita salutari e al trattamento della dipendenza da nicotina.

In diverse Linee Guida relativamente al trattamento viene suggerito fortemente l’intervento motivazionale (Rollnick, 1994) le cui strategie si basano sul modello degli stadi del cambiamento ideato da Prochaska e DiClemente (1983) basato in diversi stadi:

- Precontemplazione: la persona non contempla l’idea di smettere.
- Contemplazione: il cliente è caratterizzato da ambivalenza: considera il cambiamento e in pari tempo lo rigetta.
- Determinazione: il soggetto apre una finestra di opportunità.
- Azione: il soggetto si impegna in azioni concrete volte al conseguimento di un cambiamento.
- Mantenimento: consiste nel consolidamento del livello di cambiamento raggiunto, prevenendo le ricadute.
- Ricaduta: è una componente essenziale della dipendenza da sostanze psicoattive.

In base ai risultati del questionario sono state individuate le strategie specifiche per i 6 profili di soggetti e un ordine di priorità:

#### 3.2.1. Strategie per gli studenti non fumatori

Per gli studenti non fumatori sono utili interventi di sensibilizzazione e di formazione specifica sul problema “fumo”, che possono essere sviluppati con quattro strategie:

- attuare seminari di formazione sul tema: neurobiologia delle ricadute, il craving e Linee Guida degli interventi antifumo per operatori sanitari e socio sanitari; organizzazione del programma di disassuefazione dal fumo per operatori sanitari e socio sanitari (sulla base delle Linee Guida attuali); gestione clinica e disassuefazione dal fumo; le strategie antifumo e la sicurezza negli ambienti di lavoro dell’azienda AULSS 21;
- laboratori esperienziali su contenuti e strategie di counseling e prevenzione sul tema;
- materiali cartacei;
- programmi destinati al computer, per non cadere nella “schiaività” che dà la dipendenza da fumo.

#### 3.2.2. Strategie per gli studenti astinenti dal fumo (ex fumatori)

Gli interventi di prevenzione della ricaduta mirano alla riduzione dei tassi di ricaduta successivi all’esito positivo del trattamento di cessazione.

Questi aspirano a formare e costruire abilità per evitare le situazioni di rischio e gli eventi vitali stressanti (*Linee Guida clinico-organizzative della Regione Piemonte, 2007*):

- fornire informazioni su come gestire le situazioni di ricomparsa del **craving** attraverso cellulare, materiali cartacei, programmi destinati al computer, oppure tramite la fornitura di materiale cartaceo o incontri;
- coinvolgimento in attività di sorveglianza al rispetto del regolamento di divieto del fumo;
- spiegare le situazioni nelle quali potrebbe aumentare la consapevolezza dei “segnali di possibili ricadute”;
- effettuare un counseling di supporto e di motivazione al mantenimento dell’astinenza.

### 3.2.3. Strategie per gli studenti fumatori intenzionati a smettere, anche se non nell’immediato

Vengono previsti interventi con diverse tecniche, raccomandate in diverse Linee Guida (*Linee Guida clinico organizzative della Regione Piemonte, 2007; Linee Guida Istituto Superiore di Sanità, 2008*):

- **Tecniche di auto-aiuto**: i fumatori possono scegliere di intraprendere un programma per smettere di fumare senza l’assistenza di un professionista sanitario. Questo trattamento si basa su una serie di strategie come video o audiovisivi, materiali cartacei, programmi destinati al computer e linee telefoniche dedicate.

I programmi di auto-aiuto risultano essere un po’ più efficaci rispetto a nessun intervento e più efficaci quando i materiali di auto-aiuto sono adeguati al fumatore specifico.

- **Interventi di gruppo**: si intendono quelli in cui i fumatori si incontrano in un gruppo, per condividere gli stessi problemi e le stesse esperienze con altri fumatori e per apprendere nuove abilità. A favore di questa metodica giocano il coinvolgimento individuale degli “iscritti”, la reciproca solidarietà, il confronto con gli altri partecipanti su difficoltà e vantaggi dello smettere di fumare e la possibilità di riflettere sull’esperienza altrui ed essere risorsa per gli altri. Gli interventi di gruppo possono incrementare i tassi di cessazione.
- **Tecniche di rilassamento**: sono delle terapie alternative, hanno l’obiettivo di fornire al fumatore strumenti per la gestione dell’ansia e delle situazioni di stress, che possono favorire il mantenimento dell’abitudine e sono spesso identificate tra le principali cause di fallimento dei tentativi di smettere. Queste tecniche vengono applicate nell’ambito di interventi cognitivo-comportamentali e hanno doppia valenza: eventualmente registrate su cassetta oppure rievocate mentalmente a casa, rappresentano di per sé una tecnica quotidiana di controllo dell’ansia. Sono vantaggiose anche a livello di gruppo.
- **Counseling motivazionale** che permetta di esaminare i Pro e i Contro evocando i possibili vantaggi di un cambiamento e anche gli svantaggi del cambiamento.
- Per gli studenti che non riescono a smettere di fumare con l’utilizzo di materiale di auto-aiuto o in seguito ai consigli di personale specifico, una forma di intervento che risulta essere particolarmente efficace (secondo le linee guida) è l’accesso agevolato del fumatore al Servizio di Disassuefazione (tramite facilitazione economica rispetto agli interventi sanitari e alle prescrizioni farmacologiche e la possibilità di frequenza durante il corso universitario). In generale gli approcci suggeriti dalle Linee Guida per agevolare l’accesso ai Centri Anti Fumo sono:
  - accesso gratuito;

- semplice informazione;
- accesso con agevolazioni (riduzione del costo delle prestazioni e dei farmaci).

Il programma di disassuefazione dal fumo, gestito dall’Ambulatorio per Smettere di Fumare a cui gli studenti possono rivolgersi, è strutturato in tre fasi:

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

### 3.2.4. Strategie per fumatori seriamente intenzionati a smettere

Quando il soggetto è determinato a smettere (secondo la classificazione degli stadi del cambiamento di Prochaska e DiClemente, 1983) le azioni nei suoi confronti sono:

- aiutare lo studente a determinare le scelte, questo è l’obiettivo principale;
- è necessario esaminare i bisogni personali dello studente, e sulla base di questi esplicitare delle opzioni possibili;
- è importante sostenere e confermare i successi ottenuti;
- bisogna analizzare concretamente i cambiamenti e i loro effetti;
- è significativo prendere in considerazione la possibilità di non cambiamento, le ricadute fanno parte del processo di cambiamento che lo studente sta affrontando, è importante incoraggiarlo a non arrendersi (Prochaska, DiClemente, 1983).

### 3.2.5. Strategie per gli studenti fumatori convinti

In questa situazione lo studente non riconosce come problema la sua condizione di dipendente, non ritiene di avere alcuna possibilità di modificarla, non intende applicare nessun sforzo a tal fine e la condizione è dominata dalla negazione.

Nella fase di precontemplazione ideata da DiClemente e Prochaska (1983) vengono suggerite alcune strategie di approccio:

- porre la massima attenzione alla relazione utilizzando quindi domande aperte ed empatia, dimostrare rispetto e confermare la libertà di scelta, non scontrarsi con le resistenze, evitare discussioni, quindi non criticare o assumere la “posizione di esperto”, evocare il riconoscimento del problema ed eventuali preoccupazioni (DiClemente e Prochaska, 1983);
- far capire attraverso e-mail, messaggi locandine che, anche se si pensa di non avere problemi fisici legati al fumo di sigaretta, si deve considerare il fatto che in ogni caso il proprio sangue è avvelenato dall’ossido di carbonio ed è meno ossigenato, pertanto il proprio organismo ne patisce le conseguenze;
- provare per chi fa attività fisica ad osservare dopo quanti minuti comincia la sensazione di affaticamento rispetto ai compagni di squadra che non fumano;
- sensibilizzare sul ruolo di esempio nei confronti della popolazione e a non fumare davanti al pubblico durante l’orario di lavoro svolto nel periodo di tirocinio;
- agli studenti dotati di cellulare, si ipotizza l’invio mensilmente di un messaggio per ricordare che la salute di tutti è un bene prezioso e che iniziare a smettere è un buon passo per cominciare a prendersi cura di sé;
- riproporre il questionario per rilevare periodicamente se vi è qualche cambiamento di pensiero, di atteggiamenti e di comportamenti da parte di questi soggetti.

### 3.3. Programma di sensibilizzazione alla disassuefazione dal fumo per gli studenti futuri operatori della salute

La dipendenza da nicotina rappresenta un problema significativo sia come impatto sociale sia come costi sanitari ed è anche evidente che abbandonare l'abitudine al fumo costituisce un passo significativo per migliorare le condizioni di vita e di salute del singolo cittadino.

Il non fumare e lo smettere di fumare provocano evidenti benefici al soggetto e alla comunità; inoltre i dipendenti sanitari, collaboratori e studenti del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Azienda ULSS 21 dovrebbero essere di esempio, di testimonianza e punto di riferimento per tutti i cittadini.

L'obiettivo generale prevede la gestione operativa di un programma di disassuefazione dal fumo per studenti del Corso di Laurea di Scienze Infermieristiche della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Verona (sede Legnago) per renderli consapevoli delle conseguenze del fumo sulla salute, per metterli in grado di fare scelte libere e informate, per ridurre la perdita di salute dovuta al fumo di tabacco e per aumentare la consapevolezza nei futuri operatori sul loro ruolo di testimonial della salute.

Gli obiettivi specifici sono:

- implementazione di una rete di collaborazione nella struttura universitaria per la cessazione dal fumo negli studenti;
- pubblicizzazione dell'iniziativa all'interno del Corso di Laurea;
- rilevazione epidemiologica del numero e delle caratteristiche degli studenti fumatori mediante questionario anonimo;
- inserire all'interno del Corso di Laurea una figura di supporto per i fumatori intenzionati a smettere con trattamenti EBM (farmacologici e non farmacologici);
- inserire all'interno del Corso di Laurea un intervento di formazione sul tema;
- valutazione dei risultati.

Le azioni previste sono le seguenti:

- Collaborazione con le strutture dell'Azienda ULSS e con il Coordinatore del Corso di Laurea. Si prevede l'individuazione del referente del gruppo di lavoro senza fumo del Corso di Laurea.
- Pubblicazione dell'iniziativa mediante diversi strumenti di azione:
  - depliant informativi attinenti al target;
  - cartelloni di divieto e cartelloni con messaggi persuasivi sulla salute;
  - e-mail;
  - spazio specifico dedicato sul sito internet universitario.
- Ad un anno dalla prima rilevazione il questionario verrà riproposto per valutare l'effetto del progetto anche in termini di motivazione alla cessazione dal fumo.
- Durante il corso degli studi universitari è fondamentale fare informazione, sensibilizzazione e formazione per gli studenti con l'obiettivo di migliorare le conoscenze degli stessi circa le diverse problematiche connesse alla dipendenza da nicotina e circa le attuali strategie di prevenzione e trattamento per smettere di fumare; un altro obiettivo è migliorare le capacità di informare e motivare i cittadini che afferiscono ai Servizi dell'Azienda ULSS 21 a stili di vita più salutari non fumando o smettendo di fumare.
- Dedicare una giornata di formazione specifica a studenti del I-II-III anno con la collaborazione dei Tutor e del Coordinatore. Gli argomenti potrebbero essere:

- neurobiologia delle ricadute, il craving e Linee Guida degli interventi antifumo per operatori sanitari e socio sanitari;
- organizzazione del programma di disassuefazione dal fumo per operatori sanitari e socio sanitari (sulla base delle linee guida attuali);
- gestione clinica e disassuefazione dal fumo;
- le strategie antifumo e la sicurezza negli ambienti di lavoro dell'Azienda ULSS 21;
- confronto e dibattito tra gli studenti.
  - Spazio specifico all'interno del sito universitario.
  - Attribuzione di crediti formativi per le attività elettive.
  - Frequenza obbligatoria con brevi stage presso l'Ambulatorio per Smettere di Fumare.
- Collaborazione ai programmi di informazione, prevenzione e promozione della salute. Questa iniziativa potrebbe essere proposta in occasione della Giornata Mondiale Senza Tabacco (31 maggio) da un gruppo di studenti del Corso di Laurea.
- Valutazione periodica del progetto con pubblicazione dei risultati, monitorando e valutando a distanza, dalla partenza del progetto periodicamente ogni 12 mesi, mediante lo stesso questionario allo scopo di rilevare eventuali modificazioni delle conoscenze, degli atteggiamenti e del comportamento degli studenti.

Gli strumenti del programma sono:

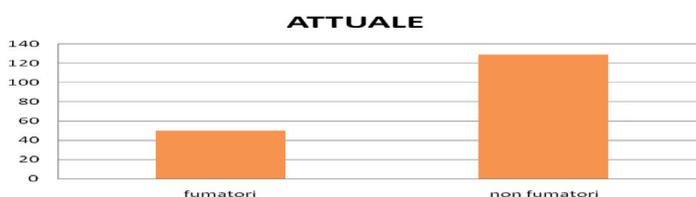
1. Questionario sull'abitudine al fumo.
2. Il diario del fumatore.
3. Scala di auto-valutazione della sindrome ansiosa.
4. Esempi di segnali antifumo.
5. Test di Fagerstrom.

Gli indicatori di verifica sono:

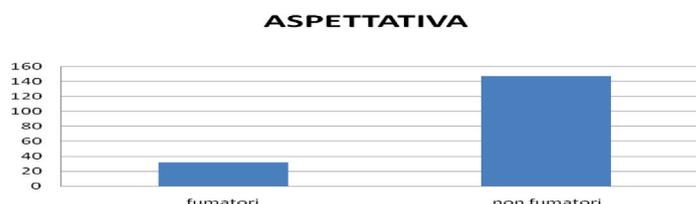
1. Numero di partecipanti alle giornate di sensibilizzazione e formazione.
2. Numero di questionari compilati e restituiti nella rilevazione iniziale e di follow-up.
3. Numero di soggetti che hanno aderito a trattamenti di cessazione.
4. Numero di partecipanti a sedute di terapia di gruppo.
5. Numero di manifesti affissi e numero di depliant distribuiti.
6. Numero di conferenze stampa di presentazione e di illustrazione dei risultati con gli studenti.

È stato ipotizzato come risultato strategico del progetto il raggiungimento della cessazione dal fumo del 55% dei soggetti motivati a smettere a breve (entro 30 giorni) (Tabb. 7, 8).

Tab. 7 - Situazione attuale nel Corso di Laurea



Tab. 8 - Aspettativa con l'applicazione del progetto all'interno del Corso di Laurea



## Conclusioni

Il lavoro presentato nasce dalla constatazione che un numero sempre più consistente di soggetti giovani è dipendente dal fumo (secondo i dati ISTAT del 2009 la prevalenza di soggetti fumatori tra i 15 e i 24 anni è del 21,7% e tra i 25 e 34 anni del 31,4%) e che il tabagismo determina pesanti conseguenze a livello fisico e psicologico sia sulla popolazione giovanile che adulta.

L'abitudine al fumo è presente, in termini consistenti anche nel personale sanitario, operatori e studenti che per loro stessa condizione professionale dovrebbero costituire un modello positivo di riferimento per tutti coloro che fruiscono delle strutture sanitarie.

Dal questionario distribuito, che costituisce la prima fase del progetto e l'unica applicata al momento, emerge che tra gli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica di Legnago, i non fumatori sono in maggioranza (72%), ma la percentuale di fumatori (28%) è maggiore rispetto a quella riscontrata nella popolazione generale (25,4%) (indagine DOXA-ISS 2009), pur essendo inferiore a quella rilevata precedentemente tra i colleghi infermieri (36,2%) (Nardini *et al.*, 2001).

Questo sottolinea l'importanza di promuovere un intervento specifico per tale popolazione di futuri operatori sanitari per migliorare la loro consapevolezza come fornitori di salute nell'ambito della futura professione.

Gli studenti fumatori convinti rappresentano il 28% ed è possibile stimare che attraverso l'attuazione di un progetto di sensibilizzazione questa percentuale potrebbe diminuire.

Emerge anche che un notevole numero di fumatori è intenzionato a smettere (72%) e che il 55% di questi ha intenzione di farlo entro 30 giorni.

A tal proposito è già operativo per gli studenti l'accesso agevolato presso l'Ambulatorio per Smettere di Fumare, analogamente a quanto previsto per gli operatori sanitari e socio-sanitari dell'Azienda ULSS.

Da questi dati si può supporre che la consapevolezza dei danni da fumo sia presente nella maggior parte degli studenti del Corso di Laurea, come confermato da una discussione con gli stessi durante una riunione di consensus sui risultati del questionario. In tale riunione è emersa l'importanza di aderire, sotto la supervisione del Coordinatore del Corso di Laurea, ad interventi di collaborazione con le strutture dell'Azienda ULSS, di mantenere attiva un'azione di sensibilizzazione, di programmare un'atti-

vità formativa specifica all'interno del percorso curricolare, di attribuire crediti formativi per le attività elettive e di attivare degli stage presso l'Ambulatorio per Smettere di Fumare.

In complesso è opportuno attuare un programma con diverse iniziative rivolte a sviluppare la consapevolezza del problema e ad approfondire competenze professionali da utilizzare nella pratica clinica futura.

## Bibliografia

- Istituto Superiore di Sanità, *Osservatorio Fumo, Alcol e Droga* (2008), "Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo", [www.Ossfad.iss.it](http://www.Ossfad.iss.it).
- Manzato E., Biasin C. (2009), "Il programma di disassuefazione dal fumo per operatori sanitari e socio-sanitari", *Mission*, 28, 7-18.
- Nardini S., Carrozzi L., Bertolotti R., Matteelli G., Sabato E., Del Donno M. (2001), "Il progetto obiettivo AIPO "Ospedali senza fumo": risultati descrittivi della prima fase epidemiologica", *Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio*, 16, 261-272.
- Nardini S., Bertolotti R., Cagnin R., Carrozzi L., Dalla Pietra G., Gottardo L., Pavarin M.C., Sabato E., Sanzovo M., Tamang E. (2003), "Epidemiologia del fumo tra i professionisti sanitari. Cenni di epidemiologia su uso di tabacco e personale sanitario", in *Guida per ospedali e servizi sanitari senza fumo; Corso di Formazione Regione Veneto "Ospedali e servizi socio sanitari senza fumo: promuovere una cultura libera dal fumo"*, Venezia: 37-38.
- Prochaska J.O., DiClemente C.C. (1983), "Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Toward an Integrative Model of Change", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Principe R. (2001), "Il fumo nelle strutture sanitarie", *Italian Heart Journal*, 2 (Suppl. 1), 110-112.
- Rapporto (2009) Ministero della Salute - Dipartimento della prevenzione e comunicazione. "Attività per la prevenzione del tabagismo".
- Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità Regione Piemonte (2007), "Linee Guida clinico-organizzative per la Cessazione del Fumo di Tabacco".
- Direzione Prevenzione - Servizio Sanità Pubblica e Screening Regione del Veneto (2009), "Abitudine al fumo di tabacco nel Veneto".
- Rollnick S. (1994), *Il Colloquio Motivazionale. Aumentare la disponibilità al cambiamento. Atti del convegno "Motivazione e stadi del cambiamento nelle tossicodipendenze" - 1° incontro Genovese sulle Tossicodipendenze*, *Vaso di Pandora*, 2, 53-68.
- University of Michigan Health System (2006) *Guidelines for Clinical Care: Smoking Cessation*.

## RECENSIONE



Loredana Pagliarani, Franco Baldini  
(a cura di)

### IL TRATTAMENTO NELLA DIPENDENZA DA COCAINA

Protocollo d'intervento cognitivo-comportamentale ambulatoriale per operatori

pp. 176, € 22,00  
Cod. 1305.134 (V)  
Collana: Strumenti per il lavoro psico-sociale ed educativo

difficilmente accedono alle comunità terapeutiche tradizionali, mentre possono più facilmente aderire ad una modalità di intervento, pur corposa ed impegnativa, che permetta loro di continuare a mantenere inalterata la vita sociale e professionale. La proposta è resa possibile anche dall'assente o blanda dipendenza fisica dalla cocaina.

Il testo è suddiviso in due parti: la prima - più generale - tratta la cocaina nei suoi aspetti sociali, farmacologici e di ricerca; la seconda descrive in maniera articolata i moduli di trattamento del protocollo d'intervento ambulatoriale: l'assessment psicodiagnostico e psichiatrico; l'intervento di psicoterapia individuale; il biofeedback; l'intervento psicoeducazionale di gruppo; l'intervento psicoeducativo e di sostegno alle famiglie. Per ogni modulo vengono fornite le basi teoriche, le modalità concrete di intervento e vengono presentati alcuni casi clinici esplicativi. Chiude il volume una ricca e aggiornata rassegna bibliografica utile all'approfondimento dei temi trattati.

Loredana Pagliarani, psicologa psicoterapeuta, docente della scuola di specializzazione di Psicoterapia Cognitiva di Verona, responsabile scientifico e supervisore del progetto "Fuori dalle Righe".

Franco Baldini, psicologo psicoterapeuta, docente e responsabile della sede di Verona della Scuola di Psicoterapia Cognitiva e Associazione di Psicologia Cognitiva, supervisore del progetto "Fuori dalle Righe".

# Criteria psicologici per l'inclusione dei pazienti tossicodipendenti in programmi terapeutici di Alta o Bassa Evolutività. Costruzione di una scheda di valutazione psicologica

Cecilia Isatto\*, Enrica Latterini\*, Iva Vedovelli\*\*

## SUMMARY

■ *The goal of this work is to provide a report card meant to guide psychologists in their first phase of clinical work, specifically in the process of evaluation diagnosis, and to allow the differentiation of patients in two types of therapeutic programs, the High and Low Evolution, offered by the Ser.T. Service.*

*Conducted by the psychological division of Ser.T. Trento, this report offers insights into the distinct vulnerability of the patient that the entire multidisciplinary working-team can avail itself of. These insights can be employed as guidelines for the therapeutic work and as markers for the development of a whole project. ■*

**Keywords:** *therapeutic project of High and Low Evolution; psychological criteria.*

**Parole chiave:** *progetto terapeutico di Alta Evolutività e Bassa Evolutività, criteri psicologici.*

## Premessa

Uno degli obiettivi che il Ser.T. di Trento da alcuni anni persegue è quello di realizzare un assessment multidimensionale del paziente che sia in grado di indirizzare la scelta del trattamento tenendo conto delle specificità che contraddistinguono ogni singolo caso.

In funzione di tale obiettivo, alle varie aree professionali che compongono l'equipe multidisciplinare del Ser.T. (medico-sanitaria, sociale e psicologica), è stato richiesto l'impegno di predisporre setting di accoglienza/valutazione e strumenti conoscitivi adatti a consentire una rilevazione dei bisogni e delle caratteristiche individuali di ciascun paziente.

Il mandato assegnato al gruppo degli psicologi, nello specifico, ha riguardato la definizione di criteri psicologici utilizzabili al fine di individuare, per ogni singolo paziente, la tipologia di programma terapeutico maggiormente indicata, tra le due attualmente previste dal Servizio e denominate "Alta evolutività" e "Bassa evolutività".

## Progetto terapeutico di alta e bassa evolutività

Il lavoro svolto dall'equipe psicologica si è concretizzato nella costruzione di una griglia descrittiva che consenta di sintetizzare i dati raccolti nella prima fase del processo diagnostico- valutativo, ma anche di orientare il lavoro clinico dello psicologo nelle fasi successive.

Prima di presentare la scheda di valutazione psicologica vogliamo descrivere brevemente la cornice organizzativa e l'iter previsti dal Servizio relativamente alla fase di accoglienza del paziente e fornire alcune precisazioni riguardanti le due tipologie di programma terapeutico sopra citate.

\* *Psicologa-Psicoterapeuta presso il Ser.T., Azienda Provinciale Servizi Sanitari di Trento.*

\*\* *Psicologa-Psicoterapeuta responsabile Articolazione Semplice presso il Ser.T., Azienda Provinciale Servizi Sanitari di Trento.*

Per tutti gli utenti, incidenti e rientranti, che pongono una richiesta di trattamento, viene aperto un programma terapeutico definito "Accoglienza, aggancio e valutazione".

All'interno di questa tipologia di programma terapeutico trovano attuazione una serie di interventi finalizzati ad un primo inquadramento del paziente e del problema portato che comprendono l'esecuzione dei test tossicologici, la visita medica e i colloqui con l'assistente sociale e con lo psicologo.

Il trasversale coinvolgimento delle varie professionalità presenti al Servizio trae origine dal pensiero che l'elaborazione e la sintesi dei dati raccolti attraverso l'incontro delle differenti competenze professionali, possa ottimizzare la conoscenza del paziente.

Una volta completata questa prima fase conoscitiva, a seconda delle risorse psichiche, relazionali, sociali, fisiche che si sono evidenziate nel paziente e del livello di motivazione che questi ha espresso, viene attivato un progetto orientato al cambiamento (Alta Evolutività), oppure trovano attuazione ipotesi trattamentali di natura prevalentemente supportiva (Bassa Evolutività). Precisiamo che il Servizio, negli ultimi anni, ha avvertito l'esigenza di differenziare i pazienti in coorti relativamente omogenee rispetto agli obiettivi del trattamento anche in relazione alla necessità di valutare l'esito degli interventi, come illustrato nell'articolo "Organizzazione di un Ser.T. in una logica aziendale: i progetti terapeutici per obiettivi con indicatori di risultato".

L'Alta Evolutività si riferisce ai pazienti per i quali, nel periodo di osservazione, appare ipotizzabile un percorso di cambiamento volontario della condizione di tossicodipendenza.

La Bassa Evolutività si riferisce invece ai pazienti per i quali si ipotizza che un cambiamento volontario della condizione di tossicodipendenza non sia nell'immediato perseguibile o/e ai pazienti che presentano importanti problemi di area psichiatrica, gravi disturbi di personalità e/o pesanti condizioni di degrado sociale (Di Clemente, 1994).

Finora la differenziazione tra Alta e Bassa Evolutività ha tenuto conto prevalentemente dell'andamento del sintomo tossicoma-

nico prevedendo, ad esempio, per l'accesso all'Alta Evolutività, criteri legati al rapporto con la sostanza (vedi determinazione di percentuali di riduzione dell'uso di sostanze).

Ciò non significa che fino ad oggi le equipe multidisciplinari del Ser.T. abbiano utilizzato solo criteri di carattere quantitativo o solo legati all'andamento del sintomo nell'orientare la scelta del progetto terapeutico.

Di fatto, nella pratica, si è sempre tenuto conto di un insieme di fattori: le condizioni fisiche del paziente, l'atteggiamento rispetto al problema, il livello di motivazione, il funzionamento psicologico, il grado di integrazione sociale.

Pertanto la decisione dell'equipe di aprire un progetto terapeutico di Alta o Bassa Evolutività per un determinato paziente è sempre stata frutto di un confronto multidisciplinare e di una condivisione di valutazioni qualitative, oltre che quantitative.

Lo psicologo finora ha partecipato a questa fase di sintesi degli elementi raccolti e di definizione del progetto terapeutico portando in equipe gli elementi emersi all'interno del setting di accoglienza psicologica e condividendo con le altre figure professionali le prime ipotesi relative all'assetto psichico del paziente, alle caratteristiche della domanda, all'area di cambiamento ipotizzabile e alla "trattabilità" del caso dal punto di vista psicologico.

Questo tipo di apporto ci sembra corrispondere, al pensiero di Maurizio Fea relativamente alla finalità della valutazione diagnostica.

L'Autore sostiene che "Il processo diagnostico dovrebbe avere un certo valore predittivo rispetto alle possibilità di cura e dovrebbe strutturarsi come un momento di connessione tra passato e futuro. Inoltre all'interno di una logica processuale il momento diagnostico e quello terapeutico non sono totalmente scindibili, ma debbono essere considerate come azioni coordinate intorno ad un processo di cambiamento".

Riteniamo che il contributo dell'area psicologica sia quello di fornire elementi di conoscenza sulla vulnerabilità specifica del paziente e fare luce sulla dinamica delle connessioni tra il mondo interno del paziente, il suo rapporto con il mondo esterno e, nello specifico, con la sostanza stupefacente.

Come sostiene Antonello Correale "Se il campo istituzionale individua l'area traumatica ed è in grado in modo evolutivo e graduale di averne cura e restituirla in parte elaborata, i pazienti e il gruppo degli operatori avranno un obiettivo comune. Il riconoscimento del quale permette di valutare il progresso del paziente in modo specifico e non generico. Ogni paziente infatti possiede una vulnerabilità specifica".

Altrettanta importanza riteniamo di dover dare agli elementi di resilienza che, pur all'interno di situazioni attraversate da difficoltà, possono essere individuati e valorizzati affinché le risorse del paziente possano essere mobilitate e costituire una leva per il cambiamento e perché si attivino dei processi trasformativi di auto-cura.

## Scheda di valutazione psicologica

Il passo in avanti che l'area psicologica ha tentato di fare attraverso la costruzione di una scheda di valutazione consiste, da un lato, nell'organizzare in modo maggiormente sistematizzato, rispetto al passato, il proprio contributo in questa particolare fase della presa in carico e nel renderlo comunicabile al resto dell'equipe multiprofessionale; dall'altro nell'integrare la categorizzazione di Alta e Bassa Evolutività, fondata sul concetto di motivazione al cambiamento, con valutazioni di natura clinica e processuale.

L'intento che si è perseguito non è stato quindi quello di fornire una fotografia statica dell'assetto psichico del paziente; si è tentato, viceversa, di individuare criteri di natura dinamica e processuale.

In relazione alle finalità della scheda sopra descritte, abbiamo ritenuto opportuno costruire uno strumento agile da compilare e facilmente fruibile dall'intera equipe; a tale scopo abbiamo deciso di limitare il numero degli item che la compongono scegliendo quei campi di esplorazione psicologica che maggiormente marcano il progetto terapeutico complessivo.

Gli item che abbiamo individuato esplorano prevalentemente il rapporto con le sostanze.

Ogni item prevede quattro possibili opzioni corrispondenti a possibili posizioni o atteggiamenti del paziente, gerarchicamente ordinati dalla Bassa all'Alta Evolutività (rispettivamente B.E. ed A.E.). La scelta dell'opzione è effettuata dallo psicologo sulla base della conoscenza acquisita del paziente.

## Griglia descrittiva

Procediamo ora all'esposizione dei singoli item preceduta da alcune brevi spiegazioni sui significati attribuibili a ciascuno di essi.

- 1. Percezione del proprio disagio.**
- 2. Tipologia della domanda di aiuto in relazione all'assetto difensivo del paziente.**
- 3. Tonalità emotiva nella domanda d'aiuto.**
- 4. Significato soggettivo attribuito all'uso di sostanza.**
- 5. Pervasività del comportamento tossicomane.**
- 6. Modo di porsi di fronte alla ricaduta.**

### 1° Item

#### *Percezione del proprio disagio*

L'esplorazione di questo aspetto è importante per almeno due ragioni: in primo luogo testa la trattabilità della domanda d'aiuto (solo a partire da un disagio soggettivamente percepito può scaturire una domanda d'aiuto trattabile); inoltre il riconoscimento o meno del disagio da parte del soggetto può essere indicativo dello stadio di elaborazione dell'esperienza con la sostanza (fascinazione iniziale vs problematizzazione).

1. Non ho nessun problema, faccio solo uso di sostanze (B.E.).
2. Forse ho un problema ma posso controllarlo (B.E.).
3. Ho un problema e ho bisogno di aiuto (A.E.).
4. Ho un problema, voglio cambiare per risolverlo (A.E.).

### 2° Item

#### *Tipologia della domanda di aiuto in relazione all'assetto difensivo e ai meccanismi relazionali implicati*

Secondo Kernberg le domande d'aiuto psicologico possono essere ordinate gerarchicamente dalle più primitive, dove vi è una marcata prevalenza degli agiti, alle più evolute, dove vi è una dimensione di crescente disponibilità ad attivare il pensiero. Secondo l'Autore ciò che le differenzia è il "peso" assunto da alcuni meccanismi di difesa arcaici, in particolare la scissione. Relativamente a questo concetto vorremmo segnalare come nella pratica clinica risulti importante considerare la valutazione dell'assetto difensivo in una dimensione dinamica e relazionale che tenga conto della possibilità di favorire posizioni più dialogiche e partecipative anche in pazienti con meccanismi di difesa arcaici, a condizione che si strutturi una buona alleanza terapeutica.

1. Il paziente proietta continuamente parti scisse di sé ed è convinto che siano gli altri a dover cambiare oppure immagina un intervento magico (B.E.).
2. Il paziente nega parti del sé e si pone obiettivi relativi a un falso sé (B.E.).
3. Il paziente attiva strategie di difesa meno rigide e meccanismi di identificazione che permettono una esplorazione psicologica (A.E.).
4. Il paziente attiva meccanismi di difesa dell'area nevrotica che consentono una trattabilità della domanda (A.E.).

### 3° Item

#### **Tonalità emotiva della domanda d'aiuto**

La tonalità emotiva che emerge nell'incontro con il paziente fornisce informazioni utili sia rispetto alla possibilità di accedere alla posizione depressiva (condizione indispensabile perché possa emergere un reale proposito di cambiamento), sia rispetto alla valutazione dei requisiti basilari per la costruzione di un'alleanza terapeutica che consenta al paziente di rilasciare le proprie parti fragili e affidarsi ad un'equipe curante per tempi medio-lunghi.

1. La richiesta d'aiuto avviene solo sulla spinta dell'urgenza e dell'emergenza emotiva (B.E.).
2. La richiesta d'aiuto è strumentale e la tonalità emotiva è disinvestita (B.E.).
3. Il tono emotivo è congruo rispetto alla problematicità riportata, il paziente dimostra di poter accedere ad una posizione depressiva "sana" e di potersi aprire ad un contatto psicologico (A.E.).
4. Il paziente è in grado di rimanere in una posizione depressiva "sana" e di potersi "affidare" nel tempo (A.E.).

### 4° Item

#### **Significato soggettivo attribuito all'uso di sostanza**

La rappresentazione che il paziente ha del suo rapporto con la sostanza ci fa capire se è in atto o meno una problematizzazione dell'uso e se il soggetto è in grado di collegare i comportamenti di assunzione a bisogni o difficoltà di natura soggettiva.

1. Il paziente riconosce solo in parte le motivazioni sottese all'uso della sostanza ma l'agito e la compulsione prevalgono (B.E.).
2. Il paziente riconosce parzialmente la funzione autoterapica esercitata dalla sostanza (A.E.).
3. Il paziente non riconosce la finalità psicologica relativa all'uso della sostanza (B.E.).
4. Il paziente dimostra una buona consapevolezza rispetto alle problematiche psicologiche che sottendono l'uso della sostanza (A.E.).

### 5° Item

#### **Pervasività del comportamento tossicomano**

Questo item valuta la pervasività del sintomo, ovvero il grado di compromissione del funzionamento psichico e relazionale prodotti dal rapporto con la sostanza e la misura in cui la tendenza all'agito invalida la funzione auto-riflessiva.

Infatti in alcuni casi il primato dell'agito è così forte da ostacolare qualsiasi funzione meta-cognitiva e non vi è spazio per un intervento psicologico.

1. Il rapporto con la sostanza ha compromesso il funzionamento psichico e ha fatto assumere all'utente un'identità e uno stile di vita tossicomani al momento difficili da decostruire (B.E.).
2. Il rapporto con la sostanza domina il campo psichico e preclude la possibilità di accedere al pensiero (B.E.).
3. Il paziente presenta delle aree sufficientemente sane e ciò rende possibile l'accesso ad una funzione autoriflessiva (A.E.).
4. Il comportamento tossicomano è contenuto e il paziente ha sufficienti risorse psichiche disponibili per affrontarlo (A.E.).

### 6° Item

#### **Modo di porsi di fronte alla ricaduta**

Il modo che il paziente ha di porsi di fronte alla ricaduta ci dà delle informazioni rispetto al grado di elaborazione psichica possibile in quel momento e alla capacità di fronteggiare la crisi in modo costruttivo e auto-protettivo.

1. La rappresentazione che il paziente ha della ricaduta fa riferimento ad eventi esterni a sé e non vi è connessione con il mondo interno (B.E.).
2. I vissuti negativi generati dalla ricaduta ostacolano fortemente la possibilità di ricorrere ai fattori protettivi e di accettare lo status di paziente (B.E.).
3. Il paziente riesce a chiedere aiuto, ma appare in difficoltà nel contestualizzare la ripresa dell'uso dal punto di vista psicologico (A.E.).
4. Il paziente è in grado di attivare tempestivamente interventi volti all'auto-protezione e di storicizzare la ricaduta integrando i significati psico-relazionali elaborati nelle precedenti esperienze terapeutiche (A.E.).

## Conclusione

L'intento del presente lavoro è stato quello di introdurre nel contesto valutativo un insieme di indicatori che ci aiutassero a trovare il filo della narrazione dei nostri pazienti sia per comprendere meglio le risorse su cui far leva per favorire un cambiamento sia per co-costruire insieme al soggetto percorsi sempre più in sintonia con i bisogni del paziente nelle diverse fasi del progetto terapeutico individualizzato.

Il fatto di dare valore ai significati che il paziente attribuisce al sintomo e all'abuso di sostanze orienta anche il sistema terapeutico ad avere un atteggiamento attento rispetto alla continuità assistenziale.

Molto spesso i nostri pazienti necessitano di trattamenti a lungo termine con interventi differenziati nel tempo.

Quello che dà continuità ai diversi e molteplici interventi è rappresentato dalla capacità del sistema curante di rintracciare e restituire un significato utile a dare coesione e stabilità al mondo interno del paziente.

Come sostiene Bion il fatto di esistere psicologicamente è dato dal fatto di essere pensati nella mente di qualcuno.

Un approccio al lavoro terapeutico come quello indicato da Bion assicura una spinta propulsiva e un'attenzione sempre viva all'interconnessione dei processi che appartengono all'esperienza soggettiva del paziente.

Nel prossimo anno il lavoro sarà orientato ad individuare anche degli item specifici sul funzionamento psichico come già accennato nel corso del Congresso tematico nazionale di FeDerSerD a Padova.

## Bibliografia

- Correale A. (2006), *Area traumatica e campo istituzionale*, Borla Editore.
- Di Clemente C. (1994), *Gli stadi del cambiamento: un approccio teorico alla dipendenza*.
- Fea M. (2001), *Diagnosi e Sistema di cura* (in Lucchini A., *Diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*), FrancoAngeli.
- Fonaghy P. (2006), *Il trattamento basato sulla mentalizzazione. Psicoterapia con il paziente borderline*, Raffaello Cortina.
- Lingiardi V., Madeddu F. (2002), *I meccanismi di difesa. Teoria clinica e ricerca empirica*, Raffaello Cortina.
- Lingiardi V., Del Corno F. (2008), *PDM, Manuale Diagnostico Psicodinamico*, Raffaello Cortina.
- Lovaste R. et al., *Organizzazione di un Ser.T. in una logica aziendale: i progetti terapeutici per obiettivi con indicatori di risultato*.
- Lucchini A. (2001), *Diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, FrancoAngeli.
- Miller W., Rollnick S. (1994), *Il colloquio di motivazione. Tecniche di counseling per problemi di alcol e altre dipendenze*, Edizioni Erickson.

## FeDerSerD Puglia

Decisamente un successo il **Convegno “Quando il Gioco Smette di Divertire”**, svoltosi a Taranto il 17 settembre u.s. ed organizzato da FeDerSerD - Puglia e dalla rappresentanza di Basilicata d'intesa con la ASL di Taranto.

Un successo non solo di pubblico, che ha confermato le presenze superiori ai 100 partecipanti dei precedenti eventi, ma anche di relazioni, vista la presenza dei rappresentanti delle altre Società Scientifiche presenti sul territorio (Sisd e Acudipa) e dei Presidenti delle Associazioni delle Comunità Terapeutiche (L'APIS e CREA). Partecipazioni queste ultime che testimoniano l'apprezzamento per l'impegno chiaro e coerente che gli Organi di rappresentanza locale della Federazione stanno conducendo a difesa ed a qualificazione del Sistema dei Servizi pubblici e privati delle Dipendenze e la disponibilità al dialogo per una azione condivisa e comune.

L'evento ha affrontato il tema della dipendenza patologica da gioco.

Esso, secondo un modello ormai consolidato, è stato articolato in due sessioni. In seno alla prima sono stati trattati gli aspetti

scientifico-formativi sulla materia; in seno alla seconda, insieme alla illustrazione dello stato dei Servizi e delle implicazioni di natura anche socio-economica e penali-giudiziarie di questa patologia, si è dibattuto sulla necessità e sulle modalità di dar risposte assistenziali alle tante persone che, via via sempre più numerose, sono coinvolte in questa condizione patologica.

Il tutto è stato condotto dal Presidente di FeDerSerD - Puglia, Giovanni Villani, e dal rappresentante locale in seno al Consiglio Direttivo Nazionale, Enzo Simeone, insieme ad un mix ben assortito di relatori locali e nazionali, rappresentati da Cinzia Ariano, Margherita Taddeo e Francesco Tarantino, tutti componenti del Comitato tecnico -scientifico di FeDerSerD Puglia, e da Vincenzo Marino, Antonio D'Amore e Maurizio Fea del Direttivo nazionale della stessa Federazione, con il coinvolgimento della Consulta Regionale Antiusura attraverso il suo Presidente, Mons. Alberto d'Urso, e del Gruppo dei Giocatori Anonimi di Taranto, che hanno saputo tenere in aula i partecipanti in una splendida giornata di fine estate e nella confortevole cornice dell'auditorium del locale Ospedale SS. Annunziata.



# Sexual Addiction: Autoterapia, Senso di sicurezza e Dipendenza relazionale

Annalisa Pistuddi\*, Carilla Dominoni<sup>o</sup>, Valeria Tornaghi<sup>^</sup>, Franco Avenia\*\*

## SUMMARY

■ *The work underlines the characteristic features of sex addiction and comorbidity in presence of borderline personality disorders through the description of a clinic case of a patient under psychoanalytic psychotherapy.* ■

**Keywords:** *sexual addiction, comorbidity, psychotherapy.*

**Parole chiave:** *senso di sicurezza, dipendenza, comorbilità, psicoterapia.*

I tratti individuativi della sintomatologia della dipendenza da sesso che si evidenziano in modo particolare nel caso clinico qui trattato sono:

- tendenza a tenere in piedi più relazioni occasionali contemporaneamente non curandosi al momento del rischio di contrarre malattie e della possibilità di venire scoperti;
- difficoltà a tenere sotto controllo gli impulsi che danno gratificazione tanto da conservare sms, compromettenti e riconducibili a tradimenti, per la gratificazione di rileggerli di tanto in tanto e nutrire la propria autostima da conquistatore di donne;
- noncuranza delle conseguenze relazionali che potrebbero verificarsi con le partner più stabili;
- interruzione delle relazioni occasionali, e induzione negli altri, anche nelle partner stabili, della interruzione delle relazioni con lui;
- trascuratezza e uso delle attività lavorative e della propria posizione di potere per dedicarsi alle conquiste e al sesso.

Il paziente:

- viene lasciato dalla seconda moglie che ha lui stesso indotto alla separazione e a trovare un altro uomo che fungesse da sostituto del marito;
- nonostante le entrate e i premi ottenuti per l'abilità nello svolgere la sua attività ha problemi economici;
- il sesso è sempre stato centrale nella sua vita e fondamentale nell'instaurare relazioni con le donne;
- ha dedicato molto del suo tempo, anche durante il lavoro, per collegarsi alle *chat line* ed intraprendere relazioni con donne

sconosciute che sono spesso terminate dopo aver ottenuto rapporti sessuali ed essersi assicurato sull'aver annoverato l'ennesima conquista;

- ha frequentato spesso anche prostitute mettendosi in situazioni a rischio di contrarre malattie a trasmissione sessuale;
- ha spesso provato vergogna e impotenza per le relazioni occasionali che ha intrapreso ma nello stesso tempo si è sempre sentito impossibilitato ad interrompere questo comportamento;
- sembra che l'attività di conquista delle donne sia per lui "terapeutica" nel senso di un'autocura: le conferme, seppur effimere, rappresentano il tentativo di sostituire il vuoto lasciato dai genitori;
- ha sperimentato e sta sperimentando conseguenze a livello relazionale per la sua sessualità e ha rischiato di perdere la nuova compagna con cui ha una relazione da anni e che considera la donna con cui potrebbe trascorrere il resto della vita, pur non essendo disposto a convivere.

## Caso clinico

Paziente di 55 anni che si reca al primo colloquio con la partner attuale la quale ha scoperto un sms sul suo telefono che fa pensare ad un tradimento.

La signora, essendo a conoscenza di trascorsi di Marco e della sua modalità di tradire vuole porre un freno a tutto ciò e far sì che lui si decida a convivere con lei.

Il paziente in passato ha avuto relazioni occasionali con parecchie donne conosciute tramite internet e in locali notturni, anche in occasione dei due precedenti matrimoni.

La coppia si è incontrata al lavoro, lui fa il manager e lei l'impiegata.

Anche nell'ambiente di lavoro lui è conosciuto come un conquistatore di donne e non ha mai fatto nulla per correggere nella percezione degli altri questo tipo di immagine.

La moglie lo aveva lasciato proprio perché aveva scoperto una relazione clandestina e questa separazione gli aveva creato parecchia angoscia, tanto da sentirsi abbandonato.

\* Psicologa Psicoterapeuta, Dipartimento Dipendenze ASL Milano Due, Vice Presidente AIRS (Associazione Italiana per la Ricerca in Sessuologia), Consigliere CIS (Centro Italiano di Sessuologia), Giudice Esperto Tribunale di Sorveglianza di Milano.

<sup>o</sup> Psicologa Psicoterapeuta, Dipartimento Dipendenze ASL Milano Due.

<sup>^</sup> Psicologa Psicoterapeuta, Milano.

\*\* Sociologo, Sofrologo, Sessuologo. Presidente AIRS (Associazione Italiana per la Ricerca in Sessuologia), Vicepresidente Federazione Italiana di Sessuologia Scientifica (FISS), Roma.

Lei aveva instaurato una relazione con un altro uomo che lui ha sempre considerato non degno della propria compagna.

La madre di Marco era molto bella e il padre molto geloso, litigavano spesso e i figli (tre maschi e due femmine) si trovavano a subire le urla delle discussioni dei genitori.

I genitori sono morti entrambi, prima il padre, per un infarto, la madre di malattia terminale.

La vita del paziente è caratterizzata da diversi lutti, oltre alla perdita dei genitori in giovane età, intorno ai 20 anni, che lo ha costretto ad occuparsi del fratello psicotico, ha visto morire alcuni amici di infanzia in un incidente stradale da cui lui è uscito indenne.

Una sorella è morta dopo poco i genitori in seguito ad una malattia terminale, l'altra sorella si è trasferita all'estero dopo qualche anno.

Il fratello che avrebbe potuto essere un punto di riferimento per lui aveva sviluppato una dipendenza da gioco d'azzardo, pertanto Marco si era premurato di aiutarlo a coprire i debiti ma ciò non era servito, come sperava, a farlo desistere dal giocare.

L'altro fratello, psicotico, è vissuto per altri dieci anni ma è stato per lui un impegno a cui ha fatto fronte prevalentemente dal punto di vista economico.

La figlia Elena di circa 20 anni è rimasta l'unico affetto su cui contare e per lei dice di non voler convivere con Valeria, la partner stabile attuale, perché ciò lo porterebbe a cambiare città e ad allontanarsi fisicamente da Elena.

Nonostante ciò passa da Valeria i week end e si occupa in modo costante anche delle sue due figlie minori, diventando negli anni per loro una presenza significativa.

La sua modalità di gestire la sessualità e il desiderio espresso di non convivere con la signora fanno arrabbiare lei a tal punto da minacciare di troncamento la relazione se non succede qualcosa che possa cambiare in qualche modo il loro rapporto.

Valeria non sembra però affatto disponibile ad intraprendere un percorso di terapia né in coppia né per se stessa ritenendo che sia Marco ad aver bisogno di cambiare qualcosa.

Nelle figure genitoriali di Marco è evidente la scarsa capacità di dedicarsi ai figli perché centrati sulla loro conflittualità.

Incapaci anche di comprendere i bisogni e la sofferenza del figlio psicotico, ignorando che così facendo inducevano gli altri ad occuparsi di lui e non di se stessi.

Gli agiti di richiesta di una loro presenza emotiva erano assolutamente invisibili ai loro occhi: i figli facevano spesso assenze da scuola, in particolare quelle di Marco erano volte alla ricerca di relazioni con coetanee e ragazze più grandi di lui; le assenze portavano a risultati scarsi e abbandono immotivato degli studi dopo la scuola media superiore, nonostante il desiderio di frequentare l'università ed intraprendere la professione di avvocato come aveva fatto il padre.

Già in adolescenza Marco cercava relazioni che rappresentassero per lui un appagamento al di fuori della famiglia, ridotto a brevi momenti fugaci di sesso ma pur sempre confortanti rispetto ad una totale mancanza relazionale.

Aveva pochi amici maschi, quasi tutti compagni di conquiste, relazioni superficiali e di rivalità maschile in quanto tutti frequentatori di locali dove si verificavano anche situazioni di competizione per le conquiste.

Tale competitività Marco l'ha rimessa in gioco al lavoro, producendo però risultati notevoli rispetto ad altri colleghi, che lo hanno molto gratificato dal punto di vista economico.

L'ambiente di lavoro, una grande multinazionale, dove si occupava a livello manageriale di marketing e vendite, era per lui

molto gratificante sia dal punto di vista del contenuto del lavoro che dalla possibilità di sedurre donne in quantità.

Attualmente ha accettato un prepensionamento nel contesto di una crisi organizzativa aziendale, evento che lo ha però messo a disagio proprio per il nutrimento narcisistico che il ruolo dava alla propria immagine.

E questa è stata un'occasione di ricaduta, Marco, sentendosi svalorizzato e messo da parte, si è ributtato, dopo un periodo di astinenza, nelle conquiste in *chat line*.

Solo riproponendo le modalità già vissute e chiedendo agli oggetti con cui si relaziona di assumere il ruolo degli oggetti primitivi, caratterizzati da incostanza affettiva, Marco si sente sicuro (Sandler 1998) e percepisce anche un certo momentaneo benessere come se ritrovasse qualcosa di familiare e di conosciuto.

Anche Valeria fa la parte di colei che è pronta a ricevere e a richiedere piuttosto che dare, tanto che lui si è spesso sentito come considerato nel ruolo di colui che elargiva denaro senza aver in cambio comprensione per il suo bisogno di stare spesso con la propria figlia e in una città diversa da quella in cui vivono la signora e le sue figlie.

Durante i primi tre anni di matrimonio Marco ebbe solo un paio di relazioni extraconiugali ma con donne a loro volta sposate che non gli avevano dato problemi con la moglie.

Dopo che la figlia iniziò ad andare a scuola però instaurò una relazione con la madre di un bambino che incontrava la mattina quando accompagnava la figlia a scuola e ben presto la moglie cominciò ad avere sospetti anche perché lui non aveva fatto nulla per nascondere, alla piccola città di provincia, la frequentazione della donna.

Le relazioni di Marco, sia quelle significative che quelle occasionali, finivano sempre per volere delle partner, lui non prendeva mai questa iniziativa, lasciava che le situazioni involvesse, non opponendosi.

Quando fu lasciato dalla moglie però soffrì in modo particolare, pensava che ciò fosse dovuto però alla nuova relazione che lei aveva instaurato con un uomo che Marco considerava poco adatto e molto inferiore a lui da ogni punto di vista.

## Considerazioni cliniche

Si evidenzia il bisogno del paziente di essere assicurato dagli oggetti, una richiesta incolmabile di presenza da ricercare nel significato del vissuto della mancanza affettiva delle figure parentali che erano centrate prevalentemente sulla loro relazione conflittuale.

La situazione generata era di sovraccarico emotivo dei figli che dovevano prendersi cura l'uno dell'altro, investiti di responsabilità abnormi e di sensi di colpa per i litigi dei genitori.

Risulta comprensibile, considerati questi aspetti, la disponibilità circoscritta di Marco a dedicarsi agli altri, cercando di fare in modo che gli oggetti lo gratifichino ed è attraverso le relazioni sessuali che si concretizza prevalentemente questo bisogno.

La assicurazione che gli oggetti in un certo modo dipendano da lui fa sì che non sopravvenga l'angoscia di separazione e lo porta ad instaurare diverse situazioni superficiali vissute, nel profondo, come oggetti intercambiabili.

Le donne per lui hanno un significato in relazione alla gratificazione sessuale e non oltre.

La sofferenza relativa alla separazione dalla moglie è relativa alla competizione con l'altro uomo e alla ferita narcisistica di essere

lasciato per aver scelto un altro oggetto e quindi svalorizzato. Durante gli incontri è evidente il meccanismo di evitamento dell'abbandono: anticipa di qualche minuto la fine delle sedute perché deve mettere lui la fine o comunque indurla, teme e deve assolutamente evitare che la mettano gli altri.

La sensazione peggiore che potrebbe riprovare, che lo riporta alla trascuratezza dei legami primitivi e ai lutti irrimediabili subiti fin da bambino, è l'impotenza dell'abbandono.

Pertanto anche nella relazione con Valeria, dove si prospetta ancora una volta di poter instaurare una relazione concreta e duratura (lui stesso dice che potrebbe essere la donna con cui condividere la vita) sta tirando la corda perché così facendo fa in modo di boicottare il rapporto e non sottoporsi ad una situazione in cui si affida e da cui potrebbe essere deluso, quindi risperimentare la delusione delle relazioni primitive.

Con Valeria la storia relazionale si ripete.

Lei è piuttosto incisiva nelle richieste arrivando a un bivio, o decidono di vivere insieme o lei non se la sente di continuare, così porta il paziente a sperimentare la delusione narcisistica del fantasma dell'abbandono e a cercare appagamento fuori dalla coppia. Valeria si arrabbia molto dopo la scoperta del messaggio ambiguo sul telefono e minaccia di lasciare Marco se lui non accetta di sottoporsi ad una psicoterapia, lui inizia il percorso anche se non condivide i motivi della partner e si sente spesso obbligato da lei, però l'idea di essere lasciato non può essere tollerata: ancora una volta corre il rischio di perdere una relazione su cui contava e di rivivere l'abbandono.

Si tratta del timore di rivivere una separazione irrimediabile che lo riporterebbe a risperimentare il vissuto di abbandono primitivo (Kernberg 1975, 1980, 1984) e una nuova ferita alla stima di sé. L'investimento del paziente in diverse relazioni anche se superficiali gli dà il senso di non essere lasciato solo ma di poter condurre il gioco con l'altro; il tradimento sembra essere una difesa dall'abbandono che gli evoca paura.

Dal punto di vista del senso di sicurezza, secondo Sandler (1998) il paziente ha un conflitto interno tra il desiderio di instaurare una relazione stabile e la paura che questa possa essere deludente come la relazione primitiva con i genitori, che lo induce a sabotare proprio quelle relazioni che si avviano verso la stabilità.

Tende a distruggerle anche per non vedere minato il senso di sicurezza dovuto a una riedizione di una situazione infantile nota, a cui è abituato.

Sembra che si metta nelle condizioni di non poter avere e quindi tollerare relazioni se non superficiali, intercambiabili e sempre a rischio di separazione.

Deve attualizzare una relazione di ruolo traditore-tradito, riportando al presente quella sperimentata con la madre nella quale lei lo aveva tradito con il padre in un irrimediabile rapporto conflittuale forte e vincolante più di ogni altro possibile.

Preferisce mettere in atto atteggiamenti di tradimento nella relazione con la partner che gli fanno sentire come superficiale anche la relazione ufficiale per far sì di non sentirsi in un unico legame, che vivrebbe come insufficiente e precario, e che lo metterebbe in pericolo di sentirsi a rischio di ritrovarsi in una condizione di irrimediabile solitudine.

## Conclusioni

Si tratta di un paziente con tratti di personalità borderline e narcisistica.

La parte di fragilità si delinea con la scarsa autostima generata dal vissuto di un riconoscimento vacillante da parte delle figure parentali, terrore di una riedizione dell'abbandono, impulsività nelle azioni che lo portano ad un evitamento della perdita dell'oggetto, rabbia verso l'impotenza e verso il fantasma dell'abbandono.

Quando l'angoscia relativa a una qualsiasi situazione si aggiunge all'angoscia interiore spinge il paziente verso un atteggiamento sintomatico che si estrinseca nella compulsione sessuale.

Nei disturbi impulsivi del carattere si manifesta un'incapacità nel controllare gli impulsi che in questo caso è specifica degli impulsi sessuali che si trovano in sintonia con l'Io del paziente.

Queste sono anche espressioni di difficoltà allo sviluppo di abilità di sublimazione degli impulsi, l'unica possibilità per il paziente è di convertirli in sintomo di dipendenza sessuale, dove trovano espressione nella promiscuità come forma di vendetta verso la madre vissuta come frustrante.

A tratti sembra conservata la capacità di godere del lavoro, ma i frutti di carriera ed economici sono dovuti all'efficienza più che alla sublimazione ed offrono una minima gratificazione in quanto il ricavato, emotivo nella forma del potere ed economico, viene reinvestito per mantenere le modalità patologiche.

La terapia analitica interviene fornendo l'apporto di una relazione oggettuale particolare in quanto è proprio nella sfera delle relazioni oggettuali che il paziente ha sofferto i primi traumi e ha imparato ad essere diffidente.

La frustrazione relazionale che proietta sul partner gli dà la possibilità di cercare qualcosa al di fuori e rinforza la sua diffidenza verso ogni tipo di relazione, che deriva dall'esperienza infantile con gli oggetti che non sono andati incontro ai suoi bisogni di accudimento, al contrario lo hanno lasciato solo.

La rabbia gli permette di tenere le situazioni a distanza emotiva, di entrare in relazione con gli altri senza che vengano riconosciuti i suoi desideri di concretizzare un rapporto; è così che attualizza l'antica relazione con i genitori.

## Bibliografia

- Avenia F., Pistuddi A. a cura di (2007), *Manuale sulla sexual addiction. Definizioni, diagnosi, interventi*, FrancoAngeli, Milano.
- Kernberg O.F. (1975), *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Bollati Boringhieri, Torino, 1978.
- Kernberg O.F. (1980), *Teoria della relazione oggettuale e clinica psicoanalitica*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Kernberg O.F. (1984), *Disturbi gravi di personalità*, Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
- Sandler J., Sandler A.M. (1998), *Gli oggetti interni*, FrancoAngeli, Milano, 2002.

# Il Progetto Benessere: un'esperienza al Ser.T. di Pisa

Lara Giuntoli<sup>o</sup>, Maurizio Nocciola\*, Barbara Capovani\*\*, Donatella Paffi<sup>^</sup>

## SUMMARY

■ *Clinical and epidemiological studies show how healthy nutrition and fitness could reduce the risk of chronic illness in patients with psychiatric disorders.*

*The Sert of Pisa started a group focusing on psycho-educational rehabilitation program.*

*The aim of the project was to improve physical and subsequently psychic healthy changing way of life on a sample of eleven addicted patients in comorbidity with Axis I Disorders.* ■

**Keywords:** *fattori di rischio, psicoeducazionale.*

**Parole chiave:** *risk factors, psycho-educational.*

## Introduzione

Il Progetto Benessere, iniziativa realizzata da Eli Lilly, utilizza un intervento riabilitativo di gruppo di tipo psicoeducazionale per fornire informazioni utili a migliorare lo stile di vita in pazienti con malattie psichiatriche.

L'idea di sperimentare questo progetto nell'ambito di un Servizio delle Dipendenze (prima esperienza in Italia) nasce dal desiderio di volgere l'attenzione su quelle aree cosiddette "sane" della persona al fine di ampliarle e di migliorare in maniera significativa la qualità di vita compromessa dal Disturbo da Uso di sostanze, dalla frequente comorbilità con altri Disturbi di Asse I e dalle terapie psicofarmacologiche assunte dai pazienti in trattamento. Il Progetto Benessere, come parte integrante del programma terapeutico individuale, mira a ricordare, risvegliare e stimolare gli aspetti più positivi della dimensione corporea e mentale fornendo informazioni su tematiche attinenti gli stili di vita, in particolare sull'alimentazione e il movimento fisico che incidono in maniera significativa su una migliore qualità della vita.

Anche il tema del tempo libero, spesso sottovalutato dai Servizi delle Dipendenze, rappresenta un momento importante del quotidiano che il paziente si trova ad affrontare dopo la fase della cura, non senza incontrare difficoltà legate alla ricerca di soluzioni diverse (contesti e persone sane con cui intessere nuove relazioni) evitando così di rientrare in contatto con situazioni e luoghi connessi con l'uso di sostanze.

La possibilità di incidere positivamente sulla gestione del tempo libero, rientra a pieno titolo nel percorso riabilitativo della persona che, apprezzando i benefici derivanti dall'introduzione di cambiamenti anche minimi atti a migliorare la qualità della vita, può a sua volta rinforzare il nuovo comportamento appreso.

<sup>o</sup> Assistente Sociale.

\* Educatore Professionale.

\*\* Medico Psichiatra.

<sup>^</sup> Responsabile.

UFC Ser.T. - ASL Pisa.

Infatti dedicare tempo a una camminata a passo svelto, percepire il cambiamento del ritmo del proprio respiro al variare dell'intensità dello sforzo, rilassarsi dopo un'ora di attività fisica, costituiscono alcune delle tante esperienze che potrebbero incidere positivamente anche sull'andamento delle condotte di abuso.

## Scopo del progetto

Il Progetto Benessere svolto in un Servizio per le Tossicodipendenze si propone di fare raggiungere ai pazienti affetti da Disturbo da Dipendenza da sostanze in comorbilità con altri Disturbi di Asse I, miglioramenti sul fronte della salute fisica e psichica attraverso modifiche del proprio stile di vita.

## Materiale e metodo

Il Progetto Benessere, utilizza un intervento riabilitativo di gruppo di tipo psicoeducazionale elaborato da Littrell.

L'équipe che ha seguito il progetto è composta da un Medico Psichiatra, un Educatore Professionale ed un'Assistente Sociale. I gruppi sono stati condotti da due operatori che si sono alternati nei ruoli di conduttore e co-conduttore: il primo con il compito di presentare i temi da affrontare, di facilitare la comunicazione e rinforzare i comportamenti funzionali, il secondo con il compito di osservazione sull'andamento del gruppo, di supporto ai partecipanti in difficoltà e di funzionare come "modello", ovvero una sorta di specchio in grado di rimandare ai partecipanti una immagine positiva e di stimolo.

I contenuti del Progetto Benessere si compongono di due parti, alimentazione ed esercizio fisico, nell'ambito delle quali vengono affrontati i seguenti argomenti:

- definizione condivisa di benessere e di un sano stile di vita;
- valutazione del peso forma (BMI: peso/altezza al quadrato);
- piramide alimentare italiana (si articola in 6 piani in cui sono disposti i principali gruppi di alimenti: 1 - cereali e derivati, 2 -

verdura 3 - frutta 4 - carne, uova, pesce e legumi 5 - latte e derivati 6 - grassi da condimento);

- determinazione dell'equilibrio tra apporto calorico e consumo energetico;
- alcol;
- spesa, conservazione e cottura degli alimenti;
- formulazione obiettivi individuali;
- ostacoli allo svolgimento dell'esercizio fisico e segnali derivanti dall'essere fuori forma;
- suggerimenti per incrementare l'attività fisica in maniera semplice;
- monitoraggio del battito cardiaco e del battito cardiaco sotto sforzo;
- esercizio fisico e scelta del programma di esercizio fisico;
- fasi e avvio di un programma di esercizio fisico.

Alcuni argomenti riguardanti alcol, sport e alimentazione, sono stati affrontati anche con la partecipazione di due medici.

Una nutrizionista ha contribuito con due incontri a fornire concetti chiave sottolineando quanto sia importante, per mantenere in efficienza e in buona salute il nostro organismo, variare l'apporto delle sostanze nutrienti e combinare opportunamente i diversi alimenti della nostra "piramide alimentare italiana".

Ad ogni partecipante al Tempo Zero (T0) e al Tempo Finale (TF) sono stati somministrati:

- "test di valutazione dello stile di vita" (una serie di items che indagano sulle abitudini alimentari, sul movimento fisico e sul grado di soddisfazione del proprio stile di vita);
- scala analogico-visiva per la misurazione del craving;
- scheda di rilevazione del peso corporeo.

Inoltre all'inizio e alla fine del progetto sono stati effettuati i seguenti esami ematochimici: emocromo con piastrine, tempo di tromboplastina parziale, attività protrombinica, INR, alanina aminotransferasi, aspartato aminotransferasi, alfa-amilasi, bilirubina totale, bilirubina diretta, s-cloruro, colesterolo tot., colesterolo hdl, trigliceridi, creatinina, glicemia, fosfatasi alcalina, glicemia, potassio, sodio, proteine totali, protidogramma, cdt.

## Durata del progetto

Il progetto, si è svolto dall'11 febbraio al 27 maggio 2009 (15 settimane) con incontri di gruppo settimanali della durata di un'ora e mezzo.

## Pazienti partecipanti al progetto

Il nostro Progetto Benessere si è rivolto a pazienti, seguiti dal Ser.T. di Pisa, affetti da Disturbo da Dipendenza da sostanze in remissione parziale in comorbidità con altri Disturbi di Asse I esclusi i Disturbi della Condotta Alimentare.

Sono state reclutate 11 persone, 4 con diagnosi di Disturbo da Uso di alcol e 7 con diagnosi di Disturbo da uso di eroina, 9 maschi e 2 femmine con età media 42,25 (range 26-54).

Tutti i pazienti assumevano una terapia psicofarmacologica costituita dai seguenti farmaci assunti isolatamente o in associazione: metadone cloridrato, buprenorfina, acido valproico, gabapentin, SSRI, SNRI e antipsicotici atipici.

I Disturbi di Asse I più rappresentati sono stati il Bipolare II e il Bipolare I presenti, rispettivamente in 6 e 3 pazienti.

Il Disturbo di Panico e il Disturbo da Ansia Generalizzata sono stati diagnosticati rispettivamente in 3 ed in 1 paziente.

## Risultati

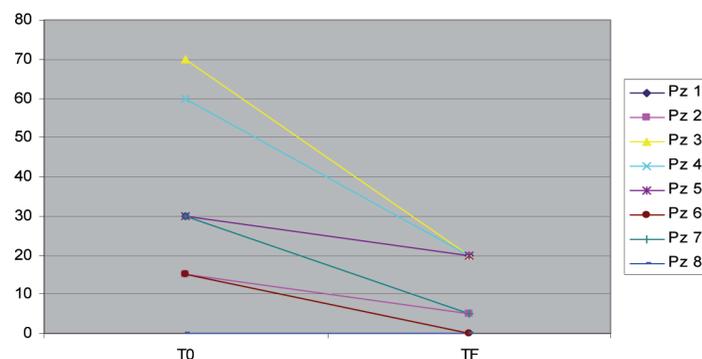
Il 72,7% dei pazienti ha completato il progetto (8 su 11).

I 3 drop-out si sono verificati dopo il secondo e terzo incontro.

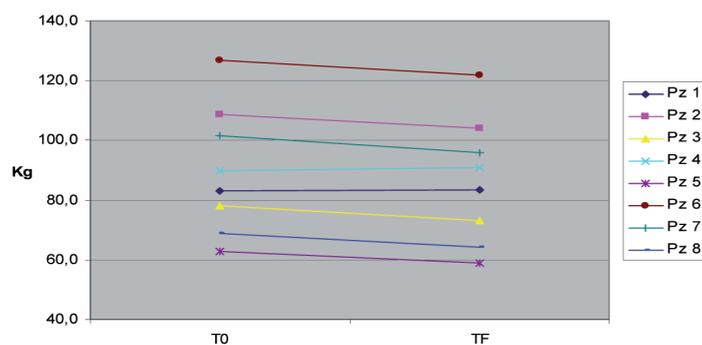
In relazione temporale con il programma psicoeducazionale si è verificata una riduzione del peso nel 75% dei partecipanti (Tab. 2). Dall'analisi della scala analogico-visiva, somministrata all'inizio e alla fine del progetto, per la valutazione del craving, è emerso che l'85% dei pazienti ha avuto una riduzione del craving per tutte le sostanze psicoattive (Tab. 1) e i test per la valutazione dello stile di vita hanno evidenziato un incremento della attività sportiva e della attività di svago rispettivamente nel 62% e nel 50% dei pazienti (Tabb. 3 e 4).

Oltre il 50% dei partecipanti ha cambiato la percezione del proprio stile di vita da insoddisfatto a soddisfacente (Tabb. 5 e 6). Infine gli esami ematochimici effettuati all'inizio e alla fine del progetto hanno mostrato miglioramenti anche se non significativi soprattutto relativamente ai valori di colesterolo, trigliceridi e transaminasi.

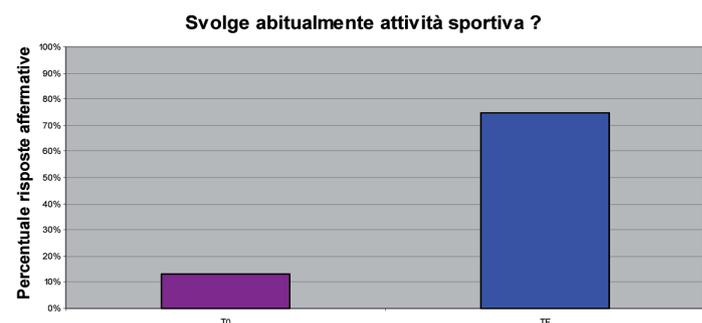
Tab. 1 - Andamento craving



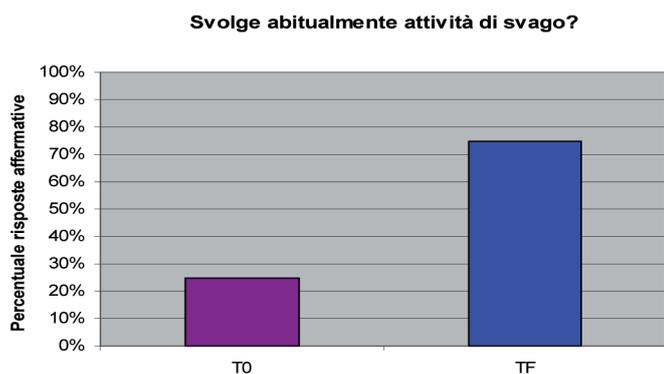
Tab. 2 - Andamento del peso corporeo



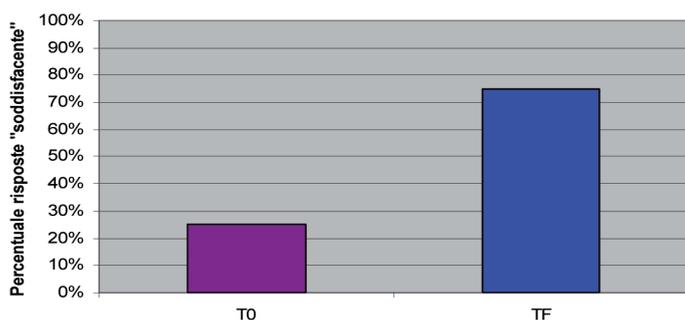
Tab. 3 - Valutazione attività sportiva



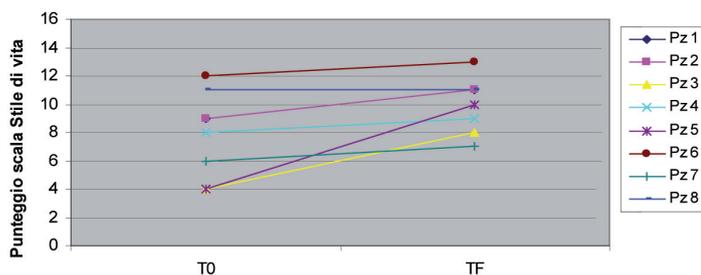
Tab. 4 - Valutazione attività di svago



Tab. 5 - Valutazione stile di vita



Tab. 6 - Valutazione sul "Test stile di vita"



## Discussione e conclusioni

Studi epidemiologici e clinici hanno fornito evidenze su quanto una corretta alimentazione e l'attività fisica siano in grado di ridurre significativamente il rischio di sviluppare malattie croniche in pazienti con patologie psichiatriche.

Diversamente dai farmaci che sono specifici per singolo fattore di rischio (antiipertensivi, antidiabetici, ipolipemizzanti, eccetera), l'esercizio fisico e/o una corretta alimentazione hanno effetti favorevoli su più fattori di rischio contemporaneamente e sono gli unici strumenti in grado di contrastare l'aumento di peso secondario alle patologie psichiatriche e alle relative terapie psicofarmacologiche.

Esercizio fisico ed alimentazione sono quindi i cardini su cui si articola l'intervento educativo del Progetto Benessere.

Inoltre la letteratura descrive numerosi meccanismi neurofisiologici tramite i quali l'esercizio fisico esplica la sua azione positiva anche a carico del Sistema Nervoso Centrale.

La sintesi di oppioidi endogeni in risposta all'esercizio fisico, determina infatti effetti positivi anche sul craving, sia tramite un'azione diretta, sia indirettamente attraverso il miglioramento

del tono dell'umore in relazione anche alla modulazione della neurotrasmissione dopaminergica e serotoninergica.

Recentemente c'è una crescente attenzione sul ruolo dei fattori di crescita neuronali sulle sfere cognitiva, emotiva ed affettiva. Numerosi studi mostrano che l'esercizio fisico incrementa il BDNF (brain-derived neurotrophic factor) soprattutto a livello ipocampale rappresentando quindi un utile strumento terapeutico per tutti quei disturbi nei quali è coinvolto tale fattore di crescita neuronale.

Quindi, alla luce di questi dati, il Progetto Benessere svolto in un Servizio per tossicodipendenti potrebbe avere il valore aggiunto di contribuire a migliorare la prognosi dei Disturbi da Uso di sostanze.

Questa esperienza è stata vissuta in maniera positiva sia dai pazienti che vi hanno partecipato sia dagli operatori e riteniamo quindi che questo programma psicoeducazionale possa essere considerato un buon strumento di integrazione terapeutica anche per i pazienti in trattamento presso i Servizi delle Dipendenze.

Alcuni partecipanti del gruppo hanno modificato gradualmente i propri comportamenti alimentari riducendo il consumo dei grassi e incrementando l'utilizzo di frutta e verdura.

Sono stati introdotti inoltre cambiamenti rispetto al movimento ponendo attenzione anche a quella che viene chiamata "ginnastica rubata", approfittando di ogni occasione per attivare il proprio fisico (usare le scale invece della ascensore, parcheggiare lontano dal lavoro, ecc.).

Sono stati osservati anche dei piccoli cambiamenti nella stile di vita dei partecipanti ai gruppi che danno la misura di un cambiamento nella cura di sé, come ad esempio cambiare la biancheria del letto settimanalmente, apparecchiare la tavola ai pasti anche se si è da soli, avere maggiore interesse per il proprio aspetto fisico.

È stato inoltre interessante, osservare il cambiamento di atteggiamento di alcuni partecipanti durante un incontro del gruppo svoltosi in una zona verde di Pisa, in cui si è sperimentata la camminata veloce preceduta da semplici esercizi di stretching e dalla rilevazione del battito cardiaco prima e dopo lo sforzo fisico.

In questa occasione i pazienti hanno mostrato una maggiore vivacità, interesse e partecipazione rispetto ai gruppi tenuti all'interno del Ser.T., cosa che loro stessi hanno percepito e condiviso con il gruppo.

Tale esperienza, ripresa durante i successivi incontri, è stata valorizzata dagli operatori che l'hanno utilizzata per motivare ulteriormente i partecipanti a dedicare parte del tempo libero all'esercizio fisico.

Per quanto riguarda le aree critiche e gli ambiti di miglioramento del nostro Progetto Benessere riteniamo che potrebbe essere utile allungare la durata dell'intervento riabilitativo in quanto affinché uno stile di vita sano possa consolidarsi ed avere effetti duraturi, è preferibile che venga perpetuato per un periodo di tempo più lungo.

## Bibliografia

1. *Journal of nursing scholarship*, 2003; 35:3, 237-241.
2. Baldini L., Anedda A., Fusconi G., Bernardi G., Laghi G., Babini A. et al., *Effects du sport pour tous sur le modifications du Style de vie: Sport e Obesità. Livre des résumés 10e Congrès Mondial du Sport pour Tous 2004*, Rome, Italie 11-14 novembre 2004:36.
3. Booth F.W., Gordon S.E., Carlson C.J., Hamilton M.T., "Waging war on modern chronic diseases: primary prevention through exercise biology", *J Appl Physio*, 2000; 88:774-87.

4. Battistini G.C. *et al.*, "Tabagismo e attività sportiva in Emilia Romagna", *Med Sport*, 2002;55:83-8.
5. Bonetti A., "Diabete mellito ed esercizio fisico", *Med Sport*, 2001;54:183-93.
6. Bonetti A., "Attività fisica, metabolismo lipidico e rischio cardiovascolare", *Sport Card*, 2001;11:159-68.
7. Halbert J.A., Silagy C.A., Finucane P., Withers R.T., Hamdolf P.A., "Exercise training and blood lipids in hyperlipidemic and normolipidemic adults: a metaanalysis of randomized, controlled trials", *Eur J Clin*, 1999;53:514-22.
8. Wei M., Gibbons L.W., Kampert J.B., Nichaman M.Z., Blair S.N., "Low cardiorespiratory fitness and physical inactivity as predictors of mortality in men with type II diabetes", *Ann Intern Med*, 2000;132:605-11.
9. Tanasescu M., Leitzmann M.F., Rimm E.B., Hu F.B., *Physical activity in relation to cardiovascular disease and total mortality among men with type II diabetes*.
10. Paul A., Adlard V., Perreau M., Cotman C.W., *The exercise-induced expression of BDNF within the hippocampus varies across life-span*, Institute for Brain Aging and Dementia, University of California, 1125 Gillespie N.R.F, Irvine, CA 92697-4540, USA, accepted 11 May 2004.
11. Cunha G.S., Ribeiro J.L., Oliveira A.R., "Levels of beta-endorphin in response to exercise and overtraining", *Arq Bras Endocrinol Metabol*, 2008 Jun; 52(4):589-98. Review. Portuguese. PMID: 18604371.
12. Agawa H., Yamada N., Enomoto Y., Suzuki H., Hosono A., Arakawa K., Ghadimi R., Miyata M., Maeda K., Shibata K., Tokudome M., Goto C., Tokudome Y., Hoshino H., Imaeda N., Marumoto M., Suzuki S., Kobayashi M., Tokudome S., "Changes of mental stress biomarkers in ultramarathon", *Int J Sports Med.*, 2008 Nov;29(11):867-71. Epub 2008 Apr 17. PMID.
13. Koehl M., Meerlo P., Gonzales D., Rontal A., Turek F.W., Abrous D.N., "Exercise-induced promotion of hippocampal cell proliferation requires beta-endorphin", *FASEB J.*, 2008 Jul;22(7):2253-62.
14. Hamer M., Karageorghis C.I., "Psychobiological mechanisms of exercise dependence", *Sports Med.*, 2007;37(6):477-84. PMID.

## RECENSIONE



Santo Di Nuovo e Serafino Buono  
(a cura di)

### STRUMENTI PSICODIAGNOSTICI PER IL RITARDO MENTALE

Nuova edizione aggiornata

pp. 368, € 34,00

Cod. 1305.25 (V)

Collana: Strumenti per il lavoro psico-sociale ed educativo

Il volume, alla seconda edizione completamente rinnovata, presenta il concetto di ritardo mentale alla luce degli aggiornamenti, anche terminologici – si preferisce parlare oggi di disabilità intellettiva – e delle recenti tassonomie proposte dalle associazioni internazionali. Vengono discussi temi di rilevanza teorica e metodologica quali il senso della valutazione, la differenza fra gli strumenti psicometrici e quelli dinamici e criteriali, il collegamento fra assessment e riabilitazione, i problemi specifici posti dalle disabilità gravi. Sono quindi presentati i test più proficuamente utilizzabili nella diagnosi di persone con ritardo mentale e i dati di ricerca che su essi sono stati raccolti nel corso degli anni mediante il protocollo in uso presso l'IRCCS "Oasi".

A conclusione del volume, alcuni casi esemplificano la complessità metodologica e applicativa che la valutazione del ritardo concretamente comporta.

Il testo si propone come ausilio per quanti si trovano a confrontarsi con la valutazione diagnostica di persone con ritardo mentale, ma offre anche spunti di riflessione per un ripensamento sull'uso delle tecniche psicometriche in condizioni "di frontiera" come è appunto quella della disabilità cognitiva.

Santo Di Nuovo è ordinario di Psicologia e presidente della Struttura Didattica di Psicologia delle Università di Catania ed Enna "Kore". Ha pubblicato numerosi volumi e articoli, alcuni dei quali riguardanti in particolare la metodologia della ricerca e gli strumenti di valutazione delle funzioni cognitive e della personalità. Nella Linea Test delle edizioni FrancoAngeli ha presentato strumenti per la valutazione dell'attenzione e dello stress e sui test proiettivi.

Serafino Buono, psicologo psicoterapeuta, è responsabile dell'Unità Operativa di Psicologia dell'IRCCS "Oasi" di Troina e docente a contratto di Psicologia della disabilità e della riabilitazione nell'Università di Catania (sede di Enna). È autore di saggi e articoli sulle tematiche della disabilità intellettiva e della sua valutazione e condirettore della rivista *Ciclo Evolutivo e Disabilità - Life Span & Disability*.



# Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno II, n. 6

MISSION n. 30

**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

**Direttore scientifico:** Alfio Lucchini

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

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

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

## L’assessment di I livello per la valutazione alcolologica nella pratica clinica dei Servizi

Ezio Manzato\*, Felice Nava<sup>o</sup>, Giuseppina Cifelli\*\*, Cristina Biasin\*\*\*, Federica Galvanin\*\*\*\*

### Gli strumenti di valutazione nell’assessment alcolologico e psicopatologico

La valutazione clinica dell’alcolista, come anche del tossicodipendente è complessa per varie ragioni.

Come è noto, la dipendenza da sostanze psicoattive e/o da alcol è un disturbo comportamentale complesso che nel suo sviluppo, nella sua evoluzione e nel suo mantenimento riconosce un divenire e un evolversi (storia “naturale”), che il clinico deve saper cogliere per valutare in modo completo e accurato la situazione clinica e proporre la strategia terapeutica più efficace e adeguata per il singolo paziente (Manzato e coll., 2006a, b).

La tossicodipendenza da sostanze psicoattive e l’alcolismo non sono fenomeni assoluti, ma si presentano con caratteristiche cliniche e con quadri sintomatologici che possono essere completi o parziali oppure sfumati o intensi.

Anche il craving (desiderio compulsivo della sostanza psicoattiva), che può essere considerato il sintomo patognomonico della dipendenza, può presentarsi con sfumature e con intensità variabile tanto da acquistare significato solo in relazione alla valutazione della

condizione clinica complessiva (Manzato e coll., 2006a, b).

Un discorso analogo può essere compiuto per la valutazione dei fenomeni di astinenza che per la loro intensità possono determinare, in particolari situazioni cliniche, la scelta o meno di interventi terapeutici farmacologici e/o psicologici.

L’esatta individuazione da parte del clinico della gravità delle sindromi astinenziali può permettere di smascherare dipendenze gravi talora sottovalute e meritevoli di maggiore attenzione terapeutica. Considerato che spesso la sindrome astinenziale comprende in sé quadri sintomatologici del tutto aspecifici o simili ad altre condizioni anche di natura psichiatrica o internistica, è sempre indispensabile attribuire con precisione un determinato quadro sintomatologico all’uso di sostanze psicoattive e/o di alcol, alla sospensione della loro assunzione oppure a una condizione mista (dovuta ad esempio a una doppia diagnosi) (Manzato e coll., 2006a, b).

Solo l’utilizzo di specifiche scale di valutazione della dipendenza, del craving e dell’astinenza può garantire con buona approssimazione una valutazione diagnostica corretta, che non può basarsi esclusivamente sui risultati degli esami di laboratorio (chimicotossicologici ed ematochimici) che completano la valutazione clinica. La dipendenza, il craving e l’astinenza sono entità cliniche che possono essere valutate mediante strumenti idonei e validati.

Inoltre, così come succede in altri campi della medicina, anche nell’approccio ai disturbi da uso di sostanze

\* Medico Psichiatra-Psicoterapeuta, direttore SerD 1 Az.ULSS 21 Legnago (Verona).

<sup>o</sup> Medico Neurofarmacologo, Dipartimento Dipendenze ULSS 8 del Veneto, Asolo (Treviso).

\*\* Psicologo-Psicoterapeuta, SerD 1 Az.ULSS 21 Legnago (Verona).

\*\*\* Medico Internista, SerD 1 Az.ULSS 21 Legnago (Verona).

\*\*\*\* Psicologo, SerD 1 Az.ULSS 21 Legnago (Verona).

(DUS) e ai disturbi da uso di alcol (DUA) la valutazione e, quanto possibile, la “misurazione” di determinati fenomeni permettono di costruire modelli operativi e sperimentali che aiutano a migliorare i risultati terapeutici e permettono il confronto scientifico (Manzato e coll. 2006a, b).

Nella pratica clinica per una valutazione completa e accurata dei DUS/DUA e dei disturbi psichiatrici associati (doppia diagnosi/comorbidità psichiatrica) vengono utilizzati criteri diagnostici standardizzati, questionari di screening, interviste strutturate e semi-strutturate e altri strumenti psicodiagnostici standardizzati (Bignamini e coll., 2002; Fiocchi e coll., 2003a, b; Abou-Saleh, 2004; Nava, 2004; Bussolati, 2004; Greenfield & Hennessy, 2006; DuPont & Selavka, 2006; Frustaci e coll., 2006; Madeddu e coll., 2006; Schuckit & Tapert, 2006; Manzato e coll., 2006a, b; Manzato, 2010).

L'assessment diagnostico è attuato con strumenti standardizzati che producono informazioni cliniche relativamente a due aree, quella dell'abuso di sostanze psicoattive e/o di alcol e quella della situazione psicologica e psicopatologica (Figg. 1, 2, 3, 4 5, 6, 7, 8, 9) (Carey & Correia, 1998; RachBeisel e coll., 1999; Mee-Lee e coll., 2001; APA, 1994, 2002, 2006; Carey e coll., 2002; Bignamini e coll., 2002; Cifelli e coll., 2003 a,b; Fiocchi e coll., 2003a,b; Nava, 2004; Bussolati, 2004; Greenfield & Hennessy, 2006; Frustaci e coll., 2006; Madeddu e coll., 2006; Schuckit & Tapert, 2006; Manzato e coll., 2006a, b; Cibin e coll., 2008; Manzano, 2010).

*Fig. 1 - Questionari di screening autosomministrati per sostanze psicoattive e alcol*

- 
- CAGE (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener) Mayfield e coll., 1974
  - MAST (Michigan Alcohol Screening Test) Selzer, 1971; Selzer e coll., 1975
  - MALT (Munich Alcoholism Test) Feurlein e coll., 1979 a,b
  - AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) Fleming e coll., 1991
  - SDS (Severity Dependence Scale) Gossop e coll., 1995
  - ADS (Alcohol Dependence Scale) Skinner & Horn, 1984
  - DAST (Drug Abuse Screening Test) Skinner, 1982
  - DALI (Darmouth Assessment of Lifestyle Instruments) Rosenberg e coll., 1998
  - SATS (Substance Abuse Treatment Scale) McHugo e coll., 1995
  - AUS (Alcohol Use Scale) Drake e coll., 1996
  - DUS (Drug Use Scale) Drake e coll., 1996
  - AUI (Alcohol Use Inventory) Horn e coll., 1974
  - AUDADIS (Alcohol Use Disorders and Associated Disability Interview Schedule) Grant & Hasin, 1992
  - TLFB (Time Line Follow Back) Sobell e coll., 1980, 1988; Sobell & Sobell, 1992
- 

*Fig. 2 - Scale per valutare la sintomatologia astinenziale e il craving per sostanze psicoattive e alcol*

- 
- CIWA-AR (Clinical Institute Withdrawal Assessment) Sullivan e coll., 1986
  - AWS (Alcohol Withdrawal Assessment Scale) Wetterling e coll., 1997
  - WANG (Scala astinenza oppioidi) Wang e coll., 1974
  - OAS (Opioid Abstinence Scale) Sutherland e coll., 1986
  - VAS (Visual Analogic Scale) Hayes & Patterson, 1921
  - OCDS (Obsessive Compulsive Drinking Scale) Anton e coll., 1995
  - AUQ (Alcohol Urge Questionnaire) Bohn e coll., 1995
  - SADQ (Severity of Alcohol Dependence Questionnaire) Stockwell e coll., 1979
  - ACQ (Alcohol Craving Questionnaire) Singleton e coll., 1995
  - ACS (Alcohol Craving Scale) Canton e coll., 1991
- 

*Fig. 3 - Scale di valutazione globale della dipendenza da sostanze psicoattive e alcol*

*Scala eterosomministrata di valutazione dimensionale*

- GAF/VGF (Global Assessment of Functioning) APA, 1994, 2000, 2006

*Intervista multidimensionale per la valutazione della dipendenza da sostanze psicoattive e alcol*

- ASI (Addiction Severity Index) McLellan e coll., 1979, 1980

*Intervista per la valutazione dell'abuso di sostanze psicoattive*

- ABSO (Scheda per la Rilevazione dell'Abuso di Sostanze) Maremmani & Castrogiovanni, 1989
- 

*Fig. 4 - Questionari per la valutazione della motivazione al cambiamento, della soddisfazione e dell'esito del trattamento*

- 
- MAC E (Motivazione al cambiamento/eroina) Spiller & Guelfi, 1988
  - MAC/T (Motivazione al Cambiamento /Tabacco) Guelfi e coll., 1999
  - MAC2-A (Motivazione al Cambiamento/Alcol) Spiller e coll., 2006, 2009
  - URICA (University of Rhode Island Change Assessment) DiClemente & Hughes, 1990
  - SATS (Substance Abuse Treatment Scale) McHugo e coll., 1995
  - SOCRATES (Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale) Miller & Tonigan, 1996
  - CL (Contemplation Ladder) Biener & Abrams, 1991
  - TMS (Treatment Motivation Scale) Simpson & Joe, 1993
  - RTCQ (Readiness to Change Questionnaire) Rollnick e coll., 1992
  - RQ (Rollnick Questionnaire) Miller & Rollnick, 1991
  - TLFB (Time Line Follow Back) Sobell e coll., 1980, 1988; Sobell & Sobell, 1992
  - CMRS (Circumstances, motivation, readiness and suitability scales for substance abuse treatment) De Leon, 1993; De Leon e coll., 1994
  - CSQ (Client Satisfaction Questionnaire) Larsen e coll., 1979
  - SAT-P (Satisfaction Profile) Majani & Callegari, 1998
  - TPQ (Treatment Perceptions Questionnaire) Marsden e coll., 2000
-

*Fig. 5 - Questionari di valutazione della disponibilità al trattamento e dei costi*

*Questionario per la valutazione della disponibilità al trattamento*

- RAATE-CE (Recovery Attitude and Treatment Evaluator Clinical Evaluation) Mee-Lee, 1988

*Questionario per la valutazione dei costi*

- ADCQ (Alcohol and Drug Consequences Questionnaire) Cunningham e coll., 1997

*Fig. 6 - Questionari autosomministrati psicopatologici*

- BDI (Beck Depression Inventory) Beck e coll., 1961, 1996
- SDS (Self-Rating Depression Scale) Zung, 1965, 1972
- SAS (Self-Rating Anxiety) Zung, 1971, 1974
- SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised) Derogatis e coll., 1970, 1973, 1976
- BSI (Brief Symptom Inventory) Derogatis, 1993
- MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2) Butcher e coll., 1989

*Fig. 7 - Scale eterosomistrate di valutazione psicopatologica dimensionale*

- HDRS (Hamilton Rating Scale for Depression) Hamilton, 1960, 1967
- HARS (Hamilton Rating Scale for Anxiety) Hamilton, 1959
- STAI 1 e 2 (State-Trait Anxiety Inventory) Spielberger e coll., 1970
- STAXI (State-Trait Anger Expression Inventory) Spielberger e coll., 1983
- BRMAS (Bech-Rafaelsen Mania Scale) Bech e coll., 1978
- Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale) Goodman e coll., 1989
- SANS (Schedule for Assessment of Negative Symptoms) Andreasen, 1982
- SAPS (Schedule for Assessment of Positive Symptoms) Andreasen & Olsen, 1982
- PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) Kay e coll., 1987
- BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) Overall & Gorham, 1962; Ventura e coll., 1993 a,b
- MCMI (Millon Clinical Multiaxial Inventory) Millon, 1983
- MMSE (Mini Mental State Examination) Folstein e coll., 1975
- NIS (Neuropsychological Impairment Scale) O'Donnell e coll., 1983, 1993
- GAF/VGF (Global Assessment of Functioning) APA, 1994, 2000, 2006
- CGI (Clinical Global Impression) Guy, 1976

*Fig. 8 - Interviste Strutturate di valutazione psicopatologica categoriale*

- SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV-A I) First e coll., 1997 a
- SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM-IV-A II) First e coll., 1997 b
- PRISM (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders) Hasin e coll., 1996
- CIDI (Composite International Diagnostic Interview) Robins e coll., 1988

*Fig. 9 - Intervista multidimensionale per la valutazione della dipendenza da sostanze psicoattive e alcol in funzione della gravità psicopatologica*

- ASI (Addiction Severity Index) (severità sezione psichiatrica) McLellan e coll., 1979, 1980

Gli strumenti psicodiagnostici sono utili per fornire standardizzazione e attendibilità alle informazioni cliniche per la diagnosi.

Le informazioni cliniche sono preliminari alla scelta del trattamento riabilitativo più adeguato per il singolo paziente e, inoltre, facilitano la valutazione sugli esiti del trattamento stesso (Gastfriend e coll., 1994; Abou-Saleh, 2004; Gastfrinend & Pirard, 2006; Madeddu e coll., 2006; Schuckit & Tapert, 2006).

Inoltre, è da ricordare la necessità della standardizzazione del “linguaggio diagnostico” sia per l'équipe pluriprofessionale del servizio di cura che anche per le diverse strutture della rete delle dipendenze che si occupano di fasi diverse del trattamento riabilitativo dei pazienti (Madeddu e coll., 2006).

Nello specifico della valutazione dei DUA, la scelta degli strumenti può essere subordinata ai setting terapeutici che possono essere vari (medici di medicina generale - MMG, Unità di Medicina Generale, ...) o specifici (Servizi di cura per i DUA) e agli obiettivi della valutazione clinica e del trattamento.

Alcuni sono strumenti di screening applicabili in contesti terapeutici diversi e che aiutano a individuare i soggetti con problemi alcol-correlati o che sono a rischio di sviluppare problematiche di tipo alcolico orientando verso la scelta di procedure più complesse per fare una diagnosi di dipendenza da alcol.

Tra questi si individuano il CAGE, il MAST, il MALT, l'AUDIT e il VARA Test.

Altri hanno caratteristiche più specifiche finalizzate alla raccolta di informazioni cliniche utili sia per la diagnosi di alcolismo che per pianificare un trattamento idoneo ai bisogni di cura.

Tra questi si distinguono strumenti che aiutano a individuare i soggetti che hanno sviluppato un disturbo di dipendenza alcolica, come il SADQ e la MAC; altri che consentono di definire le diverse tipologie di comportamento alcolico come l'AUI; altri che permettono di descrivere le abitudini e le modalità del bere come il TLFB; altri che aiutano a individuare le problematiche alcol-correlate e la loro gravità (ASI); infine alcuni strumenti sono utilizzati per individuare e misurare la gravità di stati emozionali specifici come il craving (VAS, OCDS, AUQ, ACQ, ACS) o di particolari condizioni psicofisiche come la sindrome di astinenza (CIWA-AR e AWS) (Gallant, 1998; Conti, 1999a; Orlandini e Giorgi, 2000; Abou-Saleh, 2004; Schuckit e Tapert, 2006; Du Pont e Selavka, 2006; Guglielmo e Yaniri, 2008; Cibir e coll., 2008; Manzato, 2010).

## L'assessment psicodiagnostico

L'assessment diagnostico dei pazienti con DUS/DUA e doppia diagnosi, che deve essere globale, multiprofessionale, multidimensionale e dinamico (diacronico), è attuato con un 1° e un 2° livello organizzativo e prevede l'utilizzo contemporaneo o in successione di diversi strumenti psicodiagnostici standardizzati per favorire la validità convergente (con una valutazione delle proprietà psicometriche degli strumenti e con un'attenzione all'applicazione degli stessi).

L'assessment strumentale psicodiagnostico è a supporto e a integrazione della valutazione clinica osservazionale (in itinere) multiprofessionale e ha lo scopo di una migliore "tipizzazione" delle specificità cliniche dei pazienti afferenti ai servizi, che non possono essere uniformati in maniera semplicistica a causa dell'elevata eterogeneità nella popolazione patologica degli alcolisti e dei tossicodipendenti (Lehman e coll., 1989, 2000; Rousanville, 2001a, b; Ball, 2001a, b; Pantaloni, 2001a, b, c; Movalli, 2004; Manzato & Fea, 2004; Manzato e coll., 2005, 2006a, b; Greenfield & Hennessy, 2006; Frustaci e coll., 2006; Madeddu e coll., 2006).

Nel trattamento riabilitativo la valutazione diagnostica di 1° e 2° livello consente, mediante la raccolta di informazioni medico-psicologiche e socio-ambientali, di approfondire la storia d'abuso (alcol, psicofarmaci e altre sostanze psicoattive legali e illegali), di conoscere il contesto familiare e sociale, di evidenziare le caratteristiche psicologiche e i disturbi psichiatrici di Asse I e di personalità di Asse II del DSM-IV-TR (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali dell'American Psychiatric Association) (APA, 1994, 2000), associati come comorbidità, di definire la gravità clinica psicosociale e di costruire il progetto terapeutico-riabilitativo. Il progetto terapeutico riabilitativo, centrato sulla persona, si concretizza in interventi riabilitativi ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali variamente "mescolati" e/o in successione a seconda delle necessità cliniche che emergono durante il percorso di cura del paziente (Blanken e coll., 1995; Cifelli e coll., 2003a, b; Manzato e coll., 2003a, b, c, 2005, 2006a, b; Manzato & Fea, 2004; Madeddu e coll., 2006).

Gli strumenti di assessment psicodiagnostico di 1° livello potrebbero comprendere ASI, MAC/E o A o P, VGF, SVFSL, VGFL, CGI, SCL-90-R, HDRS, STAI e STAXI. Quelli di 2° livello potrebbero prevedere SCID I e II, MMPI-2, FRT, SAT-P e TPQ ed eventualmente, a seconda delle caratteristiche cliniche del paziente e dell'eventuale percorso terapeutico-riabilitativo e psicoterapeutico, TCI, Rorschach, TAT e WAIS-R (Tab. 1) (Cifelli e coll., 2003a, b; Manzato e coll., 2003a, b, c, 2006a, b; Focchi e coll., 2003a, b; Manzato & Fea, 2004; Madeddu e coll., 2006; Manzato, 2010).

Tab. 1 - Gravosità degli strumenti di assessment diagnostico (tempi medi)

Strumenti	Tempo di somministrazione	Tempo di codifica/interpretazione	Tempo di restituzione	Tempi Totali (ore/min.)	Figure Professionali coinvolte
ASI	40 min.	20 min.	1 ora	2.00 ore	Psicologo/ educatore/ assistente sociale
MAC E/2A/P	10 min.	10 min.	1 ora	1.20 ore	Psicologo/ educatore/ assistente sociale
VGF	5 min.	5 min.			Psicologo/ medico
SVFSL	5 min.	5 min.	1 ora	Psicologo/ 1.40 ore	Medico
VGFL	5 min.	5 min.			Psicologo/ medico
CGI	5 min.	5 min.			Psichiatra/ psicologo
SCL-90-R	15 min.	30 min.	1 ora	1.45 ore	Psicologo/ psichiatra
HDRS	20 min.	10 min.	1 ora	1.30 ore	Psicologo/ psichiatra
STAI	10 min.	10 min.	1 ora	1.20 ore	Psicologo/ psichiatra
STAXI	20 min.	20 min.	1 ora	1.40 ore	Psicologo/ psichiatra
SCID-I	1.30 ore	30 min.	1 ora	3.00 ore	Psicologo/ psichiatra
SCID-II	1.30 ore	30 min.	1 ora	3.00 ore	Psicologo/ psichiatra
MMPI-2	2 ore	1.30 ore	1 ora	4.30 ore	Psicologo
TCI	1 ora	40 min.	1 ora	2.40 ore	Psicologo
RORSC- HACH	1.0 0 ore	3.00 ore	1 ora	5.00 ore	Psicologo
WAIS-R	2 ore	30 min.	1 ora	3.30 ore	Psicologo
FRT	1 ora	45 min.	1 ora	2.45 ore	Psicologo
SAT-P	5 min.	5 min.	1 ora	1.20 ore	Psicologo/ educatore
TPQ	5 min.	5 min.			Psicologo/ educatore

## Gli strumenti di screening: il CAGE questionnaire, il MAST, il MALT, l'AUDIT e il VARA Test

Il CAGE questionnaire (*Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener*) (Mayfield e coll., 1974; Clark, 1981; Ewing, 1984; Beresford e coll., 1990; Steinweg & Worth, 1993) è uno strumento semplice e utilizzato come screening per l'individuazione in una data popolazione

della presenza di un eventuale disturbo indotto dall'uso di alcol.

Il nome CAGE è un acronimo inglese della lettera iniziale delle parole Cut down (ridurre), Annoyed (infastidito), Guilty (in colpa), Eye-opener (appena sveglio).

Il questionario può essere sia autosomministrato che eterosomministrato ed è composto da 4 item ai quali si può rispondere sì o no (1. Hai mai sentito il bisogno di bere meno? – cut down; 2. Ti danno fastidio le critiche che ricevi come conseguenza del tuo bere? – annoyed; 3. Ti sei mai sentito in colpa perché bevi? – guilty; 4. Ti è mai capitato che il bere fosse la tua prima azione della mattina? – eye opener). La sua positività (un punteggio di 2 o più risposte positive) non permette di compiere diagnosi di alcolismo, ma suggerisce la presenza di un uso problematico di alcol che merita di essere approfondito; 1 risposta positiva corrisponde a un sospetto di uso problematico di alcol negli adolescenti, mentre tale punteggio non è indice di uso problematico per gli adulti.

Il CAGE è un test che si è rilevato generalmente valido, sensibile e affidabile (sensibilità e specificità dal 45% al 95%).

Può essere somministrato sia ad adulti che ad adolescenti di età superiore a 16 anni in setting clinici diversi, in particolare presso gli ambulatori dei MMG.

Il questionario si compila in pochi minuti.

La prima parte del questionario serve per valutare la possibile presenza di un uso problematico di alcol mentre la seconda parte serve per valutare la necessità di attivare programmi e trattamenti (Addolorato e coll., 1999; Scafato e coll., 2004; Ceccanti & Balducci, 2006). Il MAST (*Michigan Alcoholism Screening Test*) (Selzer, 1971; Pokorny e coll., 1972; Selzer e coll., 1975; Kristenson & Trell, 1982; Ross e coll., 1990) è uno strumento di screening molto diffuso per la valutazione della presenza di un disturbo correlato all'uso di alcol. Lo strumento, autosomministrato, è composto da 25 item ai quali si risponde Sì o No e si assegna un punteggio ponderato da 1 a 5.

Il punteggio totale corrisponde alla somma delle risposte con punteggio diverso da zero. Un punteggio maggiore o uguale a 7 è indicativo di presenza di alcolismo, pari a 5/6 indica una condizione di rischio di alcolismo, minore o uguale a 4 indica assenza di problemi alcol-correlati.

Lo strumento non aiuta a individuare i casi iniziali di alcolismo; può essere somministrato ad adulti e adolescenti, a soggetti alcolisti e a pazienti di medicina generale e psichiatrici.

Lo strumento, molto utilizzato, è stato formulato anche in versione più breve a 10 item (Pensi di bere normalmente? I tuoi amici e famigliari pensano che tu beva normalmente? Sei mai stato a una riunione di alcolisti anonimi? Hai mai perso degli amici a causa del bere? Ti sei mai trovato in difficoltà nel lavoro a causa del bere? Hai mai trascurato i tuoi obblighi, la tua famiglia o il tuo lavoro per due o più giorni perché avevi bevuto troppo?

Hai mai sofferto di brividi violenti o hai mai sentito voci o visto cose che non esistevano dopo una forte bevuta? Hai mai cercato aiuto da qualcuno a causa del tuo bere? Sei mai stato in ospedale per aver bevuto troppo? Sei mai stato arrestato per aver guidato in stato di ebbrezza?); in forme di autovalutazione come la Self – Administered Alcoholism Screening Test - SAAST, di 37 item e per soggetti anziani (MAST - Geriatric version o MAST-G).

La validità, la sensibilità e l'affidabilità del MAST è stata dimostrata in molteplici studi (sensibilità e specificità del 85%).

Il questionario si compila in circa 5-10 minuti.

È utilizzato per la valutazione diagnostica volta a rilevare la presenza di un disturbo correlato all'uso di alcol in relazione all'evidenziarsi di problemi connessi al bere; alla valutazione diagnostica si associa la valutazione dei programmi e dei trattamenti da attivare (Addolorato e coll., 1999; Ceccanti & Balducci 2006).

Il MALT (*Munich Alcoholism Test*) (Feuerlein e coll., 1979a, b) è uno strumento che può essere utilizzato non solo per individuare la presenza di un eventuale disturbo correlato all'uso di alcol, ma anche per definirne la gravità.

È costituito da due parti.

La prima parte viene compilata dal medico e comprende 7 item che esplorano prevalentemente la presenza di malattie somatiche che possono essere collegate direttamente o indirettamente all'alcolismo, il consumo oggettivo di alcol e l'eventuale richiesta di aiuto da parte dei familiari per i problemi alcol-correlati (1. È presente una malattia del fegato indotta dall'uso di alcol oppure è presente all'esame obiettivo un segno suggestivo di alcolismo insieme alla presenza di un'alterazione di almeno uno dei marker biologici del consumo eccessivo di alcol? 2. È presente una polineuropatia a esclusione di quelle indotte da altre cause come per esempio il diabete? 3. È presente delirium tremens o è stato presente? 4. Il paziente consuma da mesi più di 150 ml (120 ml per le donne) di alcol puro al giorno? 5. Il paziente consuma almeno una volta al mese in una sola occasione più di 300 ml (240 ml per le donne) di alcol puro? 6. Il paziente presenta odore di alcol? 7. Il coniuge, i famigliari o gli amici del paziente hanno cercato aiuto da un professionista in relazione ai problemi correlati al consumo di alcol?). In questa sezione le risposte positive sono valutate 4 punti.

La seconda parte dello strumento è autosomministrata e comprende 24 domande che esplorano l'atteggiamento verso il bere e le compromissioni socio-emozionali e somatiche connesse al bere. Le risposte positive sono valutate 1. I punteggi totali compresi fra 6 e 10 possono far sospettare l'esistenza di alcolismo anche se non ci sono evidenze cliniche. Punteggi superiori a 11 indicano la presenza di alcolismo. La sensibilità e la specificità del test sarebbero molto alte, rispettivamente del 90% e del 100%. Il MALT, valido e sensibile, è uno strumento

utile per lo screening della presenza di un eventuale uso di alcol anche in categorie particolari di pazienti, compresi quelli con doppia diagnosi (comorbidità psichiatrica). Lo strumento si compila in circa 15-30 minuti. Questo strumento viene utilizzato per valutare la presenza di un eventuale disturbo correlato all'uso di alcol in relazione alla presenza di problemi connessi al bere (sia fisici che psicologici) e alla qualità e alla modalità di bere e in un secondo momento serve per valutare la scelta terapeutica più appropriata in relazione alla riduzione dei problemi correlati all'uso di alcol e alla loro gravità (Addolorato e coll., 1999; Ceccanti & Balducci 2006).

L'AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) (Fleming e coll., 1991; Saunders e coll., 1993; Allen e coll., 1997) è uno strumento di screening che è stato sviluppato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per identificare i soggetti che potrebbero presentare un uso problematico di alcol.

Lo strumento è costituito da 10 item di cui 3 indagano la quantità di alcol consumata (1. Con quale frequenza bevi una bevanda che contiene alcol? 2. Quante bevande che contengono alcol assumi normalmente in una giornata? 3. Con quale frequenza assumi 6 o più bevande in un'unica occasione?); 3 domande valutano la frequenza del bere (4. Con quale frequenza durante l'ultimo anno ti sei accorto di non riuscire a smettere di bere una volta che avevi iniziato a farlo? 5. Con quale frequenza durante l'ultimo anno non sei riuscito a fare ciò che normalmente gli altri si aspettano da te a causa del bere? 6. Con quale frequenza durante l'ultimo anno hai avuto bisogno di bere di prima mattina per star meglio dopo una bevuta eccessiva?); 4 domande indagano i problemi causati dall'alcol (7. Con quale frequenza durante l'ultimo anno hai avuto sensi di colpa o rimorso dopo aver bevuto? 8. Con quale frequenza durante l'ultimo anno non sei riuscito a ricordare quello che era successo la sera precedente di una grande bevuta? 9. Ti sei fatto male o hai fatto male a qualcuno perché avevi bevuto tanto? 10. Un parente, un amico, un medico o un altro operatore sanitario si sono preoccupati del tuo eccessivo bere o ti hanno suggerito di smettere?). Un punteggio pari o superiore a 8, ma inferiore a 15, è indicativo di un bere eccessivo, di problemi alcol-correlati passati o attuali, ma non di un paziente con dipendenza fisica; un punteggio pari o superiore a 16 è diagnostico di un paziente con problemi alcol-correlati e/o dipendenza fisica.

Il periodo indagato è gli ultimi 12 mesi.

L'AUDIT è uno strumento valido e particolarmente sensibile per individuare i soggetti in fase iniziale di abuso alcolico.

È un test autosomministrato, applicabile in vari setting clinici e non clinici (carceri, forze armate, contesti di lavoro industriale, ...). Fra i setting clinici sono da ricordare gli ambulatori dei MMG e le unità di ricovero ospedaliero (McQuade e coll., 2000; Dolman & Hawkes, 2005).

Il questionario si compila in circa 5-10 minuti.

È stata formulata una versione ridotta dell'AUDIT, l'AUDIT-C (Bush e coll., 1998) che comprende soltanto le prime 3 domande relative al consumo dell'alcol. Il punteggio va da 0 a 12. Le aree di utilizzo riguardano la valutazione della presenza di un eventuale disturbo correlato all'uso di alcol in relazione alla qualità e alla modalità (frequenza) del bere nonché dei problemi correlati; la valutazione per la scelta terapeutica più appropriata; la valutazione dell'efficacia della terapia in relazione alla quantità e alla modalità (frequenza) del bere nonché dei problemi correlati e, infine, la valutazione di programmi e trattamenti in setting terapeutici diversi (Addolorato e coll., 1999; Scafato e coll., 2004; Ceccanti & Balducci 2006).

Il VARA Test (*Valutazione dell'Abuso di Alcolici e di Rischio per l'Alcolodipendenza*) (Conti e coll., 1982) è un questionario di screening autosomministrato composto da 40 item, utile per identificare gli alcolisti. Indaga 6 fattori:

- Vft1: quantità, tipo di alcolici assunti e modalità del bere;
- Vft2: conseguenze socio-comportamentali e familiari del bere;
- Vft3: regime alcolico tipico dell'ambiente sociale e familiare del soggetto;
- Vft4: motivazioni e giustificazioni del bere;
- Vft5: conseguenze somatiche del bere;
- Vft6: cambiamenti dell'interesse e dell'attività sessuale.

Gli item sono valutati su una scala a 4 punti (da 1 a 4) in rapporto alla gravità e/o alla frequenza del sintomo esplorato, a eccezione degli item 14 e 32 che sono dicotomi (sì/no).

Il questionario è sensibile e affidabile; si utilizza nella popolazione generale per individuare soggetti che manifestano comportamenti a rischio o patologici relativamente all'uso di alcol.

Il questionario si compila in circa 10 minuti.

Il Vara test viene impiegato per valutare nella popolazione generale i comportamenti a rischio o patologici nei riguardi dell'uso di alcol e per definire nel modo migliore i programmi e i trattamenti in setting terapeutici diversi (Conti e coll., 1982).

### **Gli strumenti di valutazione della dipendenza: il SADQ, la MAC, l'AUI, il TLFB e l'ASI**

Il SADQ (*Severity of Alcohol Dependence Questionnaire*) (Stockwell e coll., 1979) è una misura della gravità della dipendenza da alcol che ha lo scopo di individuare in modo inequivocabile gli aspetti nucleari della stessa, consentendo una discriminazione dei soggetti alcolisti rispetto ai soggetti forti bevitori.

È costituito da 20 domande suddivise in 5 gruppi di 4 domande riguardanti rispettivamente la presenza dei

segni fisici della sindrome di astinenza da alcol, la presenza dei segni psicologici della sindrome di astinenza da alcol, la risoluzione dei sintomi di astinenza da alcol, la necessità di incrementare le dosi di alcol per ottenere gli stessi effetti, il ristabilirsi di una condizione psicorganica ottimale dopo la risoluzione della sindrome di astinenza. Per ciascuna domanda è possibile assegnare un punteggio su una scala a 4 punti da 0 a 3 (Quasi mai, Talvolta, Spesso e Quasi sempre). Un punteggio inferiore a 30 indica dipendenza da alcol lieve/moderata mentre il punteggio compreso tra 31/60 indica dipendenza da alcol grave.

Il questionario si compila in 5 minuti.

Poiché è adatto anche allo studio dei forti bevitori, le domande fanno riferimento al periodo più recente di forti bevute.

Il SADQ ha buona validità e affidabilità.

Gli autori hanno formulato una versione dello strumento adatta anche come screening nella popolazione generale, il SADQ-C (Stockwell & Sitharthan, 1994) in cui la formulazione delle domande è stata modificata in modo da poter individuare bevitori moderati e lievi.

Il SADQ viene usato per valutare la dipendenza da alcol, la sindrome di astinenza, i bevitori gravi, moderati e lievi non alcolisti e inoltre per valutare programmi e trattamenti in setting terapeutici diversi (Crome & Myton, 2004; Cibir e coll., 2008).

La MAC (*Mac Andrew Scale*) derivata dall'MMPI (Mac Andrew, 1965), rileva comportamenti che sono significativi nel determinare problemi di alcol e di uso di sostanze psicoattive; è composta da 49 item a scelta binaria ed è autosomministrata. Non contiene domande che chiedono esplicitamente informazioni sull'uso di alcol in quanto l'autore nella costruzione della scala ha eliminato 2 domande che chiedevano informazioni dirette sull'uso di alcol, per evitare atteggiamenti di chiusura che potevano rendere inaffidabili le risposte. La scala non consente di discriminare tra abuso/dipendenza alcolica e abuso/dipendenza da altre sostanze psicoattive; aiuta a discriminare tra abuso/dipendenza e disturbi psichiatrici e tra alcolisti di tipo primario e secondario.

La scala associata alla scala di controllo L dell'MMPI aumenta la capacità di individuazione di problemi di dipendenza.

Il punteggio di cut-off è pari a 26 punti per i maschi e a 24 per le femmine. I punteggi grezzi trasformati in punti T hanno i seguenti criteri di interpretazione: punti T uguali o superiori a 65 indicano uno stile di vita associato a disturbo di dipendenza da sostanze psicoattive; punti T tra 60-64 indicano uno stile di vita che può condurre a problemi di abuso di alcol o di altre sostanze psicoattive.

La scala appare essere sufficientemente valida e affidabile.

Nella versione MMPI-2 della scala è presente una versione riveduta detta MAC-R.

La scala si compila generalmente all'interno dell'MMPI la cui somministrazione richiede circa 2 ore.

La MAC viene impiegata per valutare gli stili di comportamento associati al disturbo di dipendenza da sostanze psicoattive e per valutare programmi e trattamenti in funzione della gravità del disturbo di dipendenza da sostanze psicoattive e/o alcol (Butcher e coll., 1989).

L'AUI (*Alcohol Use Inventory*) (Horn e coll., 1974) è uno strumento finalizzato a fornire un modello diagnostico differenziale che riguarda stili diversi di uso di alcol e di pattern comportamentali di abuso alcolico.

È uno strumento autosomministrabile composto da 147 item a scelta multipla che misurano 16 scale primarie, 5 dimensioni secondarie e un fattore generale che definisce la gravità dell'abuso alcolico.

Le scale primarie riguardano i seguenti ambiti:

1. Bere per migliorare la socializzazione - benefici sociali.
2. Bere per migliorare le funzioni mentali - benefici mentali.
3. Bere in compagnia versus da solo.
4. Bere ossessivo compulsivo.
5. Bere continuativo versus periodico.
6. Ansia, paura, colpa dopo aver bevuto.
7. Bere per cambiare umore.
8. Precedenti trattamenti.
9. Perdita di controllo.
10. Disadattamento sociale.
11. Sintomi psicoperceptivi da astinenza.
12. Sintomi psicofisici da astinenza.
13. Uso di altre sostanze.
14. Quantità quotidiana di alcol.
15. Bere in seguito a problemi coniugali.
16. Bere che causa problemi coniugali.

Le dimensioni secondarie sono:

1. Dimensione A: bere per autoaffermazione.
2. Dimensione B: bere ossessivo sostenuto.
3. Dimensione C: ansia correlata al bere.
4. Dimensione D1: deterioramento dovuto all'uso di alcol.
5. Dimensione D2: deterioramento dovuto all'uso di alcol.
6. Dimensione G: alcoldipendenza generale.

Lo strumento, validato anche in Italia, è risultato sensibile e affidabile (Giorgi e coll., 1994).

Si può utilizzare con adulti e con adolescenti di età superiore a 16 anni ed è opportuno non somministrarlo nei primi incontri con il paziente; è utile per individuare trattamenti diversificati in base a condotte di abuso diverse.

Lo strumento si somministra in circa 20 minuti.

L'AUI viene usato per valutare i diversi stili di uso di alcol e pattern comportamentali di abuso alcolico e per valutare i programmi e i trattamenti differenziati in funzione degli stili di uso alcolico e dei pattern comportamentali di abuso (Giorgi e coll., 1994; Mattson e coll., 1998; Orlandini & Giorgi, 2000; Allen, 2003; Movalli, 2003).

Il TLFB (*Timeline Follow back*) (Sobell e coll., 1980, 1988; Sobell & Sobell, 1992) è una scheda per la valutazione dei consumi giornalieri di alcol.

È costituita da un calendario riferito a tutti i giorni del mese; il periodo indagato è quello precedente l'intervista (fino a 12 mesi precedenti l'intervista, anche se i dati clinici raccolti oltre i 3 mesi sono meno attendibili). Nel calendario sono specificate le festività nazionali, ma il paziente può indicare altre festività personali o eventi importanti (compleanni, onomastici, licenziamenti, ...) perché sembrano favorire il ricordo di quanto è stato fatto in coincidenza di tali giorni significativi. Il paziente deve specificare per ogni giorno del calendario la quantità di alcol consumata espressa in Unità Alcoliche Standard (UA) al fine di poter ricostruire i periodi di completa astinenza, di uso molto regolare di alcolici o di abuso. Se il paziente fornisce risposte vaghe, viene aiutato a definire una quantità entro un minimo e un massimo, utilizzando la tecnica dell'esagerazione. Il paziente nella compilazione della scheda può avvalersi di appunti personali o di un suo diario giornaliero.

Lo strumento è utile anche per aiutare a individuare le ricadute e le loro cause; consente di svolgere analisi statistiche sui dati clinici per conoscere i picchi di abuso e la frequenza delle ricadute, per valutare i cambiamenti nei consumi prima e dopo il trattamento.

Può essere somministrato sia ad adulti che ad adolescenti.

Il TLFB ha buona validità e sufficiente affidabilità e si somministra in circa 30 minuti.

Il TLFB è utile per valutare gli antecedenti e le conseguenze delle ricadute e la gravità del consumo alcolico, inoltre è un valido segnalatore del cambiamento della quantità di consumo alcolico in relazione all'efficacia del trattamento (Allen, 2003; Xie e coll., 2005, Essock e coll., 2006; Cibin e coll., 2008).

L'ASI (*Addiction Severity Index*) (McLellan e coll., 1979, 1980) è un'intervista semistrutturata per conoscere le esigenze di cura del soggetto dipendente da sostanze psicoattive e/o alcol e per tracciare un profilo della gravità della sua situazione mediante l'analisi in 7 aree (Condizione Medica, Condizione Lavorativa, Uso di Alcol, Uso di Sostanze Psicoattive, Situazione Legale, Relazioni Familiari/Sociali e Stato Psicologico), allo scopo di individuare l'intervento riabilitativo più appropriato.

Lo strumento si basa sull'assunto che la dipendenza da sostanze psicoattive è un complesso di problemi medici, sociali, familiari, penali e psicologici che si combinano in vario modo nel sostenere la dipendenza da sostanze psicoattive e nel creare particolari necessità di trattamento. Le valutazioni di gravità esprimono la misura in cui è necessario un trattamento efficace, pertanto viene registrata una valutazione di gravità elevata, anche se non è disponibile nessun trattamento.

L'ASI è uno strumento adatto a valutare la natura e la gravità dei problemi di trattamento dei pazienti in fase iniziale e successivamente durante il follow-up del trattamento.

In Italia, oltre alla versione dello strumento curata da Consoli e Bennardo (1995), è in uso la versione derivata dalla standardizzazione europea dello stesso, detta Europ.ASI (Kokkevi & Hartgers, 1995; Pozzi & Tempesta, 1995).

La gravità in ogni area è valutata mediante due tipi di informazioni indipendenti: informazione oggettiva e informazione soggettiva.

Gli item oggettivi, proposti dall'intervistatore, raccolgono dati clinici sulla quantità, sulla durata e sull'intensità dei sintomi e sulle situazioni di instabilità, riferendosi al mese precedente al colloquio o all'intera vita. Sulla base delle informazioni raccolte, l'intervistatore opera, per ogni area, una preliminare valutazione della gravità della condizione clinica del paziente.

Gli item soggettivi richiedono al tossicodipendente o all'alcolista di valutare la gravità della propria situazione e la misura in cui ritiene importante ricevere un trattamento; si consente, quindi, al paziente di misurare l'intensità dei sintomi di un problema così come è da lui percepita. Il paziente, infatti, deve valutare quanto è stato disturbato o preoccupato nell'ultimo mese per problemi relativi all'area appena esplorata e quanto sarebbe importante per lui ricevere un trattamento. Per l'autovalutazione di gravità si usa una scala a 5 punti da 0 a 4. I dati clinici provenienti dalla sezione oggettiva e da quella soggettiva vengono integrati dall'intervistatore per produrre una valutazione di gravità in una scala di 10 punti da 0 a 9.

Oltre alle valutazioni di gravità, l'ASI contiene i punteggi composti che si ottengono matematicamente mediante la somma di alcuni item (quelli riferiti ai comportamenti degli ultimi 30 giorni precedenti l'intervista), correlati tra di loro e in grado di segnalare un cambiamento in modo più obiettivo. Si situano su un range da 0 a 1. Poiché i punteggi composti sono graduati diversamente per ciascuna area, non sono confrontabili all'interno dello stesso ASI; si possono, invece, confrontare i punteggi composti di aree corrispondenti. L'ASI ha dimostrato avere un'ottima validità e affidabilità.

Lo strumento si somministra in circa 40 minuti.

L'ASI serve per la valutazione della gravità della dipendenza da sostanze psicoattive e/o da alcol, della dipendenza da sostanze psicoattive in relazione a problemi medici, legali, familiari, sociali e psichici e della gravità psichiatrica come indice predittivo dell'esito del trattamento. Serve anche per la valutazione del trattamento di disintossicazione, dei programmi comunitari residenziali e della psicoterapia in diverse tipologie di soggetti (dipendenti da eroina, da cocaina e da alcol) (Conti, 1999b; Lucchini & Strepparola, 2001; Cifelli e coll.,

2003a, b; DuPont & Selavka, 2006; Essock e coll., 2006; Madeddu e coll., 2006; Manzato e coll., 2006a; Manzato, 2010).

### **Gli strumenti di valutazione del craving: la VAS, l'OCDS, l'AUQ, l'ACQ e l'ACS**

Con il termine craving si indica il desiderio compulsivo di assumere una sostanza psicoattiva e/o alcol e se tale desiderio non è soddisfatto può svilupparsi una sofferenza fisica e malessere psicofisico. Inizialmente il craving era considerato un sintomo della sindrome da astinenza da eroina, in realtà è una manifestazione clinica che caratterizza tutte le forme di dipendenza e può svilupparsi anche dopo molto tempo dalla sospensione dell'uso di sostanze psicoattive e/o alcol, provocando una prima assunzione di una sostanza psicoattiva e/o di alcol, che a sua volta lo rinforza.

La sua attivazione può essere favorita da stimoli (cue) che evocano l'assunzione di sostanze psicoattive.

Il craving o appetizione patologica, ha un ruolo significativo nella patogenesi della dipendenza da sostanze psicoattive e/o da alcol e delle frequenti ricadute nell'uso di sostanze psicoattive e di alcol (Leggio e coll., 2005). Relativamente alla dipendenza da alcol sono state individuate 3 tipologie di craving (Verheul e coll., 1999):

- **Reward Craving** (desiderio di ricompensa), che si basa sull'effetto di rinforzo positivo dell'alcol e sull'incapacità di controllo. Esso è caratterizzato dai seguenti meccanismi fisiopatologici e comportamentali: disregolazione dopaminergica/oppioidergica (deficit di endorfine con conseguente ricerca degli effetti gratificanti dell'alcol e ipersensibilità agli effetti gratificanti dello stesso), temperamento di ricerca di ricompensa (edonismo) o combinazione di entrambi i fattori. La caratteristica clinica principale è il bisogno di sentire il rinforzo positivo dell'alcol, con ricerca spontanea dello stesso e incapacità a resistere; è presente anche il comportamento di binge drinking. Questo tipo di craving si osserva prevalentemente nei soggetti con alcolismo a insorgenza precoce (early onset) e con familiarità per tale patologia.
- **Relief Craving** (desiderio di ridurre la tensione), basato sul bisogno di sollievo dai sintomi astinenziali mediante l'assunzione di alcol. I meccanismi fisiopatologici e comportamentali che lo caratterizzano sono: disregolazione GABAergica/glutammatergica (ipereccitabilità neuronale con conseguente ricerca degli effetti sedativi e ansiolitici dell'alcol), temperamento di scarsa reattività allo stress o combinazione di entrambi i fattori. La caratteristica clinica principale è il bisogno della sensazione di sollievo dai sintomi astinenziali; è presente il bere reattivo. Si manifesta generalmente in soggetti con alcolismo a insorgenza tardiva (late onset).

- **Obsessive Craving** (pensiero ossessivo per l'assunzione di alcol con perdita di controllo), caratterizzato da compulsione per l'alcol e perdita di controllo. I meccanismi fisiopatologici e comportamentali che lo caratterizzano sono: disregolazione serotoninergica (deficit di serotonina), temperamento caratterizzato da disinibizione o combinazione di entrambi i fattori (Addolorato e coll., 2003, 2005 a, b; Leggio e coll., 2005; Cibin e coll., 2008).

Il craving si associa a un insieme di sintomi clinici quali astenia, anoressia, ansia, irritabilità, aggressività, insonnia, iperattività e ricerca di sensazioni forti oppure noia e depressione.

Se il soggetto non ricade nell'uso di alcol il craving tende ad attenuarsi dopo alcune ore o alcuni giorni.

Il craving è un indicatore importante di rischio di ricaduta, pertanto va precocemente individuato avvalendosi anche di specifici strumenti diagnostici (Addolorato e coll., 2003, 2005 a,b; Leggio e coll., 2005; Cibin e coll., 2008).

La VAS (*Visual Analogic Scale*) (Hayes & Patterson, 1921; Maxwell, 1978; Nicholson, 1978) è il più importante strumento per valutare l'intensità del craving.

È molto semplice nella sua struttura. Il paziente deve apporre un segno su due linee graduate da 0 a 10 cm (0 assenza di desiderio e 10 desiderio irresistibile), riferite rispettivamente all'intensità del craving e alla frequenza di comparsa del desiderio di assumere la sostanza psicoattiva e/o l'alcol.

Il periodo indagato è generalmente il giorno precedente. La scala, valida e affidabile, si compila in pochi minuti. La VAS viene usata per valutare l'intensità e la frequenza del desiderio di assumere una sostanza psicoattiva e/o l'alcol, la severità dell'astinenza e della dipendenza e per valutare il rischio di ricaduta. Nei programmi e nei trattamenti la VAS permette la scelta terapeutica più appropriata in relazione alla riduzione/estinzione del desiderio di assumere la sostanza psicoattiva e/o l'alcol, la valutazione dell'efficacia della terapia e del trattamento (Cifelli e coll., 2003 a, b; Nava, 2004; Manzato & Fea, 2004; Manzato e coll., 2006a; Cibin e coll., 2008; Manzato, 2010).

L'OCDS (*Obsessive Compulsive Drinking Scale*) (Anton e coll., 1995) è uno strumento autosomministrato più complesso, ma fonte di maggiori informazioni cliniche.

La scala nella costituzione degli item parte dalla constatazione che molti aspetti del craving per l'alcol sono simili al modo di pensare e al comportamento dei pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo (DOC). Oltre al punteggio totale la scala fornisce i punteggi in due subscale, quella dei pensieri ossessivi e quella del bere compulsivo. L'OCDS misura i comportamenti e i pensieri attuali.

È uno strumento valido sia per la valutazione del grado del craving che per il rischio di ricaduta.

Lo strumento è composto da una scala di autovalutazione costituita da 14 item e per ognuno sono possibili 5

risposte di gravità crescente. Il punteggio per i pensieri ossessivi deriva dalla somma degli item 1-6 (1. Quanta parte del tuo tempo, quando non bevi, è occupata da idee, pensieri, impulsi o immagini correlate al bere? 2. Con quale frequenza ti vengono in mente pensieri correlati al bere? 3. In che misura queste idee, pensieri, impulsi o immagini correlate al bere interferiscono con il tuo funzionamento (o ruolo) sociale o lavorativo? 4. Quanta sofferenza e disturbo ti provocano, quando non bevi, le idee, i pensieri, gli impulsi o le immagini correlate al bere? 5. In che misura devi sforzarti, quando non bevi, per resistere ai pensieri del bere o per cercare di ignorarli o di allontanare la tua attenzione da questi pensieri? 6. In che misura hai successo, quando non bevi, nel fermare o distogliere l'attenzione sui pensieri del bere?), mentre quello per il bere compulsivo dalla somma degli item 7-14 (7. Quanti bicchieri bevi in un giorno? 8. Quanti giorni alla settimana bevi? 9. In che misura queste idee, pensieri, impulsi o immagini correlate al bere interferiscono con un tuo funzionamento (o ruolo) lavorativo? C'è qualcosa che non fai o non puoi fare a causa del bere? 10. In che misura queste idee, pensieri, impulsi o immagini correlate al bere interferiscono con un tuo funzionamento sociale? 11. Se ti venisse impedito di bere quando lo desideri, in che misura diverresti ansioso o irritato? 12. In che misura ti devi sforzare per resistere alla voglia di bere? 13. Quanto è forte la spinta che provi nel bere bevande alcoliche? 14. In che misura riesci a controllarti nel bere?).

I punteggi più alti sono espressione di una maggiore gravità del craving.

Lo strumento ha buona validità e affidabilità.

La compilazione della scala richiede circa 5-10 minuti. L'OCDS è utile per valutare l'intensità e la frequenza del desiderio di assumere una bevanda alcolica e per valutare il rischio di ricadute.

Nei programmi e nei trattamenti si usa per valutare la scelta terapeutica più adatta ed efficace e per valutare il trattamento in relazione alla riduzione o estinzione del desiderio di assumere la bevanda alcolica (Nava, 2004; Leggio e coll., 2005; Cibin e coll., 2008).

L'AUC (Alcohol Urge Questionnaire) (Bohn e coll., 1995) fornisce un indice del craving in fase acuta.

È costituito da 8 domande di cui 4 riguardano il desiderio per l'assunzione di una bevanda alcolica, 2 il desiderio degli effetti positivi della bevanda alcolica e 2 l'incapacità di evitare di assumere l'alcol quando è disponibile. Per ogni domanda vi è un punteggio su una scala likert a 7 punti.

Lo strumento ha una buona attendibilità test-retest sia dopo un giorno che dopo una settimana dalla somministrazione e ha una correlazione positiva seppur moderata con la gravità della dipendenza da alcol e con i punteggi dell'OCDS.

Il questionario si compila in pochi minuti.

L'AUC valuta l'intensità del desiderio di assumere una bevanda alcolica in fase acuta e nei programmi e nei trattamenti si usa per valutare la scelta terapeutica più appropriata ed efficace e per valutare il trattamento in relazione alla riduzione o estinzione del desiderio di assumere la bevanda alcolica (Addolorato e coll., 2003, 2005b; Leggio e coll., 2005; Cibin e coll., 2008).

L'ACQ (Alcohol Craving Questionnaire) (Singleton e coll., 1995) è costituito da 47 domande per le quali è possibile fornire un punteggio su una scala likert a 7 punti (da fortemente in disaccordo a fortemente in accordo). Ogni item è riferito a uno dei 5 ambiti considerati rilevanti per il craving: il desiderio di bere, l'intenzione di bere, la mancanza di controllo rispetto all'alcol, l'anticipazione degli effetti positivi del bere e l'anticipazione del sollievo della sindrome di astinenza.

Lo strumento fornisce un indice del craving acuto in quanto le domande sottendono l'esperienza dell'urgenza del bere.

L'ACQ presenta validità e affidabilità adeguate.

Lo strumento si compila in 10 minuti.

Dello strumento è stata elaborata una versione breve costituita da 12 item fortemente correlati con il punteggio totale dell'ACQ (Singleton & Gorelick, 1998).

L'utilizzo dell'ACQ (identico a quello dell'AUC) serve per valutare l'intensità del desiderio di assumere una bevanda alcolica in fase acuta e nei programmi e nei trattamenti si usa per valutare la scelta terapeutica più appropriata ed efficace e per valutare il trattamento in relazione alla riduzione o estinzione del desiderio di assumere la bevanda alcolica (Addolorato e coll., 2003, 2005b; Leggio e coll., 2005; Cibin e coll., 2008).

L'ACS (Alcohol Craving Scale) (Canton e coll., 1991) è un test autosomministrato costituito da 14 domande di cui 11 richiedono una risposta sì-no e 3 sono a risposta multipla. Gli item indagano prevalentemente il desiderio di bere e la mancanza di controllo rispetto al bere. Per ogni item è attribuito un punteggio 0 (assenza del sintomo) e 1 (presenza di sintomo di craving); il punteggio totale va da 0 a 14 con cut-off fra 2 e 3, che consente di discriminare il craving dell'alcolista non in trattamento rispetto ai soggetti senza dipendenza da alcol.

Lo strumento ha buona sensibilità, permettendo di identificare e monitorare i diversi livelli di gravità del craving nella dipendenza da alcol.

Lo strumento si compila in pochi minuti.

L'ACS valuta l'intensità del desiderio di assumere una bevanda alcolica e la mancanza di controllo rispetto al bere.

Nei programmi e nei trattamenti serve per valutare la scelta terapeutica più appropriata ed efficace e per valutare il trattamento in relazione alla riduzione o estinzione del desiderio di assumere la bevanda alcolica (Gallimberti e coll., 1992; Cibin e coll., 2008).

## **Gli strumenti di valutazione dell'astinenza: la CIWA-AR e la AWS**

La CIWA-AR (*Clinical Institute for Withdrawal Assessment for Alcohol Scale*) (Sullivan e coll., 1989) è un'intervista semistrutturata che consente di valutare la presenza di sintomi di una sindrome di astinenza da alcol. La sua prima forma comprendeva 15 item. La CIWA-AR è stata modificata riducendo gli item a 10. Nella forma attuale indaga i seguenti sintomi: nausea e vomito, tremori, sudorazione, ansia, agitazione, disturbi tattili, disturbi uditivi, disturbi visivi, cefalea e obnubilamento del sensorio.

Lo strumento, oltre a obiettivare l'astinenza, può anche essere utilizzato per valutare l'efficacia del trattamento. Per ogni item è possibile dare una risposta su una scala di intensità da 0 a 7 punti. Il punteggio totale corrisponde alla somma dei punteggi dei singoli item (il massimo punteggio è uguale a 67 punti). Un punteggio inferiore a 10 è diagnostico di un'astinenza di lieve entità che non richiede terapia farmacologica, mentre un valore compreso tra 10-20 corrisponde a un'astinenza da monitorare per valutare la necessità di una terapia farmacologica; un punteggio superiore a 20 indica una sindrome di astinenza grave da trattare con adeguata terapia farmacologica. L'intervista può essere svolta più volte nel corso della giornata (anche ogni 30 minuti) ed essere associata alla contestuale misurazione dell'alcolemia che dovrà avere dei livelli inferiori a 100 mg/dl.

La CIWA-R è uno strumento ampiamente validato e sono tantissimi gli studi clinici che lo hanno utilizzato per valutare la gravità della sindrome d'astinenza da alcol e per verificare la terapia farmacologica antiastinenziale.

Per la compilazione della scala occorrono circa 5 minuti. La CIWA-AR è impiegata per la valutazione della gravità dell'astinenza e dell'efficacia delle terapie antiastinenziali (Crome & Myton, 2004; Nava, 2004; Cibirin e coll., 2008).

L'AWS (*Alcohol Withdrawal Assessment Scale*) (Wetterling e coll., 1997) è una scala derivata dalla CIWA-AR. L'AWS è formata da 10 item ed è uno strumento in grado di valutare il decorso e la gravità della sindrome di astinenza. La scala è stata concepita in modo da individuare chiaramente i sintomi somatici quali temperatura, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, tremori, sudorazione, disturbi visivi e i sintomi mentali quali obnubilamento del sensorio, qualità del contatto con l'esaminatore, agitazione e disturbi del pensiero evidenziabili nella sindrome da astinenza da alcol. Per ogni item sono specificati livelli di gravità crescente.

La scala aiuta a prevedere la necessità di somministrare una terapia farmacologica appropriata per evitare complicazioni sia fisiche che mentali causate dall'astinenza (delirium tremens, ...) per coloro che sono a maggior rischio di svilupparne (una storia passata di delirium o di altri gravi sintomi causati dall'astinenza).

La scala si somministra ogni 4 ore, ma se il punteggio è maggiore di 6 ogni 2 ore e se è maggiore di 9 ogni ora; se il punteggio è maggiore di 6 è necessaria una terapia farmacologica.

Alla somministrazione della scala si associa la misurazione del livello di alcol nel sangue.

La scala è valida e sensibile e la sua compilazione può essere fatta in pochi minuti.

Con la scala AWS si intende valutare la gravità dell'astinenza, le eventuali complicazioni dell'astinenza e l'efficacia delle terapie antiastinenziali (Wetterling e coll., 1997).

## **Gli strumenti di screening e di valutazione psicopatologica**

Gli strumenti di screening sono utili come prima fase del processo di accoglienza del paziente per una valutazione diagnostica iniziale (diagnosi precoce).

La fase di accoglienza di un percorso terapeutico riabilitativo è un momento della storia del paziente molto delicato, per cui un approccio troppo aggressivo o costringitivo potrebbe precluderlo con una deludente risposta del paziente, che si potrebbe sentire stressato dalle richieste del clinico.

Un approccio terapeutico troppo richiedente e poco affettivo rende il rischio di abbandono della terapia molto elevato.

Del resto il paziente che arriva a un servizio di cura è spesso alterato psicosensorialmente, con scarse risorse cognitive, talvolta emotivamente spaventato e bloccato nel pensiero, facilmente distraibile, perciò gli strumenti psicodiagnostici più semplici risultano idonei in questo momento iniziale; inoltre è fondamentale una facile applicazione e comprensione del test che gli verrà posto senza nulla togliere alla validità del metodo.

Ecco il perché della scelta da parte di molti clinici di scale di autovalutazione, che il paziente può svolgere autonomamente, quali l'SCL-90, la SAS, il BDI, lo STAXI e lo STAI che valutano diversi aspetti clinici e sintomatologici del paziente, in particolare l'umore, l'ansia e l'aggressività.

Inoltre vengono utilizzate scale di eterovalutazione che permettono l'analisi descrittiva che il clinico dà ai sintomi psicopatologici più importanti del paziente; tali scale sono la BPRS, l'HDRS e l'HAM-A (Sostero, 2000; Garbarini & De Peri, 2000; Lucchini & Streparola, 2001; Clarkin e coll., 2003; Cifelli e coll., 2003a, b; Manzato & Fea, 2004; Madeddu e coll., 2006; Manzato e coll., 2006a).

## **Le scale di autovalutazione: l'SCL-90-R, la SAS, il BDI, lo STAI e lo STAXI**

L'SCL-90 (*Self-Report System Inventory*) (Derogatis e coll., 1970) è una scala ideata per la valutazione generale della sintomatologia psichiatrica.

È autosomministrata e può essere utilizzata con tutti i pazienti che non siano gravemente psicotici.

Data la sua facilità di compilazione, l'SCL-90 è un valido strumento di screening che può essere utilizzato anche per la valutazione del decorso clinico.

Lo strumento è composto da 90 domande raggruppate in modo da definire 9 dimensioni che sottendono la maggior parte dei sintomi psicopatologici manifestati da pazienti psichiatrici ambulatoriali non gravemente psicotici.

Generalmente, il tempo di compilazione della scala è di 15-20 minuti e a volte può essere necessaria la supervisione di un operatore.

La scala descrive la sintomatologia dell'ultima settimana precedente l'intervista ed è adatta alla valutazione sia del decorso clinico che dell'andamento e dell'esito del trattamento, eseguendo misurazioni pre, durante e post-trattamento (Derogatis e coll., 1970, 1973, 1976; Conti, 1999c; Lucchini & Strepparola, 2001; Clarkin e coll., 2003).

Le 9 dimensioni sono:

- I. **Somatizzazione:** evidenzia la sofferenza derivante dalla percezione di disfunzioni somatiche (12 item: n. 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56 e 58);
- II. **Ossessività-Compulsività:** esprime il comportamento clinico ossessivo-compulsivo (10 item: n. 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65);
- III. **Sensitività:** indica i sentimenti di inadeguatezza personale e di inferiorità, soprattutto nei confronti degli altri (9 item: n. 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69 e 73);
- IV. **Depressione:** raccoglie un insieme di sintomi psicopatologici che caratterizzano il disturbo depressivo (13 item: n. 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71 e 79);
- V. **Ansia:** è riferita ai sintomi psicopatologici e alle esperienze associati a un livello discreto di ansia manifesta (10 item: n. 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86);
- VI. **Collera-Ostilità:** riguarda l'ostilità verbale, i pensieri e i comportamenti ostili (6 item: n. 11, 24, 63, 67, 74, 81);
- VII. **Ansia Fobica:** mette in evidenza i sintomi psicopatologici osservati nell'ansia fobica e nell'agorafobia (7 item: n. 13, 25, 47, 50, 70, 75 e 82);
- VIII. **Ideazione Paranoide:** si basa sull'assunto che il comportamento paranoide è espressione di un modo di pensare (6 item: n. 8, 18, 43, 68, 76 e 83);
- IX. **Psicoticismo:** esprime il comportamento psicotico mediante degli indicatori indiretti, non chiaramente definiti (10 item: n. 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88 e 90).

Non sono inclusi in alcuna dimensione 7 item (n. 19, 44, 59, 60, 64, 66 e 89) (Derogatis e coll., 1970, 1973, 1976; Dinning & Evans, 1977; Conti, 1999c).

Per ogni item, il paziente ha 5 possibilità di risposta su una scala da 0 a 4 (0-Per niente, 1-Un poco, 2-Moderatamente, 3-Molto, 4-Moltissimo), che esprimono l'assen-

za o i diversi gradi di presenza del disturbo valutato (Conti, 1999b).

0 = *per niente*; il disturbo descritto nell'item corrispondente non è mai stato presente durante la settimana precedente né è presente attualmente;

1 = *un poco*; il disturbo descritto nell'item è stato presente occasionalmente durante la settimana precedente e/o era (ed è, se presente attualmente) di intensità modesta;

2 = *moderatamente*; il disturbo descritto nell'item corrispondente è stato presente con discreta frequenza (ma non costantemente) durante la settimana precedente e/o era di intensità lieve o moderata;

3 = *molto*; il disturbo descritto nell'item è stato presente pressoché regolarmente durante la settimana precedente e/o era (ed è, se presente attualmente) di intensità medio-grave;

4 = *moltissimo*; il disturbo descritto nell'item corrispondente è stato praticamente sempre presente durante la settimana precedente e/o era di intensità notevole.

Nella SCL-90 (Derogatis e coll., 1970, 1973, 1976) sono definiti 3 indici (Conti, 1999c; Lucchini & Strepparola, 2001):

- **GSI** (General Symptomatic Index): è il rapporto tra la sommatoria dei punteggi e il numero degli item valutati;
- **PST** (Positive Symptom Total): è il numero degli item segnati positivamente (cioè con punteggio diverso da zero);
- **PSDI** (Positive Symptom Distress Index): è il rapporto tra il punteggio totale e il PST.

Per ogni scala e subscale è necessario definire i punti di cut-off. Secondo i dati della letteratura scientifica, l'affidabilità dei punti di cut-off dipende dal livello di omogeneità dei campioni indagati (tipo di patologia mentale, territorialità, ...). Nell'ambito dei DUS/DUA è stato svolto in Italia un lavoro scientifico di definizione e formalizzazione dei punti di cut-off valido per soggetti tossicodipendenti afferenti ai servizi per le dipendenze (D'Egidio e coll., 2003).

L'SCL-90-R è una scala che serve nella valutazione dei disagi psicologici e psichici nell'arco di tutto il decorso clinico, è quindi una scala sulla sintomatologia psichiatrica (nel pre e post trattamento) e nella fattispecie valuta la presenza di diversi disturbi: somatomorfi, d'ansia, depressivi, ossessivo-compulsivi, fobici e psicotici. Lo strumento è utilizzato regolarmente nel sistema della salute mentale e in quello delle dipendenze nella fase diagnostica e in quella del trattamento (valutazione dell'outcome) (Orlandini & Giorgi, 2000; Lucchini & Strepparola, 2001; Movalli, 2003; Cifelli e coll., 2003a, b; Focchi e coll., 2003 a, b; Manzato & Fea, 2004; Madeddu e coll., 2006; Manzato e coll., 2006 a; Manzato, 2010).

La SAS (*Self Rating Anxiety Scale*) (Zung, 1971) è una scala di autovalutazione che valuta la sintomatologia ansiosa intesa come disturbo psicopatologico (ansia di

stato) piuttosto che come tratto di personalità (ansia di tratto).

È una scala che viene proposta per la valutazione dell'ansia anche in pazienti non diagnosticati come ansiosi, quindi può essere somministrata indipendentemente da una diagnosi di disturbo d'ansia, anche se questo impiego viene criticato da diversi ricercatori.

L'utilizzo di questa scala potrebbe essere associato a quello di una scala della depressione data la rilevante percentuale di correlazione di comorbidità per entrambi i disturbi presente tra i pazienti in trattamento nei diversi setting del sistema della salute mentale e delle dipendenze (Zung, 1971; Conti, 1999d).

La scala è composta da 20 item che esplorano la sintomatologia ansiosa (1. mi sento più ansioso e nervoso del solito, 2. mi sento impaurito senza alcun motivo, 3. mi spavento facilmente o sono preso dal panico, 4. mi sento a pezzi e mi sembra di stare per crollare, 5. mi sembra che tutto vada bene e che non capiterà niente di male, 6. mi tremano le braccia e le gambe, 7. sono tormentato dal mal di testa e dai dolori al collo e alla schiena, 8. mi sento debole e mi stanco facilmente, 9. mi sento calmo e posso stare seduto facilmente, 10. sento che il mio cuore batte veloce, 11. soffro di vertigini, 12. mi sembra di stare per svenire, 13. respiro con facilità, 14. ho sensazioni di intorpidimento e di formicolio alle dita delle mani e dei piedi, 15. soffro di mal di stomaco e di indigestione, 16. ho bisogno di urinare spesso, 17. le mie mani sono in genere asciutte e calde, 18. la mia faccia diventa facilmente calda e arrossata, 19. mi addormento facilmente e mi risveglio riposato, 20. ho degli incubi).

Gli item sono valutati su una scala a 4 punti dove 1 = per niente, 2 = un po' di tempo, 3 = una buona parte di tempo, 4 = sempre. Negli item n° 5, 9, 13, 17, 19 che esplorano il benessere, il punteggio è invertito. Tale inversione serve, secondo l'autore, a ridurre l'errore di dare meccanicamente lo stesso punteggio a tutti gli item.

I punteggi ottenuti sono stati standardizzati in punteggi Z, ottenuti dividendo la somma dei punteggi grezzi degli item per il massimo punteggio possibile (80) e moltiplicati per 100. Inoltre l'autore ha indicato il punteggio medio z per 5 gruppi diagnostici: disturbi d'ansia (z = 58,7), schizofrenia (z = 46,4), disturbi depressivi (z = 50,7), disturbi di personalità (z = 51,2), disturbi situazionali transitori (z = 45,8) e controlli sani (z = 33,8) (Zung, 1971; Conti, 1999d).

Gli studi di valutazione della validità e dell'affidabilità della scala hanno fornito risultati contraddittori, pertanto la scala non può essere considerata uno strumento di prima scelta nella valutazione dell'ansia (Sheehan & Harnett-Sheehan, 1990).

Si può utilizzare come complemento per la valutazione clinica e come strumento di screening (Zung, 1971, 1974).

Il BDI (*Beck Depression Inventory*) (Beck e coll., 1961, 1974, 1988) è un test autosomministrato, utilizzato per valutare l'intensità della depressione in pazienti che

sono stati già diagnosticati con disturbo depressivo; lo strumento, inoltre, può essere utilizzato per la rilevazione del rischio di depressione nella popolazione generale, così come per discriminare pazienti affetti da depressione clinica rispetto a pazienti psichiatrici non depressi.

Il BDI si basa sull'assunto che la depressione sia determinata da un modo di pensare caratterizzato da una generale propensione a interpretare gli eventi in modo negativo (distorsione cognitiva).

Le distorsioni cognitive quali l'inferenza arbitraria (trarre una conclusione in assenza di prove sufficienti), l'estrapolazione selettiva (trarre una conclusione considerando solo un elemento tra quelli che determinano una situazione), l'amplificazione e la minimizzazione (valutare in modo esagerato o svalutare la propria prestazione) causano una visione negativa di sé, del mondo e del futuro (triade negativa) (Beck e coll., 1961, 1974, 1988).

Lo strumento indaga 21 manifestazioni cliniche della depressione che corrispondono a 21 domande da valutare su una scala a 4 punti, secondo livelli di gravità crescente: tristezza, pessimismo, senso di fallimento, insoddisfazione, senso di colpa, aspettativa di punizione, delusione verso se stessi, autoaccusa, idee suicide, pianto, irritabilità, indecisione, dubbio, ritiro sociale, svalutazione della propria immagine corporea, calo dell'efficienza lavorativa, disturbo del sonno, faticabilità, calo dell'appetito, calo ponderale, preoccupazioni somatiche e calo della libido.

Il paziente ha la possibilità di scegliere tra 4 risposte alternative.

Gli item compresi tra la prima e la tredicesima domanda confluiscono nella subscale cognitivo-affettiva che riguarda le manifestazioni cognitive della depressione (pessimismo, senso di colpa, autocritica, autostima, ...), i restanti item sono invece raggruppati nella subscale dei sintomi somatici e prestazionali (perdita di interessi, perdita di energie, modificazioni del ritmo sonno-veglia e nell'appetito, agitazione, pianto, ...).

Il calcolo del punteggio richiede l'esecuzione di una semplice addizione, in quanto non è necessaria la standardizzazione dei valori grezzi. Un punteggio tra 5-9 è considerato nella norma; tra 10-16 indica una gravità lieve; tra 17-29 indica una gravità moderata e tra 30-63 indica grave depressione. Punteggi al di sotto di 4 possono indicare una negazione della depressione o una falsificazione delle risposte; punteggi oltre i 40 possono indicare esagerazione dei sintomi depressivi, tendenza riscontrabile in pazienti con disturbo istrionico (HPD) o borderline di personalità (BPD). Il punteggio 16 è considerato il cut-off di allarme clinico.

Il tempo di somministrazione è di circa 10 minuti.

Può essere somministrato con un'adeguata comprensione degli item a soggetti di età non inferiore a 15/16 anni. Il punteggio complessivo del test è un indice di stato in quanto il paziente, nel dare le risposte, deve fare riferimento a come si è sentito nell'ultima settimana, pertanto il BDI è utile nel monitoraggio delle variazioni del-

l'intensità della depressione nel tempo (Beck e coll., 1961, 1974, 1988).

Il BDI è stato revisionato conformemente ai criteri sul disturbo depressivo del DSM-IV (APA, 1994), consentendo di rilevare la presenza e l'intensità dei sintomi depressivi nelle 2 settimane precedenti l'indagine.

Il BDI II (Beck e coll., 1996) ha diversi item modificati e altri riformulati, ma ha un'elevata corrispondenza con la versione precedente. Inoltre il punteggio di allarme clinico non corrisponde più al valore 16 ma al valore 17.

Il tempo di somministrazione è di circa 5-10 minuti e può essere utilizzato con soggetti di età non inferiore ai 13 anni.

Il BDI è quindi utile per valutare i sintomi depressivi e la relazione fra il disturbo depressivo e le distorsioni cognitive, vi è inclusa anche la valutazione del trattamento farmacologico dei disturbi depressivi.

Lo strumento è utilizzato nei trattamenti e nei programmi della dipendenza da sostanze psicoattive e/o da alcol (Lucchini & Strepparola, 2001; Hasin e coll., 2002; Cifelli e coll., 2003 a, b; Manzato & Fea, 2004; Manzato e coll., 2006).

Lo STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*) (Spielberger & Gorsuch, 1966; Spielberger, 1972, 1976, 1979, 1983) è uno strumento che consente una misurazione differenziata dello stato ansioso, distinguendo tra Ansia di Stato e Ansia di Tratto. La differenziazione tra ansia di stato e ansia di tratto fu proposta inizialmente da Cattell e Scheier (1961) e successivamente sviluppata da Spielberger per essere utilizzata nella costruzione dello STAI. Nel 1964 fu iniziata l'elaborazione dello STAI costituito inizialmente da un unico insieme di domande utilizzate in modo diverso per misurare l'ansia di stato e l'ansia di tratto. Gli sviluppi teorici successivi nella concezione dell'ansia portarono alla riformulazione dello strumento e alla elaborazione della forma X dello stesso (Spielberger e coll., 1970). Nel 1979 venne ripresa la revisione dello STAI allo scopo di avere uno strumento che discriminasse in modo migliore i sentimenti di ansia dalla depressione, che migliorasse la scala per l'ansia di tratto e che riducesse le difficoltà interpretative di alcuni item. Pertanto si giunse alla forma Y dello STAI che fu standardizzata utilizzando più di 5000 soggetti (Spielberger, 1979).

Il test attuale è composto da due scale separate che consentono di misurare due distinti concetti di ansia:

- l'ansia di Stato (A-Stato) che è definita uno stato transitorio emotivo o una condizione dell'organismo percepita a livello cosciente come tensione e apprensione;
- l'ansia di Tratto (A-Tratto) che si riferisce a differenze individuali relativamente stabili nella disposizione verso l'ansia, cioè nella tendenza a percepire situazioni stressanti come pericolose e minacciose e a rispondere a tali situazioni con diversa intensità.

Ciascuna delle due scale, STAI Forma Y-1 (Ansia di Stato) e STAI Forma Y-2 (Ansia di Tratto), è costituita

da 20 affermazioni alle quali il paziente deve rispondere valutando, su di una scala likert a 4 punti, l'intensità dei propri sentimenti. Nello STAI Forma Y-1 la scala likert corrisponde alle seguenti affermazioni: 1 = per niente, 2 = un po', 3 = abbastanza, 4 = moltissimo; mentre nello STAI Forma Y-2 corrisponde 1 = quasi mai, 2 = qualche volta, 3 = spesso, 4 = quasi sempre. Nella prima ai soggetti esaminati viene chiesto come si sentono in un particolare momento (gli stati d'animo attuali), nella seconda invece viene chiesto loro di descrivere come si sentono generalmente, valutando la frequenza dei sentimenti d'ansia. Lo STAI contiene sia item che indicano presenza di ansia sia item che indicano assenza di ansia; può essere somministrato sia singolarmente sia a gruppi di soggetti. Richiede circa 15 minuti per l'esecuzione.

Per ogni scala il punteggio si ottiene sommando quelli di ciascun item e, per entrambe le scale, può variare da un minimo di 20 a un massimo di 80. I punteggi degli item che indicano presenza di ansia sono gli stessi dei numeri indicati nella scheda del test; quelli degli item che indicano assenza di ansia sono invertiti.

Nella standardizzazione italiana del test sono stati utilizzati tre campioni (adulti lavoratori, studenti delle scuole medie superiori e reclute militari), pertanto nella trasformazione dei punteggi grezzi in ranghi percentili o in punti T si deve tener conto di tale differenziazione di campioni (Spielberger e coll., 1970; Spielberger, 1983, 1989).

L'ansia è uno stato affettivo generale che si esprime con sentimenti di apprensione, di tensione, di disagio psichico e di insicurezza; ha un'origine intrapsichica e può accompagnarsi a modifiche fisiologiche. Si può considerare patologica quando interferisce con il conseguimento di obiettivi sociali e con il benessere psicofisico.

Sono stati elaborati vari approcci per spiegarne l'origine (filosofico-esistenziale, fenomenologico, ...), ma qualunque sia il modello teorico di riferimento è indiscutibile che lo stress e le sue manifestazioni hanno una rilevanza notevole sia nella vita sociale che nella pratica clinica.

Da ciò nasce l'importanza di poter disporre di strumenti di rilevazione e di misurazione dell'ansia (strumenti psicometrici attendibili e validi) sia per le finalità di tipo psicodiagnostico, sia per verificare l'efficacia e i benefici terapeutici della psicoterapia, dei programmi psicosociali o delle terapie psicofarmacologiche.

Lo strumento è utilizzato nei trattamenti e nei programmi della dipendenza da sostanze psicoattive e/o da alcol (Driessen e coll., 2001; Willinger e coll., 2002; Cifelli e coll., 2003 a,b; Manzato & Fea, 2004; Manzato e coll., 2006; Manzato, 2010).

Lo STAI viene utilizzato per la valutazione di 3 grandi aree: la prima è quella dei disturbi psichici e dei disagi psicologici (valutazione della relazione tra il disturbo ansioso e vari disturbi psichiatrici, come disturbi alimentari, disturbi depressivi, disturbi dovuti a esperienze stressanti e disturbi psicosomatici; valutazione psicodiagnostica di diverse tipologie di pazienti alcolisti, tos-

sicodipendenti, fumatori, sieropositivi all'HIV e pazienti psichiatrici); la seconda è quella dei disturbi organici (valutazione dell'ansia in categorie diverse come pazienti con cancro e pazienti ricoverati in divisioni di medicina generale; valutazione della relazione fra il livello di ansia e disturbi vari come disturbi gastrici, disturbi coronarici e adenoma ipofisario); la terza area è la valutazione di programmi e trattamenti nella depressione (valutazione dell'efficacia e dei benefici della psicoterapia e dei programmi psicosociali, valutazione di trattamenti in disturbi vari come la terapia elettroconvulsiva - TEC); valutazione della terapia psicofarmacologica del disturbo ansioso e del disturbo post-traumatico da stress - PTSD) (Spielberger, 1970, 1989).

Lo STAXI (*State-Trait Anger Expression Inventory*) (Spielberger e coll., 1983) è uno strumento che fornisce misure rappresentative dell'esperienza e dell'espressione della rabbia. Si propone di valutare le componenti della rabbia in personalità normali e patologiche, in quanto la rabbia e l'ostilità hanno un influsso negativo sul benessere fisico e psichico, in particolare sullo sviluppo di alcune malattie fisiche (ipertensione, cancro, ...).

Il concetto di rabbia su cui è stato sviluppato lo STAXI si riferisce a uno stato emotivo che varia in intensità e che inizia da un semplice senso di noia o fastidio fino a raggiungere sentimenti d'ira o stati di furia accompagnati dall'attivazione del sistema nervoso autonomo (SNA).

Il concetto di ostilità contiene quello di rabbia, ma è più complesso perché indica un insieme di sentimenti e atteggiamenti che portano a comportamenti aggressivi, spesso di tipo vendicativo.

La rabbia, pertanto, è una condizione necessaria ma, non sufficiente, per la manifestazione di atteggiamenti ostili o comportamenti aggressivi (Spielberger e coll., 1983).

Le dimensioni fondamentali della rabbia misurate dallo STAXI sono 3 (Spielberger e coll., 1983):

- la **rabbia di stato**, che è definita come uno stato emotivo caratterizzato da sentimenti soggettivi di diversa intensità, che vanno da un moderato senso di fastidio o di irritazione a uno stato di furia o di rabbia. Lo stato di rabbia è generalmente accompagnato da tensione muscolare e dall'attivazione del SNA;
- la **rabbia di tratto**, che si riferisce alla disposizione a percepire un gran numero di situazioni come fastidiose e come frustranti e alla tendenza a rispondere a tali situazioni con più frequente aumento della rabbia di stato;
- l'**espressione della rabbia**, che comprende 3 componenti principali: l'Espressione della Rabbia verso le altre persone o l'ambiente (Rabbia-Out), l'Espressione della Rabbia verso l'interno (Rabbia-In) e il Controllo dell'Espressione della Rabbia (Controllo della Rabbia). Particolare attenzione è stata data al concetto di rabbia rivolta all'interno, sia perché sembra essere una delle maggiori cause di elevata pressione sanguigna (ipertensione) sia perché il concetto psicoanalitico di rabbia

rivolta all'interno sottolinea come l'inibizione nell'espressione della rabbia porta allo sviluppo di sentimenti di colpa, di depressione e all'utilizzo dei meccanismi di difesa quali la rimozione o la repressione di pensieri o ricordi relativi a situazioni che hanno provocato rabbia. In questo modo si evita l'esperienza diretta di tale sentimento e si rischia lo sviluppo di sintomi psicopatologici. Lo Staxi è composto da 44 item che formano 6 scale e 2 sottoscale.

Le scale sono:

- **Rabbia di Stato** (S-Rabbia - 10 item), che misura l'intensità dei sentimenti di rabbia in un dato momento.
- **Rabbia di Tratto** (T-Rabbia - 10 item), che misura le differenze individuali nell'essere disposti a provare rabbia. La scala T-Rabbia comprende due sottoscale:
  - **Temperamento portato alla Rabbia** (T-Rabbia/T - 4 item), che misura una predisposizione generale a provare o a esprimere sentimenti di rabbia senza una specifica ragione.
  - **Reazione di Rabbia** (T-Rabbia/R - 4 item), che misura le differenze individuali nell'essere portati a esprimere rabbia quando si viene criticati o minacciati ingiustamente dagli altri.
- **Rabbia rivolta all'interno-Rabbia/In** (AX/In - 8 item), che misura la frequenza con cui i sentimenti di rabbia sono trattenuti o soppressi.
- **Rabbia rivolta all'esterno-Rabbia Out** (AX/Out - 8 item), che misura la frequenza con cui un soggetto esprime rabbia verso altri o oggetti dell'ambiente.
- **Controllo della Rabbia** (AX/Con - 8 item), che misura la frequenza con cui un soggetto tenta di controllare l'espressione della rabbia.
- **Espressione della Rabbia** (AX/EX - 24 item), è un indice generale della frequenza con cui la rabbia viene espressa, senza tener conto del modo in cui si manifesta.

È possibile somministrare lo STAXI a partire dall'età di 13 anni.

La somministrazione può essere eseguita anche da operatori che non hanno una specifica formazione sull'uso di test, ma è necessario, invece, che sia un clinico qualificato professionalmente a fornire l'interpretazione dei punteggi (psicologo o psichiatra).

Il test viene compilato in circa 10-20 minuti e può essere somministrato individualmente o a piccoli gruppi.

Per interpretare i punteggi sono disponibili le informazioni normative come i percentili e i punti T. È necessario fare riferimento a norme separate per maschi e femmine e per fasce d'età differenti. I punteggi delle scale tra il 25° e il 75° percentile costituiscono il rango normale. I soggetti con punteggi di rabbia al di sopra del 75° percentile più facilmente provano o esprimono sentimenti di rabbia a un livello che può interferire con un funzionamento generale ottimale. I punteggi molto alti (al di sopra del 90° percentile) nelle scale AX/In e AX/Out sono uniti alla vulnerabilità rispetto al contrar-

re disturbi coronarici o a subire infarti del miocardio. I soggetti con punteggi al di sotto del 25° percentile nella scala Rabbia di Tratto, AX/In e AX/Out, generalmente provano rabbia e la esprimono o la reprimono meno frequentemente. I punteggi bassi in tutte le scale possono indicare un uso eccessivo di difese come la negazione e la repressione che servono a evitare sentimenti spiacevoli o inaccettabili di rabbia.

Le aree di utilizzo dello STAXI riguardano la valutazione della relazione tra rabbia e alterazione del benessere psicofisico e della relazione tra meccanismi di difesa ed espressione della rabbia.

Inoltre lo strumento è utilizzato per valutare le modalità di espressione della rabbia nell'eziologia di disturbi medici (disfunzioni cardiache, ipertensione e cancro) (Johnson & Broman, 1987; van der Ploeg e coll., 1988). Lo strumento viene utilizzato per valutare gli aspetti dell'aggressività nell'ambito dei trattamenti e dei programmi della dipendenza da sostanze psicoattive e/o dell'alcol e per verificare la terapia farmacologica e il trattamento psicoterapeutico (Mattson e coll., 1998; Cifelli e coll., 2003 a,b; Manzato & Fea, 2004; Manzato e coll., 2006; Manzato, 2010).

### **Le scale di eterovalutazione: la BPRS, l'HDRS e l'HAM-A**

La BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*) (Overall & Gorham, 1962) è una scala di eterovalutazione per pazienti psichiatrici adulti (non è adatta per individuare le sfumature sintomatologiche dei pazienti nevrotici). È stata sviluppata a partire da 2 scale più lunghe la Multidimensional Scale for Rating Psychiatric Patients di Lorr (MSRPP) (Lorr e coll., 1953) e la Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale di Lorr (IMPS) (Lorr e coll., 1966).

La BPRS è costituita da 18 item (alla versione originale sono stati aggiunti gli ultimi 2 item) che esplorano 18 sintomi psicopatologici (Overall & Gorham, 1962):

- implicazione somatica;
- ansia;
- inibizione emotiva;
- disorganizzazione concettuale;
- sentimenti di colpa;
- tensione;
- atteggiamento manierato;
- grandiosità;
- umore depresso;
- ostilità;
- sospettosità;
- allucinazioni;
- rallentamento motorio;
- mancanza di cooperazione;
- insolito contenuto del pensiero;
- insensibilità affettiva;

- eccitamento;
- disorientamento.

Ogni item è corredato di una descrizione che indica altri sintomi inerenti la dimensione psicopatologica esaminata. La scala fornisce una valutazione psicopatologica globale ed è compilata dopo aver raccolto le informazioni cliniche mediante un'intervista libera della durata di 15-20 minuti, integrata, se necessario, da domande specifiche se il colloquio libero non ha fornito sufficienti informazioni cliniche.

Il punteggio per ciascun item varia da: 0 = non valutabile, 1 = assente, 2 = molto lieve, 3 = lieve, 4 = moderato, 5 = media gravità, 6 = grave e 7 = molto grave. La somma dei punteggi dei singoli item fornisce un punteggio totale che può essere considerato espressione della gravità del disturbo psichico.

Il principale vantaggio di questa scala è la rapidità di somministrazione che ne fa uno degli strumenti più utilizzati nella pratica clinica e nella ricerca psicofarmacologica clinica; numerosi studi clinici ne hanno confermato la validità sia per costruito che per criterio.

La scala può essere utilizzata sia per le valutazioni pre e post trattamento che per valutare il decorso clinico (se si applica una sola volta, il periodo di valutazione suggerito è la settimana precedente l'intervista) (Conti, 1999e).

Sulla base dell'analisi fattoriale dei punteggi di pretrattamento di 3596 pazienti schizofrenici sono stati isolati 5 fattori (Conti, 1999e).

- I. Ansia-Depressione (ANDP - item 1,2,5 e 9).
- II. Anergia (ANER - item 3,13, 16 e 18).
- III. Disturbo del Pensiero (THOT - item 4, 8, 12, e 15).
- IV. Attività (ACTV - 6, 7 e 17).
- V. Ostilità-Sospettosità (HOST - item 10, 11 e 14).

La BPRS è stata ampliata (BPRS 4.0) con l'aggiunta di 6 item (Rischio di suicidio, Elevazione del tono dell'umore, Comportamento bizzarro, Trascuratezza nella cura di sé, Distraibilità e Iperattività motoria): in questo modo la scala consente di estendere lo spettro di sintomi psicopatologici esplorati.

Manca una fattorializzazione della scala paragonabile a quella della versione originale (Ventura e coll., 1993a; Morosini e coll., 1995; Conti, 1999e).

La scala, inoltre, è stata corredata:

- di un manuale che fornisce istruzioni dettagliate su come rilevare la presenza dei sintomi psicopatologici;
- di un'intervista semistrutturata che aiuta a porre al paziente le domande appropriate;
- di definizioni accurate del livello di gravità dei sintomi psicopatologici per ridurre la variabilità tra i valutatori.

Con tali modifiche, la scala può essere utilizzata anche da operatori che non abbiano una specifica preparazione psichiatrica (tecnici della riabilitazione psichiatrica, ...), previo addestramento (Ventura e coll., 1993b; Conti, 1999c).

La scala è adatta in modo particolare per valutare i disturbi depressivi e quelli psicotici, mentre è meno

adatta per i disturbi ansiosi; può essere usata sia nel monitoraggio dei sintomi-bersaglio che per la definizione e la valutazione del trattamento (Ventura e coll., 1993a,b; Morosini e coll., 1995; Conti, 1999e).

Le aree di utilizzo della BPRS riguardano la valutazione di vari disturbi psichiatrici (disturbi depressivi, psicosi, ...) e la valutazione della terapia farmacologica dei disturbi psichiatrici.

Lo strumento è utilizzato nei trattamenti e nei programmi della dipendenza da sostanze psicoattive e/o da alcol (Xie e coll., 2005; Essock e coll., 2006).

L'HDRS (*Hamilton Depression Rating Scale*) (Hamilton, 1960) è una scala sviluppata per misurare lo stato depressivo.

È composta da una serie di item che indagano vari sintomi psicopatologici riferibili alla condizione depressiva: alcuni sintomi psicopatologici sono segni obiettivi rilevati dall'esaminatore (perdita di peso, rallentamento, ...), mentre altri sono riferiti dal paziente (sentimenti di colpa, presenza di idee di suicidio, ...).

La scala è compilata dall'esaminatore dopo il colloquio con il paziente, limitando il più possibile le domande dirette.

Gli item sono valutati secondo varie scale: a 5 punti (0-4), a 4 punti (0-3) e a 3 punti (0-2). Tanto più basso è il punteggio totale tanto minore è la gravità dello stato depressivo.

La scala consente in modo semplice di valutare la condizione del paziente ed è adatta a misurare le modificazioni della sintomatologia depressiva.

Per la valutazione si prendono in considerazione gli ultimi giorni e fino alla settimana prima dell'intervista. Esistono varie versioni della scala con un numero diverso di item (a 21, a 26 item, ..).

La versione a 21 item è tra le più diffuse (Guy, 1976); prende in considerazione diversi aspetti, riferibili a un ampio spettro di aree psichiche e somatiche, quali umore depresso, sentimenti di colpa, suicidio, insonnia iniziale, insonnia centrale, insonnia ritardata, lavoro e interessi, rallentamento, agitazione, ansia psichica, ansia somatica, sintomi somatici gastrointestinali, sintomi somatici generali, sintomi genitali, ipocondria, perdita di peso, insight, variazioni diurne, depersonalizzazione e derealizzazione, sintomi paranoidei e sintomi ossessivi e compulsivi. I primi 17 item sono considerati nucleari per la depressione e su questi è definito il cut-off di gravità: il punteggio totale? 25 corrisponde a depressione grave, quello compreso tra 18-24 a depressione moderata, quello tra 8-17 a depressione lieve e quello  $\leq 7$  ad assenza di depressione.

Il punteggio totale è indice della pervasività della depressione: pertanto vengono utilizzati i punteggi nei fattori per avere indicazioni sulla pervasività del disturbo.

La fattorizzazione individuata da Cleary e Guy (1977) è tra le più usate:

- I. ansia/somatizzazione, composta da 6 item;
- II. peso, composta da 2 item;
- III. disturbi cognitivi, composta da 6 item;
- IV. variazioni diurne, composta da 2 item;
- V. rallentamento, composta da 4 item;
- VI. disturbi del sonno, composta da 3 item.

Il tempo di somministrazione è mediamente di circa 20 minuti (Hamilton, 1960; Conti, 1999f; Sostero, 2000).

La scala è adatta per la valutazione del decorso clinico e per l'andamento e l'esito del trattamento (valutazione pre-trattamento, durante e post-trattamento), ma può presentare i seguenti svantaggi: nella valutazione delle risposte possono interferire variabili inerenti le caratteristiche soggettive dell'esaminatore (pregiudizi, contesto culturale e sociale di riferimento, tendenza a dare valori medi o a sottovalutare alcuni sintomi psicopatologici, ...); definizione generica o grossolana degli item e delle aree indagate che inducono a interpretazioni molto soggettive da parte dell'esaminatore e difficoltà a confrontare scale somministrate da diversi esaminatori (Luzzati, 1997). La difficoltà ad avere informazioni cliniche oggettive ne limita l'utilizzo nella ricerca e l'uso clinico è orientato all'avere consenso rispetto al sintomo (Luzzati, 1997).

La scala HDRS serve per la valutazione su tre piani: il primo valuta i sintomi depressivi in disturbi vari e valuta le relazioni tra il disturbo depressivo e le altre variabili. Il secondo piano valuta i sintomi depressivi in categorie diverse (pazienti di diverso tipo) e la relazione che intercorre tra la depressione e il sistema immunitario (HIV e AIDS). Il terzo piano valuta la terapia farmacologica dei disturbi depressivi e di altri disturbi (bulimia, psicosi depressiva, demenza, ...) e valuta anche gli ulteriori trattamenti per i disturbi depressivi (Hamilton, 1960).

Le aree di utilizzo dell'HDRS riguardano la valutazione di sintomi depressivi in disturbi vari (disturbo posttraumatico da stress - PTSD, disturbo da attacco di panico - DAP, disturbo ossessivo-compulsivo - DOC e altri disturbi dell'asse I e II del DSM); la valutazione della relazione fra il disturbo depressivo e altre variabili (fattori psicosociali, rischio suicidario e dipendenza da sostanze psicoattive); la valutazione di sintomi depressivi in categorie diverse di soggetti (pazienti ricoverati in divisioni di medicina generale, infezione da HIV e AIDS, cancro e demenza); la valutazione della relazione fra la depressione e il sistema immunitario; la valutazione della terapia farmacologica dei disturbi depressivi; la valutazione di trattamenti vari per i disturbi depressivi (fototerapia, psicoterapia, ...); la valutazione della terapia farmacologica di disturbi vari (bulimia e disturbi psicotici con stati depressivi, morbo di Parkinson, fibromialgia e demenza di Alzheimer (Hamilton, 1960; Conti, 1999f; Sostero, 2000).

L'utilizzo della scala è legato al bisogno di avere una misura facilmente rilevabile dello stato depressivo del paziente con dipendenza da sostanze psicoattive e/o alcol considerando che il disturbo depressivo rappre-

senta uno degli aspetti comorbili più frequenti nell'addiction ed è un importante fattore di rischio della ricaduta. Lo strumento è utilizzato nei trattamenti e nei programmi della dipendenza da sostanze psicoattive e/o da alcol (Conti, 1999f; Garbarini & De Peri, 2000; Lucchini & Strepparola, 2001; Movalli, 2003; Cifelli e coll., 2003a, b; Manzato & Fea, 2004; Manzato e coll., 2006 a; Manzato, 2010).

L'HAM-A (*Hamilton Anxiety Scale*) (Hamilton, 1959) è una scala creata per valutare l'ansia dei pazienti per i quali era stata già formulata una diagnosi di disturbo ansioso (nevrosi d'ansia) e non per valutare l'ansia di pazienti affetti da altri disturbi psichiatrici.

La scala evidenzia soprattutto il vissuto soggettivo del paziente e dà meno rilievo all'osservazione del clinico.

È composta da 14 item, ognuno dei quali raggruppa diversi sintomi psicopatologici associati tra loro (Conti, 1999g):

1. Ansia: preoccupazioni, previsioni pessimistiche, paura del futuro e irritabilità.
2. Tensione: senso di tensione, facile stancabilità, trasalimenti, facilità al pianto, tremulti, sensazione di irrequietudine e incapacità a rilassarsi.
3. Paure: del buio, degli estranei, di essere lasciato solo, di animali, del traffico e della folla.
4. Insonnia: difficoltà ad addormentarsi, sonno interrotto, sonno non riposante e senso di stanchezza al risveglio, sogni, incubi e terrori notturni.
5. Sfera intellettuale: difficoltà a concentrarsi e riduzione della memoria.
6. Umore depresso: perdita di interessi, incapacità a trovare piacere negli hobby, depressione, risveglio precoce e alternanza diurna.
7. Sintomi somatici (apparato muscolare): dolori muscolari, senso di stiramento, irrigidimento, contrazioni cloniche, denti serrati, voce tremula e aumento del tono muscolare.
8. Sintomi somatici (organi di senso): ronzii auricolari, visione confusa, vampi di caldo e di freddo, senso di debolezza e sensazioni di bucare.
9. Sintomi cardiovascolari: tachicardia, palpitazioni, dolori al petto, pulsazioni vasali, senso di svenimento, sospiri e dispnea.
10. Sintomi respiratori: senso di peso o di costrizione al torace, senso di soffocamento, sospiri e dispnea.
11. Sintomi gastrointestinali: difficoltà a deglutire, flatulenza, dolori addominali, pirosi, senso di ripienezza, nausea, vomito, orborismi, meteorismo, perdita di peso e stipsi.
12. Sintomi genito-urinari: pollachiuria, stimolo alla minzione, amenorrea, menorragie, comparsa di frigidezza, eiaculazione precoce, perdita della libido e impotenza.
13. Sintomi a carico del sistema nervoso autonomo (SNA): secchezza delle fauci, rossore, pallore, tendenza a sudare, vertigini, cefalea e piloerezione.

14. Comportamento del soggetto durante l'esame: agitato, irrequieto, va avanti e indietro, tremore alle mani, fronte corrugata, faccia tirata, sospiri o tachipnea, pallore del volto, deglutizioni, ...

Ogni item è valutato su una scala a 5 punti (0= assente, 1 = lieve, 2 = moderato, 3 = grave, 4 = molto grave), pertanto il punteggio della scala varia da 0 a 56. Un punteggio ≤ di 17 indica gravità lieve, un punteggio da 18 a 24 indica gravità da lieve a moderata e un punteggio ≥ di 24 indica gravità da moderata a grave (Conti, 1999g).

L'analisi fattoriale ha evidenziato 2 fattori: Ansia Somatica che comprende gli item da 7 a 13 e Ansia Psicica che comprende gli item da 1 a 6 e il 14 (Conti, 1999g).

Il periodo valutato dalla scala è, per gli aspetti soggettivi, quello della settimana precedente l'intervista, mentre per gli aspetti comportamentali è il momento stesso dell'intervista.

La scala è compilata dall'esaminatore durante o dopo il colloquio con il paziente: non ci sono domande standardizzate da rivolgere al paziente per ottenere le informazioni necessarie per la compilazione.

La scala può essere utilizzata per la valutazione del decorso clinico e per l'andamento e l'esito del trattamento (valutazione pre-trattamento, durante e post-trattamento) (Conti, 1999g).

Le aree di utilizzo dell'HAM-A riguardano la valutazione della sintomatologia ansiosa; la valutazione del decorso clinico del trattamento psicofarmacologico e psicoterapico della sintomatologia ansiosa.

Lo strumento è utilizzato nei trattamenti e nei programmi della dipendenza da sostanze psicoattive e/o da alcol (Cifelli e coll., 2003 a, b; Manzato & Fea, 2004; Manzato e coll., 2006 a; Manzato, 2010).

### **Le scale per la valutazione del funzionamento e della motivazione: il VGF e il MAC 2/A**

Il VGF (*Scala di Valutazione Globale del Funzionamento*) (APA, 1994, 2000) rappresenta il V Asse della valutazione multiassiale del DSM-IV-TR (APA, 1994, 2000) e consente di avere una valutazione del funzionamento psicologico, sociale e lavorativo, indipendentemente dalle caratteristiche del disturbo psichico e secondo un ipotetico continuum salute-malattia mentale.

Il VGF o Global Assessment of Functioning (GAF), elaborato da Endicott (Endicott e coll., 1976), deriva dalla Health-Sickness Rating Scale (HSRS) di Luborsky (Luborsky, 1962), con un passaggio intermedio costituito dalla Global Assessment Scale (GAS) di Endicott (Endicott e coll., 1976, Conti, 1999h).

La scala venne inserita nel DSM-III-R come Asse V e nella versione attuale del DSM-IV-TR non è stata modificata rispetto al 1987.

È una scala universale per tutte le categorie di pazienti. Non può essere utilizzata per la valutazione delle meno-

mazioni del funzionamento psicologico, sociale e lavorativo dovute a limitazioni fisiche o ambientali.

La scala è suddivisa in 10 livelli di funzionamento a loro volta suddivisi in 10 punti e ogni livello della scala comprende due componenti: la prima riguarda la gravità del sintomo psicopatologico e la seconda la gravità del funzionamento nelle varie aree di vita. La valutazione del funzionamento globale implica la scelta del valore più appropriato nell'ambito di un continuum da 1 (grave malattia mentale) a 100 (assenza di psicopatologia). I valori da 1 a 70 identificano una condizione di disturbo mentale medio-grave; i valori da 71 a 80 un funzionamento globale soddisfacente, caratterizzato da alterazioni psicopatologiche minime o assenti; quelli compresi tra 81 e 100 una totale assenza di sintomi e un funzionamento sempre migliore (APA, 1994, 2000; Conti, 1999h; Othmer & Othmer, 1999a, b; Sostero, 2000; Garbarini & De Peri, 2000). Nella valutazione occorre individuare il valore che riflette maggiormente il livello di funzionamento globale del paziente, riferendosi preferibilmente al "periodo attuale" che è relativo al più basso funzionamento nella settimana precedente, in quanto le valutazioni del funzionamento attuale sono indicative della necessità di svolgere un trattamento riabilitativo. Quando la gravità dei sintomi psicopatologici e il livello di funzionamento sono discordanti, il punteggio finale del VGF va riferito all'ambito più grave dei due.

Le valutazioni possono essere fatte non solo all'inizio, ma anche durante e alla fine del trattamento: in questo modo è possibile seguire i progressi clinici del paziente, ottenere utili informazioni cliniche sulla prognosi e avere un contributo per scegliere e pianificare il trattamento riabilitativo personalizzato più adeguato, misurarne l'andamento e predirne l'esito.

Il VGF può essere utilizzato anche per valutare altri periodi di tempo, come il più alto livello di funzionamento in alcuni mesi dell'ultimo anno (Endicott e coll., 1976; APA, 1994, 2000; Conti 1999h; Othmer e Othmer 1999a, b; Sostero, 2000; Garbarini & De Peri, 2000).

Le aree di utilizzo del VGF riguardano la valutazione del funzionamento psicologico, sociale e lavorativo nei diversi disturbi psichiatrici compresi i DUS/DUA; la pianificazione del trattamento psicosociale e farmacologico e la valutazione dell'esito.

Lo strumento è utilizzato nei trattamenti e nei programmi della dipendenza da sostanze psicoattive e/o da alcol (Carrà e coll., 2000; Fiocchi e coll., 2003a, b; Cifelli e coll., 2003a, b; Manzato & Fea, 2004; Greenfield & Hennessy, 2006; Madeddu e coll., 2006; Manzato e coll., 2006a; Manzato, 2010).

I questionari MAC (*Motivazione Al Cambiamento*) (Spiller & Guelfi, 1998; Guelfi e coll., 1999; Spiller e coll., 2006, 2009) sono strumenti per valutare la motivazione ad abbandonare uno specifico comportamento.

Sono stati validati tre questionari: il MAC/E per l'uso di eroina, il MAC/T per il tabacco e il MAC/A per l'uso di alcol.

Attualmente questi tre questionari sono in fase di revisione e la prima generazione (il MAC/E, il MAC/T ed il MAC/A) sarà sostituita da una seconda serie di test, i MAC2 che valutano diversi comportamenti (uso di eroina, cocaina, cannabinoidi, tabagismo, gioco d'azzardo patologico e problemi di peso). Di queste nuove versioni è stata validata quella per l'alcol (MAC2-A) (Spiller e coll., 2006).

I MAC si prefiggono una valutazione quali - quantitativa dei fattori che influenzano i processi di cambiamento: Disponibilità al Cambiamento (DC), Autoefficacia (AE) e Frattura Interiore (FI).

I questionari MAC si basano principalmente sul modello degli Stadi del Cambiamento (Prochaska & Di Clemente, 1982, 1984) e sul modello del Colloquio Motivazionale (Miller & Rollinck, 1991, 2004). Nel modello degli Stadi del Cambiamento si evidenzia come il cambiamento di un comportamento avvenga secondo un processo sequenziale di stadi connessi in modo circolare. Il primo stadio (*Precontemplazione - P*) individua l'assenza della percezione o della consapevolezza di avere un comportamento problematico; il secondo (*Contemplazione - C*) è caratterizzato dalla consapevolezza crescente e dall'ambivalenza rispetto al comportamento problematico; nel terzo stadio (*Determinazione/Preparazione - D*) si evidenzia l'intenzione di attuare il cambiamento; nel quarto stadio (*Azione - A*) si attivano concrete azioni di cambiamento; nel quinto stadio (*Mantenimento - M*) il nuovo comportamento continua e si consolida. Allo stadio di Mantenimento può seguire la fase di *Uscita (U)*, che rappresenta la risoluzione stabile del problema. In ciascun stadio è possibile una *Ricauduta (R)* con ritorno a stadi precedenti.

Nei MAC/E, MAC/T e MAC/A sono stati considerati solo i primi 4 stadi: Precontemplazione, Contemplazione, Determinazione e Azione (Prochaska & Di Clemente, 1982, 1984).

Nel modello del Colloquio Motivazionale si esplicita un modello di counseling volto ad accrescere la motivazione ad attivare e a mantenere il processo di cambiamento. Secondo tale modello diversi fattori possono influenzare il passaggio da uno stadio all'altro. Tra questi, due sono riferibili ai concetti di *Autoefficacia* e di *Frattura Interiore* (Spiller & Guelfi, 1998; Guelfi e coll., 2001; Miller & Rollinck 1991, 2004):

- l'*Autoefficacia* indica la fiducia nella capacità di raggiungere un obiettivo o di realizzare un comportamento prestabilito (Bandura, 1977, 2000). L'applicazione di tale concetto nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive presuppone che i soggetti, mediante interventi di cura adeguati siano in grado di decidere di smettere, modificare o limitare l'uso della sostanza psicoattiva e/o dell'alcol da cui dipendono (DiClemente, 1986, 1994);
- la *Frattura Interiore* indica la dolorosa percezione della discrepanza tra la propria attuale condizione e

le proprie aspirazioni e mete ideali. Questo concetto fa riferimento alla teoria della dissonanza cognitiva (Festinger, 1957, 1973) ed esprime la consapevolezza del conflitto tra i comportamenti o gli atteggiamenti attuati e la propria immagine ideale (Steele, 1988; Scaglia, 1998).

Nell'attuazione di programmi riabilitativi efficaci nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive e/o alcol la motivazione è un aspetto importante che richiede l'utilizzo di strumenti di valutazione dei fattori motivazionali.

I questionari MAC nella pratica clinica possono essere utili non solo per questo obiettivo terapeutico, ma anche per aiutare a orientare il colloquio verso gli aspetti rilevanti per attivare la motivazione al cambiamento o possono essere utilizzati per monitorare l'evoluzione della motivazione al cambiamento rispetto al comportamento di uso/abuso/dipendenza nel corso del processo di cura (Movalli, 2003; Cifelli e coll., 2003a, b; Manzato & Fea, 2004; Greenfield & Hennessy, 2006; Madeddu e coll., 2006; Manzato e coll., 2006a; Manzato, 2010).

Il MAC/E (*Questionario Motivazione al Cambiamento/Eroina*) (Spiller & Guelfi, 1998) è autosomministrato.

È composto da affermazioni rispetto alle quali si deve indicare il grado di accordo o di disaccordo su una scala Likert a 5 punti. Nel questionario 12 item sono riferiti ai primi quattro stadi del cambiamento (3 item per stadio); 6 item riguardano l'Autoefficacia e altri 6 la *Frattura Interiore* per un totale di 24 item. I punteggi permettono di definire un profilo motivazionale di *Disponibilità al Cambiamento*, individuare lo stadio prevalente e di ottenere punteggi che definiscono il grado di *Frattura Interiore* e *Autoefficacia* dichiarati dal soggetto.

Lo strumento presenta affidabilità, consistenza interna e validità concorrente.

La versione per il fumo di tabacco, il MAC/T (Guelfi e coll., 1999) e quella per l'alcol, il MAC/A hanno caratteristiche concettuali e strutturali identiche alla versione per eroina, tuttavia quest'ultima ha evidenziato alcuni limiti. Tali limiti presenti anche nelle altre versioni hanno attivato la necessità di una revisione del test e la nascita della seconda generazione di questionari MAC (Spiller e coll., 2006, 2009).

Il MAC2/A (*Questionario Motivazione al Cambiamento 2-Alcol*) (Spiller e coll., 2006, 2009) presenta, rispetto alla versione precedente, alcuni cambiamenti significativi.

È composto da 36 item per i quali si esprime il grado di accordo o disaccordo su una scala Likert a 7 punti.

La formulazione delle frasi è stata completamente modificata; sono stati introdotti altri item per valutare gli ultimi stadi del ciclo di cambiamento, quali gli stadi di Mantenimento e d'Uscita, il grado di consolidamento del cambiamento (*Stabilizzazione del cambiamento - ST*) e per definire oltre alla *Disponibilità al Cambiamento (D)* anche la *Disponibilità all'Aiuto/intervento (AD)*. Infine sono presenti 6 scale analogiche di controllo

delle variabili testate. Nel questionario 18 item riguardano gli stadi (3 per ciascuno), 6 la *Frattura Interiore (FI)*, 6 l'Autoefficacia (AE) e 6 item la valutazione della *Disponibilità all'aiuto/intervento*. Le 6 scale analogiche di controllo (G) sono rappresentate da un righello graduato da 0 a 100 con indicazioni qualitative di riferimento (per nulla - estremamente). Tali scale di controllo sono poste alla fine del questionario e hanno lo scopo di verificare la coerenza complessiva delle risposte. Esse valutano nuovamente la *Disponibilità al Cambiamento (GD)*, l'Autoefficacia (GA), la *Frattura Interiore (GF)* e la *Stabilizzazione (GS)*. Nell'ultima parte del questionario sono valutate altre variabili quali il livello di *Desiderio/Tentazione (GT)* e l'*Importanza del Cambiamento (GI)* percepiti. Il questionario presenta anche uno spazio dedicato alla richiesta di dichiarazione dei giorni di astinenza per poter avere un riscontro oggettivo delle percezioni espresse dal soggetto nel questionario e per verificarne la coerenza.

Le aree di utilizzo dei MAC riguardano la valutazione degli elementi critici per lo sviluppo di strategie operative efficaci; la valutazione motivazionale in relazione all'immissione in trattamento; la valutazione degli esiti motivazionali del trattamento (Spiller e coll., 2006, 2009).

## Bibliografia

- Abou-Saleh M.T. (2004), "Dual diagnosis: management within a psychosocial context", *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 352-360.
- Addolorato G., Caputo F., Mioni D., Patussi V., Zavan V. (1999), *Guida utile all'identificazione e alla diagnosi dei problemi alcol-relati*, Bologna: Eurohealth Editors srl.
- Addolorato G., Leggio L., Abenavoli L., Gasbarrini G. (2003), "Il craving nella dipendenza da alcol: dalla clinica al trattamento", *Medicina delle Tossicodipendenze*, 40, 15-30.
- Addolorato G., Abenavoli L., Leggio L., Gasbarrini G., on behalf of the Alcoholism Treatment Study Group (2005a), "How many cravings? Pharmacological aspects of craving treatment in alcohol addiction: a review", *Neuropsychobiology*, 51, 59-66.
- Addolorato G., Leggio L., Abenavoli L., Gasbarrini G., on behalf of the Alcoholism Treatment Study Group (2005b) "Neurobiochemical and clinical aspects of craving in alcohol addiction: a review", *Addictive Behaviors*, 30, 1209-1224.
- Allen J.P. (2003) Assessment of alcohol problems: An overview, in *Assessing alcohol problems. A guide for Clinicians and researchers. Second Edition*, edited by Allen J.P., Wilson V.B. Bethesda: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institute of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1-19.
- Allen J.P., Litten R.Z., Fertig J.B., Babor T. (1997), "A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21, 613-619.
- American Psychiatric Association (APA) (1996), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali 4ª Ed. (DSM-*

- IV, American Psychiatric Press, Washington DC, 1994), Milano: Masson.
- American Psychiatric Association (APA) (2001), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali 4ª Ed. TR. (DSM-IV-TR, American Psychiatric Press, Washington DC, 2000)*, Milano: Masson.
- American Psychiatric Association (APA) (2006), *Pratiche guideline for the treatment of patients with Substance Use Disorders. Second Edition*, Washington DC: American Psychiatric Press.
- Andreasen N.C. (1982), "Negative symptoms of schizophrenia: definition and reliability", *Archives of General Psychiatry*, 39, 784-788.
- Andreasen N.C., Olsen S. (1982), "Negative v. positive schizophrenia: definition and reliability", *Archives of General Psychiatry*, 39, 789-794.
- Anton R.F., Mohak D.H., Lathan P. (1995), "The Obsessive Compulsive Drinking Scale: a self-rated instrument for the quantification of thoughts about alcohol and drinking behavior", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 19, 92-99.
- Ball S.A. (2001a), "Valutazione multidimensionale per la pianificazione del trattamento", in *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, a cura di: Lucchini A. Milano: FrancoAngeli, 89-100.
- Ball S.A. (2001b), "Diagnosi di personalità e disturbi di personalità nella tossicodipendenza", in *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, a cura di: Lucchini A. Milano: FrancoAngeli, 73-86.
- Bandura A. (1977), "Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change", *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura A. (2000), *Autoefficacia*, Trento: Erickson.
- Bech P., Rafaelsen O.J., Kramp P., Bolwing T.G. (1978), "The Mania Rating Scale: Scale construction and inter-observer agreement", *Neuropharmacology*, 17, 430-431.
- Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. (1961), "An inventory for measuring depression", *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck A.T., Rial, W.Y., Ricketts, K. (1974), "Short form of Depression Inventory: Cross-validation", *Psychological Reports*, 34, 1184-1186.
- Beck A.T., Steer, R.A., Garbin, M.G. (1988), "Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation", *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck A.T., Steer R., Brown G. (1996) *BDI - II Manual. Second Edition*, San Antonio: The Psychological Corporation.
- Beresford T.P., Blow F.C., Hill E., Singer K., Lucey M.R. (1990), "Comparison of CAGE questionnaire and computer-assisted laboratory profiles in screening for convert alcoholism", *Lancet*, 336, 482-485.
- Biener L., Abrams D.B. (1991), "The Contemplation Ladder: validation of a measure of readiness to consider smoking cessation", *Health Psychology*, 360-365.
- Bignamini E., Cortese., Garau S., Sanebastiano S. (2002) *Dipendenza da sostanze e patologia psichiatrica. Percorsi di ricerca sulla comorbidità*, Castello d'Argile (BO): EDITEAM.
- Blanken P., Hendriks V., Fahrner E.M., Geselhofer B., Kuefner H., Hartgers C., Kokkevi A., Pozzi G., Tempesta E., Uchtenhagen A. (1995), "Europasi. Adattamento europeo dello Addiction Severity Index", *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo*, 18, 7-41.
- Bohn M.J., Krahn D.D. Staehler B.A. (1995), "Development and initial validation of a measure of drinking urges in abstinent alcoholics", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 19, 600-606.
- Bush K., Kivlahan D.R., Mc Donell M.B., Fihn S.D., Bradley K.A. (1998), "The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C). An effective Brief Screening Test for Problem Drinking", *Archives of Internal Medicine*, 158, 1789-1795.
- Bussolati N. (2004), "Protocollo diagnostico per la valutazione e la diagnosi del paziente tossicodipendente: il Ser.T. di Reggio Emilia", in *Il sistema dei servizi per le dipendenze patologiche. Programmazione, qualità e valutazione*, a cura di: Nizzoli U. Milano: FrancoAngeli, 237-272.
- Butcher J.N., Dahlstrom W.G., Graham J.R., Tellegen A., Kaemmer B. (1989), *MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2): Manual for administration and scoring, and interpretation*, Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Canton G., Ferri M., Forza G., Brambilla C., Minazzato L., Gallimberti L. (1991), *Un questionario per la valutazione del craving alcolico: l'ACS (Alcohol Craving Scale)*, 1° Congresso Nazionale SITD, Roma 25-27 novembre.
- Carey K.B., Correia C.J. (1998), "Severe mental illness and addictions: assessment consideration", *Addictive Behaviors*, 23, 735-748.
- Carey K.B., Carey M.P., Maiston S.A., Purnine D.M. (2002), "The Feasibility of Enhancing Psychiatric Outpatients Readiness to Change Their Substance Use", *Psychiatric Services*, 53, 602-608.
- Carrà G., Scioi R., Gioni M., Barale F. (2000), "Profili ed esiti di trattamento dei pazienti di un servizio di consultazione per la comorbidità psichiatrica nei disturbi da uso di sostanze", *Noos*, 2, 157-177.
- Cattell R.B., Scheier I.H. (1961), *The meaning and measurement of neuroticism and anxiety*, New York: The Roland Press Company.
- Ceccanti M., Balducci G. (2006) *Alcol*, Roma: Edizioni SITAC.
- Chubon R. (1987), "Development of Quality of Life rating scale for the use in health care evaluation", *Evaluation and the Health Professions*, 10, 186-200.
- Cibin M., Addolorato G., Hinmenthal I., Manzato E., Mosti A., Nava F., Zavan V. (2008), "Il craving nella dipendenza da alcol: fisiopatologia, diagnosi e trattamento", *Mission*, 26, 27-45.
- Cifelli G., Manzato E., Biasin C. (2003a), "L'assessment diagnostico nella pratica clinica", *Mission*, 7, 8-12.
- Cifelli G., Manzato E., Strepparola G., Lucchini A., Fea M., Basti S., Cavagnini E., D'Egidio P. (2003b), L'assessment diagnostico, in *La tossicodipendenza. Il trattamento riabilitativo integrato e l'intervento psicoterapeutico*, a cura di: Manzato E. *Psicoterapia e Psicosomatica*, 2, 74-180.
- Clark W.D. (1981), "Alcoholism: blocks to diagnosis and treatment", *JAMA*, 71, 275-286.
- Clarkin J.E., Hurt S.W., Mattis S. (2003), "Valutazione psicologica e neuropsicologica", in *Psichiatria. Volume I*, a cura di: Hales R.E., Yudofsky S.A., Talbot J.A., Torino: Centro Scientifico Editore, 251-279.
- Cleary P., Guy W. (1977), "Factor analyses of Hamilton Depression Scale", *Drugs Experimental and Clinical Research*, 1, 115-120.
- Consoli A., Bennardo A. (1995), *Diagnosi e valutazione nelle tossicodipendenze e nell'alcolismo. Addiction Severity Index*, Torino: Centro Scientifico Editore.
- Conti L. (1999a), *Condotte di abuso*, in *Repertorio delle Scale di Valutazione in Psichiatria. Tomo Secondo*, a cura di: Conti L. Firenze: Società Editrice Europea-S.E.E. 721-729.
- Conti L. (1999b), "Addiction Severity Index", in *Repertorio delle Scale di Valutazione in Psichiatria. Tomo Secondo*, a

- cura di: Conti L. Firenze: Società Editrice Europea-S.E.E. 757-779.
- Conti L. (1999c), "Self-Report Symptom Inventory- Revised", in *Repertorio delle Scale di Valutazione in Psichiatria. Tomo Primo*, a cura di: Conti L. Firenze: Società Editrice Europea-S.E.E., 325-327.
- Conti L. (1999d), "Anxiety Status Inventory (ASI) e Self-Rating Anxiety Scale (SAS)", in *Repertorio delle Scale di Valutazione in Psichiatria. Tomo Secondo*, a cura di: Conti L. Firenze: Società Editrice Europea-S.E.E., 537-543.
- Conti L. (1999e), "Brief Psychiatric Rating Scale (047-BPRS)", in *Repertorio delle Scale di Valutazione in Psichiatria. Tomo Primo*, a cura di: Conti L. Firenze: Società Editrice Europea-S.E.E., 233-234.
- Conti L. (1999f), "Hamilton Rating Scale for Depression (049-HAM-D)", in *Repertorio delle Scale di Valutazione in Psichiatria. Tomo Primo*, a cura di: Conti L. Firenze: Società Editrice Europea-S.E.E. 413-415.
- Conti L. (1999g), "Hamilton Anxiety Scale (HAS o HAM-A)", in *Repertorio delle Scale di Valutazione in Psichiatria. Tomo Secondo*, a cura di: Conti L. Firenze: Società Editrice Europea-S.E.E. 531-535.
- Conti L. (1999h), "Global Assessment of Functioning (GAF)", in *Repertorio delle Scale di Valutazione in Psichiatria. Tomo Primo*, a cura di: Conti L. Firenze: Società Editrice Europea-S.E.E., 207-208.
- Conti L., Garonna F., Cassano G.B. (1982), "Un modello multiassiale per la diagnosi e il trattamento dell'alcolismo", *Atti del XXXV Congresso Nazionale SIP Cagliari*, 27 ottobre- In novembre.
- Crome I.B., Myton T. (2004), "Pharmacotherapy in dual diagnosis", *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 413-424.
- Cunningham J.A., Sobell L.C., Gavin D.R., Sobell M.B., Breslin F.C. (1997), "Assessing motivation for change: preliminary development and evaluation of a scale measuring the cost and benefits of changing alcohol or drug use", *Psychology of Addictive Behaviors*, 11, 107-114.
- D'Egidio P., Da Fermo G., Vena G. (2003), "SCL (Symptom Check List) -90-R e TCI (Temperament and Character Inventory) nella clinica della dipendenza da oppiacei", *Mission*, 7, 13-19.
- De Leon G. (1993), *Circumstances, motivation, readiness and suitability scales for substance abuse treatment (CMRS)*, unpublished manuscript, New York: Center of Therapeutic Community Research.
- De Leon G., Melnick G., Kressel D., Jainchill N. (1994), "Circumstances, motivation, readiness, and suitability (CMRS scales): predicting retention in therapeutic community treatment", *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20, 495-515.
- Derogatis L.R. (1993), *Brief Symptom Inventory: Administration, Scoring and Procedures Manual. 4th Edition*, Minneapolis: National Computer Systems.
- Derogatis L.R., Lipman R.S., Covi L. (1970), "Dimensions of outpatients neurotic pathology: comparison of a clinical vs empirical assessment", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34, 164-171.
- Derogatis L.R., Lipman R.S., Covi L. (1973), "The SCL-90: An outpatients psychiatric rating scale" *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-28.
- Derogatis L.R., Lipman R.S., Covi L. (1976), "SCL-90: An outpatients psychiatric rating scale: preliminary report", in *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Revised 1976*, edited by: Guy W. DHEW Publication No (ADM), 76-338.
- DiClemente C.C. (1986), "Self-efficacy and the addictive behaviors. Special Issue: self-efficacy theory in contemporary psychology", *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4, 302-315.
- DiClemente C.C. (1994), "Gli stadi del cambiamento: un approccio transteorico alla dipendenza", in *Motivazione e stadi del cambiamento nelle tossicodipendenze*, a cura di: Guelfi G.P., Spiller V. Il Vaso di Pandora II,
- DiClemente C.C., Hughes S.O. (1990), "Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment", *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2, 217-235.
- Dinning W.D., Evans R.S. (1977), "Discriminant and convergent validity of the SCL-90 in psychiatric inpatients", *Journal of Personality Assessment*, 41, 304-310.
- Dolman J.M., Hawkes N.D. (2005), "Combining the AUDIT questionnaire and biochemical markers to assess alcohol use and risk of alcohol withdrawal in medical inpatients", *Alcohol and Alcoholism*, 40, 515-519.
- Drake R.E., Mueser K.T., McHugo G.J. (1996), "Clinician rating scale: Alcohol Use Scale (AUS), Drug Use Scale (DUS) and Substance Abuse Treatment Scale (SATS)", in *Outcomes assessment in clinical practice*, edited by: Sederer L.I., Dickey B. Baltimore: Williams & Wilkins, 113-116.
- Driessen M., Meier S., Hill A., Wetterling T., Lange W., Junghanns K. (2001), "The course of anxiety, depression and drinking behaviours after completed detoxification in alcoholics with and without comorbid anxiety and depressive disorders", *Alcohol and Alcoholism*, 36, 249-255.
- DuPont R.L., Selavka C.M. (2006), "Test diagnostici di laboratorio e psicologici", in *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze. Manuale dell'American Psychiatric Publishing. Seconda edizione*, a cura di: Galanter M., Kleber H.D. Milano: Masson, 559-567.
- Endicott J., Spitzer R.L. Fleiss J.L., Cohen J. (1976), "The Global assessment Scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance", *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.
- Essock S.M., Mueser K.T., Drake R.E., Covell N.H., McHugo G.J., Frisman L.K., Kontos N.J., Jackson C.T., Townsend F., Swain K. (2006), "Comparison of ACT and standard case management for delivering integrated treatment for co-occurring disorders", *Psychiatric Services*, 57, 185-196.
- Ewing J.A. (1984), "Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire", *JAMA*, 252, 1905-1907.
- Festinger L. (1957), *A theory of cognitive dissonance*, Evanston: Row&Peterson, 1957.
- Festinger L. (1973), *La teoria della dissonanza cognitiva*, Milano: FrancoAngeli, Milano.
- Feuerlein W., Ringer C., Kufner H., Antons K. (1979a), "Diagnosis of alcoholism: the Munich Alcoholism Test (MALT)", *Current Alcoholism*, 7, 137-147.
- Feuerlein W., Ringer C., Kufner H., Antons K. (1979b), "Diagnosis of alcoholism: the Munich Alcoholism Test (MALT)", *International Journal of Rehabilitation Research*, 2, 533-534.
- Fiocchi A., Bellini C., Gobbo S. (2003a), "Epistemologia, metodologia e operatività in un percorso di valutazione multidimensionale in centri terapeutici semiresidenziali e residenziali per tossicodipendenti", in *La valutazione nel trattamento delle dipendenze*, a cura di: Fiocchi A., Madeddu F., Maffei C. Milano: FrancoAngeli, 118-166.

- Fiocchi A., Cappellini P., Gobbo S., Pianezzola P., Pucci E., Rigamonti S. (2003b), "L'efficacia del trattamento residenziale attraverso il monitoraggio dei Progetti Terapeutici Individualizzati", in *La valutazione nel trattamento delle dipendenze*, a cura di: Fiocchi A., Madeddu F., Maffei C. Milano: FrancoAngeli, 177-195.
- First M.B., Spitzer R.L., Gibbon M.G., Williams J.B.W. (1997a), *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I (SCID I)*, New York: Biometrics Research Department, New York Psychiatric Institute.
- First M.B., Spitzer R.L., Gibbon M.G., Williams J.B.W., Benjamin L.S. (1997b), *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders*, Washington DC: American Psychiatric Press.
- Fleming M.F., Barry K.L., McDonald R. (1991), "Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a college sample", *International Journal of Addictions*, 26, 1173-1185.
- Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. (1975), "Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician", *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Frustaci A., Genuardo A., Janiri L., Pozzi G. (2006), "La valutazione multidimensionale del tossicodipendente con doppia diagnosi: problemi metodologici e strumenti di valutazione", *Dipendenze Patologiche*, 1, 65-70.
- Gallant D. (1998), "Alcol", in *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*, a cura di: Galanter M., Kleber H.D. Milano: Masson, 73-98.
- Gallimberti L., Ferrara S.D., Gessa G.L. (1992), *Il GHB nel trattamento della dipendenza alcolica*, Padova: ARFI.
- Garbarini M., De Peri L. (2000), "Diagnosi e classificazioni psichiatriche", in *Manuale di Psichiatria e Psicologia Clinica*, a cura di: Invernizzi C. Milano: McGraw-Hill, 21-26.
- Gastfriend D.R., Pirard S.P. (2006), Criteri per il collocamento del paziente", in *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze. Manuale dell'American Psychiatric Publishing. Seconda edizione*, a cura di: Galanter M., Kleber H.D. Milano: Masson, 119-133.
- Gastfriend D.R., Najavits L.M., Reif S. (1994), "Assessment instrument", in *Principles of Addiction Medicine*, edited by: Miller N.S. Baltimore: American Society of Addiction Medicine (ASAM), 1-8.
- Giorgi I., Orlandini D., Brambilla C. (1994), "Validazione italiana dell'Alcohol Use Inventory (AUI)", *Alcolologia*, 6, 54.
- Goodman W.K., Price L.H., Rasmussen S.A., Mazure C., Fleischmann R.L., Hill C.L., Heninger G.R., Charney D.S. (1989), "The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, I: development, use, and reliability", *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Gossop M., Darke S., Griffith P., Hando J., Powis B., Hall W., Strang J. (1995), "The Severity of Dependence Scale (SDS) psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users", *Addiction*, 90, 607-614.
- Grant B.F., Hasin D.S. (1992), *The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule (AUDIDAS)*, Rockville: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA).
- Greenfield S.F., Hennessy G. (2006), "Valutazione del paziente", in *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze. Manuale dell'American Psychiatric Publishing. Seconda Edizione*, a cura di: Galanter M., Kleber H.D. Milano: Masson, 101-118.
- Guelfi G.P., Scaglia M., Spiller V. (2001), "Elementi di valutazione della motivazione", in *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, a cura di: Lucchini A. Milano: FrancoAngeli.
- Guelfi G.P., Spiller V., Scaglia M. (1999), "La valutazione della motivazione al cambiamento nel tabagismo: Il questionario MAC/T", poster al convegno "A fuoco il fumo", Padova, 30 settembre-2 ottobre.
- Guglielmo R., Janiri L. (2008), "Alcol e doppia diagnosi: epidemiologia, difficoltà diagnostiche e ipotesi di trattamento", *Dipendenze Patologiche*, 3, 17-21.
- Guy W. (1976), "Clinical Global Impressions", in *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*, Rockville: National Institute of Health, Psychopharmacology Research Branch, 217-222.
- Hamilton M. (1959), "The assessment of anxiety states by rating", *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.
- Hamilton M. (1960), "A rating Scale for depression", *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hamilton M. (1967), "Development of a rating scale for primary depressive illness", *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 278-296.
- Hasin D., Trautman K., Miele G., Samet S., Smith M., Endicott J. (1996), "Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM): reliability for substance abusers", *American Journal of Psychiatry*, 153, 1195-1201.
- Hayes M.H.S., Patterson D.G. (1921), "Experimental development of the graphic rating scale", *Psychology Bulletin*, 18, 98-99.
- Horn J.L., Wanberg K.W., Foster F.M. (1974), *The Alcohol Use Inventory-AUI*, Denver: Center for Alcohol-Abuse Research and Evaluation.
- Johnson E.H., Broman C.L. (1987), "The relationship of anger expression to health problems among Black Americans in a national survey", *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 103-169.
- Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. (1987), "The positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia", *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Kokkevi A., Hartgers C. (1995), "EUROP.ASI: European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence", *European Addiction Research*, 1, 208-210.
- Kristenson H., Trelle E. (1982), "Indicators of alcohol consumption: comparisons between a questionnaire (Mm-MAST), interviews and serum gamma-glutamyl transferase (GGT) in a health survey of middle-aged males", *British Journal of Addiction*, 77, 297-309.
- Larsen D.L., Attkinsson C.C., Hargreaves W.A., Nguyent D. (1979), "Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale", *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.
- Leggio L., Abenavoli L., Caputo F., Gasbarrini G., Addolorato G., Gruppo di Studio per le Patologie Alcol-relate (2005), "Il craving da alcol: tipologia, aspetti clinici e metodi di misurazione", in *Alcolismo*, a cura di: Trevisani F., Caputo F. Bologna: CLUEB, 69-74.
- Lehman A.F., Myers C.P., Corty E. (1989), "Assessment and classification of patients with psychiatric and substance abuse syndromes", *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 1019-1025.
- Lehman A.F., Myers C.P., Corty E. (2000), "Assessment and classification of patients with psychiatric and substance abuse syndromes", *Psychiatric Services*, 51, 1119-1125.

- Lorr M., Jenkins R.L., Holsopple J.Q. (1953), "Multidimensional Scale for Rating Psychiatric Patients. Hospital Form", *Veterans Administration Technical Bulletin*, 43, 10-507.
- Lorr M., McNair D.M., Klett C.J., Lasky J.J. (1966), *Inpatient Multidimensional Psychiatric Patients Scale*, Palo Alto: Press Consulting Psychology.
- Luborsky L. (1962), "Clinicians' judgments of mental health", *Archives of General Psychiatry*, 7, 407-417.
- Lucchini A., Strepparola G. (2001), "Strumenti diagnostici indicati nell'area delle dipendenze. Aspetti descrittivi generali e revisione di recenti riferimenti bibliografici", in *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, a cura di: Lucchini A. Milano: Franco Angeli, 281-329.
- Luzzati D. (1997), "Rating Scale", in *La diagnosi testologica: Test neuropsicologici, test d'intelligenza, test di personalità, testing computerizzato*, a cura di: Del Corno F., Lang M. Milano: Franco Angeli, 460-479.
- Mac Andrew C. (1965), "The differentiation of male alcoholic outpatient from non alcoholic psychiatric outpatients by means of the MMPI", *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 26, 238-246.
- Madeddu F., Fiocchi A., Rigliano P., Migliori E., Pianezzola P., Violino A. (2006), "I servizi specialistici per la cura di tossicodipendenti con complicanze psichiatriche e psicopatologiche", in *Tossicodipendenze, marginalità e gravità sociale. Interventi specialistici in strutture residenziali e semiresidenziali del Welfare Lombardo*, a cura di: Madeddu F., Fiocchi A., Pianezzola P. Milano: FrancoAngeli, 25-124.
- Majani G., Callegari S. (1998), *Satisfaction Profile. Soddisfazione soggettiva e qualità della vita*, Trento: Erickson.
- Manzato E. (2010), "Problematiche della diagnosi di alcolodipendenza", in *Modelli di intervento in alcolologia. L'esperienza e le indicazioni operative condivise dagli operatori pubblici e privati in Lombardia*, a cura di: Lucchini A., Strepparola G. Milano: FrancoAngeli, 43-58.
- Manzato E., Fea M. (2004), "Gravità e intensità assistenziale. Modelli di integrazione a confronto", *Mission*, 10, 3-20.
- Manzato E., Biasin C., Cifelli G., Faccini M., Gianfilippi G. (2003a), "Metodo e strumenti di valutazione della riabilitazione nella pratica clinica", *Mission*, 6, 15-18.
- Manzato E., Cifelli G., Biasin C., Sassi R., Faustini S., Cibin M., Fea M., (2003b), "L'assessment psicodiagnostico", in *La tossicodipendenza. Il trattamento riabilitativo integrato e l'intervento psicoterapeutico*, a cura di: Manzato E. *Psicoterapia e Psicosomatica*, 2, 75-180.
- Manzato E., Cifelli G., Biasin C., Gianfilippi G., Lucchini A., D'Egidio P. (2003c), "La valutazione", in *La tossicodipendenza. Il trattamento riabilitativo integrato e l'intervento psicoterapeutico*, a cura di: Manzato E. *Psicoterapia e Psicosomatica*, 2, 181-201.
- Manzato E., Cifelli G., Biasin C. (2005), "Il protocollo operativo tra il Dipartimento per le Dipendenze ed il Dipartimento di Salute Mentale per la gestione congiunta dei pazienti con doppia diagnosi psichiatrica", in *Le radici dell'innovazione. Ricerche e progetti degli operatori delle dipendenze*, a cura di: Strepparola G., Di Carlo C. Milano: FrancoAngeli, 229-234.
- Manzato E., Biasin C., Nava F. (2006a), "La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze psicoattive e nella comorbilità psichiatrica associata", *Mission*, 17, 21-30.
- Manzato E., Nava F., Biasin C., Faccini M., Cifelli G. (2006b), "Gli esami di laboratorio nell'assessment dei disturbi correlati a sostanze psicoattive in soggetti con comorbilità psichiatrica", *Mission*, 20, 19-34.
- Maremmanni I., Castrogiovanni P. (1989), *Ab.So.: Scheda per la rilevazione dell'Abuso di Sostanze*, Pisa: Università di Pisa, Istituto di Clinica Psichiatrica.
- Marsden J., Stewart D., Gossop M., Rolfe A., Bacchus P., Griffiths P., Clarke K., Strang J. (2000), "Assessing client satisfaction with treatment for substance use problems and the development of the Treatment Perceptions Questionnaire (TPQ)", *Addiction Research*, 8, 455-470.
- Mattson M.E., DelBoca F.K., Carroll K.M., Cooney N.L., DiClemente C.C., Donovan D., Kadden R.M., McRee B., Rice C., Rycharik R.G., Zweben A. (1998), "Compliance with treatment and follow-up protocols in ProjeT MATCH: predictors and relationship to outcome", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 1328-1339.
- Maxwell C. (1978), "Sensitivity and accuracy of the Visual Analogical Scale: A psycho-physical classroom experiment", *British Journal of Clinical Pharmacology*, 6, 15-24.
- Mayfield D., McLeod G., Hall P. (1974), "The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument", *American Journal of Psychiatry*, 131, 1121-1123.
- McConaughy E.N., Prochaska J.O., Velicer W. (1983), "Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles", *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 368-375.
- McHugo G.J., Drake R.E., Burton H.L., Akerson T.H. (1995), "A scale for assessing the stage of substance abuse treatment in persons with severe mental illness", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 762-767.
- McLellan A.T., Luborsky L., Erdlen F. R., LaPorte D. J., Intintolo V. (1979), "The Addiction Severity Index: a diagnostic/evaluative profile of substance abuse patients, in *Substance abuse and Psychiatric Illness*, edited by: Gotthel E., McLellan A. T., Druley K.A. New York: Pergamon Press, 151-159.
- McLellan A.T., Luborsky L., Woody G.E., O'Brien C.P. (1980), "An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 26-83.
- McQuade W.H., Levy S.M., Yanek L.R., Davis S.W., Liepman M.R. (2000), "Detecting symptoms of alcohol abuse in primary care settings", *Archives of Family Medicine*, 9, 814-821.
- Mee-Lee D. (1988), "An instrument for treatment progress and matching: the Recovery Attitude and Treatment Evaluator (RAATE)", *Journal of Substance Abuse Treatment*, 5, 183-186.
- Mee-Lee D., Shulman G.D., Fishman M. (2001), *ASAM Patient placement criteria for treatment of substance-related disorders 2<sup>nd</sup> Edition, (ASAM PPC-2R)*, Chevy Chase: American Society of Addiction Medicine (ASAM).
- Miller W., Rollnick S. (1991), *Motivation Interview. Preparing people to change addictive behaviour*, New York: Guilford Press.
- Miller W.R., Tonigan J.S. (1996), "Assessing drinkers' motivation for change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES)", *Psychology of Addictive Behaviors*, 10, 81-89.
- Miller WR, Rollnick S. (2004), *Il colloquio motivazionale. Seconda Edizione*, Trento: Erikson.
- Millon T. (1983) *Millon Clinical Multiaxial Inventory Manual*. (3<sup>rd</sup> edition). Minneapolis: Interpretative Scoring System.
- Morosini P., Roncone R., Impallomeni M., Marola V., Casaccia M. (1995), "Presentazione dell'adattamento italiano della Brief Psychiatric Rating Scale, versione 4.0 ampliata

- (BPRS 4.0)", *Rivista di Riabilitazione Psichiatrica e Psicossiale*, 3, 195-198.
- Movalli M.G. (2003), "L'outcome nei trattamenti dell'alcolismo: la ricerca sui fattori predittivi", in *La valutazione nel trattamento delle dipendenze*, a cura di: Fiocchi A., Madeddu F., Maffei C. Milano: FrancoAngeli, 32-93.
- Movalli M. G. (2004) La valutazione interdisciplinare integrata dell'assuntore multiplo, in *Polidipendenze. L'assunzione multipla di sostanze in una prospettiva interdisciplinare di clinica integrata*, a cura di: Pinamonti H., Rossin M.R., Milano: FrancoAngeli, 101-114.
- Nava F. (2004), *Manuale di neurobiologia e clinica delle dipendenze*, Milano: FrancoAngeli.
- Nicholson A.N. (1978), "Visual Analogue Scales and drug effects in man". *British Journal of Clinical Pharmacology*, 6, 3-4.
- O'Donnell W.E., Reynolds D.M., De Soto C.B. (1983), "Neuropsychological impairment scale (NIS): initial validation study using trailmaking test (A&B) and WAIS digit symbol (scaled score) in a mixed grouping of psychiatric, neurological, and normal patients", *Journal of Clinical Psychology*, 39, 746-748.
- O'Donnell W.E., De Soto C.B., De Soto J.L. (1993), "Validity and reliability of the revised Neuropsychological Impairment Scale (NIS)", *Journal of Clinical Psychology*, 49, 372-382.
- Orlandini D., Giorgi I. (2000), "Gli indicatori comportamentali", in *Il libro italiano di alcologia. Alcol: Problemi e Patologie Correlate. Volume I*, a cura di: Allamani A., Orlandini D., Bardazzi G., Quartani A., Morettini A. Firenze: Società Editrice Europea-S.E.E., 333-345.
- Othmer E., Othmer S.C. (1999a), "Le tecniche per ottenere informazioni", in *L'intervista clinica con il DSM-IV*, a cura di: Othmer E., Othmer S.C. Milano: Raffaello Cortina, Milano, 45-97.
- Othmer E., Othmer S.C. (1999b), "Tre metodi per valutare lo stato mentale", in *L'intervista clinica con il DSM-IV* a cura di: Othmer E., Othmer S.C. Milano: Raffaello Cortina, Milano, 99-156.
- Overall J.E., Gorham D.R. (1962), "The Brief Psychiatric Rating Scale", *Psychological Report*, 10, 799-812.
- Pantalon M.V. (2001a), "Valutazione del processo di trattamento e dei risultati", in *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, a cura di: Lucchini A. Milano: FrancoAngeli, 116-125.
- Pantalon M.V. (2001b), "Valutazione della disponibilità al cambiamento nel trattamento dell'abuso di sostanze", in *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, a cura di: Lucchini A. Milano: FrancoAngeli, 126-134.
- Pantalon M.V. (2001c), "Autovalutazione ed auto-aiuto nel trattamento dell'abuso di sostanze", in *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, a cura di: Lucchini A. Milano: FrancoAngeli, 180-187.
- Pokorny A.D., Miller B.A., Kaplan H.B. (1972), "The brief MAST: a shortened version of the Michigan Alcoholism Screening Test", *American Journal of Psychiatry*, 129, 342-345.
- Pozzi G., Tempesta E. (1995), "EUROP-ASI: adattamento europeo dell'Addiction Severity Index (EUROP-ASI: a european adaptation of the Addiction Severity Index-Italian version)", *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcoolismo*, 2, 7-41.
- Prochaska J.O., Di Clemente C.C. (1982), "Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change", *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.
- Prochaska J.O., Di Clemente C.C. (1984), *The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy*, Homewood: Dow Jones/Irwin.
- RachBeisel J., Scott J., Dixon L. (1999), "Co-occurring severe mental illness and substance abuse disorders: A review of recent research", *Psychiatric Services*, 50, 1427-1434.
- Robins L.N., Wing J., Wittchen H.U., Farmer A., Jablonsky A., Pickens R., Regier D.A., Sartorius N., Towle L.H. (1988) "The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiological instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures" *Archives of General Psychiatry*, 45, 1069-1077.
- Rollnick S., Heather N., Gold R., Hall W. (1992), "Development of a short readiness to change questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers", *British Journal of Addiction*, 87, 743-754.
- Rosenberg S.D., Drake R.E., Wolford G.L., Mueser K.T., Oxman T.E., Vidaver R.M., Carrieri K.L., Luckoor R. (1998), "Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument (DALI): A substance Use Disorder Screen for people with severe mental illness", *American Journal of Psychiatry*, 155, 232-238.
- Ross H.E., Gavin D.E., Skinner, H.A. (1990), "Diagnostic validity of the MAST and the Alcohol Dependence Scale in the assessment of DSM-III alcohol disorders", *Journal of Studies on Alcohol*, 51, 506-513.
- Rounsaville B.J. (2001a), "Uso, uso pesante, abuso e dipendenza", in *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, a cura di: Lucchini A. Milano: FrancoAngeli, 35-41.
- Rounsaville B.J. (2001b), "Diagnosi dei disturbi psichiatrici di Asse I nella tossicodipendenza", in *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, a cura di: Lucchini A. Milano: FrancoAngeli, 63-72.
- Saunders J.B., Aasland O.G., Babor T.F., de la Fuente J.R., Grant M. (1993), "Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol. Consumption-II", *Addiction*, 88, 791-804.
- Scafato E., Patussi V., Surreni C., Rossi A., Mezzani L., Bazani O., Russo R., Gandin C., Galluzzo L., di Pasquale L., Cicogna F. (2004), *Guida utile all'identificazione e alla diagnosi dei problemi alcol-relati*, Roma: Progetto finanziato dal Fondo Nazionale di Intervento per la Lotta alla Droga, Presidenza del Consiglio, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.
- Scaglia M. (1998), "La frattura interiore. Collegamenti con il processo del cambiamento e implicazioni terapeutiche", *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcoolismo*, 21, 23-27.
- Schuckit M.A., Tapert S. (2006), "Alcol", in *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze. Manuale dell'American Psychiatric Publishing. Seconda edizione*, a cura di: Galanter M., Kleber H.D. Milano: Masson, 149-164.
- Selzer M.L. (1971), "The Michigan Alcoholism Screening Test: the quest for a new diagnostic instrument", *American Journal of Psychiatry*, 127, 1653-1658.
- Selzer M.L., Vinokur A., Van Rooijen L. (1975), "A self-administered short Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)", *Journal of Studies on Alcohol*, 36, 117-126.
- Sheehan D.V., Harnett-Sheehan K. (1990), "Psychometric assessment of anxiety disorders", in *Anxiety: Psychobiological and Clinical Perspectives* eds: Sartorius N. Andreoli V, Cassano G, Eisenberg L, Kielholz P, Pancheri P., Racagni G. Washington DC: Hemisphere Publishing Corporation, 85-100.
- Simpson D.D., Joe G.W. (1993), "Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment", *Psychotherapy*, 30, 357-368.
- Singleton E.G., Gorelick D.A. (1998), "Mechanism of alcohol craving and their clinical implications", in *Recent Deve-*

- lopments in Alcoholism: Volume 14. *The Consequences of Alcoholism*, eds: Galanter M. New York: Plenum Press, 177-195.
- Singleton E.G., Tiffany S.T., Henningfield J.E. (1994), "Development and validation of a new questionnaire to assess craving for alcohol", in *Problems of Drug Dependence, 1994: Proceedings of the 56<sup>th</sup> Annual Scientific Meeting, The College on Problems of Drug Dependence, Inc.*, Volume II, Abstracts (p.289), National Institute on Drug Abuse (NIDA) Research Monograph Vol. 153, eds: Harris L.S. Rockville: NIDA.
- Skinner H.A. (1982), "The drug abuse screening test", *Addictive Behaviors*, 7, 363-371.
- Skinner H.A., Horn J.L. (1984), *Alcohol Dependence Scale: Users Guide*, Canada: Addiction Research Foundation.
- Sobell L.C., Sobell M.B. (1992), "Timeline follow-back: a technique for assessing self-reported alcohol consumption", in *Measuring Alcohol Consumption: Psychosocial and Biochemical Methods*, eds: Litten R.Z., Allen J.P. Totowa: Human Press, 41-72.
- Sobel L., Sobel M., Ward E. (1980), *Evaluating Alcohol and Drug Abuse Treatment Effectiveness: Recent advances*, New York: Pergamon Press.
- Sobell L.C., Sobell M.B., Leo G.L., Cancilla A. (1988), "Reliability of a timeline method: assessing normal drinkers' reports of recent drinking and a comparative evaluation across several populations", *British Journal of Addiction*, 83, 393-402.
- Sostero M. (2000), "Esami Psicodiagnostici", in *Manuale di psichiatria clinica*, a cura di: Invernizzi G. Milano: McGraw-Hill, 35-41.
- Spielberger C.D. (1972), *Anxiety: currents trends in theory and research*, New York & London: Academic Press.
- Spielberger C.D. (1976), *The nature and measurement of anxiety*, Washington DC: Hemisphere /Wiley.
- Spielberger C.D. (1979), *Preliminary manual for the State-Trait Anxiety Inventory*, University of South Florida.
- Spielberger C.D. (1983), *State-Trait Anxiety Inventory: a comprehensive bibliography*, Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger C. D. (1989), *STAI. Inventario per l'Ansia di Stato e di Tratto*, Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Spielberger C.D., Gorsuch R.L. (1966), *Mediating processes in verbal conditioning. Final report to the National Institutes of Health*, U.S. Public Health Service on Grants.
- Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R.E. (1970), *Manual for the State - Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire)*, Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger C.D., Jacobs, G.A., Russel S.F., Crane R.S. (1983), "Assessment of anger: The State-Trait Anger Scale", in *Advances in personality assessment (vol. 2)*, eds: Butcher J.N., Spielberger C. D. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates-LEA, 159-187.
- Spiller V., Guelfi G. P. (1988), "La valutazione della motivazione al cambiamento. Il questionario MAC/E", *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcoolismo*, 2, 7-16.
- Spiller V., Zavan V., Guelfi G.P. (2006), "Assessing motivation for change in subjects with alcohol problems: the MAC2-A questionnaire", *Alcohol and Alcoholism*, 6, 616-23.
- Spiller V., Zavan V., Guelfi G.P. (2009), "La motivazione al cambiamento in alcologia. Validazione del questionario MAC2-A", *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcoolismo*, 3, 105-114.
- Steele C.M. (1988), "The psychology of self-affirmation: Sustaining the integrity of the self", in *Advances in Experimental Social Psychology*, vol. 21, edited by: Berkowitz L., New York: Academic Press.
- Steinweg D.L., Worth H. (1993), "Alcoholism: the key to the CAGE", *American Journal of Medicine*, 94, 520-523.
- Stockwell T.R., Hodgson R.J., Edwards G., Taylor C., Rankin H. (1979), "The development of a questionnaire to measure severity of alcohol dependence", *British Journal of Addiction* 74, 79-87.
- Sullivan J.T., Sykora K., Schneiderman J., Naranjo C.A., Sellers E.M. (1989), "Assessment of alcohol withdrawal: The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar)", *British Journal of Addiction*, 84, 1353-1357.
- Sutherland G., Edward G., Taylor C., Phillips G., Gossop M., Brady R. (1986), "The measurement of opiate dependence", *British Journal of Addiction*, 81, 485-494.
- van der Ploeg H.M., van Buuren E.T., van Brummelen P. (1988), "The role of anger in hypertension", *Psychotherapy and Psychosomatics*, 43, 186-193.
- Ventura J., Lukoff D., Neuchterlein K.H., Liberman R.P. Green M.F., Shaner A. (1993a), "Manual for Expanded Brief Psychiatric Rating Scale", *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 3, 221-244.
- Ventura J., Green M.F., Shaner A. Liberman R.P. (1993 b), "Training and quality assurance with the Brief Psychiatric Rating Scale: 'the drift busters'", *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 3, 227-244.
- Verheul R., Van Den Brink W., Geerlings P. (1999), "A three-pathway psychological model of craving for alcohol", *Alcohol and Alcoholism*, 34, 197-222.
- Wang R.I., Wiesen R.L., Lamid S., Roth B.L. (1974), "Rating the presence and severity of opiate dependence", *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 16, 653-658.
- Wetterling T., Kanitz R.D., Besters B., Fischer D., Zeffass B., John U., Spranger H., Driessen M. (1997), "A new rating scale for the assessment of the alcohol-withdrawal syndrome (AWS Scale)", *Alcohol and Alcoholism*, 32, 753-760.
- Willinger U., Lenzinger E., Hornik K., Fischer G., Schönbeck G., Aschauer H.N., Meszaros K., The European Fluvoxamin in Alcoholism Study Group (2002), "Anxiety as a predictor of relapse in detoxified alcohol-dependent patients", *Alcohol and Alcoholism*, 37, 609-612.
- Xie H., McHugo G.J., Fox M.B., Drake R.E. (2005), "Substance abuse relapse in ten-year prospective follow-up of clients with mental and substance use disorders", *Psychiatric Services*, 56, 1282-1287.
- Zung W.W.K. (1965), "A self-rating depression Scale", *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.
- Zung W.W.K. (1971), "A rating instrument for anxiety disorders", *Psychosomatics*, 12, 371-379
- Zung W.W.K. (1972) "The Depression Status Inventory: an adjunct to the Self-rating Depression Scale", *Journal of Clinical Psychology*, 28, 539-543.
- Zung W.W.K. (1974), "The measurement of affect: Depression and anxiety", *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 7, 170-188.

Si ringrazia il Laboratorio Farmaceutico CT per il supporto educativo.

## Alcol e Guida: quale percorso in caso di sospensione della patente?

## Report sulle visite alcolologiche nel Servizio Dipendenze Patologiche di Faenza effettuate dal 2005 al 2009

Samanta Cricca\*, Cecilia Pintori\*\*, Monica Bosi\*\*\*

## SUMMARY

■ *The assumption of alcoholic drink alters abilities essential to drive like the attention, the sight, the reaction time and also compromises the ability to judge and facilitates the adoption of dangerous behaviours such as not fastening seat belts or driving at high speed.*

*You analyze the cases of traffic offence of the 186 section of the Street's circulation code (drunk-driving) sent by the Local Medical Commission of Ravenna, following the protocol established by the Region Emilia-Romagna, at the Service of Pathologic Addiction in Faenza.*

*From the exam of 406 subjects (373 males and 33 females) it emerges that most of the subjects who violated the 186 section of the Street's circulation code are men, aged between 24 and 54 years old.*

*The 28.8% of the subjects are recidivous, that is that they had violated the 186 section already.*

*The 39.3 % of the cases has been involved in a car accident and the 83.72% had an alcohol presence in their blood over 150.*

*We have to signal the presence, in many cases (33 in 37) of subjects with superior driving licence whose alcohol presence in the blood was over 0.80.*

*In conclusion: the prevention campaign, turned to everyone who owes a vehicle should give informations not only about the Street circulation code but also the functioning of the brain, about the way the abused substances affect the performances and also about the necessary precautions to preserve the driving performances. ■*

**Keywords:** *alcohol, driving, driving licence, alcoholic visit.*

**Parole chiave:** *alcol, guida, patente, visita alcolologica.*

L'assunzione di bevande alcoliche altera funzioni indispensabili per la guida come l'attenzione, la vista, i tempi di reazione, inoltre compromette la capacità di giudizio e facilita l'adozione di comportamenti rischiosi quali non utilizzare le cinture di sicurezza o procedere ad alta velocità.

Ciò porta ad un aumento sia del rischio d'incidenti stradali che della severità degli stessi che risultano correlati direttamente alla quantità di alcol assunta (GRSP, 2007).

Gli incidenti stradali costituiscono la terza causa di morte violenta in assoluto e la prima in età giovanile (453 decessi in Italia nel 2008 nella fascia di età 25-29 anni), infatti tra un quarto ed un terzo degli incidenti stradali viene attribuito all'alcol e alle altre sostanze d'abuso.

Nel tentativo di ridurre la mortalità da incidenti il Codice della Strada (C.d.S.) è stato modificato più volte (L. 125 del 30/03/2001,

D.L. n. 151 del 30/06/2003, art. 6 D.L. 3 agosto 2007, L. 92 del 23/05/2008, L. n. 94 del 15/07/2009).

Il limite legale del tasso alcolemico per la guida in Italia è 0,5 g/l. Il reato di guida sotto l'effetto di alcol o altre sostanze psicoattive è trattato negli articoli 186 e 187 rispettivamente del C.d.S. (D.Lgs. 30/04/1992 n. 285 e successive modifiche).

Nel Libro Bianco del 13 settembre 2001 l'Unione Europea ha fissato l'obiettivo di ridurre la mortalità del 50% entro il 2010, l'Italia ha raggiunto quota -33%, mentre la diminuzione media della mortalità nel 2008 nei Paesi dell'UE, rispetto al 2000, è pari al 31,2%.

Dall'analisi dei dati rilevati dal 2000 al 2008 dalla Community Road Accident Data Base (CARE), Commissione Europea, Direzione Generale Energia e Trasporti emerge che il Portogallo, il Lussemburgo e la Lettonia hanno già raggiunto l'obiettivo; la Francia, la Germania e la Spagna sono tra i più vicini al raggiungimento dello stesso; l'Italia insieme ad Austria, Belgio, Estonia, Irlanda, Paesi Bassi, Slovenia e Svezia è tra i paesi che presentano una riduzione della mortalità dal 30 al 40%.

\* Psicologa Psicoterapeuta.

\*\* Dirigente Medico di I liv. UO Dipendenze Patologiche di Faenza (Ra).

\*\*\* Psicologa Psicoterapeuta UO Dipendenze Patologiche di Faenza (Ra).

La Regione Emilia-Romagna ha emesso "Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie della RER per la valutazione dell'idoneità alla guida dei soggetti segnalati per guida in stato di ebbrezza alcolica" (delibera di Giunta Regionale n. 1423 del 2004), che consistono in un protocollo operativo, avente lo scopo di valutare l'idoneità alla guida in modo uniforme.

In seguito alla contestazione dell'infrazione che determina sempre una revisione dell'idoneità alla guida, il soggetto deve contattare la Commissione Medica Locale (CML comunemente conosciuta come Commissione patenti) per poter avviare il percorso di revisione della patente.

La legge Quadro 125 del 2001 prevede la presenza del medico alcolologo all'interno della CML, e indica un percorso valutativo che prevede la revisione dell'idoneità alla guida..

Il percorso comprende l'esecuzione di esami ematici e il ritiro di una nota informativa sul percorso diagnostico e sulle modalità dell'accertamento.

Dopo aver effettuato gli esami ematochimici (ALT, AST, MCV, Gamma GT, TRIGLICERIDI, CDT) la persona che ha effettuato la violazione si sottopone a visita collegiale presso la CML. L'esito può essere l'immediata idoneità alla guida oppure può essere richiesto un approfondimento specialistico presso il Servizio Alcolologico dell'AUSL di riferimento.

L'approfondimento (**visita alcolologica**) viene richiesto nei casi di:

1. alterazione di esami ematici indicativi di abuso alcolico;
2. quando il conducente ha la patente da meno di tre anni;
3. quando è titolare di patente superiore (C, D, E);
4. quando il tasso alcolemico è superiore a 1,5 g/l;
5. quando c'è una recidiva (la violazione dell'art. 186 nell'arco temporale di due anni).

Qualora siano presente uno o più di tali requisiti, l'interessato entra in un ulteriore percorso diagnostico-informativo che è composto da:

- raccolta dell'anamnesi;
- esame obiettivo;
- compilazione scheda clinica;
- somministrazione AUDIT (alcohol use disorders identification test-OMS) parte clinica;
- valutazione degli accertamenti ematochimici e di quant'altro richiesto dalla CML o autonomamente prodotto dall'utente;
- colloquio informativo sui rischi alcol correlati;
- valutazione alcolologica finale;
- certificazione ad uso della CML.

La CML recepisce la consulenza dal Servizio Alcolologico ed esprime il giudizio finale, attraverso la definizione della classe di rischio. Sono previste tre classi di rischio: classe di rischio 1 (scarsa entità), che in genere determina il riconoscimento dell'idoneità alla guida da sei mesi a un anno; classe di rischio 2 (media entità), che determina un giudizio variabile da non idoneità per tre mesi a idoneità per tre mesi; la classe di rischio 3 (elevata entità), che determina un giudizio di non idoneità per un periodo non inferiore a sei mesi.

## Metodo

È stata effettuata una raccolta ed elaborazione dati di tutte le visite alcolologiche effettuate dagli alcolologi del Servizio Dipendenze Patologiche di Faenza (Ra), da gennaio 2005 a dicembre 2009. La disamina delle schede cliniche utilizzate durante le visite alcolologiche ha riguardato i seguenti dati: età, sesso, residenza, cittadinanza, professione, tipo di patente, veicolo guidato al momento della violazione, tipo di controllo, alcolemia, precedenti violazioni dell'art. 186, circostanze in cui si è verificato l'abuso di alcol, punteggio AUDIT (questionario per la rilevazione di un consumo problematico dell'alcol), tipo di diagnosi.

I dati sono stati inseriti all'interno di un programma denominato SPSS e successivamente sono stati elaborati, utilizzando le tabelle di contingenza e le frequenze.

## Campione

Il campione risulta composto da 406 utenti, dei quali 373 sono maschi e 33 femmine.

Il range di età va da 18 a 77 anni; la residenza varia dal territorio della AUSL di Ravenna (75,12%) a quello regionale (20,94%), a quello extra-regionale (2,71%).

Dei 406 soggetti 67 sono cittadini stranieri e 339 italiani.

La professione maggiormente rappresentata è quella degli operai (49,75%), seguita dai lavoratori autonomi (15,76%), impiegati (7,88%), autisti/camionisti (6,65%), pensionati (5,91%), dirigenti e studenti (5,42%), disoccupati (4,93%); il 3,69% è costituito da dati non disponibili.

La prevalenza assoluta del tipo di patente è la B (76,85%), seguono la C (9,61%), la D (2,96%), la E (5,17%) e un 4,19% di dati non disponibili.

Il veicolo guidato al momento della contestazione è l'auto nel 86,95% dei casi, la moto nel 4,19%, il camion nel 3,2%, altro nello 0,74%; infine il 4,93% dei casi è formato da dati non disponibili.

Al momento della violazione nel 70,2% dei casi è stato effettuato l'etilometro, nel 17,98% è stata rilevata l'alcolemia, nello 0,74% è stato svolto un rilevamento a vista; infine l'1,97% dei casi ha rifiutato di sottoporsi al controllo e il 9,11% dei casi è formato da dati non disponibili.

Il 28,08% dei soggetti presentava una precedente violazione dell'art. 186.

Ai fini della ricerca il tasso alcolemico è stato suddiviso in tre fasce:

- 0,50-0,80: 5,42%;
- 0,81-1,50: 21,43%;
- > 1,50: 58,62%;
- dato non disponibile: 14,53%.

Le bevande abusate al momento della violazione sono:

- solo vino: 24,38%;
- solo birra: 19,21%;
- solo superalcolici: 15,27%;
- associazione di più bevande: 37,44%;
- dato non disponibile: 3,69%.

Il luogo di consumo delle bevande è per il 48,77% associato al pasto (casa, ristorante), mentre per il 45,81% è consumato in bar, pub e quindi non direttamente associato al pasto.

Il 76,11% aveva consumato bevande alcoliche in compagnia, mentre il 17,49% è una percentuale importante di consumo solitario.

La frequenza di assunzione dichiarata è per l'80,3% occasionale e solo per 6,16% quotidiana.

Il 2,22% al momento della visita si è dichiarato astinente.

Il punteggio dell'AUDIT non è patologico (punteggio da 0 a 5) nell'85,47% dei casi, mentre solo nel 13,8% dei casi è risultato patologico.

Nel 17,24% del campione è stato possibile rilevare l'esistenza di problemi alcol correlati (PAC), mentre per il 74,88% si tratta di un uso non percepito come pericoloso per la guida; viene riferito infatti consumo occasionale o di quantità limitate ai pasti.

## Risultati

Nello studio un'alta percentuale del consumo (74,88%) viene definito "occasionale/continuativo" non eccedenti le tre unità alcoliche.

L'unità alcolica equivale a 12 g di alcol puro, che è la quantità contenuta in un bicchiere di vino a 12 gradi (125 ml) o un boccale di birra a 5 gradi (330 ml) o un aperitivo a 18/20 gradi (80 ml) o un superalcolico a 40/60 gradi (40 ml).

Questo dato evidenzia una scarsa consapevolezza dei rischi legati ad alcol e guida, gravemente sottovalutati se si considera che la guida è un'attività complessa, che richiede l'attivazione di diverse abilità contemporaneamente.

Per quanto riguarda la variabile "età": il dato è disponibile nel 85,2% dei casi, per un totale di 346 soggetti.

La fascia di età in cui maggiormente si è osservata la violazione è quella compresa fra i 25 e i 44 anni, con un totale di 217 infrazioni (62,7%); seguono la fascia compresa fra i 45 e i 54 anni (16,76%), quella compresa tra i 18 e i 24 anni (10,98%), quella tra i 55 e i 64 anni (6,9%), infine quella con età maggiore di 65 anni (2,02%).

È stata rilevata anche una correlazione significativa tra "età e alcolemia".

Nella fascia di alcolemia compresa tra 0,50 e 0,80 troviamo il 6,35% (22 soggetti) di infrazioni equamente distribuite tra le varie fasce d'età.

Nella fascia tra 0,81 e 1,50 vi sono il 25,14% (87) di infrazioni, di questi il 64% (56) appartiene alla classe d'età tra i 25 e i 44 anni.

I casi con alcolemia superiore a 1,51 sono il 68,49% (237): tra questi il 65,82% (156) ha un'età compresa tra 25 e 44 anni.

Anche tra le variabili "alcolemia e incidenti stradali" vi è una correlazione significativa: considerando che il dato è disponibile nell'80,8% del campione (328 soggetti) è stato rilevato che tra questi 328 il 39,3% (129) è stato coinvolto in un incidente e, tra questi, l'83,72% aveva un'alcolemia superiore a 1,50, il 13,93% un'alcolemia compresa fra 0,81 e 1,50, infine il 2,32% aveva un'alcolemia compresa fra 0,50 e 0,80.

Per quanto riguarda la variabile "tipo di patente" il dato è disponibile nell'81,8% dei casi (N = 332).

Di questi 263 (79,21%) hanno la patente B; l'11,14% (37) hanno la patente C; il 3,6% (12) hanno la patente D; il 5,42% (18) ha la patente E.

Effettuando una correlazione tra il tasso alcolemico e il tipo di patente risulta preponderante l'incidenza della patente B, che è prevalente in tutte e tre le fasce di alcolemia.

Da segnalare è la presenza di 33 casi (su 37) di titolari di patente C con alcolemia superiore a 0,80, la presenza di 11 titolari di patente E con alcolemia superiore a 1,51 (61,11%) e la presenza di 5 titolari di patente E con alcolemia tra 0,81 e 1,50 (27,77%).

Per quanto riguarda la relazione tra "professione" e "alcolemia" si rileva che su 335 soggetti per cui è disponibile il dato (82,5%) il 52,23% è rappresentato da operai (N = 175), il 16,1% è costituito dai liberi professionisti/lavoratori autonomi (N = 54), il 6,86% è formato da camionisti/autisti (N = 23), infine l'8,95% è rappresentato dagli impiegati (N = 30).

Il 21,73% dei camionisti/autisti presentava un'alcolemia tra 0,81 e 1,50, 15 (65,21%) presentava un'alcolemia superiore a 1,51.

Si segnala che, a fronte di 67 titolari di patenti superiori (C,D,E), coloro che dichiarano di utilizzare la patente per lavoro sono 23, quindi il 34,32%: questo si spiega con il fatto che non tutti coloro che sono in possesso di patente superiore in realtà la utilizzano.

Tra gli operai 118 persone (67,42%) presentava un'alcolemia superiore a 1,51, mentre il 27,42% presentava un'alcolemia tra 0,80 e 1,50.

Per quanto riguarda i liberi professionisti il 61,11% (N = 33) presentava un'alcolemia superiore a 1,51 e il 31,48% (N = 17) aveva un'alcolemia tra 0,81 e 1,50.

Nella categoria dirigenti si evidenzia che 7 soggetti su 10 presentavano un'alcolemia superiore a 1,51.

Infine il 93,33% dei disoccupati (14 su 15) presentava un'alcolemia superiore a 1,51.

## Conclusioni

Dalla ricerca è emerso che la maggioranza degli individui che ha violato l'art. 186 del C.d.S. è costituita da *uomini*, i quali sembrano essere meno consapevoli rispetto alle donne dei rischi ai quali sottopongono se stessi e gli altri mettendosi alla guida di un veicolo sotto l'effetto dell'alcol.

Il dato relativo all'età dimostra che la categoria più a rischio è la fascia compresa tra i 25 e i 44 anni, nella quale si posizionano i cosiddetti "bevitori sociali" che rappresentano un'alta percentuale di bevitori in Italia.

Da ciò ne consegue che il target per le campagne di prevenzione non può essere limitato ai giovanissimi, ma deve essere esteso a tutte le fasce d'età, con particolare attenzione a quella giovane-adulta (25-44 anni).

Considerando che gli adulti possiedono una struttura di personalità cristallizzata e quindi meno propensa al cambiamento, si può ipotizzare che tali campagne di prevenzione, per risultare efficaci, richiederanno molto tempo ed energie.

La categoria professionale più rappresentata nel campione della ricerca è quella degli operai tra cui il 67,42% aveva un tasso alcolemico elevato.

Si potrebbe ipotizzare che un lavoro manuale e ripetitivo sia un fattore di rischio rispetto alle modalità di assunzione di bevande alcoliche e alla presa di consapevolezza su come queste possono influenzare la guida.

In realtà osserviamo tassi alcolemici elevati anche tra i dirigenti. Ciò fa ipotizzare che un elevato titolo di studio e un buon livello culturale non siano da considerare un fattore protettivo nei confronti di un comportamento corretto alla guida, verosimilmente per la mancanza di cultura rispetto agli effetti dell'alcol e la conseguente sottovalutazione dei rischi.

Il 28,8% dei casi sono recidivi, cioè soggetti che avevano già violato l'art. 186 del C.d.S., risulta in contrasto con la frequenza di assunzione di alcolici dichiarata che è nell'80,3% dei casi "occasionale". Questo può essere dovuto ad una difficoltà, probabilmente molto diffusa nel nostro contesto socio-culturale, a riconoscere i rischi connessi all'assunzione di alcol prima di mettersi alla guida, oltre che ad una tendenza, altrettanto diffusa, a trasgredire le leggi.

Dalla ricerca è emerso inoltre che il 37,44% dei soggetti ha assunto *vari tipi di bevande alcoliche* e il 17,49% degli individui ha consumato le bevande da solo, questi sono dati interessanti dal punto di vista sociologico, in quanto fanno pensare alla presenza di un'alta percentuale di persone che presumibilmente ha un problema legato all'alcol ma non ne è consapevole (lo nega o lo sminuisce), attuando quindi dei comportamenti rischiosi.

Il fatto che l'abuso di alcol ed un tasso alcolemico superiore a 1,5 g/l sia correlato ad un rischio maggiore risulta confermato dall'elevato numero di soggetti che è stato coinvolto in incidenti stradali (39,3% dei casi).

Un altro risultato su cui è importante riflettere è quello riguardante i titolari di patenti superiori (C,D,E) i quali, pur utilizzando la patente come strumento di lavoro, evidenziano una scarsa percezione del rischio.

Concludendo sarebbe importante effettuare delle campagne di prevenzione, rivolte a tutti coloro che possiedono un veicolo, con l'obiettivo di fornire informazioni non solo sul codice della strada ma anche sul funzionamento del cervello, sul modo in cui le sostanze d'abuso influenzano le performances e sugli accorgimenti necessari per preservarne l'efficienza in caso di guida.



# Stress e Disadattamento lavorativo

Giuseppe Leocata\*

*“Tra le conquiste della civiltà, una delle più importanti è senza dubbio la trasformazione del significato del lavoro, che non è più una maledizione biblica, ma l’occasione per aumentare le proprie possibilità ed esperienze, le relazioni sociali e le capacità di incidere nel processo democratico”.*  
(Nicola Magnavita - Università Cattolica Sacro Cuore Roma)

## SUMMARY

■ *Italian regulations regarding workers’ health global protection have developed from 1942 Civil Code until Legislative Decree 81/08, which has acknowledged, with some limitations, 2002-2006 Community Strategy.*

*Work-related stress originates from the interaction between occupational and social context and worker’s skills. Company intervention should be global, top-down and should involve all the actors appointed to prevention, including the occupational health physician in his functions and mission.*

*Workplace bullying is another phenomenon of a distortion in company organization and is characterized by direct violence aimed at discriminating/marginalizing/excluding a person from an organization.*

*Insurance Agency recognizes a mobbing-related disease according to restrictive criteria related to: constraining organization, work content and context.*

*These themes are tricky and should be targeted with transparency and fairness, in order to avoid negative consequences for all social parts involved (public and private employers, managers, occupational health physicians, occupational safety managers, trade unions, workers, sanitary safety control agencies and lawyers). ■*

**Keywords:** *Regulations, Work-related stress, Workplace bullying, Insurance Agency, Social parts.*

**Parole chiave:** *Normative, Stress lavoro correlato, Mobbing, Ente Assicuratore Parti sociali.*

## Premessa

La dimensione del benessere organizzativo nell’ambiente di lavoro costituisce uno degli aspetti più interessanti nell’ambito delle problematiche della salute dell’uomo che lavora all’interno qualunque sistema organizzato e, possiamo dire, rappresenta l’espressione globale della protezione del lavoratore.

Nella seguente trattazione viene affrontata la tematica generale connessa con lo stress lavoro-correlato e il mobbing; vengono illustrate alcune problematiche giuridico-normative, il relativo approccio clinico nell’ottica della medicina del lavoro, della psichiatria e della medicina generale e alcune riflessioni circa il ruolo delle figure della prevenzione in ambito aziendale e anche alle altre figure/istituzioni che possono entrare in gioco nei singoli casi.

## La Normativa

Il punto di partenza nella trattazione degli aspetti normativi è il Codice Civile (R.D. n. 242/1942) all’art. 2087 obbligava l’im-

prenditore a adottare “le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l’esperienza e la tecnica, necessarie a tutelare l’integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro”.

Il principio, ancora oggi valido, ‘definisce i confini fondamentali dell’obbligazione di sicurezza e riconosce il diritto alla salute del lavoratore non solo sotto il profilo strettamente antinfortunistico ma anche per quanto riguarda il benessere all’interno dell’impresa’<sup>1</sup>.

‘La salute rappresenta un bene non solo del singolo lavoratore ma anche dell’intera collettività. Ogni qualvolta sono tenute condotte di segno negativo, consistenti nell’inosservanza degli enunciati principi, l’ordinamento reagisce prevedendo in capo al responsabile delle sanzioni penali di natura contravvenzionale nelle ipotesi di reati di pericolo – che sussistono quando non c’è lesione, come invece accade nei reati di danno, bensì solamente la “messa in pericolo” del bene protetto dalla norma – fino ad arrivare, nei casi di lesioni personali o omicidio, alle sanzioni previste per le ipotesi delittuose agli artt. 589 e 590 Codice Penale’<sup>2</sup>.

All’art. 2087 del Codice Civile fa esplicito riferimento la Costituzione della Repubblica Italiana (22.12.1947) e specificamente all’art. 41 comma 2 con l’affermazione che ‘l’iniziativa economica privata è libera e non può volgersi in contrasto con l’utilità sociale o in modo da recare danno alla sicurezza, alla libertà e alla dignità umana’.

\* *Medico del lavoro, Fondazione IRCCS Ca’ Granda - Ospedale Maggiore Policlinico Milano. Unità Operativa Medicina del Lavoro 2 - Responsabile Giovanni Costa. Centro Stress e Disadattamento Lavorativo.*

Successivamente, il DPR 1124/65 n. (Testo Unico per assicurazione obbligatoria contro infortuni e malattie su lavoro) in relazione alla fase storica esprime un orientamento legislativo di tipo punitivo (si vedano anche DPR 547/55 su prevenzione infortuni DPR 303/56 su igiene del lavoro), 'ossia l'idea di fondo che la spinta verso l'assolvimento degli obblighi di sicurezza sia possibile solo attraverso l'adeguatezza tecnica, sorretta da un sistema sanzionatorio di tipo penale con funzione deterrente; nessuno spazio reale viene riconosciuto all'importanza del fattore umano e alla collaborazione tra i diversi soggetti della prevenzione – Datore di Lavoro, Dirigente, Preposto, Lavoratore, ecc. – quali strumenti di prevenzione<sup>3</sup>.

Soltanto con l'art. 9 della L. 300/70 (Statuto dei lavoratori) 'per la prima volta viene previsto, sia pure genericamente e senza un adeguato supporto, un ruolo partecipativo ai lavoratori'<sup>4</sup>.

I lavoratori, tramite le loro rappresentanze, possono-devono "controllare l'applicazione delle norme per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e di promuovere la ricerca, l'elaborazione e l'attuazione di tutte le misure idonee a tutelare la loro salute e la loro integrità fisica".

Sempre negli anni '70, di grande portata è stata l'elaborazione di Gastone Marri e Ivar Oddone (CGIL e Università di Torino) in merito al cosiddetto 'Quarto gruppo dei fattori di rischio' comprendente 'ogni condizione di lavoro, diversa da lavoro fisico, capace di provocare effetti stancanti, es.: monotonia, ritmi eccessivi, saturazione dei tempi, ripetitività, ansia, responsabilità, posizioni di lavoro disagiati, ecc. ("effetti stancanti" non devono superare il limite rappresentato da possibilità per l'uomo di vivere una vita sociale completa dentro e fuori da luogo di lavoro, nel contesto temporale delle 24 ore, della settimana, dell'anno e dell'intera vita)'.  
Con il D.Lgs. 626/94 si apre, seppure ancora in modo generico, un nuovo approccio alla nozione di benessere lavorativo, attraverso l'inserimento del concetto della 'adeguatezza delle condizioni organizzative' e della valutazione di 'tutti i rischi' (in linea con una definizione dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro del 1986, 'rischi scaturenti dall'interazione di: contenuto del lavoro, gestione e organizzazione del lavoro, condizioni ambientali e organizzative, competenze ed esigenze dei lavoratori dipendenti e che possono arrecare danni fisici o psicologici in modo diretto o indiretto, attraverso l'esperienza di stress').

Con il D.Lgs. 626/94 si apre, seppure ancora in modo generico, un nuovo approccio alla nozione di benessere lavorativo, attraverso l'inserimento del concetto della 'adeguatezza delle condizioni organizzative' e della valutazione di 'tutti i rischi' (in linea con una definizione dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro del 1986, 'rischi scaturenti dall'interazione di: contenuto del lavoro, gestione e organizzazione del lavoro, condizioni ambientali e organizzative, competenze ed esigenze dei lavoratori dipendenti e che possono arrecare danni fisici o psicologici in modo diretto o indiretto, attraverso l'esperienza di stress').

*D.Lgs. 626/1994 - Misure generali di tutela (riprese da art. 15 del D.Lgs. 81/08)*

---

#### Art. 3 comma 1

- a) valutazione di tutti i rischi per la salute e la sicurezza;
- b) eliminazione/riduzione dei rischi in relazione alle conoscenze acquisite in base al progresso tecnico;
- d) programmazione delle misure di prevenzione integrando in esse anche condizioni tecniche produttive e organizzative;
- f) rispetto dei principi ergonomici;
- g) priorità delle misure collettive rispetto a quelle di protezione individuale.

#### Art. 4 comma 1

obbligatorietà della valutazione di tutti i rischi, con particolare attenzione ai gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari (lavoratori atipici, lavoratori con disabilità, donne in gravidanza).

#### Art. 15 comma 1

Valutazione dei rischi connessi direttamente all'organizzazione del lavoro e l'attenuazione del lavoro monotono e ripetitivo.

---

Si cita ancora una normativa con priorità 'commerciale' e non immediatamente di sicurezza del lavoro, il DPR 458/96 – recepimento della "Direttiva macchine"; questo in Allegato I paragrafo 1, punto 1.1.2. 'Requisiti essenziali di sicurezza e di salute relative alla progettazione e alla costruzione delle macchine e dei componenti di sicurezza' così recita in lettera d): "devono essere ridotti al minimo possibile, il disagio, la fatica e le tensioni psichiche (stress) dell'operatore tenuto conto dei principi dell'ergonomia".

I passaggi fondamentali in materia di stress lavoro correlato, comunque, sono da ricercare nelle seguenti normative europee recepite dal nostro Paese.

'La Strategia Comunitaria 2002-06' al punto '2.3. Trasformazioni nei rischi' affronta la problematica dei "Cambiamenti nella organizzazione del lavoro (modalità più flessibili di organizzazione orario di lavoro e gestione delle risorse umane più individuale / più orientata al risultato)" e afferma che questi "incidono profondamente su problemi salute sul luogo di lavoro o su benessere sul luogo di lavoro".

'L'Accordo quadro europeo sullo stress nei luoghi di lavoro' definisce lo 'Stress' come un "fattore correlato e interno alla dinamica dell'organizzazione".

"Lo Stress può colpire qualsiasi posto di lavoro e qualunque lavoratore, indipendentemente dalla grandezza dell'impresa, dal settore di attività o dal tipo di relazione contrattuale o di lavoro. Affrontare il problema dello stress da lavoro può portare a una maggiore efficienza e a una migliore salute e sicurezza sul lavoro, con conseguente beneficio economico e sociale per le imprese, per i lavoratori e per l'intera società".

"L'alto grado di assenteismo e di ricambio del personale, i frequenti conflitti interpersonali o le lamentele dei lavoratori sono alcuni dei segnali che possono indicare un problema di stress da lavoro. L'identificazione dell'esistenza di un problema di stress da lavoro può richiedere l'analisi di elementi quali l'organizzazione del lavoro e dei suoi processi (accordi sul tempo di lavoro, grado di autonomia, incontro tra capacità dei lavoratori e requisiti del lavoro, carico di lavoro, eccetera), le condizioni lavorative ed ambientali (esposizione a comportamenti offensivi, rumore, calore, sostanze pericolose, eccetera), la comunicazione (incertezza sulle aspettative del lavoro, prospettive occupazionali, cambiamenti futuri, eccetera) e fattori soggettivi (pressioni emotive e sociali, sensazione di inadeguatezza, percezione di mancanza di sostegno, ecc.)".

"La prevenzione, l'eliminazione o riduzione dei problemi derivanti dallo stress da lavoro può comprendere diverse misure. Queste possono essere collettive, individuali o entrambe. Possono essere introdotte nella forma di misure specifiche mirate a individuazione dei fattori di stress oppure come parte di una concreta politica sullo stress che preveda sia misure preventive che di risposta. I provvedimenti potrebbero includere, ad esempio: – misure di comunicazione e gestionali, come chiarire gli obiettivi dell'impresa ed il ruolo di ciascun lavoratore, assicurando l'adeguato sostegno manageriale agli individui e ai gruppi, coniugando responsabilità e controllo sul lavoro, migliorando l'organizzazione ed i processi lavorativi, le condizioni e l'ambiente di lavoro; – formazione dei Dirigenti, dei Preposti e dei Lavoratori per aumentare la consapevolezza e la comprensione dello stress, le sue possibili cause e il modo per affrontarlo e/o adattarsi al cambiamento; – dare informazioni e consultare i lavoratori e/o i loro rappresentanti secondo la legislazione dell'UE e nazionale, le pratiche e gli accordi collettivi".

In Italia, il D.Lgs. 81/08 e successive modifiche e integrazioni ha definito un livello di tutela più forte del benessere lavorativo.

La definizione di 'salute' ex 'art. 2 comma 1 lettera o) ("Stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non consistente solo in assenza di malattia o d'infermità") si raccorda con l'art. 2087 del Codice Civile e con gli indirizzi consolidati nella comunità scientifica.

Viene 'codificata' anche la nozione di responsabilità sociale delle imprese, ossia l'integrazione volontaria delle preoccupazioni sociali ed ecologiche delle aziende e delle organizzazioni nelle loro attività commerciali e nei loro rapporti con le parti interessate (art. 2, comma 1 lettera ff), che vede coinvolta direttamente anche la figura del Medico Competente (MC) chiamato a collaborare nelle attività di attuazione e di valorizzazione di programmi volontari di "promozione della salute" (art. 25 comma 1 lettera a) (misure a livello organizzativo, misure riguardanti l'ambiente e il clima lavorativo e Misure a livello dei singoli lavoratori).

Viene, inoltre, richiamato espressamente l'obbligo da parte del Datore di Lavoro di valutare anche i rischi collegati allo stress lavoro-correlato (art. 28 comma 1) con la collaborazione del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP), del MC e dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RRLS)<sup>5</sup>. In merito al ruolo e alla funzione da svolgere da parte del MC, la norma prevede che egli collabori alla predisposizione dell'attuazione delle misure per la tutela della salute e dell'integrità psico-fisica (benessere = anche assenza di disagio) dei lavoratori, "... per far sì che lavoratore non veda ridotto o compromesso proprio stato di salute generale per effetto e in conseguenza di svolgimento di attività lavorativa... e per... determinare, favorire, protrarre nel tempo condizione di equilibrio del rapporto tra stato di salute individuo lavoratore e ambiente in cui egli trascorre giornata lavorativa" (P. Soprani in "Ambiente & Sicurezza", n. 5/2000 - *Il Sole 24 Ore*); egli ha la 'responsabilità indiretta' in caso di conseguenze di un rischio in ambiente di lavoro ex art.40 comma 2 Codice di Procedura Penale in quanto "non impedire un evento che si ha obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo" (C. Parodi in "Ambiente & Sicurezza", n. 2/2002- *Il Sole 24 Ore*).

L'estensore della norma ha, però, affrontato la problematica di un rischio molto innovativo e controverso, come quello dello stress lavoro-correlato, riproponendo una impostazione imperativa della norma in quanto non ha individuato né i particolari contenuti del rischio da prendere in esame, né i criteri metodologici specifici in un titolo del D.Lgs. 81/08, come attuato per gli altri rischi.

## Lo Stress lavoro-correlato

Lo stress lavorativo rappresenta il prodotto dell'interazione dinamica fra la persona e il contesto organizzativo e sociale in cui questa lavora, costituendo la risultante di un rapporto (distorto) tra le sollecitazioni imposte dal compito/ruolo, nella loro accettazione più larga (chimico-fisiche, cognitive, emozionali, relazionali) e le capacità dell'operatore (in termini di "risposta" psicofisiologica, comportamentale, operativa) a farvi fronte.

Lo "stress lavorativo" si può quindi definire come "un insieme di reazioni fisiche ed emotive dannose che si manifesta quando le richieste poste dal lavoro non sono commisurate alle capacità, risorse o esigenze del lavoratore" (NIOSH 1999).

L'Agenzia Europea per la Salute e la Sicurezza sul Lavoro nel 2000 ha individuato le 'aree chiave' da indagare come pericoli (potenziali fattori di rischio) e i relativi esempi di condizioni di rischio.

### Contenuto del lavoro

<i>Aree chiave = pericoli</i>	<i>Esempi di condizioni di rischio</i>
<b>Ambiente e attrezzature di lavoro</b>	Problemi inerenti disponibilità, mantenimento, utilizzo e manutenzione/riparazione delle attrezzature di lavoro e degli ausili tecnici)
<b>Disegno del compito lavorativo</b>	Monotonia e ripetitività del lavoro Cicli di lavoro brevi Lavoro frammentato e senza scopo identificabile Sottoutilizzo delle attitudini e capacità individuali Incertezza
<b>Carichi e ritmi di lavoro</b>	Eccesso o difetto del carico psico-fisico Mancanza di controllo sui ritmi Tempo insufficiente per eseguire il lavoro
<b>Orario di lavoro</b>	Lavoro a turni Orari di lavoro senza flessibilità e pause Orari imprevedibili Orari di lavoro protratti

### Contesto del lavoro

<i>Aree chiave = pericoli</i>	<i>Esempi di condizioni di rischio</i>
<b>Organizzazione del lavoro</b>	Scarsa possibilità di comunicazione Bassi livelli di sostegno per la risoluzione dei problemi e crescita personale Mancanza di definizione degli obiettivi aziendali
<b>Ruolo nell'organizzazione</b>	Ambiguità o conflitto di ruolo Responsabilità
<b>Carriera</b>	Incertezza e immobilità di carriera o eccessiva mobilità Retribuzione bassa Precarietà nell'impiego Basso valore sociale attribuito ad attività svolta
<b>Controllo/ libertà decisionale</b>	Partecipazione ridotta ai processi decisionali Mancanza di controllo del lavoratore su attività svolta
<b>Rapporti interpersonali sul lavoro</b>	Isolamento fisico o sociale Rapporti limitati con i superiori Conflitti interpersonali Mancanza di supporto sociale
<b>Interfaccia casa-lavoro</b>	Richieste contrastanti tra casa e lavoro Scarso appoggio in ambito domestico Problemi di doppio lavoro

Una lettura sintetica, ma puntuale, dei possibili effetti dello stress organizzativo sulla persona che lavora può essere la seguente (Giuseppe Favretto - Dipartimento Psicologia Università Verona):

*Effetti psicosociali* - Deterioramento della qualità della vita relazionale sia in rapporto a gruppi primari (famiglia, amici, ecc.) sia rispetto ad altre occasioni più allargate di vita sociale.

*Effetti comportamentali* - Comportamenti autolesivi che persona individuo adotta come palliativo o compensativo a situazione di affettività negativa.

*Conversioni psicogene da stress* - Dovute a organizzazione del lavoro (= esiti di stress che si instaurano in situazioni di aumen-

to notevole della 'pressure' lavorativa, di bassa qualificazione, ecc., in risposta alle quali lavoratori manifestano distorsioni percettive, sensoriali e motorie).

*Effetti somatici e psicosomatici* - Alcuni e ben studiati effetti endocrini, immunologici e fisiologici e alcune reazioni emozionali, es. affettività negativa e percezioni di disagio fisico.

*Effetti organizzativi* - Assenteismo, abbattimento dei livelli di qualità servizio/prodotto, incrinamento del morale, aumento della conflittualità, scadimento relazioni interpersonali, ecc.

Per quel che riguarda l'approccio a livello aziendale, questo dovrebbe essere indirizzato a una logica di equità volta sia alla salute dei prestatori d'opera (qualunque sia il loro rapporto contrattuale e le loro condizioni psicofisiche – es. donne in gravidanza e maternità e lavoratori con disabilità) sia alla quantità e qualità di beni e servizi da produrre/erogare.

Le realtà produttive e di servizi pubbliche e private, seppur con delle specifiche e differenti peculiarità, possono essere colpite da fenomeni singoli o diffusi di 'stress lavoro-correlato' e con effetti sulle persone e sull'organizzazione anch'essi peculiari e che possono interessare non soltanto la base ma anche i vertici dell'organizzazione.

In genere, nella Pubblica Amministrazione, la forma mentis dei componenti del gruppo, a tutt'oggi, è ancora 'regolata' sulla 'stabilità/scarsa flessibilità dell'organizzazione e del singolo individuo; per tale ragione gli effetti delle disfunzioni organizzative incidono più pesantemente su queste organizzazioni rispetto alle imprese private, generalmente più flessibili ai diversi cambiamenti strutturali e organizzativi, in positivo e in negativo.

La strategia aziendale di intervento non dovrebbe prevedere una eccessiva delega all'esterno per la valutazione del rischio da stress lavoro-correlato.

È preferibile la costituzione di un gruppo interno, con il supporto di eventuali consulenti esterni 'qualificati', che operi con una delega forte del Datore di Lavoro e un approccio 'top-down' che investa i livelli collettivo e individuale, un flusso così definito costituisce senz'altro un valore aggiunto da verificare periodicamente.

Si raccomanda ai Datori di Lavoro, pertanto, di diffidare di 'pacchetti preconfezionati' e di 'questionari prefabbricati' e anche di 'figure professionali improvvisate'; è proficuo, piuttosto, il confronto con le figure interne ed esterne anzidette con un suo 'forte mandato' per incontrare le parti in gioco nel processo e con queste stabilire: contenuti, modi e tempi di azione e anche una successiva gestione condivisa e trasparente dei risultati della valutazione; non si ritiene opportuna l'assunzione diretta della valutazione del rischio da stress lavoro-correlato direttamente da parte del Datore di Lavoro, questa scelta può inficiare la valutazione e le relative conclusioni e conseguenze. Tutti loro sono chiamati a supportare l'azione preventiva aziendale in capo al Datore di Lavoro, in materia di 'stress lavoro-correlato' mediante un approccio di gruppo, in termini di valutazione del rischio per la collettività dei lavoratori e di individuazione delle possibili soluzioni da reperire con il supporto della direzione aziendale al fine di migliorare il clima organizzativo e la qualità del lavoro.

Nel contesto della valutazione di questo rischio, un ruolo di rilievo dovrebbe assumere, in prima istanza, il MC in relazione alla formazione 'umanistica' della quale dovrebbe essere in possesso; questa spesso presenta delle importanti lacune (che spetta a lui colmare con umanità, etica e professionalità) dal punto di vista degli aspetti culturali e gestionali dell'igiene e della sicurezza del lavoro, rispetto all'omologa figura tecnica dell'organigramma aziendale, l'RSPP.

Quest'ultima figura deve essere in possesso di requisiti, fra i quali: attitudini e capacità adeguate (ex art. 8 c2 D.Lgs. 626/94); sufficienti capacità organizzative, relazionali e amministrative, cioè capacità di programmare e pianificare gli obiettivi, di comunicare con i vari soggetti, di reperire, sviluppare, gestire e motivare le risorse umane, integrazione di queste capacità con competenze culturali volte a definire più in generale la prevenzione (conoscenza delle disposizioni di legge, della sicurezza sul lavoro, dell'organizzazione del lavoro, dell'ergonomia, ecc.); conoscenza organizzazione e governo complessivi e settoriali dell'Azienda.

Ai sensi del Decreto 23.06.03 n. 195, gli RSPP vengono ad assumere dei ruoli importanti, purtroppo non espressamente previsti per il MC: far percepire e comprendere il problema della sicurezza nella sua globalità; favorire la ricerca, all'interno dell'azienda, delle competenze necessarie per risolvere i problemi; favorire l'integrazione delle diverse competenze presenti in azienda; contribuire all'attivazione di un processo di crescita professionale dei soggetti coinvolti; favorire i processi di comunicazione per la prevenzione e la protezione dai rischi; coinvolgere il personale nelle attività organizzative e gestionali per la prevenzione e la protezione dai rischi; contribuire alla motivazione del personale

Egli ha, comunque, il ruolo insostituibile di effettuare la Sorveglianza Sanitaria (art. 41 del D.Lgs. 81/08 commi:

- a) nei casi previsti da normativa vigente, e
- b) qualora lavoratore ne faccia richiesta e la stessa sia ritenuta da lui correlata ai rischi lavorativi oggetto della valutazione dei rischi nell'impresa.

Queste affermazioni non devono portare il MC a svolgere soltanto la mera attività di 'visitatore' (magari poco preventiva), piuttosto egli deve acquisire sin dall'inizio della sua attività professionale e non perdere nel tempo la capacità del contatto umano (fisico e empatico) con il lavoratore e deve assumersi anche il delicato e complesso compito di individuare i segni e i sintomi psichici e psico-somatici correlabili/correlati al lavoro e anche di supportare il singolo e il gruppo di lavoratori al fine del mantenimento di condizioni lavorative umanamente dignitose e anche del posto di lavoro (se e per quanto possibile).

"L'arte medica ha invece riconosciuto che non si ottiene nulla di buono limitandosi a dire, convincere, ammonire, consigliare. Il medico vuole e deve conoscere i particolari e costituirsi una conoscenza autentica dell'inventario psichico del paziente..." - Carl Gustav Jung, "Presente e futuro", *Opere*, vol. X, Boringhieri, 1986. Non deve occuparsi, quindi, soltanto di rischi chimici, fisici e biologici ma deve diventare anche più gestionale e capace di rapportarsi con le altre figure della prevenzione aziendali sulle problematiche connesse alla valutazione di tutti i rischi, alla organizzazione del lavoro e ai sistemi di qualità.

## Il Mobbing

Altra fattispecie (anche dal punto di vista giuridico) di pericolo in ambiente di lavoro è costituita dal cosiddetto 'mobbing', violenza che sarà oggetto di specifiche e prossime normative europee e che il nostro paese dovrà recepire.

Essa è stata ben definita da Lino Greco, giuslavorista di Milano come una "aggressione sistematica posta in essere dal Datore di Lavoro o da un suo Preposto o superiore gerarchico, oppure anche da colleghi e compagni di lavoro, con chiari intenti discriminatori protesi a emarginare progressivamente nell'ambiente di

lavoro, per ragioni di concorrenza, gelosia, invidia e quant'altro di simile è possibile ipotizzare a causa dell'ambiente di lavoro e durante lo svolgimento dell'attività lavorativa.

Dall'aggressione patita scaturiscono sindromi, a volte gravi, di natura ansioso-depressiva i cui sviluppi ed effetti sono spesso imprevedibili e portano a conseguenze disastrose per la salute del soggetto (anoressia, bulimia, compromissione dei rapporti personali e familiari) con frequente rinuncia o perdita del posto di lavoro".

Il Giudice Fagnoli (in Sentenza del Tribunale di Como 27.09.02 Ric. Raimondo; Res. Agenzia delle Dogane - Direzione Regionale Lombardia) ha aggiunto che il mobbing è anche definibile come un insieme di atti che presi singolarmente sono apparentemente inoffensivi ma collettivamente mirano ad "emarginare un dipendente e ad espungerlo dall'azienda"; azioni e comportamenti formalmente leciti per i quali si richiede la prova che siano malvagi; le molestie morali sul lavoro sono state da lui definite come atti e comportamenti tutti illeciti di per sé anche presi singolarmente. Essi spesso possono costituire reato e richiedono la prova che essi siano illeciti".

La prova, ovvero la dimostrazione, di quelle che possono essere definite 'avversatività lavorative' sono a carico del lavoratore; qualora egli non sia in grado di fornire prove ritenute giuridicamente valida non può partire la tutela giudiziaria.

«Secondo gli insegnamenti della Suprema Corte di Cassazione, in generale, il mobbing si verifica allorché il Datore di Lavoro tiene una condotta sistematica e protratta nel tempo, che concreta, per le sue caratteristiche vessatorie, una lesione dell'integrità fisica e la personalità morale del prestatore di lavoro, garantite dall'art. 2087 del Codice Civile. Recentemente, la Suprema Corte ha precisato che in mancanza di una specifica normativa, il mobbing non può trovare una tutela penale; infatti, nel nostro codice penale nonostante "una delibera del Consiglio d'Europa del 2000 che vincolava tutti gli Stati membri a dotarsi di una normativa corrispondente, non c'è traccia di una specifica figura incriminatrice per contrastare tale pratica persecutoria definita mobbing. Sulla base del diritto positivo e dei dati fattuali acquisiti la via penale non appare praticabile" (Cassazione Penale Sezione VI, 26.06.09, n. 26594). Tuttavia, occorre anche osservare che esistono nel nostro sistema penale già una serie di reati nei quali possono essere ricomprese, di volta in volta, le più gravi condotte mobbizzanti come, ad esempio, maltrattamenti, ingiuria, diffamazione, lesioni, violenza privata, estorsione. In giurisprudenza italiana tutta la partita si gioca, quindi, in ambito civile e non penale a meno che non si imputi una persona fisica specifica»<sup>6</sup>.

## L'INAIL

*Tabella generale delle attività mobbizzanti (secondo Heinz Leymann) prese in considerazione da INAIL per riconoscimento di sospetta malattia professionale*

Effetti su possibilità della vittima di comunicare adeguatamente	La dirigenza non dà possibilità di comunicare, il lavoratore viene zittito, si fanno attacchi verbali riguardo le assegnazioni del lavoro, minacce verbali, espressioni verbali che respingono, ecc.
Effetti su possibilità della vittima di mantenere contatti sociali	I colleghi non comunicano affatto più con il lavoratore o la dirigenza proibisce esplicitamente di comunicare con lui, isolamento in una stanza lontano dagli altri, ecc.

Effetti su possibilità della vittima di mantenere sua reputazione personale	Mettere in giro voci sul conto della vittima, azioni di messa in ridicolo, derisione circa eventuale handicap o della appartenenza etnica o del modo muoversi o di comunicare, ecc.
Effetti su situazione professionale della vittima	Non viene assegnato alcun compito o solo dei compiti insignificanti, ecc.
Effetti su salute fisica della vittima	Si assegnano incarichi pericolosi di lavoro o si fanno minacce di lesioni fisiche, molestie sessuali, ecc.

L'Ente assicuratore, ai fini del riconoscimento di una malattia professionale correlata al mobbing, prende in considerazione i seguenti fattori:

### *Costrittività organizzativa*

Tutti gli atti e le azioni che comportano conseguenze chiare e rilevanti sulla posizione lavorativa e sulle possibilità di svolgimento del lavoro del soggetto coinvolto. Esempi di questo tipo di azioni sono (come da circolare Inail n. 71/2003):

- Marginalizzazione della attività lavorativa.
- Svuotamento delle mansioni.
- Mancata assegnazione dei compiti lavorativi, con inattività forzata.
- Mancata assegnazione degli strumenti di lavoro.
- Ripetuti trasferimenti ingiustificati.
- Prolungata attribuzione di compiti dequalificanti rispetto al profilo professionale posseduto.
- Prolungata attribuzione di compiti esorbitanti o eccessivi anche in relazione a eventuali condizioni di handicap psico-fisici.
- Impedimento sistematico e strutturale all'accesso a notizie.
- Inadeguatezza strutturale e sistematica delle informazioni inerenti l'ordinaria attività di lavoro.
- Esclusione reiterata del lavoratore rispetto ad iniziative formative, di riqualificazione e aggiornamento professionale.
- Esercizio esasperato ed eccessivo di forme di controllo.

Le azioni rientranti nella categoria della costrittività organizzativa coinvolgono direttamente e in modo esplicito l'organizzazione del lavoro, la posizione lavorativa, assumendo un rilievo dal punto di vista del riconoscimento della natura professionale del danno conseguente.

Più in dettaglio:

### *Contenuto del lavoro*

*Ambiente e strumenti/attrezzature di lavoro* (condizioni di discomfort in ambiente di lavoro, carenza/assenza di disponibilità e adeguatezza di strumenti/attrezzature e di ausili tecnici).

*Progettazione dei compiti* (basso valore del lavoro con marginalizzazione e svuotamento di questo, uso limitato delle attitudini e capacità del soggetto con dequalificazione dei compiti e del profilo professionale, monotonia e ripetitività del lavoro, incertezza e procedure inadeguate, sistematica/strutturale e ridotta/assente possibilità di apprendimento e di accesso a notizie e informazioni su ordinaria attività di lavoro/formazione/riqualificazione/aggiornamento professionale, domanda elevata di attenzione, richieste conflittuali, risorse insufficienti, condizioni di rischio).

*Carichi e ritmi di lavoro* (eccesso o difetto del carico psico-fisico anche in relazione a possibili menomazioni e/o inattività forzata, mancanza di controllo sui ritmi, mancanza di tempo per eseguire il lavoro).

*Orario di lavoro* (lavoro a turni e/o notturno, orario protratto e/o non prevedibile, distribuzione discriminatoria dei turni, spostamenti eccessivi e trasferimenti ingiustificati).

**Funzioni e cultura organizzativa** (stile molto gerarchico e con eccessive forme di controllo, cultura fondata su: paura/eccessiva competitività/intolleranza/discriminazione, regole etiche e di comportamento non ben definite, assenza di verifiche su codici di condotta, inadeguato controllo dei rischi lavorativi, obiettivi organizzativi poco chiari, scarso coinvolgimento in scelte aziendali, scarsa promozione del senso di appartenenza, incoerenza tra enunciati e prassi operativa aziendale, gerarchie poco chiare, scarso e/o poco positivo confronto da parte dei dirigenti, insufficiente scorrettezza organizzativa, inadeguato supporto a lavoratori, inadeguato stile di supervisione e meccanismi di controllo, scarsa valorizzazione delle risorse umane, scarsa trasparenza e equità in sistema di retribuzione, incertezza del sistema premiale/punitivo e mancanza di apprezzamento/ricompense).

#### Contesto del lavoro

**Ruolo dell'organizzazione** (ambiguità di ruolo, conflitto di ruolo, sovraccarico o insufficienza di ruolo, responsabilità per altre persone).  
**Progressione in carriera** (sicurezza del lavoro, obsolescenza, incongruenza di posizione, scarso valore sociale del lavoro, retribuzione bassa, demansionamento).

**Autonomia decisionale e controllo** (partecipazione ridotta ai processi decisionali specie con elevate responsabilità, mancanza di controllo su lavoro).

**Rapporti interpersonali sul lavoro** (isolamento fisico e sociale, rapporti limitati con i superiori, conflitti interpersonali, mancanza di supporto sociale, violenza sul lavoro, discriminazione apparentemente immotivata oppure per razza/religione/sex).

**Interfaccia casa-lavoro** (richieste contrastanti tra casa e lavoro, scarso appoggio in ambiente domestico, sindrome del tempo libero spreco).

Si illustra, di seguito la modalità di codifica della malattie professionali riconosciute dall'INAIL, in relazione al mobbing.

Codice amministrativo A:	99.0	Disturbo dell'adattamento cronico *
Codice di malattia M:	144	Disturbo post traumatico da stress **
Codice di agente causale	145	Da individuare in gruppo "Fattori psicologici" in relazione a costrittività organizzativa, ritenuta prevalente

\* È il manifestarsi di sintomi emotivi e comportamentali clinicamente significativi in risposta a uno o più fattori stressanti, identificabili e non estremi.

\*\* È la risposta ritardata o protratta a un evento fortemente stressante o a una situazione di natura altamente minacciosa o catastrofica, in grado di provocare diffuso malessere in quasi tutte le persone.

L'Ente assicuratore non riconosce le seguenti situazioni come malattie professionali correlate al mobbing: 'il Disturbo depressivo maggiore' e 'l'Episodio depressivo maggiore' conseguenti ad aversività lavorative e la Sindrome da burn-out'.

L'istituto, inoltre, non considera gli aspetti correlati ai conflitti in ambiente di lavoro tra la persona che esercita la violenza e la persona offesa e correlate alla intenzionalità delle azioni continue e finalizzate alla estromissione di quest'ultima dal lavoro.

Se, inoltre, la persona oggetto delle aversività lavorative ha 'esaurito tutte le energie' e si dimette volontariamente non può adire al risarcimento o, quantomeno, tale percorso è 'estremamente in salita'.

Problematico è, talvolta, pure l'intervento degli ispettori del lavoro INAIL nelle imprese, specie in riferimento alla esatta individuazione degli organigrammi aziendali (in particolar modo

della Pubblica Amministrazione) e alle figure da ascoltare in prima istanza circa gli eventi denunciati.

In merito alla denuncia delle malattie professionali certe e/o sospette si illustra la tabella delle 'malattie psichiche e psicosomatiche da disfunzioni organizzative sul lavoro' tratta dal Decreto 11.12.09 "Aggiornamento dell'elenco delle malattie professionali per le quali è obbligatoria la denuncia ai sensi e per gli effetti dell'art. 139 del testo unico approvato con DPR 30.06.1965 n. 1124 e s.m. e i."

#### Lista II - malattie la cui origine lavorativa è di limitata probabilità

##### Gruppo 7 - malattie psichiche e psicosomatiche da disfunzioni dell'organizzazione del lavoro

	Lavorazioni/ esposizione	Malattie	Codice identificativo
0	Disfunzioni della	Malattie psichiche	II.7.01 F43.2
1	organizzazione del lavoro (costrittività organizzative)*	e psicosomatiche Disturbo dell'adattamento cronico (con ansia, depressione, reazione mista, alterazione della condotta e/o della emotività, disturbi somatiformi)	
		Disturbo post-traumatico cronico da stress	II.7.01 F43.1

\*

- marginalizzazione dalla attività lavorativa, svuotamento delle mansioni, mancata assegnazione dei compiti lavorativi, con inattività forzata, mancata assegnazione;
- prolungata attribuzione di compiti dequalificanti o con eccessiva frammentazione esecutiva, rispetto al profilo professionale posseduto;
- prolungata attribuzione di compiti esorbitanti o eccessivi, anche in relazione ad eventuali condizioni di handicap psico-fisici;
- impedimento sistematico e strutturale all'accesso a notizie;
- inadeguatezza strutturale e sistematica delle informazioni inerenti l'ordinaria attività di lavoro;
- esclusione reiterata del lavoratore rispetto ad iniziative formative, di riqualificazione e aggiornamento professionale;
- esercizio esasperato ed eccessivo di forme di controllo;
- altre assimilabili.

Il 'Gruppo 7' è stato inserito nell'ambito della 'Lista II', tra le malattie la cui origine lavorativa è stata giudicata come di limitata probabilità; a maggior ragione, in tal caso, la persona che accusa una malattia psichica e psicosomatica da disfunzioni dell'organizzazione del lavoro dovrà reperire prove giuridicamente valide per confermare l'origine lavorativa della sua patologia-

## Le violenze sul lavoro

Nel mondo delle imprese, in genere le figure che si occupano di organizzazione e di gestione delle Risorse Umane sono generalmente in grado di affrontare le problematiche connesse con la poca competenza di un lavoratore o con il suo rendimento insufficiente ma quando si entra nel campo della sfera individuale e relazionale degli individui, nella dimensione psicologica dei rapporti di lavoro e bisogna prendere in considerazione il fattore umano si commettono anche grossi errori, nel migliore dei casi per poca conoscenza della problematica e del come affrontarla. Il punto di partenza delle molestie sul lavoro può essere individuato nei conflitti tra persone o nella disorganizzazione di un'azienda.

Quest'ultima è sempre fonte di stress, sia in caso di cattiva definizione dei ruoli (non si sa o non si capisce chi fa che cosa e/o chi è responsabile di che cosa) sia di un clima organizzativo instabile (figure dell'organigramma con qualifiche che possono essere revocate da un momento all'altro o che comunque variano molto spesso) sia in mancanza o carenza di confronto tra le persone interessate e di condivisione delle scelte per quanto organizzativamente possibile (ad es. per eccesso di gerarchizzazione in amministrazioni pesanti).

L'azienda in entrambi i casi deve intervenire; il conflitto degenera quando il sistema organizzato si rifiuta di occuparsene e quando non vuole e/o non riesce a trovare soluzioni dignitose e ad intervenire.

Non possono essere permessi e tollerati né tanto meno favoriti atteggiamenti/affermazioni come: "Siete grandi abbastanza per risolvere i vostri problemi da soli" e "Colpire sotto la cintura non solo è consigliato, ma ricompensato" (George Huang 1995 *Swimming with Sharks*).

Se in un dato momento qualcuno reagisce in maniera sana e responsabile il processo si può arrestare. Il rispetto della Persona Umana è prioritario e i Dirigenti, che ci siano o meno leggi specifiche, devono adottare tutte le misure necessarie per garantirlo; inoltre, anche gli attori sociali presenti nel luogo di lavoro e fuori da questo (compresi i sindacati) devono svolgere un ruolo costruttivo per affrontare queste problematiche nel pieno rispetto dell'Uomo persona umana.

La 'persona' non è solo un costo, ma soprattutto genera risultati se rispettata in quanto tale.

Il 'mobbing' può rappresentare apparentemente una scorciatoia per le imprese, ma in realtà innesca un contenzioso infinito e ingestibile; l'organizzazione deve governare il disagio e non lasciarsi trascinare nel baratro da questo.

I 'codici di condotta' vanno intesi come norme di comportamento (non giuridiche primarie e/o secondarie), ma non devono restare pezzi di carta chiusi in un cassetto e non rispettati.

Le 'regole' vanno definite, rispettate condivise, ma da sole non bastano (si vedano ad es. gli effetti incerti della patente a punti del Codice della Strada); è necessario e imprescindibile lavorare con l'uomo e per l'uomo e creare cultura basata sul rispetto e sulla solidarietà.

## Il gioco delle parti

Alla Medicina del Lavoro viene oggi richiesto sia un approccio di gruppo, finalizzato alla valutazione del rischio per la collettività dei lavoratori e della individuazione di possibili soluzioni con il supporto della direzione aziendale per migliorare il clima organizzativo e la qualità del lavoro, sia un approccio individuale, in termini di attenta sorveglianza sanitaria individuale.

A tale riguardo, la Medicina del Lavoro, coadiuvata dalla Psicologia e (qualora opportuno) anche da altre discipline mediche specialistiche, individua e valuta i disturbi e le patologie della sfera psichica e psico-somatica dei singoli soggetti (ad es. sindrome post-traumatica da stress, disturbo dell'adattamento cronico, burnout, sindrome da fatica cronica) e li può correlare a situazioni lavorative avversative o comunque critiche per il benessere lavorativo della persona, al fine di supportare il soggetto in un eventuale mantenimento al lavoro o in occasione di un nuovo inserimento lavorativo.

Il medico di medicina generale – per quanto nelle sue competenze e possibilità – ha il dovere etico e professionale di riuscire

a cogliere alcuni aspetti critici nella salute dell'assistito, agendo al fine di evitare che giunga a situazioni conclamate.

In relazione alle caratteristiche delle conseguenze delle criticità lavorative, egli cercherà non tanto di diagnosticare dei quadri di patologie ben definiti bensì di utilizzare le sue capacità cliniche per scoprire segni e sintomi che potrebbero apparire generici e aspecifici se non correlati a una causa specifica: il lavoro con le sue coordinate di 'contenuto' (ad es. carichi, ritmi e orari di lavoro) e di 'contesto' (ruolo/mansione/compiti, rapporti interpersonali sul lavoro e interferenze casa-lavoro).

Il medico di medicina generale che ben conosce il suo assistito cercherà di cogliere i seguenti aspetti in relazione a riferiti problemi sul lavoro: cambiamenti delle abitudini del soggetto (dieta, regolarità dei pasti, esercizio fisico, fumo, alcool, caffè); comparsa di disturbi sia organici a carico dei diversi organi e apparati sia psichici e/o neurologici e anche di sintomi particolari (astenia, disturbi del sonno, dell'umore e del comportamento, difficoltà attentive e mnestiche).

Per una diagnostica globale e di secondo livello, più mirata alle problematiche di Medicina del Lavoro e per l'individuazione del percorso più opportuno da seguire nel caso specifico, egli può avvalersi della collaborazione dei Centri Pubblici specializzati presenti sul territorio nazionale al fine di un più preciso inquadramento del caso sotto l'aspetto professionale, richiedendo gli accertamenti del caso secondo le modalità previste dalla struttura alla quale si fa riferimento ambulatoriale o in Day Hospital, qualora se ne ravvisi l'opportunità. In alcuni casi, inoltre, sarebbe opportuno il contatto diretto e una collaborazione tra il medico di medicina generale e i medici competenti aziendali per la gestione congiunta e più possibile condivisa del supporto del soggetto interessato nell'ambiente di vita e di lavoro.

Il medico del lavoro, in modo specifico, dovrà ricostruire la situazione occupazionale in relazione alle aversatività lavorative.

Il medico (del lavoro e/o curante), dal punto di vista clinico, deve poi raccogliere l'Anamnesi Patologica del soggetto, anche e se il caso con il supporto dello specialista psichiatra afferente a una struttura pubblica e/o privata accreditata (es. Centro Psico Sociale o Centro di Salute Mentale), e indagare sui seguenti aspetti.

---

*Patologie psichiatriche e neurologiche in atto e/o pregresse e relativi farmaci (specificare se attuali e/o pregressi e in particolare modo quelli neuro-psichiatrici: ansiolitici e antidepressivi, ecc.) – presenza di eventuali altri casi in famiglia; eventuali consumo di sostanze e fenomeni di dipendenza*

*Sintomi particolari (e da quanto tempo sono insorti)*

Astenia (già a risveglio e non giustificata da fatica/lavoro).

Disturbi del sonno (disturbato: sogni/pensieri sgradevoli/incubi, insonnia, risvegli improvvisi notturni e precoci).

Disturbi dell'umore (irritabilità, insofferenza, umore depresso e/o variabile-instabile, rabbia e irascibilità verso familiari/estranei/lavoro, sensazioni di impotenza e frustrazione, ansia e agitazione, atteggiamenti di chiusura, crisi di panico e di pianto, sensazione di fragilità, difficoltà a esprimersi verbalmente, claustrofobia/agorafobia, vissuti di abbandono e incapacità a prendere decisioni, vissuti persecutori e/o autolesivi, perdita di interessi e abulia, scarso livello di autostima, incapacità a svolgere compiti noti).

Disturbi psico-somatici (cefalea, tachicardia e cardiopalmo, ipertensione, ipersudorazione, nausea, conati di vomito, sincopi, sindromi vertiginose e disturbi dell'equilibrio, oppressione toracica, dispnea con crisi di fame d'aria, epigastralgie acute, bruxismo, disturbi degli organi di senso – ad es. strano sapore in bocca, strani odori, strani rumori o allucinazioni visive –, disturbi sessuali – calo del desiderio sessuale –, ecc.).

Altre aree coinvolte:

Identità (cambiamento del modo di reagire agli avvenimenti).

Memoria (insorgenza di difficoltà nella memoria a breve/lungo termine).

Attenzione (difficoltà a mantenerla in ciò che si sta ascoltando/facendo).

Lucidità e orientamento spazio-temporale e capacità critica e di giudizio della realtà.

Psicomotricità (lentezza nei movimenti).

Disturbi del sistema nervoso periferico (sensazione di avere le gambe pesanti/molli).

Le Amministrazioni (Pubbliche e Private) e i Datori di Lavoro devono agire e con atteggiamenti e comportamenti paritari.

Nel mondo del lavoro, inoltre, è interessante riflettere anche sui ruoli del MC presente in azienda, del RSPP, degli RRLS, dei Rappresentanti Sindacali e dei Lavoratori (colleghi di lavoro); questi, a seconda delle loro prerogative, devono farsi carico della problematica ed entrare nelle maglie della organizzazione del lavoro per la tutela dei lavoratori; mentre gli ultimi due, in specifico, dovrebbero mantenere un atteggiamento di supporto e solidale nei confronti dei lavoratori in difficoltà.

Il Sindacato, preferibilmente il provinciale (esterno all'impresa) deve essere in grado di gestire la problematica molto delicata, deve occuparsi della problematica con cognizione di causa e trasparenza e intervenire realmente nelle realtà individuate o in cui è richiesto, a sostegno dei lavoratori in difficoltà.

Gli Organismi di Vigilanza delle ASL dovrebbero fare rientrare sempre di più nel loro patrimonio culturale operativo la capacità di lettura delle diverse realtà lavorative e di intervento in queste anche in termini di organizzazione e di psicologia del lavoro, attuando procedure il più possibile condivise e non di polizia giudiziaria, che potrebbero non essere utili alla finalità; dovrebbero, poi, coordinarsi e convenire, il più possibile, su delle linee comuni nei singoli territori e a livello nazionale, innanzitutto ai fini di una lettura omogenea della realtà e anche dell'attuazione di scelte operative comuni.

I Centri Specialistici che seguono i casi clinici di 'sospetto stress occupazionale' devono gestire la problematica al loro interno in modo scientificamente rigoroso, attraverso la collaborazione paritetica dei medici del lavoro e degli psicologi e acquisendo abilità ed esperienza nella lettura delle diagnosi cliniche e psicodiagnostiche ma cercando contemporaneamente di contestualizzarle nelle specifiche e concrete realtà aziendali, al fine di esprimere dei giudizi ineccepibili.

Infine, i Legali che seguono i casi di 'stress occupazionale' dovrebbero raccordarsi ai detti Centri e consigliare in maniera oculata agli assistiti l'opportunità o meno di intraprendere nei confronti delle imprese azioni legali che potrebbero sovraesporre il lavoratore se intraprese con leggerezza.

Il passaggio successivo che essi devono curare è quello del 'tentativo di conciliazione', previsto dal Codice Civile, spesso disatteso o in occasione del quale le parti non si incontrano, andando a finire in giudizio.

Vanno, poi, informate esplicitamente le persone circa il fatto che il che i 'comportamenti avversativi in sé' sono difficili da eliminare, nonostante la sentenza del giudice al termine del processo possa essere favorevole al soggetto che le ha subiti; andrebbe consigliato, pertanto, al lavoratore di trasferirsi o di cercare di cambiare lavoro 'prima di avviare il procedimento giudiziario', non può ritornare nello stesso luogo di lavoro né dopo avere perso la causa né dopo avere vinto, in quanto l'ordinamento giuridico italiano non permette un secondo procedimento nello stesso luogo di lavoro e con le medesime motivazioni della causa precedente.

La strada della "Denuncia formale" andrebbe percorsa in caso di mancata soluzione della situazione critica e, dopo attente valutazioni, soltanto dopo il fallimento della 'Richiesta di convocazione formale della Commissione di Conciliazione - tentativo obbligatorio di conciliazione' ex art. 410 Codice Procedura Civile, così come modificato dal D.Lgs. 80/98.

Tutte le parti in gioco, infine, devono avere chiaro il fine a cui vogliono arrivare con gli specifici atteggiamenti e azioni che di volta in volta vengono intrapresi.

Andare in giudizio, anche al di là della conclusione del processo, è una sconfitta per tutti, per il lavoratore, per l'impresa e per la società e per il suo modello culturale, per coloro che ci sono oggi e per coloro che verranno.

In ogni caso, è la società nel suo complesso che deve farsi carico della complessa problematica umana e sociale in un'ottica supportiva e solidale.

Tollerare il male non è democrazia.

Un corpo (la società nel suo complesso e le imprese, in particolare) globalmente inteso è sano se tutte le sue membra sono considerate con pari dignità per raggiungere un fine, la produzione di beni e servizi nel rispetto del benessere dell'uomo che lavora per il benessere dell'impresa e della società nel suo complesso.

## Note

1. Mario Gallo in 'Il benessere lavorativo: evoluzione dell'atteggiamento del Legislatore' Atti Convegno: "Lavoro umano. Il benessere nei luoghi di lavoro" - Università Cattolica del Sacro Cuore - Roma 10.12.2009.

2. Vedi nota 1.

3. Vedi nota 1.

4. Vedi nota 1.

5. Vedi nota 1.

6. Vedi nota 1.



## Il Protocollo NOT

*Nadia Gadotti<sup>^</sup>, Barbara Fava\*, Maria Luisa Lunz\*, Laura Moratelli\*, Stefania Raito\*, Paola Sperandio\*, Mariangela Casagrande<sup>o</sup>*

### SUMMARY

■ *Since the late 90's, in the Province of Trento (Provincia di Trento), has been running a collaboration between Ser.T. and the Commissary of the Government (Commissariato del Governo) for the completion of procedures prescribed by the Republic Presidential Decree 309/90 and following amendments, with reference to the article 75. The operational protocol is here below presented in full details. ■*

**Keywords:** *article 75 DPR 309/90 ss.m; NOT group; protocol.*

**Parole chiave:** *art. 75 DPR 309/90 ss.m; gruppo NOT; protocollo.*

### Introduzione

Il "Gruppo Nucleo Operativo Tossicodipendenze" ("Gruppo NOT") opera presso gli uffici del Servizio Tossicodipendenze dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento e lavora in sinergia con l'Ufficio NOT del Commissariato del Governo di Trento.

È coordinato da uno psicologo e costituito da assistenti sociali ed amministrativi.

È nato in seguito all'emanazione del DPR 309/90 (Testo unico delle Leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza), con la convinzione che ci fosse la necessità di un intervento coordinato ed armonico delle diverse forze chiamate ad operare nel campo.

Da questa proficua collaborazione è nata poi l'esigenza di sottoscrivere un protocollo d'intesa per meglio definire i rispettivi ambiti d'intervento che qui di seguito prenderemo in esame.

Con l'articolo 75 del DPR 309/1990 fu assegnato ai Prefetti l'incarico di istruire un procedimento amministrativo per le persone segnalate dalle Forze dell'Ordine con un quantitativo di sostanza stupefacente destinato al consumo personale ("modica quantità per uso personale").

All'interno delle Prefetture si istituì un ufficio NOT, costituito da assistenti sociali che seguissero detti procedimenti amministrativi.

Per quanto riguarda la realtà locale, a Trento, nel 1997, a seguito di numerosi incontri tra detto Ufficio dislocato presso il Commissariato del Governo per la Provincia di Trento e il locale Ser.T., si elaborò un protocollo d'intesa con l'obiettivo di con-

cordare le modalità operative attraverso le quali realizzare gli adempimenti che la normativa prevedeva.

Nel corso degli anni tale strumento è stato più volte rivisto e aggiornato sia in base alle modifiche legislative che alle varie esigenze.

Pertanto come gruppo di lavoro "NOT" ci si è sempre organizzati in conseguenza alle disposizioni di Legge e l'operatività del gruppo è stata indirizzata affinché la Legge ed il principio di autodeterminazione del soggetto venissero entrambi interamente rispettati.

A questo scopo il "Gruppo di lavoro NOT" si riunisce mensilmente.

Tale momento costituisce strumento fondamentale di confronto, discussione e valutazione rispetto al processo attuativo dei compiti istituzionali, nonché momento di elaborazione dei fattori tecnici, emotivi e relazionali al fine di consolidare l'integrazione e la cultura d'equipe.

### Protocollo "Gruppo NOT"

#### *La normativa attuale*

Con la Legge n. 49 del febbraio 2006, sono stati introdotti significativi cambiamenti per chi opera nel "Gruppo NOT".

L'art. 121 del DPR 309/90, che definisce i criteri per la segnalazione ai Ser.T., rimane invariato (obbligo per il Ser.T. di convocare il soggetto segnalato e facoltà di risposta da parte del soggetto).

L'art. 75 del medesimo decreto (sospensione delle sanzioni amministrative in caso di volontaria adesione a programma terapeutico), invece, viene sostanzialmente modificato dalla nuova Legge. Esso prevede, infatti, che per il consumo personale siano sempre previste le sanzioni amministrative per un periodo non inferiore a un mese e non superiore a tre anni.

Viene altresì meno, perlomeno in prima istanza, la possibilità, precedentemente indicata dall'art. 75 del DPR 309/90, di accedere ad un programma terapeutico e socio-riabilitativo quale alternativa alle sanzioni medesime.

<sup>^</sup> Assistente sociale coordinatore presso l'Ufficio NOT del Commissariato del Governo di Trento.

\* Assistenti sociali collaboratori presso il Ser.T. dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento.

<sup>o</sup> Assistente amministrativo presso il Ser.T. dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento.

Lo stesso comma prevede tuttavia che, parallelamente all'irrogazione della o delle sanzioni, l'interessato, ricorrendone i presupposti, venga invitato a seguire un programma terapeutico personalizzato in relazione alle proprie specifiche esigenze.

Tale programma viene predisposto dal Ser.T. competente per territorio o dalle strutture private autorizzate ai sensi dell'articolo 116. La positiva adesione a tale programma, come disposto dal successivo comma 11, può comportare la revoca delle sanzioni.

A questo proposito si può osservare che il meccanismo previsto dalla norma riformata, a giudizio degli operatori, ha fatto sostanzialmente venir meno l'interesse per il consumatore segnalato di avvicinarsi ai Ser.T., con due ordini di conseguenze.

In alcuni contesti ha intaccato uno dei principali elementi motivanti l'impegno degli operatori sociali delle Prefetture e vanificato lo sforzo di trovare forme originali e costruttive di collaborazione tra NOT e Servizi del territorio, riducendo i contatti, soprattutto laddove già in precedenza non erano particolarmente significativi; altrove ha determinato l'elaborazione di procedure finalizzate a mantenere sostanzialmente in vita il profilo incentivante della minaccia della sanzione, rimandando la sua effettiva applicazione a fasi diverse rispetto al colloquio (unico) che sarebbe previsto dalla norma.

L'escamotage per mantenere in vita la gradualità precedentemente esistente tra invito ad entrare in contatto con i Servizi e sanzione consiste, ad esempio, nel posticipare il momento della decisione rispetto ai provvedimenti da prendere non assumendo decisioni in occasione del primo colloquio, bensì in occasione di un secondo colloquio che risulta essere quello "ufficiale".

Così di fatto l'intero procedimento è sospeso per dare la possibilità al soggetto segnalato di avviare e concludere il programma presso il Ser.T.

Senza dubbio sono cambiati i rapporti tra NOT e Ser.T.: l'applicazione dell'art. 75, nella sua versione originaria, aveva in molte aree portato all'attivazione di un lavoro di rete per il necessario raccordo tra operatori di diverse strutture.

Le modalità di relazione tra le due istituzioni sono state ridefinite a partire dal cambio di "direzionalità" nel rapporto tra il NOT ed i Servizi: prima della riforma il rapporto era diretto tra NOT che inviava e Ser.T. che accoglieva; ora il rapporto è tra persona segnalata e Servizi.

In questo quadro, laddove il confronto tra NOT e Ser.T. è continuato, la sensazione generale è quella di essere in presenza di un faticoso processo di aggiustamenti successivi, nel tentativo di non vanificare l'aspetto preventivo apparentemente sacrificato dalla riforma del 2006.

Affinché l'intero procedimento non sia troppo penalizzante, con conseguenze pesanti ad esempio nell'ambito lavorativo della persona, in Provincia di Trento, mettendo a frutto l'esperienza attuata in molti anni di collaborazione e progettualità partecipata, si è predisposto il suddetto protocollo operativo.

Ciò nel tentativo di aiutare ogni individuo, dando spazio alle diverse soggettività e al dialogo, a far vedere dove si trova e ad assumersi la responsabilità delle sue azioni, senza prendere decisioni per lui ma "accompagnandolo" piuttosto in un percorso evolutivo dove ognuno è protagonista ed ha delle personali esigenze.

Tutto questo nel rispetto dei principi base della libertà e della responsabilità che sono valori appartenenti al servizio sociale fin dalle sue origini.

## Riferimenti normativi

Si ritiene preliminarmente opportuno richiamare gli artt. di Legge e le specifiche circolari ministeriali direttamente connessi

alla formulazione e attuazione del presente protocollo, ovvero Legge 21 febbraio 2006, n. 49 e s.m., art. 75 e art. 121.

Si citano inoltre le circolari esplicative di riferimento: 5 luglio 1990 DR/1013/M/4(5) - 25 marzo 1991 DR/1012/M/4(5) - 22 maggio 1993 DCD II - A2/861 - 03 luglio 1995 circ. 58 M/29152/9 - 29 maggio 1997 circ. 39 M/29152/9 - 14 luglio 1997 circ. 56 M/29152/9 - 07 agosto 2006 circ. 30 M/29152-9.

## Colloquio ex art. 75 presso la Prefettura/Commissariato del Governo

A fronte di quanto stabilito per Legge si stabiliscono i criteri di priorità per la convocazione al colloquio presso il NOT:

Il Commissariato del Governo fissa la data del colloquio al NOT in relazione a criteri di priorità di seguito indicati:

- utenti minori;
- utenti segnalati per detenzione di sostanze di tipo eroina, cocaina, MDMA;
- utenti con più segnalazioni a carico;
- utenti con prima segnalazione di THC.

Attraverso il colloquio si tende alla determinazione nel soggetto di una svolta positiva nella propria esistenza favorendo un cammino di responsabilizzazione mediante la prospettazione di una sanzione e di una alternativa che si sostanzia nello svolgimento di un programma terapeutico, sempre nel rispetto della libertà di determinazione individuale.

Il procedimento, a seguito del colloquio presso l'Ufficio NOT della Prefettura, può avere i seguenti esiti:

1. l'interessato è invitato a non fare più uso di sostanze stupefacenti, in caso di particolare tenuità della violazione, e per una sola volta, "qualora ricorrano elementi tali da far presumere che la persona si asterrà per il futuro dal commettere nuovamente gli illeciti";
2. qualora ne ricorrano i presupposti l'interessato è invitato a seguire il programma terapeutico e socio-riabilitativo di cui all'art.122 del DPR 309/1990 e succ. mod.; il procedimento sanzionatorio è "sospeso" in attesa del programma terapeutico;
3. irrogazione delle sanzioni amministrative quali il ritiro o il divieto di conseguire i documenti amministrativi (porto d'armi, passaporto, patente di guida, permesso di soggiorno in caso di stranieri) per un periodo da 1 a 36 mesi.

## Procedure amministrative successive al colloquio

Le Procedure amministrative successive al colloquio prevedono:

- Nel caso in cui il colloquio di cui all'art. 75 si concluda con l'applicazione di sanzioni amministrative o con l'invito formale a non fare più uso di sostanze stupefacenti (ammonizione), il Commissariato del Governo procederà alla segnalazione ex art. 121 al Ser.T. competente che ha l'obbligo di proporre alla persona interessata un incontro di counseling (non obbligatorio per il segnalato).
- Nel caso in cui il colloquio si concluda con l'invito ad aderire ad un programma terapeutico e il soggetto intenda sottoporvisi, l'ufficio Assistenti Sociali del Gruppo NOT:
  - fisserà con l'interessato la data prevista per il colloquio di verifica (indicativamente dopo 4 mesi);
  - fornirà all'interessato "la Carta dei Servizi" del Ser.T. territorialmente competente con orari e informazioni utili all'espletamento di detto programma;

L'interessato entro 10 giorni dovrà contattare l'assistente sociale referente del Ser.T. per iniziare il programma terapeutico e sarà sua cura richiedere, in previsione del colloquio di verifica al NOT, al Ser.T. competente, relazione dettagliata, corredata dai risultati delle analisi, riguardante il programma terapeutico effettuato.

All'interno del Ser.T. è individuato un nucleo operativo a cui è demandata la definizione e la cura degli interventi previsti dagli articoli di Legge in esame.

Tale nucleo operativo è così organizzato:

- un operatore responsabile e coordinatore dell'intero gruppo operativo, con ulteriori competenze sia di "primo contatto" che di "referente" per i soggetti minorenni, con sede a Trento;
- operatori referenti per le singole sedi del Ser.T.: operatore equipe Trento Est, operatore equipe Trento Ovest, operatore Ser.T. di Rovereto, operatore Ser.T. di Riva Del Garda;
- un operatore con mansioni tecnico-amministrative per quanto di competenza.

Spetta all'operatore di "primo contatto", il complessivo coordinamento dell'attività procedurale prevista dalla normativa dal momento della segnalazione del soggetto trovato in possesso di sostanze stupefacenti, al termine della procedura stessa.

Nello specifico:

- fornire le informazioni richieste dal Commissariato del Governo, rispetto alla propria competenza territoriale (comma 10, art. 75).
- condurre il primo colloquio con le persone che a seguito di convocazione presso il Commissariato del Governo di Trento, o altra Prefettura sul territorio nazionale, richiedono volontariamente di aderire ad un programma terapeutico;
- definire in tale sede i contenuti e le modalità di massima che strutturano il programma personalizzato;
- accogliere l'utente e presentare alle altre figure professionali dell'equipe di competenza al fine della presa in carico al Servizio;
- provvedere ad eventuali modifiche del piano terapeutico concordato che si rendessero utili nel tempo;
- garantire un costante riferimento per gli eventuali altri colleghi individuati per lo svolgimento del programma anche per permettere nei limiti del possibile, una separazione fra la parte legale-amministrativa e quella più specificamente terapeutica dell'intervento;
- curare la redazione della relazione circa l'andamento del programma terapeutico avviato e, quando necessario, correlandola con le relazioni dei centri e delle strutture di cui all'art. 114 e 115 del DPR 309/90 e succ. mod.;
- organizzare la raccolta e conservazione degli atti nonché la loro predisposizione per finalità di analisi statistica.

Spetta all'operatore tecnico-amministrativo:

- gestione della parte burocratica-amministrativa rispetto alle convocazioni degli artt. 121;
- inserimento dei nominativi artt. 121 nella cartella clinica informatizzata.

Il programma terapeutico – nel rispetto della vigente normativa – è individualizzato, pertanto durata e contenuti dello stesso verranno concordati dagli operatori del Ser.T. con il paziente, in relazione ad ogni singolo caso.

Pare comunque opportuno individuare un soglia minima iniziale di durata del programma valida per tutti i segnalati.

Tale durata sarà indicativamente di quattro mesi e potrà essere variata in relazione all'andamento del programma.

Qualora il programma sia rivolto a soggetti che presentano un grave e protratto coinvolgimento con gli stupefacenti, tale da definire una situazione di marcata cronicità, ci si potrà orientare ad obiettivi di cura, non sempre e comunque di guarigione.

Anche in questo caso contenuti e tempi del programma dovranno essere concordati con l'interessato e comunicati al Commissariato del Governo o Prefettura competente.

Nel caso di programmi residenziali che prevedono lunghi tempi di permanenza (2-4 anni) sarà possibile, sentito il parere del responsabile della struttura terapeutica, acquisire come elemento valido per la positiva conclusione del programma terapeutico il raggiungimento di significativi obiettivi intermedi non necessariamente coincidenti con il termine della cosiddetta fase di "rientro".

Per una più coerente e lineare chiusura del programma terapeutico il decreto di revoca delle sanzioni amministrative per esito positivo del programma terapeutico viene inviato all'interessato e per conoscenza al Ser.T. competente.

### *Progetto "Laboratorio di ricerca – azione 6 + sei un giovane stupefacente"*

A partire dal mese di gennaio 2009 presso la sede Ser.T. di Trento, è iniziato in via sperimentale un progetto denominato "Laboratorio di ricerca – azione 6 + sei un giovane stupefacente" per i giovani di età compresa tra i 16 e i 24 anni, che in sede di colloquio presso il NOT vengono invitati a seguire il programma terapeutico e socio-riabilitativo ai sensi dell'art. 75 del DPR 309/1990 e successive modifiche.

Nel dettaglio, viene effettuato il primo colloquio presso il Ser.T. dall'assistente sociale referente del gruppo che valuta, anche in seguito ad un eventuale confronto con la propria equipe di riferimento, se proporre all'utente il programma "classico" oppure la partecipazione al gruppo "sei + 6".

Nel caso in cui si decida la partecipazione del ragazzo segnalato al gruppo, si invita l'interessato a prendere contatto con il medico per avviare il follow up tossicologico.

Quest'ultimo consiste nella ricerca delle principali sostanze d'abuso (eroina, cocaina, THC, MDMA, ecc.) attraverso sei test urine che devono essere effettuati presso il Laboratorio di Sanità Pubblica (LSP) a cadenza settimanale.

I cinque incontri di gruppo della durata di un'ora circa, vengono svolti settimanalmente.

Dopo gli incontri collettivi, viene fissato un colloquio individuale con l'assistente sociale referente, finalizzato alla restituzione di quanto emerso nell'attività del gruppo "6 + sei" e alla proposta di eventuali interventi terapeutici (es. invio allo psicologo, prosecuzione della valutazione, ecc.).

In sede di colloquio finale viene rilasciata inoltre la certificazione, corredata dall'esito degli esami tossicologici, riguardante il programma terapeutico effettuato.

Nel caso concreto del gruppo "sei + 6", i partecipanti sono giovani per la maggior parte socialmente inseriti, il cui rapporto con le sostanze stupefacenti può essere spesso diagnosticato come uso (e non come abuso o dipendenza) che avviene in contesti ludico ricreativi e magari è limitato al fine settimana.

Gli stessi ragazzi tendono a minimizzare il loro rapporto con le sostanze stupefacenti e a vivere come eccessive le conseguenze del fermo, ritenendo esagerato un invio al Servizio Tossicodipendenze.

Spesso gli stessi ragazzi dichiarano apertamente di aver aderito al programma riabilitativo al solo fine di evitare le sanzioni amministrative previste dalla legge.

## Conclusioni

Con l'art. 75 del DPR 309/90 e succ. mod. il legislatore intendeva disciplinare la detenzione di sostanze stupefacenti per uso personale cercando di conciliare una duplice necessità: da una parte l'esigenza di controllo di un comportamento illecito e socialmente non accettato, dall'altro l'esigenza di aiuto e di prevenzione nei confronti del consumatore.

In tale contesto normativo, l'operatore del Servizio Tossicodipendenze che incontra le persone segnalate ai sensi dell'art. 75 viene quindi potenzialmente rivestito di un duplice ruolo: quello del controllo e quello dell'aiuto.

Parliamo di "potenzialità" in quanto le persone che accedono al Servizio per ottemperare agli obblighi prefettizi giun-

gono al Ser.T. per ottenere "in cambio" la revoca delle sanzioni.

Da questo deriva la considerazione che spesso, nei casi in cui è assente una reale domanda di aiuto, si deve accettare di svolgere esclusivamente il ruolo del burocrate, adibito al controllo e al rispetto della normativa.

Come è possibile esercitare il proprio ruolo di terapeuta e quindi svolgere la funzione di aiuto in un contesto dove è carente o assente una soggettiva rappresentazione di problematicità, ma dove non si esclude comunque la presenza di situazioni in cui l'uso di sostanze stupefacenti sottende una sofferenza personale?

Questa è la domanda che ci accompagna, insieme alla continua riflessione rispetto alle attività.

## FeDerSerD/DALLE REGIONI

### FeDerSerD Lombardia

Audizione della III Commissione Sanità e Assistenza del Consiglio Regionale della Lombardia 8 settembre 2010 per l'esame della DGR n. IX/000165 del 30 giugno 2010 "Piano sociosanitario regionale della IX legislatura".

Una delegazione della Federazione, composta dal presidente nazionale Lucchini e dal presidente regionale Cozzolino ha illustrato ai Consiglieri regionali le proposte di FeDerSerD per migliorare il testo della proposta di PSSR.

Il corposo documento proposto da FeDerSerD (che si può consultare unitamente alla proposta di PSSR sul sito [www.feder-serd.it](http://www.feder-serd.it) in home page) tende a collocare correttamente l'attività

dei Dipartimenti delle Dipendenze e dei Servizi erogativi SerT e NOA nel contesto sociosanitario lombardo.

In particolare, richiamando le regole di sistema della Regione Lombardia, valorizza sia l'attività preventiva, sia di diagnosi e cura del servizio pubblico.

Ma in primo luogo vuole riaffermare la funzione di governance del sistema di intervento da parte del Dipartimento delle Dipendenze. Non mancano una decina di proposte puntuali di emendamenti al testo, così come alcune proposte di ampio respiro, come quella di promuovere come Regione un ampio percorso di consensus e infine di conferenza regionale di settore che permetta di riflettere seriamente e in modo partecipato su quali politiche siano utili per un intervento qualificato, specialistico, di reale interesse pubblico.

## RECENSIONE



Alfio Lucchini, Pietro Fausto D'Egidio  
(a cura di)

### CASI CLINICI DI TERAPIA CON METADONE

L'esperienza dei Servizi  
per le Dipendenze italiani

pp. 352, € 34,00

Cod. 231.1.48 (V)

Collana: Clinica delle dipendenze  
e dei comportamenti di abuso/Quaderni

Quello che emerge è una valorizzazione della ricca esperienza dei Servizi e dei Centri di cura, con analisi cliniche che tengono in considerazione anche le caratteristiche di personalità dei pazienti, il contesto sociale, la vulnerabilità genetica, la presenza di eventuali patologie pregresse o sopraggiunte.

La voglia di essere utili ai pazienti, di comprenderne i bisogni, di cercare percorsi condivisi è parte viva di molti scritti, accanto a quella intensa e fondamentale attenzione umana, che viene prima della scienza, ma che solo con gli strumenti scientificamente validati può trovare soddisfazione.

In quest'ottica il volume riporta il lavoro del comitato scientifico di validazione della Scala ODAS (Opiate Dosage Adequacy Scale), importante strumento per definire l'adeguatezza del dosaggio giornaliero di metadone nel contesto di un programma di mantenimento per il trattamento della dipendenza da oppiacei.

Il volume vuole essere uno strumento utile per i medici e gli operatori che vogliano riflettere sul lavoro clinico e per tutto il sistema di intervento sulle dipendenze.

*Alfio Lucchini*, medico psichiatra, dirige il Dipartimento delle Dipendenze della ASL Milano Due. È presidente nazionale di FeDerSerD.

*Pietro Fausto D'Egidio*, medico internista, dirige il Servizio delle Tossicodipendenze della ASL di Pescara. È segretario esecutivo nazionale di FeDerSerD.

## Ancora sul concetto di dipendenza

Henry Margaron\*

*Ringrazio gli amici di FeDerSerD per accogliermi nella stimolante discussione che avete aperto nella rivista Mission, sul concetto di dipendenza, per aggiungere a quelle di Edoardo Cozzolino e Raffaele Lovaste, alcune riflessioni personali.*

*Le considerazioni che mi accingo a fare richiederebbero sicuramente delle argomentazioni più articolate, tuttavia penso che possano essere sufficienti per lo meno a delineare un quadro definito dai recenti sviluppi delle neuroscienze, all'interno del quale tentare di interpretare la dipendenza.*

Le difficoltà nascono dall'idea che abbiamo del concetto di malattia che vogliamo attribuire alla dipendenza.

Affiancarlo a disturbi o alterazioni della cognizione, della memoria e della fruizione del piacere può essere fuorviante, se lascia intendere che il cervello sia dotato di strumenti di conoscenza per guidare l'uomo nel suo approccio al mondo, già più o meno pronti alla nascita e che aspetterebbero le sollecitazioni giuste per potere esprimersi.

La scienza ha giustamente riacusato le posizioni filosofiche o psicologiche che volevano, con mille sfumature, attribuirle a delle strutture metafisiche.

Volere così attribuirle a delle strutture cerebrali è un po' fare rientrare dalla finestra ciò che abbiamo fatto uscire dalla porta.

O riusciamo a trovare un modello che ci aiuta a comprendere l'ontogenesi partendo da ciò che sappiamo oggi dalla scienza, oppure dobbiamo attribuire una natura diversa, o delle capacità particolari a certe strutture cerebrali, quindi introdurre una nuova forma di dicotomia.

Le ultime scoperte delle neuroscienze e penso a Libet, Rizzolatti, Kandel, le dinamiche dell'epigenesi, che scombuscolano il nostro modo di comprendere il cervello ci spingono e ci aiutano a proporre un modello alternativo.

Come ricorda Michael Gazzaniga nel suo ultimo libro "Human, ciò che ci rende unici": *non crediamo forse tutti noi che non ci sia nulla di speciale in un neurone in sé, e che la magia speciale dell'essere umano emerga piuttosto nell'insieme delle connessioni?*

Se è così e non abbiamo motivo di dubitarne, ciò significa che dobbiamo abbandonare l'idea che all'interno del cervello possano esistere delle "strutture superiori".

È solo associando dei neuroni che possiamo produrre certi comportamenti o certe azioni alle quali, in funzione degli effetti prodotti su di noi o sugli altri, *attribuiamo* lo statuto di funzione superiore. In altre parole, il cervello non analizza, elabora, confronta, motiva, moralizza i nostri comportamenti... ma associa tra loro informazioni diverse.

Le informazioni che arrivano al cervello riguardano il mondo esterno attraverso gli organi di senso, le condizioni dell'organismo per vie neuronali e ematiche, e la posizione del corpo tramite le vie propriocettive, affinché possa modificare grazie alle vie motorie la posizione del corpo per stabilire sempre il migliore

equilibrio possibile con l'ambiente (naturale o sociale) in funzione delle condizioni dell'organismo e delle circostanze esterne.

Possiamo leggere l'evoluzione, non come l'attribuzione alle specie più evolute di strutture particolari, ma come la possibilità di associare in modo sempre più articolato e complesso le informazioni che provengono dal mondo esterno e dall'organismo.

L'organizzazione generale del cervello che Gerald Edelman definisce registro primario, è composto da tutta una serie di moduli (talamo, corteccia, lobo frontale, amigdala, ippocampo, cervelletto...) che consentono tali associazioni che ritroviamo, estremamente rudimentali, nelle attività riflesse del neonato.

Il problema diventa allora capire come i comportamenti stereotipati del neonato si trasformano in quelli finalizzati e sofisticati dell'adulto e nei ragionamenti astratti, i quali hanno tutti, comunque, per unico scopo di aiutare l'organismo a stabilire il migliore equilibrio possibile con l'ambiente che esso sia naturale o sociale.

Grazie alle dinamiche epigenetiche si moltiplicano le sinapsi per formare ciò che Edelman chiama *registro secondario* il quale dipende dall'attività della cellula e quindi dalle esperienze o dalla storia dell'individuo.

Poiché la sinaptogenesi è condizionata dalle esperienze vuole dire, in assenza di *strutture superiori*, che a guidarci è l'esempio dell'altro.

Non si tratta però di un processo passivo: il nucleus accumbens ha per funzione di riattivare le strategie avvertite più gratificanti per l'organismo sulla base della quantità di dopamina liberata. Poiché sappiamo che più un comportamento è gratificante, più viene ripetuto e più aumentano o si organizzano le connessioni per renderlo facile ed efficace, vuole dire che le nostre competenze si formano al contatto degli altri sulla base delle gratificazioni che ne riceviamo.

Ciò che viene riattivata dal nucleus accumbens è l'associazione (generalmente estremamente complessa ed articolata) che rispecchia a livello sinaptico l'esperienza vissuta (o anche solamente immaginata).

Secondo il terzo principio della teoria di selezione dei gruppi di neuroni, ogni elemento di una "mappa sinaptica" può attivare gli altri qualora venga sollecitato ma può anche essere associato, per analogia, con elementi di altre mappe neuronali e permettere delle soluzioni nuove sia per attivarle sia per pensarle.

Questo processo è chiamato memoria di lavoro che può essere procedurale (quando si applica alla realtà concreta o sensibile) o dichiarativa (quando si applica alle parole che la rappresentano).

Da queste troppo brevi considerazioni deriva che la dipendenza può essere considerata una malattia del cervello, ma intesa come una strutturazione del registro secondario indotta da caratteristiche innate e dalle esperienze, la quale condanna l'individuo a potere ottenere delle gratificazioni solo in alcune circostanze.

Droga può quindi essere qualsiasi sostanza che permette ad un individuo di affrontare delle situazioni che diversamente elude-

\* Direttore Dipartimento Dipendenze ASL Livorno.

rebbe e di ottenerne delle gratificazioni tanto più significative e quindi desiderate quanto più le altre esperienze ne sono prive. E ciò grazie al fatto che la sostanza migliora artificialmente le condizioni fisiologiche o le capacità dell'organismo quando deve svolgere certi compiti.

Un modello secondo cui un registro secondario già poco efficiente rinchioda l'individuo in un campo di esperienza ancora più stretto, rende meno misterioso lo strano rapporto tra dipendenza ed altre malattie mentali.

Al di là delle possibili alterazioni di alcune strutture del *registro primario*, la malattia mentale rappresenta comunque l'espressio-

ne delle difficoltà nel raggiungere un equilibrio soddisfacente tra l'organismo e l'ambiente.

Tali difficoltà possono spingere inizialmente a cercare aiuto nelle sostanze, così come gli effetti benefici delle droghe sulla relazione diventano così più significativi.

Naturalmente l'abitudine tossicomana può mascherare in principio delle difficoltà relazionali e prorogare l'esordio di una malattia mentale come afferma, per altro, la teoria del self medication di Khantzian. Quando la droga non riesce più nel suo ruolo di contenimento, le difficoltà appaiono tanto più drammatiche in quanto tutte le capacità alternative già precarie sono scomparse.

## FeDerSerD/DALLE REGIONI

### FeDerSerD Veneto

#### Nominato il consiglio direttivo e il comitato scientifico regionale

#### CONSIGLIO DIRETTIVO REGIONALE

##### Presidente

Felice Nava Medico Farmacologo - Dipartimento delle Dipendenze - Ser.T. di Castelfranco V.to (Treviso)

##### Segretario

Sonia Calzavara Psicopedagoga - U.F. Carcere, ULSS 16 di Padova

##### Consiglieri

Walter Andreatta Infermiere Professionale - Dipartimento delle Dipendenze - Ser.T. di Castelfranco V.to (Treviso)

Angelo Benvegnù Direttore CEIS di Mestre (Venezia)  
Cristina Biasin Medico Internista - Ser.T. di Zevio (Verona)

Mauro Cibin Medico Psichiatra - Direttore Dipartimento delle Dipendenze, ULSS 13 Dolo (Venezia)

Ezio Manzato Medico Psichiatra - Direttore Ser.T. di Zevio (Verona)

Marcello Mazzo Medico Psichiatra - Direttore Ser.T. di Rovigo

Santino Pantè Direttore Comunità San Francesco, Monselice (Padova)

Silvia Riondato Assistente Sociale - Ser.T. di Camposampiero (Padova)

Laura Suardi Medico Farmacologo - Dipartimento delle Dipendenze, ULSS 13 Dolo (Venezia)

Mariastella Zerman Infermiere Professionale - Ser.T. di Zevio (Verona)

#### COMITATO SCIENTIFICO

##### Coordinatore

Fabio Lugoboni Medico Internista - Responsabile Medicina delle Farmacotossicodipendenze, Ospedale Borgo Roma, Verona

##### Componenti

Giuseppina Cifelli Psicologa Psicoterapeuta - Ser.T. di Zevio (Verona)

Claudia Passudetti Psicologa Psicoterapeuta - Dipartimento delle Dipendenze, Ser.T. di Castelfranco V.to (Treviso)

## Euroconferenza

**Il test antidroga sul lavoro: una visione europea***Milano, sala congressi della Provincia, 17 e 18 giugno 2010***Risoluzione Finale**

Nei giorni 17/18 giugno 2010 si è tenuta a Milano l'Euroconferenza su "Il test antidroga sul lavoro: una visione europea" organizzata dall'Asl Milano Due e dalla Cooperativa di Studio e Ricerca Sociale Marcella Onlus, con il patrocinio della Commissione Europea, del Dipartimento Politiche Antidroga, della Regione Lombardia, della Provincia e Comune di Milano, della Simlil e dell'ANMA e con il contributo delle imprese: A2A, Abb, Alenia, Mapei, Sisme e delle organizzazioni sindacali Cgil-Cisl-Uil. Presenti autorità nazionali, regionali e locali ed i parlamentari europei on. Antonio Panzeri e Salvatore Iacolino.

All'evento hanno partecipato i rappresentanti dei seguenti paesi: Italia, Norvegia, Finlandia, Austria, Spagna, Germania, Gran Bretagna, Portogallo, Grecia, Cipro, Malta.

FeDerSerD ha curato la supervisione scientifica.

Al termine è stata presentata e discussa la sottostante risoluzione.

**Premessa**

I fenomeni di dipendenza patologica da sostanze sono diffusi nel mondo del lavoro. Essi si manifestano sotto forma di alcolismo, tossicodipendenza, abuso di psicofarmaci, di tabagismo, di gioco d'azzardo, di internet dipendenza ed anche di nuove droghe sintetiche. Questi fenomeni si manifestano a differenti livelli:

- sulle regole che governano le imprese;
- sui comportamenti individuali e di gruppo nei luoghi di lavoro;
- sul clima culturale dell'impresa;
- sui costi socio-economici.

Questi fenomeni producono perdita di giornate lavorative, aumento di infortuni e di assenteismo, richieste di trattamenti riabilitativi, riduzione della solidarietà, della cooperazione e del reciproco aiuto tra i lavoratori.

Conseguentemente, questi fenomeni si riflettono su tutti i costi dell'impresa e sono considerati un fattore di rischio per un ambiente di lavoro sano e sicuro.

**Prospettive strategiche**

**Considerato** che il test antidroga sul lavoro è un argomento complesso, non sempre regolato da leggi sovranazionali o nazionali.

**Osservato** che le basi legali, dove esistono, scaturiscono da interpretazioni di una combinazione di varie leggi nazionali, incluse quelle sul diritto del lavoro, la protezione dei dati e la salute e sicurezza sul lavoro.

**Valutato** che le imprese debbono avere una politica scritta sulla prevenzione delle dipendenze patologiche da sostanze e senza sostanze nei luoghi di lavoro rivolta alla totalità dei lavoratori e non solo a quelli che svolgono mansioni a rischio.

**Tenuto conto** che nel programma di lotta contro la droga della Unione Europea, il mondo del lavoro non è ancora identificato chiaramente come contesto specifico dove è possibile sviluppare programmi per ridurre e prevenire la domanda di droga.

**Preso atto** che l'uso di droga legale ed illegale è in aumento nel mondo del lavoro, aggravato dalla diffusione del gioco d'azzardo e della dipendenza da internet.

**Sottolineato** che la mancanza di un continuum nei programmi di prevenzione delle dipendenze da sostanze vanifica gli sforzi e rende incompiuta l'azione di prevenzione.

**Considerato** che esiste un bisogno di promuovere programmi di prevenzione strutturati ed a lungo termine verso il mondo del lavoro per contrastare la dipendenza da sostanze.

**Tenuto conto** che il progetto Euridice ed il know-how ad esso associato è stato implementato in molti degli Stati dell'Unione Europea e presentato al Parlamento Europeo a Bruxelles il 10 maggio 2007 con un apposito workshop.

**Considerate** le evidenze scientifiche proposte dalla società scientifica FeDerSerD nel seminario del 24 marzo 2010 a Bruxelles con la Commissione per le libertà civili, la giustizia e gli affari interni.

*Sulla base di quanto detto sopra e delle prospettive strategiche tracciate, questa Euroconferenza propone:*

- che venga costituito a livello europeo un gruppo di lavoro per un'analisi comparativa dello stato legale del drug test nei Paesi Membri e prepari le basi per una direttiva europea che armonizzi gli interventi in questo campo. Esso sarà composto dai rappresentanti dei 27 paesi che compongono l'Unione Europea, avrà come base operativa la Cooperativa di Studio e Ricerca Sociale Marcella Onlus in Italia ed opererà con la società scientifica FeDerSerD;
- che venga dato rilievo alla prevenzione della dipendenza da sostanze nel mondo del lavoro nella Strategia Europea contro la Droga (2005-2012) e nei suoi piani di azione;
- che venga lanciato un programma europeo di prevenzione delle dipendenze da sostanze nel mondo del lavoro utilizzando le infrastrutture di Euridice Network, di FeDerSerD e di altri network significativi per la sua implementazione.

**Tale proposta si basa su quanto previsto al punto w) della relazione recante una proposta di raccomandazione del Parlamento europeo destinata al Consiglio sulla strategia europea in materia di lotta contro la droga (2005-2012) (2004/2221(INI) elaborata dalla Commissione per le libertà civili, la giustizia e gli affari interni:**

- di raccomandare alle autorità nazionali, regionali e locali di inserire nella programmazione degli interventi socio-sanitari-educativi il mondo del lavoro come un contesto specifico dove è possibile sviluppare programmi di prevenzione delle dipendenze da sostanze;
- di stimolare le imprese pubbliche, le imprese private, le piccole e medie imprese in Italia ed in Europa a promuovere programmi di prevenzione delle dipendenze da sostanze e senza sostanze rivolte alla totalità dei lavoratori coinvolgendo in particolare la Confederazione europea dei sindacati (CES) e l'organizzazione internazionale del lavoro (ILO).

*Milano, 18 giugno 2010*

Cooperativa Marcella  
Via della Pace, 19 - 22070 Lurago Marinone (CO)  
tel. 031.938184/fax 031.937734  
info@coopmarcella.it, www.coopmarcella.it

FeDerSerD  
Federazione Italiana degli Operatori  
dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze  
Via Matteotti, 3 - 22066 Mariano Comense (CO)  
tel. 031.748814/fax 031.751525  
federserd@expoint.it, www.federserd.it











## III Congresso Regionale FederSerD Emilia Romagna

### Realtà e prospettive nei servizi per le dipendenze regionale

Mercoledì 17 novembre 2010 - Bologna  
Centro Convegni Centergross

#### PROGRAMMA

Ore 8.30  
Registrazione Partecipanti

Ore 9.30  
Saluti autorità

Ore 9.45  
**Introduzione al Congresso**  
**Maria Chiara Pieri**  
Presidente FeDerSerD Regione Emilia Romagna

Ore 10.00  
**SESSIONE I**  
Modera: **Raffaele Lovaste**

**Oltre la doppia diagnosi**  
**Angelo Fioritti**  
**Cura e prossimità nei Servizi per le Dipendenze**  
**Mila Ferri**

Ore 11.00  
Coffee Break

Ore 11.15  
**Tavola Rotonda**  
**La cronicità dei pazienti nei servizi per le dipendenze come elemento di cronicità**  
Moderano: **Alfio Lucchini - Maria Chiara Pieri**  
Sono stati invitati  
**Alessandro Dionigi** - Fict  
**Paolo Barboncini** - Primario Casa di Cura ai Colli - Bologna  
**Moreno Astorri** - Cnca  
**Monica Brandoli** - Comune di Bologna  
**Sergio Lo Giudice** - Responsabile Programma PD Bologna  
**Cristina Marri** - UDC  
**Daniele Gambini** - Coordinatore Area Dipendenze Patologiche del DSM-DP AUSL di Bologna  
**Antonio Mosti - Daniela Casalbani** - FeDerSerD Regione Emilia Romagna

Ore 13.00  
Lunch

Ore 14.00-16.30  
**SESSIONE II**  
**Esperienze territoriali**  
Moderano: **Roberta Balestra - Edoardo Polidori**

**Multiproblematicità e cronicità**  
**Uno studio su utenti dei Ser.T. di Bologna in trattamento socio educativo**  
**Maria Chiara Melloni - Marta Ardizzoni - Rita Bosi - Maria De Cecco**

**Guarire, curare e assistere:**  
**Un'esperienza nel territorio bolognese di integrazione tra pubblico e privato sociale**  
**Alda Fabbri - Amalia Innamorati - Moreno Astorri**

**Progetto Agape**  
**Alessandro Dionigi** - Ceis

**Rupe Arcoveggio: percorsi tra autonomia e territorio**  
**Danila Mongardi** - Cnca

**L'unità mobile**  
**Raffaella Campalastri**

**Discussione finale**

Ore 16.30  
Compilazione ECM e Chiusura lavori

Ore 17.00  
Assemblea regionale soci FeDerSerD

#### INFO

##### SEDE DEL CONGRESSO

Centro Congressi Hotel CenterGross - Via Saliceto, 8 - BOLOGNA

##### TARGET

150 professionisti dei servizi pubblici e del privato accreditato dei servizi delle dipendenze

##### CREDITI ECM

Il Congresso è stato accreditato per tutte le figure professionali operanti nei Ser.T. e nel privato accreditato: *medico (psichiatra, farmacologo e tossicologo, internista, medico di medicina generale), psicologo, infermiere professionale, educatore professionale, assistente sanitario*

##### QUOTE DI ISCRIZIONE

- Socio FeDerSerD Anno 2010 Non Laureato euro 25,00 + iva
  - Socio FeDerSerD Anno 2010 Laureato euro 40,00 + iva
  - Non laureato non socio FeDerSerD euro 40,00 + iva
  - Laureato non socio FeDerSerD euro 60,00 + iva
  - Partecipante non interessato a crediti ECM euro 30,00 + iva
- È possibile Iscrivarsi a FeDerSerD già per l'anno 2011 anche in occasione del Congresso e la partecipazione all'evento formativo è con la quota da Socio L'iscrizione al Convegno comprende:  
Kit congressuale - attestato di partecipazione - attestato ECM con assegnazione crediti formativi - coffee break e lunch

##### Modalità di iscrizione e pagamento

Inviare la scheda di iscrizione, compilata in tutte le sue parti e debitamente firmata con allegata copia dell'avvenuto pagamento, alla Segreteria Organizzativa del Congresso, per posta o via fax al numero 031 751525 entro **mercoledì 10 novembre 2010**.

- I pagamenti delle quote di partecipazione possono essere effettuati tramite:
  - assegno bancario (non trasferibile) intestato a Expo Point sas
  - bonifico bancario a favore di Expo Point sas - Segreteria FeDerSerD: cod. IBAN IT96 B056 9651 0900 0000 3270X63 Banca Popolare di Sondrio Agenzia di Carimate (Co) - cin B - abi 05696 - cab 51090
  - bollettino c/c postale n. 78452836 intestato a Expo Point sas - Via Matteotti, 3 - 22066 Mariano Comense (Co) con causale: **Congresso FeDerSerD Emilia Romagna 2010**
  - bonifico postale su n. 78452836 intestato a Expo Point sas - Via Matteotti, 3 - 22066 Mariano Comense (Co) - causale: **Congresso FeDerSerD Emilia Romagna 2010**
  - carta di credito - circuito: CartaSi - VISA - Eurocard - Mastercard (per il pagamento con carta di credito verrà addebitata una commissione del 3,5% sull'importo dovuto).

Il nome del partecipante e la causale (**Congresso FeDerSerD Emilia Romagna 2010**) devono essere chiaramente indicati sul trasferimento bancario o postale per permettere alla Segreteria Organizzativa di giustificare e registrare il pagamento. Non saranno accettate iscrizioni senza copia dell'avvenuto pagamento.

##### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

EXPO POINT - Organizzazione Congressi Eventi  
Via Matteotti, 3 - 22066 Mariano Comense - Co  
Telefono 031 748814 - Fax 031 751525  
e-mail [federserd@expopoint.it](mailto:federserd@expopoint.it)  
[www.federserd.it](http://www.federserd.it)

## Il Congresso FeDerSerD Abruzzo Marche Molise

### Il cambiamento nella marginalità del tossicodipendente e dei servizi

Venerdì 26 novembre 2010  
Villa Sabucchi - Pescara

Il congresso si propone di focalizzare la necessità di una attenzione costante al cambiamento nel sistema dei servizi. Cambiano i pazienti, c'è una evoluzione delle conoscenze e delle evidenze scientifiche, i servizi non possono offrire sempre gli stessi programmi di cura. È necessario sia valorizzare le esperienze che migliorarle ed ampliarle per questa necessità di adeguarsi ai nuovi bisogni.

Ore 8.30  
Registrazione Partecipanti

Ore 9.30  
Apertura Congresso  
Presiedono

**Pietro Fausto D'Egidio** Segretario Esecutivo Nazionale FeDerSerD  
**Giovanni Cordova** Presidente FeDerSerD Interregionale Abruzzo Marche Molise

Ore 10.00-13.00  
**SESSIONE I**

**Mariano Pedetti, Nicola Capraro**  
**Le nuove lezioni delle neuroscienze e le loro ricadute sulle terapie**

**Pietro Fausto D'Egidio, Gianna Sacchini**  
**La valutazione degli outcome come strumenti per un cambiamento efficace**

**Antonia Arganese, Nicoletta D'Aloisio**  
**I trattamenti residenziali e semiresidenziali tra la valorizzazione delle esperienze e il bisogno di cambiamento**

**Confronto/Dibattito**

Ore 13.00  
Lunch

Ore 14.30-17.30  
**SESSIONE II**

Ore 14.30  
Presentazione delle tematiche dei 4 gruppi di lavoro

**Giovanni Cordova, Giorgio Pennelli,**  
**La cultura del cambiamento: tra biologia, psicologia, sociologia e tanto altro**

**Cesare Di Carlo, Suor Carmela**  
**Epica della guarigione e etica della cura**

**Giuseppe Di Gimignani, Francesca Lucini**  
**Il Prometeo incatenato. Percorsi medici, psicologici, simbolici e comportamentali del cambiamento**

**Marco Quercia, Donato Di Pietropaolo**  
**"E adesso pover'uomo?" Ovvero: curare dopo la cura**

Ore 15.30  
Lavori di gruppo

Ore 16.30  
Restituzione Elaborati Gruppi di lavoro

Ore 17.30  
Compilazione Questionari di verifica ai fini ECM  
Chiusura Congresso

#### INFO

**SEDE DEL CONGRESSO**  
PESCARA - Villa Sabucchi - Viale Bovio

#### TARGET

150 professionisti dei servizi pubblici e del privato accreditato dei servizi delle dipendenze

#### CREDITI ECM

Il Congresso è stato accreditato per tutte le figure professionali operanti nei Ser.T e nel privato accreditato: *medico (psichiatra, farmacologo e tossicologo, internista, medico di medicina generale), psicologo, infermiere professionale, educatore professionale, assistente sanitario*

#### QUOTE DI ISCRIZIONE

- Socio FeDerSerD Anno 2010 Non Laureato euro 25,00 + iva
- Socio FeDerSerD Anno 2010 Laureato euro 35,00 + iva
- Non laureato non socio FeDerSerD euro 35,00 + iva
- Laureato non socio FeDerSerD euro 55,00 + iva
- Partecipante non interessato a crediti ECM euro 25,00 + iva

È possibile Iscrivere a FeDerSerD già per l'anno 2011 anche in occasione del Congresso e la partecipazione all'evento formativo è con la quota da Socio. L'iscrizione al Congresso comprende:  
Kit congressuale - attestato di partecipazione - attestato ECM con assegnazione crediti formativi - lunch

#### Modalità di iscrizione e pagamento

Inviare la scheda di iscrizione, compilata in tutte le sue parti e debitamente firmata con allegata copia dell'avvenuto pagamento, alla Segreteria Organizzativa del Congresso, per posta o via fax al numero 031 751525 entro **martedì 16 novembre 2010**.

I pagamenti delle quote di partecipazione possono essere effettuati tramite:

- assegno bancario (non trasferibile) intestato a Expo Point sas
- bonifico bancario a favore di Expo Point sas - Segreteria FeDerSerD: cod. IBAN IT96 B056 9651 0900 0000 3270X63 Banca Popolare di Sondrio Agenzia di Carimate (Co) - cin B - abi 05696 - cab 51090
- bollettino c/c postale n. 78452836 intestato a Expo Point sas - Via Matteotti, 3 - 22066 Mariano Comense (Co) con causale: **Congresso FeDerSerD Pescara 2010**
- bonifico postale su n. 78452836 intestato a Expo Point sas - Via Matteotti, 3 - 22066 Mariano Comense (Co) - causale: **Congresso FeDerSerD Pescara 2010**
- carta di credito - circuito: CartaSì - VISA - Eurocard - Mastercard (per il pagamento con carta di credito verrà addebitata una commissione del 3,5% sull'importo dovuto).

Il nome del partecipante e la causale (**Congresso FeDerSerD Pescara 2010**) devono essere chiaramente indicati sul trasferimento bancario o postale per permettere alla Segreteria Organizzativa di giustificare e registrare il pagamento. Non saranno accettate iscrizioni senza copia dell'avvenuto pagamento.

#### SEGRETARIA ORGANIZZATIVA

EXPO POINT - Organizzazione Congressi Eventi  
Via Matteotti, 3 - 22066 Mariano Comense - Co  
Telefono 031 748814 - Fax 031 751525  
e-mail federserd@expopoint.it  
www.federserd.it

# Lista "Scienza e società" Comitato Direttivo Nazionale FeDerSerD (2010/2013)

**Alfio Lucchini**, Milano, psichiatra, **presidente**  
**Guido Faillace**, Trapani, psichiatra, **vicepresidente**  
**Pietro Fausto D'Egidio**, Pescara, internista, **segretario esecutivo**

**Giancarlo Ardisson**, Imperia, psichiatra  
**Francesco Auriemma**, Napoli, psichiatra  
**Roberta Balestra**, Trieste, psichiatra  
**Giuseppe Barletta**, Roma, psichiatra  
**Emanuele Bignamini**, Torino, psichiatra  
**Claudia Carnino**, Torino, educatrice professionale  
**Francesco Castracane**, Roma, educatore professionale  
**Gianni Cordova**, Pescara, direttore di comunità  
**Edoardo Cozzolino**, Milano, internista  
**Antonio d'Amore**, Caserta, internista

**Adele Di Stefano**, Roma, psicologa  
**Francesco De Matteis**, Reggio Calabria, psichiatra  
**Donato Donnoli**, Potenza, farmacologo clinico  
**Maurizio D'Orsi**, Caserta, internista  
**Maurizio Fea**, Pavia, psichiatra  
**Michele Ferdico**, Agrigento, psichiatra  
**Bernardo Grande**, Catanzaro, sociologo  
**Claudio Leonardi**, Roma, internista  
**Raffaele Lovaste**, Trento, internista  
**Fernanda Magnelli**, Cosenza, internista  
**Ezio Manzato**, Verona, psichiatra  
**Vincenzo Marino**, Varese, psichiatra  
**Antonio Mosti**, Piacenza, psichiatra  
**Felice Nava**, Treviso, farmacologo clinico  
**Maria Chiara Pieri**, Bologna, internista  
**Roberto Pirastu**, Carbonia - Iglesias, psichiatra  
**Gianna Sacchini**, Ascoli - Fermo, psicologa  
**Giorgio Serio**, Palermo, psichiatra

**Vincenzo Simeone**, Taranto, psichiatra  
**Lorenzo Somaini**, Biella, farmacologo clinico  
**Cristina Stanic**, Trieste, infermiera professionale  
**Franco Zuin**, Milano, assistente sociale  
**Giovanni Villani**, Foggia, criminologo clinico

**Alessandro Coacci**, Grosseto, chirurgo, past president, membro di diritto

*I sottoscrittori della lista*

**31 agosto 2010**

*Questa lista, debitamente sottoscritta da oltre 50 soci, è la sola pervenuta nei termini previsti dal regolamento alla segreteria nazionale e sottoposta alla commissione elettorale nazionale.*



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 Ardisson, Giuseppe Barletta, Marcellina Bianco, Claudia Carnino, Antonio d'Amore, Donato di Pietropaolo, Donato Donnoli, Maurizio D'Orsi, Maurizio Fea, Michele Ferdico, Bernardo Grande, Fernanda Magnelli, Ezio Manzato, Vincenzo Marino, Antonio Mosti, Felice Nava, Roberto Pirastu, Gianna Sacchini, Giorgio Serio, Franco Zuin

**Direttivo Nazionale (membri di diritto)**

Alessandro Coacci (past-president)  
Giovanni Villani, Edoardo Cozzolino, Maria Grazia Pieri, Giovanni Cordova, Francesco De Matteis

**Comitato Scientifico Nazionale**

Felice Nava (direttore)  
Gianna Sacchini e Michele Ferdico (vicedirettori)  
Daniele La Barbera, Daniele Piomelli,  
Giorgio Barbarini, Lorenzo Somaini, Vincenzo Caretti

**RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"**

Il versamento della quota associativa, pari a € 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 2010 - RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"**

Da trasmettere per posta a Expo Point - via Matteotti, 3 - Mariano Comense (Co)  
o tramite fax al numero 031/751525 o per e-mail federserd@expopoint.it

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
 NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_  
 INDIRIZZO (personale) \_\_\_\_\_  
 CITTÀ \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_  
 E-MAIL (per invio news e comunicazioni) \_\_\_\_\_  
 TITOLO DI STUDIO \_\_\_\_\_  
 DATA CONSEGUIMENTO TITOLO DI STUDIO \_\_\_\_\_  
 SPECIALIZZAZIONE \_\_\_\_\_  
 POSIZIONE PROFESSIONALE ATTUALE \_\_\_\_\_  
 INDIRIZZO (lavorativo) \_\_\_\_\_  
 TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_  
 PUBBLICAZIONI / ESPERIENZE CURRICOLARI DA SEGNALARE / PROGETTI SCIENTIFICI  
 IN CORSO / AREE DI INTERESSE SCIENTIFICO / INTERESSI CULTURALI

**Chiedo**

- Di essere iscritto in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2011
  - Di rinnovare l'iscrizione in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2011
- a **FeDerSerD - Federazione degli Operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze**

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_