

FeDerSerD

informa

n 23

giugno 2014

**Lavori pervenuti per la sessione congressuale
"Percorsi di cura e sviluppo della rete territoriale"**

Congresso Tematico Nazionale
VIII Congresso Regionale FeDerSerD Lombardia

**LA PERSONA CON
PROBLEMATICHE DI ABUSO
O DIPENDENZA**

*Prospettive di intervento tra rete
dei servizi, strategie di trattamento,
esigibilità e disponibilità delle cure*

Centro Congressi Hotel Michelangelo
Milano 5-6 Giugno 2014

indice

1. **COMUNITÀ FEMMINILE PER PAZIENTI IN DOPPIA DIAGNOSI: UNA "RESIDENZA PROTETTA" PER LA CURA DI DONNE VITTIME DI ABUSI SESSUALI. RIFLESSIONI CLINICHE, DIFFICOLTÀ DI TRATTAMENTO ED IPOTESI DI INTERVENTO PRESSO LA COMUNITÀ TERAPEUTICA "FERMATA D'AUTOBUS"**
di Davide Elos e Maria Giovanna Urgo
2. **DIAGNOSI PRECOCE AREA TOSSICO/ALCOL DIPENDENZA**
di Paola Coppin, Tiziana Antonini, Daniela Gavarini, Antonella Possi, Francesca Sassella
3. **PROTOCOLLO OPERATIVO PER PAZIENTI CANDIDABILI AL TRAPIANTO DI FEGATO TRA DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE DELL'ASL DI BERGAMO, USC GASTROENTEROLOGIA E U.S.S.D. PSICHIATRIA DI CONSULTAZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA PAPA GIOVANNI XXIII DI BERGAMO**
di Paolo Donadoni, Fabrizio Cheli, Valeria Iniziatto, Nicoletta Zambetti, Ugo Calzolari, Mirella Fusini, Massimo Corti, Patrizia Drago, Marco Riglietta
4. **PROGETTARE UNA RETE TERRITORIALE: ESPERIENZA DI COLLABORAZIONE TRA MEDICI DEL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE ED IL DIPARTIMENTO DIPENDENZE DELL'ASL DI BERGAMO**
di Mirella Fusini, Elisabetta Bussi Roncalini, Valeria Iniziatto, Roberta Mangili, Paola Banalotti, Grazia Carbone, Fabrizio Cheli, Elvira Beato, Marco Riglietta
5. **LA FIGURA DELL'OSTETRICA NELLA PREVENZIONE DEL TABAGISMO IN GRAVIDANZA: L'ESPERIENZA DI COSTRUZIONE DI UNA RETE TERRITORIALE MULTI PROFESSIONALE**
di Belli Laura, Berardi Rosi, Marradi Mariagloria, Nardi Elena, Giovanni Mattiolo, Marco Gabbiano, Patrizia Gai, Manfredi Antonella
6. **IL RAPPORTO TERAPEUTICO CON I FAMILIARI DEGLI ABUSATORI DI SOSTANZE**
di Antonino Riolo, Francesca Laterza
7. **ADOLESCENTI "FREQUENT ATTENDERS" IN PRONTO SOCCORSO: INTERVENTO TRA RETE DEI SERVIZI E STRATEGIE DI TRATTAMENTO. L'ESPERIENZA PAVESE**
di Brigada R., Perotti P., Verri A., Panzarasa A, Basti S., Bosi E., Foppiani C., Belfiore G., Di Biagio P., San Bartolomeo P., Favini P, Mauri A.
8. **IL GRUPPO MOTIVAZIONALE COCAINA**
di Alessandro Orsetti, Debora Venè, Adriana Iozzi, Alessia De Leo
9. **I GRUPPI MOTIVAZIONALI NEL PERCORSO INTEGRATO PER IL RECUPERO DAL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO**
di Fusi Ginetta, Concetta Conace, Francesca Ferrini, Adriana Iozzi, Alessandro Orsetti, Rosanna Scopetani, Cristina Tanzi, Debora Venè

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

Supplemento
al N. 40 - maggio 2014
anno XI-IV trim.
Proprietà: FeDerSerD
Sede legale
Via Giotto 3,
20144 Milano

Comitato di Direzione
Direttivo nazionale
FeDerSerD

Direttore scientifico
Alfio Lucchini

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

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

Direttore responsabile:
Stefano Angeli

Copyright by
FrancoAngeli s.r.l.
Milano

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

Edizione fuori commercio

1

COMUNITÀ FEMMINILE PER PAZIENTI IN DOPPIA DIAGNOSI: UNA "RESIDENZA PROTETTA" PER LA CURA DI DONNE VITTIME DI ABUSI SESSUALI. RIFLESSIONI CLINICHE, DIFFICOLTÀ DI TRATTAMENTO ED IPOTESI DI INTERVENTO PRESSO LA COMUNITÀ TERAPEUTICA "FERMATA D'AUTO"

di **Davide Elos e Maria Giovanna Urgo**
Psicologi, Psicoterapeuti
Fermata d'Autobus O.N.L.U.S.

OBIETTIVI

Si tratta dell'esperienza clinica effettuata presso la Comunità Fermata d'Autobus con pazienti donne in doppia diagnosi che presentano trascorsi di abuso sessuale.

Viene effettuata una disamina delle caratteristiche che si riscontrano nel profilo di personalità di queste pazienti e che rendono difficoltoso il lavoro terapeutico con loro.

METODI

Si pone l'attenzione sulla tendenza delle pazienti a riprodurre gli scenari abusanti nelle loro relazioni affettive con l'intento illusorio di riuscire a padroneggiarli o di trovare, attraverso la sessualizzazione delle relazioni interpersonali, un rimedio alla propria sofferenza psichica.

Si discute di come tale ripetizione renda difficile il lavoro terapeutico con queste donne in strutture residenziali miste, in quanto i pazienti maschi presenti presso le Comunità presentano caratteristiche di personalità tali (violenza, aspetti perversi, tratti sado-masochistici etc.) da renderli buoni candidati per la riproduzione dello scenario relazionale abusante a cui le pazienti sono abituate e che cercano di riprodurre.

RISULTATI CHIAVE

Una volta che la relazione abusante si è attivata all'interno della Comunità, risulta difficile per l'equipe curante interromperla e mantenere con le pazienti un'alleanza terapeutica, che permetta la continuazione della cura.

Si verificano quindi frequenti interruzioni del percorso comunitario a cui seguono altrettanto frequenti reiterate dei comportamenti autodistruttivi che avevano determinato l'inserimento in Comunità.

CONCLUSIONI

Al fine di ovviare a tale difficoltà di gestione di queste pazienti in Comunità miste, si discute l'utilità di costituire una Comunità esclusivamente femminile in cui inserire tali utenti, proteggendole dal contatto con un elemento maschile che viene da esse utilizzato per riprodurre la situazione abusante originaria.

A tal fine è stato avviato nel settembre 2014 il Progetto Sperimentale Fragole Celesti per il trattamento di queste pazienti (nucleo personale e familiare) sia per il miglioramento clinico delle pazienti che per la cronicità e la gestione di una malattia ad andamento cronico quale la dipendenza. Un nuovo scenario, un mondo sommerso che merita l'attenzione da parte di noi clinici.

2

DIAGNOSI PRECOCE AREA TOSSICO/ALCOL DIPENDENZA

di Paola Coppin, Tiziana Antonini, Daniela Gavarini, Antonella Possi, Francesca Sassella, Corrado Celata, Paola Sacchi
Dipartimento Dipendenze ASL Milano (collaborazione SC SerT 2, Sede SerT CONCA – Attività Prevenzione Specifica)

In ambito psichiatrico la questione del riconoscimento e della gestione degli esordi psicotici nei giovani è un tema di grande interesse: la diagnostica precoce permette l'intervento tempestivo e aumenta notevolmente le possibilità di guarigione e il miglioramento del decorso di malattia.

Tale modello può fornire spunti utili per ripensare e operare in termini "precoci" anche nel campo delle dipendenze patologiche.

Nell'area delle tossico/alcol dipendenze la Diagnosi Precoce si configura come "attività diagnostica specifica" relativa agli esordi della dipendenza patologica indipendentemente da età e sostanza: si osserva la fase iniziale del consumo.

La tossicodipendenza è una psicopatologia, una malattia curabile con successo: i risultati migliori si ottengono proprio in relazione alla precocità dell'intervento multidisciplinare grazie ad una raffinata strategia diagnostica dei sintomi recenti.

Nella dipendenza patologica l'osservazione del lungo tempo di latenza (anni) dall'esordio alla presa in carico nei Servizi suggerisce un'attenta analisi dei diversi aspetti di criticità e danno iatrogeno: i fenomeni di stigmatizzazione relativi alla tossicodipendenza, ai servizi (Ser.T) ed alla fase trattamentale del paziente; la difficoltà nel distinguere i sintomi da una "normale" esperienza adolescenziale; il rischio di intercettare falsi positivi cui può conseguire l'immissione incongrua nei sistemi di cura.

Gli aspetti di complessità presenti in una logica di diagnosi precoce sono diversi e meritevoli di attenzione: il cambiamento culturale, le modificazioni dell'atteggiamento nei confronti della malattia e del consumo, la trasformazione organizzativa dei servizi e della prassi di intervento rappresentano tre fattori che impattano sull'applicazione dell'approccio metodologico diagnostico precoce.

In questi anni lo studio dei mutamenti socioculturali ha permesso di osservare e verificare come siano realmente cambiate le modalità di assunzione e le caratteristiche della popolazione che usa sostanze legali e/o illegali. Attualmente il consumo di sostanze appare trasversale alla popolazione: sono coinvolti gli adolescenti, i giovani e gli adulti che affrontano quotidianamente le difficoltà nel complesso contesto attuale di

vita (lavoro, famiglia, relazioni sociali).

L'esordio più frequente riguarda statisticamente i giovani anche minorenni.

La Diagnosi Precoce permetterebbe la valutazione del "rischio" di diventare tossicodipendenti rispetto all'uso sperimentale/ricreazionale: l'attività presenta aree di sovrapposizione con quella che in letteratura viene definita Prevenzione Indicata destinata a soggetti ad alto rischio con minimi ma rilevabili segni o sintomi che prefigurano il disturbo, senza necessariamente soddisfare i criteri per entrare a pieno titolo nella diagnosi di tossicodipendenza.

Dal punto di vista metodologico si utilizza una impostazione diagnostica di valutazione del rischio con l'individuazione e la verifica sia di fattori di rischio sia di fattori protettivi.

L'approccio richiede cautela ed attenzione: si sottolinea in particolare l'evidenza di quanto possa essere preoccupante per l'adolescente e la sua famiglia interpretare aspetti trasgressivi funzionali alla crescita come sintomo di patologia conclamata, sono altresì note quali possano essere le conseguenze del ritardo diagnostico.

Si propone un vertice di osservazione attento rispetto ai vantaggi della Diagnosi Precoce per un intervento tempestivo ed efficace: si considera realizzabile una riduzione della morbilità, un processo di guarigione più rapido e una prognosi migliore, il mantenimento delle abilità psicosociali e lo sviluppo delle risorse personali, l'integrità/incremento delle reti familiari e relazionali, una ridotta ospedalizzazione (es. la comorbilità), la riduzione infine dei costi economici di sistema.

La Diagnosi Precoce si configura come un insieme di attività svolte all'interno di un Servizio per le Dipendenze Patologiche.

L'attività diagnostica si propone l'obiettivo di stilare un profilo di rischio (basso - medio - alto) rispetto alla possibilità di sviluppare o meno una dipendenza patologica partendo dallo stato di esordio sintomatologico (sintomo inteso come segno): le azioni sono differenziate per situazione e l'intervento è individualizzato.

La standardizzazione riguarda gli strumenti e la prassi, non i pazienti che accedono al Servizio.

In sintesi le attività svolte/offerte: consulenza/consultazione al paziente giovane/adulto, ai minori e agli adolescenti, alle relative famiglie/genitori; colloqui clinici di prevenzione ed individuazione delle risorse/valutazione del rischio, inquadramento diagnostico, follow-up ed eventuale trattamento se uso problematico.

3

PROTOCOLLO OPERATIVO PER PAZIENTI CANDIDABILI AL TRAPIANTO DI FEGATO TRA DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE DELL'ASL DI BERGAMO, USC GASTROENTEROLOGIA E U.S.S.D. PSICHIATRIA DI CONSULTAZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA PAPA GIOVANNI XXIII DI BERGAMO

di Paolo Donadoni *, Fabrizio Cheli *, Valeria Inziato *, Nicoletta Zambetti **, Ugo Calzolari **, Mirella Fusini **, Massimo Corti **, Patrizia Drago **, Marco Riglietta ***

*SerT di Bergamo

**Responsabili sedi SerT della provincia di Bergamo (Gazzaniga, Lovere, Martinengo, Treviglio, Ponte San Pietro)

***Direttore Dipartimento delle Dipendenze della provincia di Bergamo

Parole chiave: abuso e dipendenza da sostanze stupefacenti ed alcol, patologia epatica, trapianto di fegato

I disturbi da uso di sostanze, alcol e stupefacenti, rappresentano, assieme alle infezioni da virus epatitici, una delle cause principali per la suscettibilità al danno e conseguente patologia tissutale a carico del fegato. Il ricorso al trapianto di tale organo diventa l'unica possibilità terapeutica in alcune situazioni di particolare ed estrema patologia epatica.

L'esiguità di donatori d'organo comporta una necessaria selezione del paziente da sottoporre a trapianto, finalizzata ad escludere condizioni di utilizzo delle sostanze suddette, che potrebbero inficiare il successo dell'intervento.

Dal luglio 2008 è attivo, in provincia di Bergamo, un protocollo operativo tra il Dipartimento delle Dipendenze della locale ASL e le Unità di Gastroenterologia e di Psichiatria di consultazione dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII, l'unica in provincia in grado di effettuare trapianti d'organo.

L'obiettivo del protocollo è la valutazione diagnostica e l'eventuale cura, da parte dei SERT della provincia di Bergamo, dei pazienti affetti da grave patologia epatica in attesa di trapianto con sospetto o accertato abuso/dipendenza da sostanze stupefacenti.

La valutazione si estende anche ai pazienti in follow up post-trapianto.

La definizione dei compiti prevede l'invio di tutti i pazienti candidabili al trapianto da parte della U.S.C. di Gastroenterologia alla U.S.S.D. Psichiatria di consultazione, per una valutazione ed una eventuale presa in carico psicologico-psichiatrica.

La U.S.S.D. Psichiatria di consultazione segnala alla U.S.C. di Gastroenterologia ed alle U.S. SerT provinciali i pazienti con accertato o sospetto utilizzo di sostanze psicoattive.

Le U.S. SerT provvedono alla valutazione diagnostica multidimensionale volta ad escludere o a confermare una diagnosi correlata all'utilizzo di sostanze stupefacenti, al monitoraggio clinico dei pazienti in attesa di trapianto ed alla eventuale cura degli stessi ove sia emerso un quadro di consumo problematico, di abuso o dipendenza da sostanze.

La modalità operativa di valutazione dei pazienti candidabili al trapianto prevede: visita medica, prelievo ematico per la valutazione degli usuali parametri (in particolare la valutazione di γ -GT, MCV, AST, ALT, CDT), raccolta dei campioni biologici (capello ed urine) per la ricerca dell'ETG (etilglucuronide solfato) e delle principali sostanze psicoattive, misurazione della presenza di alcol nell'aria espirata.

La valutazione medico-infermieristica è ulteriormente approfondita da quella psicologica e sociale.

Eventuali situazioni di patologia da utilizzo di sostanze vengono curate secondo le modalità in uso per il trattamento delle condizioni di abuso o dipendenza da stupefacenti od alcol.

Il monitoraggio periodico prevede la ripetizione periodica degli esami tossicologici ed ematici descritti ogni tre mesi.

In alcuni casi si è reso necessario, per la complessità dei casi, anche il supporto sociale ed il sostegno psicologico.

A conclusione del percorso di valutazione diagnostica e periodicamente in occasione del monitoraggio clinico l'U.S. SerT redige le proprie relazioni per la U.S.C. Gastroenterologia volte a confermare o meno una eventuale diagnosi di disturbo da utilizzo di sostanze ed all'aggiornamento dei percorsi di cura e di monitoraggio dei pazienti.

4

PROGETTARE UNA RETE TERRITORIALE: ESPERIENZA DI COLLABORAZIONE TRA MEDICI DEL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE ED IL DIPARTIMENTO DIPENDENZE DELL'ASL DI BERGAMO

di Mirella Fusini*, Elisabetta Bussi Roncalini**, Valeria Iniziato***, Roberta Mangili****, Paola Banalotti***, Grazia Carbone***, Fabrizio Cheli***, Elvira Beato****, Marco Riglietta*****

*Medico Responsabile SerT di Martinengo (Tutor)

**Medico SerT di Martinengo

***Medico SerT di Bergamo

****Assistente Sociale Specialista Responsabile UO Osservatorio Appropriatazza e Qualità

*****Medico Direttore Dipartimento Dipendenze di Bergamo

Parole chiave: patologie di addiction, diagnosi precoce, continuità assistenziale, rete di cura, MAP

L'ASL della provincia di Bergamo, già dal 1995 e successivamente in ottemperanza al d.lgs. 17 agosto 1999 n.368 come modificato dal d.lgs. 8 luglio 2003 N.277, ha consentito ai medici del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale di frequentare le proprie strutture di base, frequenza normata negli anni da una convenzione tra Azienda Ospedaliera di Bergamo e l'ASL stessa.

Il Dipartimento delle Dipendenze, fin dall'inizio, è stato interessato a svolgere tale attività di *tutoraggio* garantendo, da più di 10 anni, la stessa figura di medico-tutor.

Accanto all'attività di *tutoraggio* il Dipartimento ha, inoltre, supportato l'offerta formativa attraverso la disponibilità a costruire e a gestire eventi formativi mirati a medici di continuità assistenziale (guardia medica), a medici di assistenza primaria del territorio, che hanno visto coinvolti anche quelli in formazione, su argomenti specifici quali tossicodipendenza, alcol dipendenza, diagnosi precoce delle patologie di *addiction*, giovani e disturbi di *addiction*.

Dalla data di inizio dell'attività di *tutoraggio* (1995), sono transitati dal Dipartimento Dipendenze per circa 200 medici in formazione, con un massimo di frequenza di 18 medici per anno.

I contenuti dell'attività teorico pratica svolta presso i

SerT hanno riguardato in particolare: l'organizzazione del servizio, i processi diagnostico-terapeutici specifici della patologia di addiction, con particolare attenzione alla diagnosi precoce (tassello indispensabile per l'invio mirato) e al superamento degli stereotipi culturali che spesso accompagnano anche l'approccio del professionista non adeguatamente formato, la prevenzione e cura delle patologie correlate, l'offerta di cura.

Quest'esperienza formativa è stata sviluppata dal Dipartimento delle Dipendenze con l'obiettivo di costruire una rete di cura territoriale composta da medici in formazione che già esercitano attività di medico di continuità assistenziale (guardia medica) e che saranno i futuri medici di assistenza primaria del territorio che con lo stage sperimentano concretamente una buona prassi di collaborazione e conoscono tutte le figure professionali (non solo quelle mediche) che compongono l'equipe coinvolta nel percorso di presa in carico.

La sensibilizzazione alle problematiche sopra citate ha già generato come esito l'invio di alcuni pazienti ai SerT da parte sia di medici di continuità assistenziale (guardia medica) che di medici di assistenza primaria, transitati per lo stage formativo dal Dipartimento delle Dipendenze.

L'esperienza evidenzia che se il paziente viene indirizzato al Servizio dal proprio medico, o da un medico che mostra fiducia nei confronti del SerT, l'aggancio risulta più semplice ed efficace.

Per contro, come Dipartimento delle Dipendenze di un territorio provinciale ampio e "complesso" per conformazione morfologica e di viabilità, il poter contare su una rete di cura territoriale composta dai MAP adeguatamente formati può offrire la possibilità di costruire efficaci percorsi di continuità assistenziale, soprattutto per pazienti stabilizzati, che desiderano rientrare in una rete territoriale di "normalità".

Si pensi per esempio alla prescrizione dei farmaci agonisti da parte dei medici di assistenza primaria su piano terapeutico specialistico e alla collaborazione possibile nei follow-up clinici.

5

LA FIGURA DELL'OSTETRICA NELLA PREVENZIONE DEL TABAGISMO IN GRAVIDANZA: l'esperienza di costruzione di una rete territoriale multi professionale

di Belli Laura*, Berardi Rosi**, Marradi Mariagloria***, Nardi Elena****, Giovanni Mattiolo°, Marco Gabbiano°, Patrizia Gai°, Manfredi Antonella°°°°

*Ostetrica - Consultorio Asl 4 Prato

**Ostetrica - Consultorio Asl 4 Prato

***Coordinatore ostetrico - Consultorio Asl 4 Prato

****Ginecologa - Consultorio Asl 4 Prato

°Sociologo - SerT Asl 4 Prato

°°Psicologo, psicoterapeuta - SerT Asl 4 Prato

°°°Medico - Direttore SerT Asl 4 Prato

°°°°Psichiatra, psicoterapeuta - Direttore SerT Asl 4 Prato

La rilevazione di "dipendenze" da droghe illegali e, più ancora, da sostanze legali come alcol e fumo, costituisce un momento importante del lavoro e del counseling consultoriale.

Il tabagismo, l'abuso di alcol e l'utilizzo di droghe sono elementi sempre più caratterizzanti un'identità di gruppo e, in particolare nelle adolescenti, uno strumento di affermazione sociale.

La non consapevolezza dei reali danni che l'uso di queste sostanze comporta, ci mette davanti a donne, di ogni fascia di età ed estrazione sociale, che durante la raccolta anamnestica legata ad un intervento magari collegato alla sfera ostetrico ginecologica, dichiarano con disinvoltura di usare più o meno saltuariamente sostanze psicoattive di vario genere, di fumare regolarmente e, comunque, di considerare il "ricorso occasionale a droghe" un evento non preoccupante più collegato alla convivialità ed alla socializzazione piuttosto che un'azione dannosa per la salute.

Davanti a questo è quindi emersa la necessità, per il personale consultoriale, di creare percorsi, all'interno del sistema territoriale, che permettessero di armonizzare i vari aspetti e che offrissero una presa in carico adeguata.

L'opportunità di creare le basi di una rete qualificata si è concretizzata nell'anno 2012, quando, anche attraverso un progetto patrocinato dalla Regione Toscana con capofila l'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi in collaborazione con i Centri Antifumo delle altre Asl ed Aziende Ospedaliere toscane, è stato possibile sviluppare un percorso assistenziale diretto alle donne fumatrici in gravidanza.

La cooperazione tra il Centro Antifumo dell'Azienda Usl 4 Prato, che dal 2005 fornisce in modo flessibile ed

integrato terapie farmacologiche di vario tipo, associate, a counseling individuali e di gruppo a tutti i cittadini con dipendenza da tabacco, e il Servizio Consultoriale ha permesso di rafforzare la sinergia con le ostetriche ed il personale medico ginecologico che, quotidianamente, si occupano della sorveglianza del benessere della gestante.

In primo luogo è stato previsto un *training* formativo per gli operatori del territorio articolato in 4 ore.

Il modulo del corso, realizzato nei primi mesi del 2012 e gestito da operatori del Centro Antifumo, ha visto la partecipazione della quasi totalità del personale ostetrico, e ha permesso l'acquisizione ed il consolidamento di informazioni sui temi del tabagismo con particolare riferimento ai rischi per la salute della madre e del bambino.

Ha previsto una partecipazione, come osservatori, ai gruppi di auto-aiuto che si svolgono presso il Centro Antifumo e la trasmissione di alcune tecniche di counseling utili a promuovere, nelle gestanti, la motivazione al cambiamento. È stato, inoltre, distribuito materiale informativo (in formato cartaceo e digitale) finalizzato alla comunicazione dei rischi per la gravidanza derivanti dall'uso di droghe sia legali che illegali.

Sempre in ambito di maggiore capillarità comunicativa, è stata attivata una collaborazione con la *Fondazione AMI* (Fondazione Materno Infantile dell'Azienda Usl 4 Prato) che, all'interno di eventi dedicati, a promossi momenti informativi e di sensibilizzazione per le neo mamme.

Per quanto concerne il reclutamento delle gestanti il "Percorso assistenziale alla donna in gravidanza" prevede che, al momento della consegna del Protocollo Regionale della Gravidanza, (strumento di monitoraggio della gravidanza fisiologica creato dalla Regione Toscana ed utilizzato da oltre 30 anni per garantire un livello di cura adeguato ed omogeneo) l'ostetrica somministri un piccolo questionario alla donna per una prima valutazione della dipendenza da fumo, all'interno di queste domande si chiede anche se il partner è un fumatore.

Nella prima fase, rilevato il problema e date una prima serie di informazioni sui potenziali danni per la salute provocati dal fumo di sigaretta, viene chiesto alla donna se è interessata ad intraprendere un percorso di supporto; qualora la risposta risulti positiva viene la signora viene informata che, nel giro di pochi giorni, sarà contattata telefonicamente dal personale del centro Antifumo dell'Azienda Usl 4 Prato per effettuare un primo colloquio e, conseguentemente, l'inizio di un percorso terapeutico.

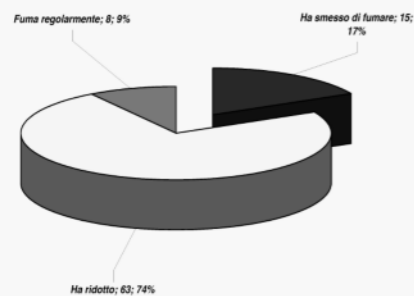
L'ostetrica, provvede a comunicare i dati della donna al centro attraverso l'invio via fax o e-mail della suddetta scheda di valutazione.

Al servizio possono accedere anche donne in uno stato di gravidanza più avanzato che, durante le visite ginecologiche o a seguito di una successiva presa in carico da parte del personale ostetrico, ne facciano richiesta. La creazione di questo "Percorso assistenziale alla donna in gravidanza" ha prodotto dal suo inizio (anno 2012) la segnalazione da parte delle ostetriche, di 86 gestanti, prevalentemente nel primo trimestre di gravidanza.

Di queste 15 hanno smesso di fumare, 63 hanno ridotto e solo 8 hanno continuato la loro abitudine. (Grafico 3).

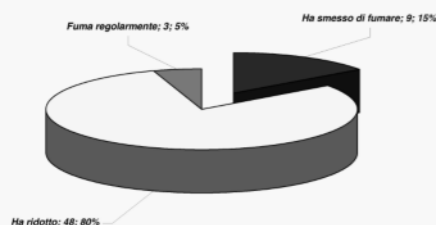
In particolare, dopo lo svolgimento di un colloquio preliminare e la distribuzione di materiale informativo è stato possibile contattare telefonicamente 70 donne,

Grafico 3. Abitudine al fumo delle donne in gravidanza segnalate al Centro Antifumo di Prato



Per l'anno 2013 la collaborazione col personale ostetrico consultoriale ha fatto sì che il 53,4% delle donne che è giunta al Centro Antifumo fossero gestanti. In particolare, su 60 donne inviate, 9 hanno smesso di fumare, 48 hanno ridotto il proprio consumo giornaliero mentre le altre hanno continuato con la loro abitudine (Grafico 5).

Grafico 5 - Abitudine al fumo fra le donne in gravidanza segnalate al Centro Antifumo



L'analisi ed il confronto fra le rilevazioni delle attività effettuate nei primi due anni di progetto evidenzia:

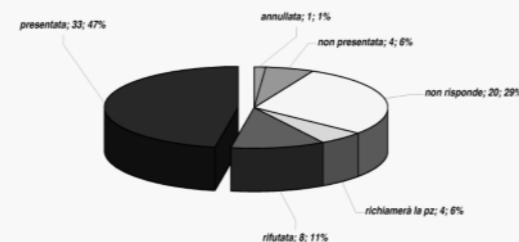
- un miglioramento e consolidamento della sequenza segnalazioni/contatti/accessi al centro;
- un'attività di counseling più efficace ed incisiva;
- una difficoltà nel coinvolgere i partner fumatori.

di queste 33 si sono presentate per la prima visita (Grafico 4).

Per 14 partner fumatori (su 23 potenziali) è stata fatta richiesta per l'inserimento nel percorso del Centro Antifumo.

La visita è stata effettuata solo su 6.

Grafico 4. Esito dei contatti del Centro Antifumo di Prato con le donne in gravidanza segnalate dai consultori distrettuali - Effettuazione della prima visita

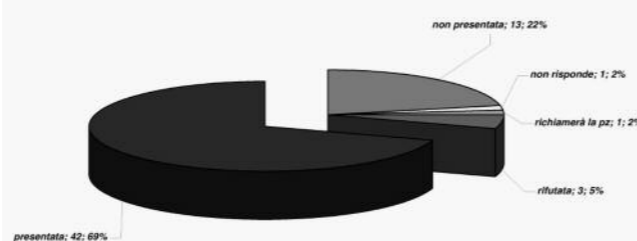


dine (Grafico 5).

Delle 60 donne contattate telefonicamente, 42 si sono presentate per la visita (Grafico 6); per 7 partner fumatori (su 16 potenziali) è stata fatta richiesta per l'inserimento nel percorso del Centro Antifumo.

La visita è stata effettuata solo su 1.

Grafico 6 - Esito dei contatti del Centro Antifumo di Prato con le donne in gravidanza segnalate dai consultori distrettuali - Effettuazione della prima visita



Volendo schematizzare i dati sin qui illustrati, considerando un follow-up a 6 e a 12 mesi delle gestanti interessate dal progetto, otteniamo:

(N.B. i dati per il follow-up a 12 mesi per l'anno 2013 non sono al momento disponibili in quanto in fase di elaborazione).

	2012	2013
PRESENTATE	33	42
SEGNALATE	86	60
% SULLE SEGNALAZIONI	47,1%	70,0%
PRIME VISITE	33	42
INSERITE NEI PROGRAMMI	28	35
FOLLOW-UP 6 MESI	10/28 (35,7%)	13/35 (37,1%)
FOLLOW-UP 12 MESI	8/28 (28,6%)	N.B.

In particolare si rileva una maggiore difficoltà a mantenere i risultati ottenuti anche dopo la gravidanza e, più in generale, se confrontiamo i dati del follow-up a 6 mesi con quello della relativa attività del servizio, notiamo come le donne prese in esame, maggior difficoltà a smettere rispetto alla media degli altri utenti del Centro.

L'analisi dei dati raccolti evidenzia come, la sinergia tra l'implementazione di un'adeguata formazione del personale consultoriale e il consolidamento di una rete territoriale in grado di attivare una tempestiva in carico, rappresentino uno strumento efficace nella lotta alla dipendenza da nicotina.

Il contrasto al tabagismo nonché a qualunque forma di dipendenza, costituisce un obiettivo primario per la salute collettiva.

Lo stato di gravidanza costituisce una condizione psi-

cofisica favorevole al raggiungimento di molti obiettivi; le spinte motivazionali che accompagnano questo periodo della vita di una donna possono costituire la giusta propulsione per l'abbandono di varie dipendenze.

Tale condizione, però, non può prescindere dalla possibilità di garantire l'assistenza ed il monitoraggio da parte di personale adeguatamente formato che possa supportare la donna nel raggiungimento di risultati consolidati nel tempo.

Fondamentale resta, inoltre, la necessità di individuare modalità più efficaci nella presa in carico del partner fumatore la cui fidelizzazione al processo di guarigione dalla dipendenza da fumo può, in molti casi, rappresentare la discriminante tra il completo abbandono dall'uso del tabacco ed una successiva ripresa, magari dopo il parto, da parte della donna.

6

IL RAPPORTO TERAPEUTICO CON I FAMILIARI DEGLI ABUSATORI DI SOSTANZE

di **Antonino Riolo***, **Francesca Laterza****

*Dirigente Medico di Psichiatria, Centro di Salute Mentale Domio, ASS 1 "Triestina"

**Psicologa specializzata in Psicoterapia Sistemico-Relazionale presso il Centro Milanese di Terapia della Famiglia

Il presente contributo nasce dalla necessità di rappresentare un aspetto un po' in ombra della problematica della tossicodipendenza, ovvero la richiesta di aiuto espressa dai familiari dei consumatori di sostanze per affrontare un loro specifico disagio individuale, presente ben prima dell'esordio del sintomo tossicofili-co/tossicomano nei figli.

Tale aspetto ben si coniuga con le considerazioni di Cirillo et al. (1996), inerenti la famiglia del tossicodipendente.

Questi Autori, infatti, hanno sviluppato un approccio al fenomeno della tossicodipendenza quale proposta di un meta-modello al fine di integrare modelli di differente ispirazione teorica ed in grado di comunicare con diversi contesti, non necessariamente di psicoterapia familiare, in considerazione della multi-fattorialità dell'abuso di sostanze.

In particolare, essi evidenziano come la caratteristica comune alle famiglie dei tossicodipendenti sia rappresentata da un'estrema sofferenza antecedente la comparsa del problema nei figli, poiché dall'osservazione e analisi della loro storia tri-generazionale si palesano vissuti relazionali segnati da traumi e disequilibri affettivi.

Sarebbero quindi proprio i genitori, prima dei loro figli, portatori "sani" di un disagio individuale che li renderebbe poco attrezzati nella diuturna sfida verso le sostanze cercate e assunte dalla loro progenie.

I dati raccolti attraverso colloqui e consultazioni familiari sembrano evidenziare la presenza di problematiche non risolte nel rapporto tra la seconda e la prima generazione.

Molto spesso, infatti, le madri risulterebbero invischiate in un rapporto tormentato e teso con la propria madre e la loro infanzia sarebbe caratterizzata dalla sostanziale insoddisfazione dei bisogni affettivi profondi, producendo una forte dipendenza e un pressante desiderio di riconoscimento.

Dal canto loro, i padri rivelerebbero un'infanzia caratterizzata da una precoce adultizzazione, ovvero una prematura responsabilizzazione, organizzativa e affettiva, legata alla surrogazione di un padre assente o

scarsamente competente, in assenza di qualsivoglia riconoscimento materno di questo ruolo.

Il padre, inoltre, verrebbe ritratto come una figura chiusa, schiva, vagamente infelice, semplice riferimento per i bisogni materiali quotidiani nonché assorbito nel suo mondo lavorativo, mentre la madre tenderebbe ad agire o in modo iper-protettivo e autoritario o, al contrario, in maniera troppo indulgente, potendosi porre anche come figura controllante senza però un suo effettivo coinvolgimento (Chianura et al., 2005).

Questi pochi accenni, tutt'altro che esaustivi, potrebbero costituire una sorta di filo conduttore per meglio decifrare le richieste di un familiare che domanda salute ad un servizio territoriale non rispetto al proprio figlio ma per sé; ciò che queste persone cercano è di instaurare un *rapporto terapeutico* all'interno del quale poter essere visti e compresi non come il padre o la madre del figlio tossicodipendente ma come individui portatori di specifici bisogni.

Se è vero che la famiglia rappresenta un sistema in grado di apportare un prezioso contributo al percorso terapeutico-riabilitativo del giovane tossicodipendente, è plausibile che i membri che la compongono siano agevolati all'adempimento di questo gravoso impegno dalla possibilità di ritrovare un equilibrio e un benessere personali.

Ecco, allora, che la domanda di salute del familiare può avvenire in maniera diretta o indiretta, dovendo in questo caso essere opportunamente decifrata.

Nella modalità diretta, mediata dai medici di medicina generale, o da altri punti di snodo della rete sanitaria, un genitore può rappresentare un suo stato depressivo o d'ansia, manifestazioni psicosomatiche, amplificazione di sindromi dolorose con surplus di prescrizioni di farmaci analgesici o d'abuso o di benzodiazepine, stili di vita e comportamenti di salute che lo mettono a rischio rispetto a patologie fisiche concomitanti, iperalimentazione compensativa e/o obesità.

Nella forma indiretta, invece, possono essere le modalità di interazione dialettica con i servizi delle dipendenze, una certa manipolatività verso le figure sanitarie, financo il disconoscimento verso il percorso di recupero svolto positivamente dal figlio a costituire un pretesto per dire qualcosa di sé in termini di disagio personale.

D'altronde una quota parte dell'utenza dei centri di salute mentale è costituita da soggetti abusatori di sostanze in comorbilità psichiatriche più o meno gravi, i quali non si rivolgono ai servizi delle dipendenze, né strutturano un rapporto dopo i primi contatti, laddove la sostanza appesantisce di molto il carico familiare e riduce o persino vanifica l'outcome nei percorsi terapeutico-riabilitativi.

Anche qui, un genitore può trovare l'occasione di instaurare per sé un rapporto terapeutico, svelando ad esempio tratti ossessivi o depressivi sub-clinici, di cui però è consapevole, sentendo il bisogno di parlarne in contesti non giudicanti ma accoglienti e comunque disponibili a farsi carico, anche con interventi di breve durata benché intensivi, di quella domanda di salute. Tutto questo, oltre a permettere di parlare delle ferite della propria genitorialità, consente una migliore circolazione di conoscenze nella rete territoriale ove operano gli attori terapeutici delle dipendenze e dei centri di salute mentale.

Come sottolineato da Latterini e Vedovelli (2010) dovrebbe poter aumentare la ricettività dei servizi verso un certo sommerso, consentendo al livello genitoriale di meglio e più fattivamente esprimersi rispetto al problema del consumo/abuso di sostanze dei figli, individuando anche quelle fasi di rischio che precedono la dipendenza.

BIBLIOGRAFIA

Cirillo S., Berrini R., Cambiaso, Mazza R. *La famiglia del tossicodipendente*. Milano, Cortina, 1996.

Chianura P., Balzotti A., Chianura L. *Comorbilità psichiatrica e abuso di sostanze*. Milano, Franco Angeli, 2005.

Latterini E., Vedovelli I. *La consultazione psicologica breve rivolta a genitori di adolescenti utilizzatori di sostanze stupefacenti*. Mission, 32/2010, 82-87.

7

ADOLESCENTI "FREQUENT ATTENDERS" IN PRONTO SOCCORSO: INTERVENTO TRA RETE DEI SERVIZI E STRATEGIE DI TRATTAMENTO. L'ESPERIENZA PAVESE

di **Brigada R., Perotti P., Verri A., Panzarasa A., Basti S., Bosi E., Foppiani C., Belfiore G., Di Biagio P., San Bartolomeo P., Favini P., Mauri A.**
Dipartimento Dipendenze, Direzione Sociale, Direzione Generale - ASL Pavia

Introduzione

Il "Tempo di latenza" è il lasso di tempo che intercorre tra il momento in cui il malessere sfocia nell'uso di sostanze e il momento in cui la persona consapevole del proprio problema si rivolge ai Servizi per richiedere aiuto.

Il tempo di latenza, in media 10 anni per le sostanze illegali e 20 anni per l'alcol, può essere molto variabile e dipende dalla sostanza stupefacente consumata e da vari fattori che lo condizionano (Ponzio, 2010).

Con un lasso temporale così lungo è pertanto necessario intervenire con strategie che facilitino l'accesso ai Servizi ed intercettino le popolazioni più vulnerabili. L'adolescente influenzato da fattori individuali e dal contesto sociale e familiare è il più esposto al rischio di sviluppare comportamenti devianti, quali uso di sostanze, rapporti problematici con il cibo, attacchi al corpo (incidenti e suicidi), etc. (Carbone, 2009).

In questa fase spesso manca la capacità di esplicitare e rendere consapevole, in *primis* a sé stessi e poi agli altri, i propri vissuti emotivi e le proprie sofferenze che, non essendo mentalizzate, vengono "tradotte" in agiti e somatizzazioni.

Attraverso la comunicazione implicita l'adolescente manifesta con il linguaggio concreto del corpo un dolore che non può essere riconosciuto né tanto meno raccontato (Charmet, 2004).

Le sofferenze non elaborate sono pericolose da un punto di vista evolutivo perché, se una persona in "giovane età" non sa che sta soffrendo o non accetta la sofferenza, può incorrere in due importanti rischi prodromici: la tossicodipendenza, per una fuga nell'onnipotenza, nell'esibizione, nella trasgressione e la caduta depressiva.

Il Pronto Soccorso (PS), la Pediatria, la Neuropsichiatria Infantile, la Ginecologia, gli ambulatori di medici di Medicina Generale e Pediatri sono i luoghi nei quali si riversano questi comportamenti e dove l'assetto istituzionale (in genere medicazione del sintomo in condizioni di emergenza/urgenza), non è coerente con le aspettative, per altro confuse, degli utenti.

Le richieste della maggioranza dei giovani vengono

valutate come ripetitive e improprie e tali accadimenti vengono considerati fatalità o ragazzate (Carbone, 2009) o "disturbi dell'età".

Nonostante la frequenza con la quale i giovani usano i Servizi di Emergenza, pochi sono gli studi mirati alla comprensione di questo fenomeno (Carbone, 2004). Verificare l'esistenza di una relazione tra il malessere portato in adolescenza nei luoghi della emergenza sanitaria e uso di sostanze ed interrompere la catena degli eventi agendo anche sugli adulti di riferimento (genitori, familiari, educatori, sanitari etc.) potrebbe contribuire ad orientare interventi con caratteristiche di maggiore appropriatezza (che evitino l'accesso ai servizi di cura per le Dipendenze o ne riducano il tempo di latenza) e conseguente riduzione dei costi.

Obiettivo

Progettare, nell'ambito di una collaborazione in rete con i vari Servizi presenti sul territorio, adeguati interventi preventivi dopo aver individuato indicatori di rischio legati all'uso di sostanze nella popolazione residente di giovane età. Particolare attenzione è stata dedicata ai "frequent attenders", considerati, in letteratura, soggetti particolarmente problematici per aver avuto 4 o più accessi al Pronto Soccorso in un anno (Jelinek, 2008).

Metodo

Presso il Dipartimento Dipendenze è stato costituito nel 2012 un gruppo di lavoro multidisciplinare "gruppo-adolescenti", che, dopo un'adeguata revisione della letteratura internazionale, ha commissionato all'Osservatorio Territoriale delle Dipendenze ASL Pavia una analisi della popolazione residente, in età compresa tra i 10 e 20 anni, afferente ai PS del territorio provinciale, al fine di individuare le caratteristiche della popolazione a rischio di "contatto" con le sostanze, sia legali che illegali.

Sono stati pertanto analizzati tutti gli accessi al PS, negli anni dal 2003 al 2010, prendendo come spunto un modello di analisi già pubblicato in letteratura (Jelinek, 2008; Vanni, 2009).

La coorte di questi utenti che hanno tutti avuto almeno un accesso in PS è stata, successivamente, monitorata per gli anni 2010-2013 per "l'evento": ricoveri ospedalieri correlati all'assunzione di sostanze legali/illegali o presa in carico presso i SerT per trattamento o per segnalazioni alla prefettura (art 121/75).

Il gruppo di lavoro multidisciplinare, invece, sulla base dei dati forniti dall'Osservatorio, è stato promotore di un progetto sperimentale di prevenzione: "Problemi in corpo, soluzione in mente", approvato da Regione Lombardia con D.G.R. n IX/3239 del 04/04/2012 conclusosi il 31 gennaio 2014.

Il progetto non si è focalizzato solo sugli adolescenti frequentatori dei servizi di emergenza ma a tutti gli adolescenti e familiari che potevano essere raggiunti direttamente dalla informazione data sul sito web dell'asl / numero verde / mail dedicata o indirettamente dalla rete degli inviati.

Obiettivo del progetto era quello di individuare precocemente i disturbi del processo evolutivo e i compor-

tamenti a rischio e orientare gli utenti verso la rete dei Servizi attraverso una consultazione multidisciplinare breve all'adolescente e al familiare.

I dati utilizzati nello studio sono stati estratti, attraverso algoritmi specifici di definizione, dal Data Ware-House (DWH) della ASL di Pavia che dal 2003 raccoglie i dati sanitari e socio-sanitari della provincia. Gli accessi al PS dal 2003 al 2010 sono stati ricavati dal flusso della Specialistica Ambulatoriale (28 SAN) e successivamente è stato effettuato un link deterministico (utilizzando i Codici Fiscali) con i flussi SDO e la matrice estratta dalla cartella clinica informatizzata "Sistema Dipendenze" per gli anni 2003-2013.

Le analisi descrittive e multivariate sono state condotte utilizzando il software STATA10.

Risultati

Dal 2003 al 2010, si sono recati almeno una volta al PS 47.121 soggetti residenti nel territorio provinciale di età compresa tra i 10 anni e 20 anni e di questi 25.950 sono maschi, (età media 14,3±3,3 anni) e 21.171 femmine (età media 14,5±3,4 anni).

Prendendo in considerazione anche il territorio di residenza si è evidenziato come non vi siano differenze statisticamente significative di genere tra i tre territori, (distribuzione per territorio: maschi 35,1% in Lomellina, 24,6% in Oltrepò e 40,7% nel Pavese; femmine: 35,7% in Lomellina, 24,4% in Oltrepò e 39,9% nel Pavese; p=0,386).

Nella precedente analisi del 2012, 858 adolescenti avevano manifestato "l'evento" nel periodo osservato (2003 -2010).

L'analisi attuale, che si basa sull'integrazione dai dati ottenuti dal monitoraggio della coorte 2003-2010, mette in evidenza che negli anni di osservazione 2011-2013 ulteriori 204 adolescenti hanno sviluppato "l'evento".

Sul totale dei soggetti (1062) che hanno sviluppato "l'evento" nel decennio 2003-2013 il 21% dei soggetti pari a 218 adolescenti è stato ricoverato in ospedale per patologie correlate al consumo di sostanze legali /illegali e il 79% pari a 844 adolescenti ha avuto una presa in carico al SerT per un trattamento o una segnalazione prefettura art 121/75.

Il tempo intercorso tra il primo accesso in PS (in media 4 anni e mezzo) e "l'evento" non risulta statisticamente significativo.

Risulta, invece, statisticamente significativa la variabile sesso in relazione al ricovero ospedaliero, dove le femmine risultano ricoverate più frequentemente rispetto ai maschi (p<0,001) con un'età media di ricovero sovrapponibile per entrambi i sessi pari a 16 anni. I maschi infatti più frequentemente manifestano l'evento presa in carico al SerT per trattamento o per segnalazione Prefettura, l'età di contatto con il suddetto Servizio è statisticamente superiore (p<0,001) di un anno circa (16,5 vs 15,5 anni) rispetto a quella delle femmine.

Con l'intento di tracciare le caratteristiche dei "frequent attenders", che potrebbero essere campanelli d'allarme di un eventuale disagio giovanile che possa sfociare nel consumo di sostanze legali/illegali, è stato costruito un modello logistico (Tab 1).

Tab. 1 - Modello logistico anni 2003-2013

Covariate	OR	p-value	IC 95%	
Maschi vs Femmine	3,4	<0,001	0,2 - 0,3	
Età al primo accesso in PS nel periodo 2003-2010	1,2	<0,001	1,17 - 1,21	
Numero accessi medi per anno al PS ≥4 vs <4	5,1	<0,001	2,9 - 9,0	
Territorio	Lomellina vs Pavese	0,9	0,111	0,76 - 1,03
	Oltrepò vs Pavese	1,2	0,028	1,02 - 1,38

Dall'analisi logistica è emerso che: l'essere "Maschio" comporta un rischio 3 volte maggiore di sviluppare l'evento rispetto all'essere "Femmina"; così come accedere per la prima volta al PS con un'età più avanzata (primo accesso tra quelli avvenuti nel periodo 2003-2010), infatti ogni incremento unitario di età aumenta del 20% la probabilità di sviluppare l'evento.

Anche l'essere un "frequent attenders" incrementa di 5 volte il rischio.

Inoltre, abitare in Oltrepò rispetto agli altri territori della provincia aumenta del 30% il rischio di usare sostanze (Tab. 1).

Dal settembre 2012 al 31 dicembre 2013 all'interno del progetto sperimentale di prevenzione: "Problemi in corpo, soluzione in mente" si sono rivolti all' U.O.S. Pavese ed Oltrepò - sede di Voghera (territorio scelto ad hoc per la sperimentazione seguendo le indicazioni del modello logistico), per la consultazione multidisciplinare breve 42 adolescenti e rispettivi familiari di cui circa il 76% maschi con un'età media di 17,7±1,9 anni per i maschi e di 17,2±2,3 anni per le femmine (differenza d'età fra i sessi non statisticamente significativa, p>0,05).

Il 37,5% degli adolescenti maschi che si rivolgono al servizio hanno un'età di 19 anni, mentre le femmine (nonostante l'esiguità del campione) presentano due distinti picchi nella prima e tarda adolescenza.

Conclusioni

Con l'attuale analisi si confermano alcuni risultati ottenuti dallo studio del 2012 in cui si evince che la probabilità che il disagio adolescenziale possa evolvere in un disturbo correlato al consumo di sostanze, sia legali che illegali, è maggiore nei maschi.

Quest'ultimo aspetto è, inoltre, riscontrabile anche nella composizione della popolazione dei SerT, dove la popolazione maschile costituisce l'80% dei pazienti presi in carico.

I soggetti più a rischio hanno anche un'età di accesso in PS più avanzata; probabilmente dovuto al fatto che essendo un po' più "vecchi" hanno un'esperienza più consolidata con le sostanze, rispetto ai soggetti più giovani. Una questione, che ci appare molto interessante, per la continuazione dello studio è la conferma che l'essere "frequent attenders" è legato ad un maggior rischio di utilizzo delle sostanze.

Un aspetto innovativo potrebbero essere quello di costruire un'offerta che raccolga la sfida di intercettare le "storie degli adolescenti" e (Progetto TAG 2008/2009) dei loro "familiari" utenti o ex-utenti dei

SerT (Knight, 2014), per aiutarli ad intraprendere percorsi più sani di quelli che potrebbero percorrere. Il progetto sperimentale, inoltre, ha riconfermato la necessità di organizzare servizi appropriati per gli adolescenti e i loro familiari.

BIBLIOGRAFIA

- Ponzio M, Perotti P et al. "What is the temporal gap between the first use of the drug and the entrance in the health care program? What are the factors influencing the length of this temporal gap." ISAM 2010-Abstracts book
- Carbone, P. "Le ali di Icaro. Capire e prevenire gli incidenti dei giovani". Bollati Boringhieri, Torino, 2009
- Charmet G.P. "La consultazione con l'Adolescente oggi: dialogo su teoria e metodo" Genova. Ricerca Psicoanalitica, 2004, XIV, 2.
- GA Jelinek et.al. "Frequent attenders at emergency department: a linked-data population study of adult patients." MJA: 187 (10)-2008: 552-556.
- Vanni F. "Giovani in pronto soccorso. Il corpo nelle emergenze psicologiche", Milano, Franco Angeli, 2009.
- Progetto T.A.G Teen Addiction Guidelines, Fondo Regionale di Intervento Lotta alla Droga - Anno 2009/2010 Piano annuale di intervento e progetti di diretta iniziativa regionale (Quota B) - Area Dipendenze D.G.R.V. n. 4307/2009 della Regione del Veneto
- Knight KE, Menard S and Simmons SB. "Intergenerational continuity of substance use" Subst Use Misuse. 2014 Feb;49(3):221-33.



IL GRUPPO MOTIVAZIONALE COCAINA

di **Alessandro Orsetti***, **Debora Venè***, **Adriana Iozzi***, **Alessia De Leo*****

*Educatori Professionali SerT U.F.M. C, dipartimento dipendenze Azienda Sanitaria Firenze

**Medico Psichiatra, direttore SerT U.F.M. C, dipartimento dipendenze Azienda Sanitaria Firenze

***Tirocinante Corso di Laurea in Educazione Professionale Interfacoltà Medicina e Chirurgia - Scienze della Formazione, Università Firenze

Il "Gruppo Motivazionale Cocaina" nasce all'interno di un ampio progetto

dell'U.F.M. SerT C che prevedeva il trattamento degli abusatori di cocaina attraverso un percorso multidisciplinare.

Considerata poi la specificità di questa esperienza, il gruppo è stato pensato come una risorsa per i SerT del Dipartimento Dipendenze, pertanto le persone che vi partecipano, giovani e adulti che abusano prevalentemente di cocaina, afferiscono da varie realtà della ASL10 (SerT C Firenze Centro, SerT Borgo S. Lorenzo, SerT Firenze A (Arcoiaio) e SerT nord-ovest Scandicci - Sesto Fiorentino).

La scelta di questa tipologia di utenza è legata alle peculiarità che la contraddistinguono: si tratta di utenti che "non si riconoscono" nelle caratteristiche dei tossicodipendenti, motivo per il quale anche il SerT non viene percepito come luogo di possibile ascolto e cura adatto alle loro problematiche.

Inoltre, la loro compatibilità con uno stile di vita "normale" e la sottovalutazione delle conseguenze legate all'uso della cocaina, fa sì che sia rinviato l'accesso ai servizi, accesso che si rende fattivo solo per l'impulso della Prefettura o di organismi legali, oppure su pressione dei familiari, quando ormai la situazione è deteriorata sotto un profilo economico o fisico/psichico.

Il cocainomane, essendo più portato all'agire, si presenta come un soggetto con difficoltà a mentalizzare la propria condotta di vita ed è in questo contesto che il gruppo diventa occasione di riflessione sul proprio stile di vita, attraverso il confronto tra pari e il supporto di operatori.

"Il percorso di gruppo costituisce una delle principali metodiche utilizzate per il trattamento della dipendenza dalle droghe" (Rawson ed altri 1989; Washton 1989; McAuliffe ed Albert 1992; Vannicelli 1985 Washton 1997; Khantzian 1999).

I trattamenti di gruppo costituiscono, infatti, "un potente ed efficace strumento di modificazione dei comportamenti di abuso di cocaina ampiamente utilizzato durante tutto il ciclo di cura, dal ricovero, alla fase intensiva, ai programmi di after-care e sia nell'ambito dei programmi di trattamento ambulatoriale

che di quelli residenziali e semiresidenziali, anche per la loro economicità"(vedi letteratura sull'importanza dell'auto-aiuto).

I cocainomani hanno caratteristiche che si presuppongono compatibili con la regolare partecipazione ad un gruppo e con le esigenze di socializzazione; si ritiene inoltre, che possa essere utile per questo genere di utenza, riflettere sul proprio stadio di cambiamento (modello transteorico di Prochaska e Di Clemente) e sulla motivazione attraverso le tecniche del colloquio motivazionale di Miller e Rollnick.

Destinatari del gruppo

Il gruppo si rivolge agli utenti in carico ai servizi delle dipendenze ASL 10 che abbiano la cocaina come sostanza attuale e prevalente; rientra inoltre, nel programma di trattamento per gli utenti segnalati dalla Prefettura e/o U.E.P.E.. Vi è la disponibilità alla partecipazione anche a persone che ancora sono in difficoltà ad accedere ai servizi per svolgere trattamenti strutturati.

Obiettivi

1. Spazio riflessivo e conoscitivo per le persone che, pure in presenza di consumi di cocaina, non vogliono sentirsi condizionate da un'identità che ancora non riescono ad accettare.
2. Valutazione e sostegno alla motivazione e al cambiamento, per la comprensione di un percorso più adeguato volto a una maggior adesione al trattamento concordato con gli operatori.
3. Confronto di esperienze che da un lato facilita le persone a riconoscere il problema legato al consumo di cocaina sentendosi non giudicate, e dall'altro rende possibile intravedere percorsi di cambiamento e di auto-aiuto.

Azioni

Si prevedono otto incontri settimanali condotti da due educatori secondo l'approccio motivazionale.

Un incontro sarà di carattere informativo sugli effetti e sui danni della cocaina prevedendo la partecipazione di un medico per gli aspetti medico-tossicologici.

È previsto, inoltre, l'utilizzo di video finalizzati a suscitare la riflessione degli utenti su argomenti quali la dipendenza, il piacere, il cambiamento, la ricaduta.

Per le modalità di invio: chiediamo agli operatori di riferimento di presentarci la situazione e la disponibilità a mantenere un contatto per tutta la durata del percorso.

Durante e al termine del percorso sono previsti contatti con gli operatori inviati per valutare il percorso svolto

Metodologia

È un gruppo motivazionale gestito con uno stile di counselling centrato sulle persone e orientato a favorire la motivazione al cambiamento attraverso lo scioglimento e la risoluzione del conflitto di ambivalenza.

Il gruppo e la sua organizzazione

In sintesi possiamo individuare tre momenti fondamentali:

Il primo momento (tre incontri) è la fase della conoscenza reciproca anche attraverso la condivisione delle loro esperienze, a partire da qualche domanda del tipo: "c'è un motivo che spinge a smettere la cocaina?", "quando è il caso di smettere?".

Quindi l'utilizzo della bilancia motivazionale e gli eventuali motivi per pensare ad un cambiamento di stile di vita.

Il secondo momento (altri tre incontri circa) oltre alla presenza del medico con focus sugli effetti medico-tossicologici, nonché sul funzionamento della dipendenza, focalizza l'attenzione sui fattori interni al cambiamento e sulle ricadute.

Quest'ultima è un elemento di grande coinvolgimento e preoccupazione al tempo stesso.

Il terzo momento, cioè gli ultimi due/tre incontri, è centrato su cosa possiamo fare per invertire la rotta; l'analisi sia dei fattori proattivi al cambiamento che dei fattori di rischio che possono ostacolare un'evoluzione positiva del progetto personale.

In questa fase si pensa alla progettazione concreta sia di percorsi terapeutici all'interno del servizio, come di proposte sul territorio quale l'esperienza dei gruppi di Narcotici Anonimi che generalmente sono presenti al penultimo incontro del ciclo.

Numero di utenti

Da un minimo di 6 partecipanti ad un massimo di 12.

Indicatori

- presenza agli incontri
- partecipazione attiva
- utilizzo di uno strumento di valutazione MAC/cocaina
- ritenzione/adesione al programma
- diminuzione dell'uso di cocaina

Conclusioni

Il primo gruppo è partito nel 2009 e complessivamente si è replicato, ogni anno, per circa 7/8 volte (considerati i periodi di feste, il mese di Agosto e i periodi di pausa per la costituzione di un numero sufficiente di partecipanti).

Il numero degli utenti è variato dai 6 ai 9 per gruppo con punte massime anche di 12.

Si è verificato inoltre, che su richiesta personale o su indicazione del servizio, alcuni partecipanti abbiano avuto la possibilità di ripetere il ciclo motivazionale. L'età degli utenti va dai 25 ai 50 anni, anche se la maggior parte si colloca intorno ai 30/40 anni, con una scarsa o quasi nulla presenza femminile.

Proprio per le sue caratteristiche, riteniamo che il Gruppo Motivazionale Cocaina possa offrire un'occasione per riflettere sulla propria storia di dipendenza e capire se c'è la voglia o meno di affrontarla.

In questo senso, pensiamo possa essere utile permettere l'accesso al gruppo anche a persone che non sono in trattamento, ma che desiderano un primo approccio

conoscitivo e riflessivo sul proprio uso di cocaina.

In questo senso riteniamo interessante e di grande utilità poter sperimentare all'esterno del Servizio SerT, un gruppo, che con le caratteristiche sopra descritte, si possa interfacciare con le richieste di chi, non riconoscendosi come fruitore del SerT, e quindi non identificandosi come un consumatore e/o dipendente da cocaina, ma comunque interessato alla riflessione sul tema, possa trovare uno spazio accettabile e compatibile con la sua situazione.

Tale opportunità potrebbe stimolare un percorso di consapevolezza rispetto al proprio stile di vita ed eventualmente facilitare, se ritenuto opportuno, l'accesso ad un SerT o comunque a delle proposte ulteriori utili a ad approfondire progetti di salute.

I GRUPPI MOTIVAZIONALI NEL PERCORSO INTEGRATO PER IL RECUPERO DAL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

di Fusi Ginetta[^], Concetta Conace*,
Francesca Ferrini^o, Adriana Iozzi*,
Alessandro Orsetti[^], Rosanna Scopetani**,
Cristina Tanzi^o, Debora Venè[^]

^{*}medico psichiatra,

^oassistente sociale,

[^]educatore professionale

^{**}psicologa

UFM SerT/SAT FI/C dell'Azienda Sanitaria di Firenze

Considerato ormai usuale il fenomeno delle polidipendenze nei nostri utenti, (siano esse di conversione o in sovrapposizione), ma allo stesso una criticità per il trattamento ed il mantenimento dell'astinenza, intorno agli anni 2004/2005, all'interno dell'UFM SerT/SAT C di Firenze, abbiamo deciso di costituire un'equipe dedicata al trattamento del gioco d'azzardo patologico. L'equipe è attualmente formata da due psichiatri, tre educatori professionali, una psicologa e due assistenti sociali, ed ha seguito una formazione specifica, che è tutt'ora in corso.

L'accesso al servizio da parte di giocatori compulsivi è progressivamente aumentata nel tempo, grazie sia ad una sensibilizzazione rivolta ai medici di medicina generale del quartiere dove noi operiamo (Q5 di Rifredi), ma anche per merito di una campagna pubblicitaria dei trattamenti offerti dai servizi pubblici, che ha interessato tutta la città di Firenze, attraverso dei volantini che riportavano vignette rivolte in particolare a donne, a giovani e ad anziani, con il titolo "Non fare il pollo"; nello scorso 2013 gli utenti in carico al servizio per problemi di gioco d'azzardo sono stati 72.

Da quando abbiamo deciso di occuparci di questa dipendenza, nei nostri interventi nelle scuole, non affrontiamo più solo il problema delle sostanze, ma finalmente possiamo far riflettere i ragazzi e gli insegnanti anche sul rischio di essere "vittime" di atteggiamenti patologici che si celano dietro innocui biglietti "gratta e vinci" o di accattivanti giochi online senza uso di soldi.

Un interessante lavoro di ricerca-intervento è stato svolto attraverso una collaborazione con il Dipartimento NEUROFARBA della sezione di Psicologia dell'Università di Firenze, che ha visto coinvolti circa 200 studenti del secondo anno delle scuole medie superiori del nostro quartiere; l'obiettivo di questo progetto è quello di valutare l'efficacia di un intervento di prevenzione volto a promuovere un comportamento di

gioco d'azzardo responsabile in ragazzi adolescenti, attraverso stimoli che incrementano la capacità di ragionamento corretto in termini probabilistici, diminuendo quindi il ricorso a credenze erranee e superstiziose.

Per quanto riguarda l'accesso al servizio, i giocatori, ma più spesso i loro familiari, si presentano spontaneamente per chiedere aiuto, soprattutto nelle fasi di grosse perdite; altrimenti gli invianti sono soprattutto gli altri SerT, ma anche medici di famiglia e operatori dei servizi di salute mentale (due pazienti contattati all'interno del reparto durante la degenza avvenuta per tentato suicidio a causa del gioco).

Il paziente più giovane che ha completato il programma per GAP, durante la maturità, aveva 19 anni, e quello più anziano 82; l'età media comunque si aggira attorno ai 45 anni; in questi ultimi anni sono arrivati anche molti stranieri extracomunitari e neo comunitari. Ad oggi il percorso diagnostico-terapeutico che noi proponiamo ai giocatori patologici ed ai loro familiari si sviluppa in 5 step:

1) **Accoglienza:** di persona, o telefonica, dove insieme all'utente analizziamo la domanda, presentiamo l'eventuale percorso e incoraggiamo a prendere un appuntamento.

2) **Valutazione multidisciplinare:** i pazienti ed i familiari vengono presi in carico da una coppia, mista per ruolo e fissa, di due operatori, i quali procederanno all'anamnesi generale mirata alle problematiche specifiche del GAP e all'eventuale associazione di abuso di sostanze; vengono valutate eventuali patologie psichiatriche in atto; si somministrano tests per la valutazione psico-diagnostica e a seguire vengono valutate anche con colloqui separati del paziente dai familiari, il funzionamento del sistema "famiglia" e la situazione socio-lavorativa.

3) **Tutoraggio economico:** in alcune situazioni viene fatta una valutazione economica con particolare attenzione al quadro debitorio, per procedere al tutoraggio economico, che può essere gestito esclusivamente da noi operatori, o in accordo con un familiare presente nel programma; talvolta è stata attivata una consulenza legale da parte di avvocati volontari.

È possibile un pianificare il risanamento dei debiti come interventi di salvaguardia del patrimonio familiare e della situazione lavorativa; in alcuni casi abbiamo seguito l'attivazione dell'amministratore di sostegno, e l'accompagnamento ad associazioni Antiusura.

4) **Gruppo motivazionale:** ciclo di 8 incontri rivolti al giocatore ed ai suoi familiari.

5) **Trattamento integrato e personalizzato:** possono essere suggerite psicoterapie individuali o familiari come anche terapie farmacologiche; in alcuni casi si procede con interventi cognitivo-comportamentali specifici; sono previsti interventi mirati all'auto protezione e quindi alla prevenzione delle ricadute; importante in questa fase è la collaborazione con i gruppi di

auto-aiuto, tra cui Giocatori Anonimi.

La durata media del percorso terapeutico è stabilita intorno all'anno, al termine del quale vengono comunemente proposti follow-up a lunga scadenza, e l'obiettivo che ci prefissiamo insieme ad i pazienti/famiglie non è solo l'astensione dal gioco, ma anche un cambiamento di stile di vita che coinvolga tutti loro.

Un focus particolare lo vorremmo dedicare alla fase del **Gruppo Motivazionale**; questa è un'attività sulla quale noi investiamo molto ormai da tantissimi anni, e che realizziamo con modalità simili, sia per gli alcolisti in trattamento, che per la dipendenza da cocaina e per la disassuefazione da fumo di tabacco.

Il gruppo è settimanale, aperto ed a ciclo continuo, cosicché sia possibile inviare le famiglie in qualsiasi momento; è condotto da un'educatrice professionale e da un'assistente sociale, che nel corso del programma previsto di circa due mesi, si avvalgono di altre figure professionali come la psicologa, la psichiatra ed il tossicologo; questi, apportando i loro specifici contributi, ci aiutano non solo ad avere informazioni corrette, ma anche a riflettere su temi fondamentali quali: il pensiero magico, le dinamiche della dipendenza e della co-dipendenza come fenomeni psico-biologici e di conseguenza la difficoltà nel mantenere un gioco "controllato".

Insieme, grazie al confronto delle esperienze tra chi è arrivato da poco e chi ha già iniziato un cambiamento, si possono osservare una diminuzione della negazione o minimizzazione del problema, e una maggiore consapevolezza delle caratteristiche, delle dinamiche familiari, dei vantaggi e degli svantaggi del giocare e dello smettere ed infine dei danni, che non vedono più solo come perdita di soldi, ma come perdita di dignità e autostima, di tempo sottratto al lavoro e alla crescita dei figli e della vita di coppia.

A proposito di questo, abbiamo osservato, che nonostante le resistenze iniziali del giocatore, c'è sempre una buona partecipazione ai gruppi da parte dei familiari, e soprattutto dei figli, che si dimostrano più disponibili rispetto ai coniugi o ai fratelli, ad accettare questo problema con toni di giudizio minori.

Un ottimo contributo ad affrontare questi temi e sentimenti così dolorosi, ci viene portato dalle testimonianze di persone che sono già in recupero all'interno dei gruppi di Giocatori Anonimi; data l'esperienza positiva degli altri gruppi sopracitati (alcol-cocaina-tabacco), abbiamo scelto appunto di collaborare con l'associazione dei G.A. e dei gruppi paralleli di familiari (Gam-Anon) anche per facilitare un eventuale invio ai loro gruppi serali, come mantenimento al processo di consapevolezza e cambiamento, alla fine del ciclo motivazionale.

Altre figure che invece invitiamo occasionalmente, sono l'amministratore di sostegno e l'avvocato, che noi proponiamo come occasioni di informazioni e chiarimenti su strumenti che loro stessi potrebbero decidere di attivare.

L'appuntamento con il gruppo, che talvolta è vissuto inizialmente con timore e scetticismo, finisce per essere atteso e partecipato con entusiasmo, come sa bene

chi opera nel settore delle dipendenze: in questo contesto possiamo, non solo condividere esperienze comuni che permettono sia al giocatore che al familiare di uscire da quell'isolamento e da quella omertà dove li aveva condotti il dramma dell'azzardo, ma anche ritrovare la speranza e talvolta quell'emozione di sentire che è possibile uscirne e ritrovare se stessi, magari anche migliori di prima.



FeDerSerD