

ItaliaAlcol

Studi e ricerche in alcologia

a cura di

**Alfio Lucchini, Claudio Leonardi,
Felice Nava, Biagio Sanfilippo**

*CLINICA DELLE DIPENDENZE
E DEI COMPORTAMENTI DI ABUSO/Quaderni*



FrancoAngeli



CLINICA DELLE DIPENDENZE E DEI COMPORTAMENTI DI ABUSO

L'esperienza clinica degli operatori delle dipendenze patologiche è ricca e articolata: spesso si parte da zero e si fatica a far conoscere e comprendere agli "esperti" e poi alla società il senso dell'operare quotidiano. Punto di partenza di questa Collana è un'ottica culturale di apertura a un pubblico più vasto. Una sezione riguarda i *Testi*: il tema della clinica è affrontato oltre la tradizionale differenziazione teoria – ricerca – esperienze; rilevante è l'origine delle pubblicazioni, che trovano linfa nell'ambito dell'attività o comunque sono collegate agli operatori del settore.

Tematiche quali la prevenzione, la riduzione dei rischi, la riabilitazione e gli aspetti organizzativi vengono affrontati valorizzando le applicazioni utili all'intervento clinico.

Una seconda sezione è quella dei *Quaderni*: saggi, lavori congressuali e raccolta di esperienze, compresi studi e ricerche sull'utilizzo di strumenti e farmaci.

Infine i *Manuali*: materiale didattico, con la definizione di criteri, metodologie, consensus e linee di intervento.

Direzione editoriale: Alfio Lucchini

Comitato di redazione: Cinzia Assi, Maria Luisa Buzzi, Felice Nava, Giovanni Strepparola

Comitato Scientifico: Adriano Baldoni (Ancona), Giorgio Barbarini (Pavia), Renato Bricolo (Verona), Italo Carta (Milano), Giorgio Cerizza (Cremona), Massimo Clerici (Milano), Alessandro Coacci (Grosseto), Maurizio Coletti (Roma), Augusto Consoli (Torino), Antonio D'Alessandro (Roma), Antonio d'Amore (Caserta), Riccardo De Facci (Milano), Pietro Fausto D'Egidio (Pescara), Guido Faillace (Trapani), Maurizio Fea (Pavia), Riccardo C. Gatti (Milano), Gilberto Gerra (Parma), Franco Celeste Giannotti (Reggio Emilia), Enzo Gori (Milano), Bernardo S. Grande (Catanzaro), Claudio Leonardi (Roma), Franco Lodi (Milano), Teodora Macchia (Roma), Vincenzo Marino (Varese), Antonio Mosti (Piacenza), Giovanni Nicoletti (Roma), Pier Paolo Pani (Cagliari), Norberto Pentiricci (Perugia), Edoardo Polidori (Forlì), Eugenio Rossi (Milano), Achille Saletti (Milano), Giorgio Serio (Palermo), Alessandro Tagliamonte (Siena), Enrico Tempesta (Roma), Laura Tidone (Bergamo), Marco Tosi (Milano), Andrea Vendramin (Padova), Silvia Zanone (Roma).

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.



ItaliaAlcol

Studi e ricerche in alcologia

a cura di

**Alfio Lucchini, Claudio Leonardi,
Felice Nava, Biagio Sanfilippo**

FrancoAngeli





Questo volume è stato realizzato grazie al contributo del
Laboratorio Farmaceutico C.T. S.r.l.
Depositato presso l'AIFA in data 25 settembre 2009

Copyright © 2009 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni qui sotto previste. All'Utente è concessa una licenza d'uso dell'opera secondo quanto così specificato:

1. L'Utente è autorizzato a memorizzare l'opera sul proprio pc o altro supporto sempre di propria pertinenza attraverso l'operazione di download. Non è consentito conservare alcuna copia dell'opera (o parti di essa) su network dove potrebbe essere utilizzata da più computer contemporaneamente;
2. L'Utente è autorizzato a fare uso esclusivamente a scopo personale (di studio e di ricerca) e non commerciale di detta copia digitale dell'opera. Non è autorizzato ad effettuare stampe dell'opera (o di parti di essa).
Sono esclusi utilizzi direttamente o indirettamente commerciali dell'opera (o di parti di essa);
3. L'Utente non è autorizzato a trasmettere a terzi (con qualsiasi mezzo incluso fax ed e-mail) la riproduzione digitale o cartacea dell'opera (o parte di essa);
4. è vietata la modificazione, la traduzione, l'adattamento totale o parziale dell'opera e/o il loro utilizzo per l'inclusione in miscelanee, raccolte, o comunque opere derivate.

Indice

Presentazione, di <i>Alfio Lucchini</i>	pag.	7
1. Studio prospettico (12 anni) su 2500 pazienti alcolisti in trattamento nei Servizi Territoriali delle Dipendenze, di <i>Biagio Sanfilippo, Giovanni Luca Galimberti, Roberto Cipollina, Marta Torriani, Andrea Piacentini, Alfio Lucchini</i>	»	11
2. L'uso del GHB in pazienti alcolodipendenti in trattamento: uno studio retrospettivo nei Servizi di Alcologia del Nord Italia (<i>The GUM - GHB USE and MISUSE - STUDY</i>), di <i>Felice Nava, Ezio Manzato, Gianmario Borroni, Daniela Danieli, Arfedele Del Re, Giuseppe Fertoni Affini, Gian Luigi Gasparini, Maria Antonietta Giacomini, Elena Molinaroli, Maura Richini, Marta Torriani, Mauro Toux</i>	»	70
3. Dipendenza da alcol e disturbo da deficit d'attenzione con iperattività. <i>Studio sul ruolo terapeutico del GHB nel controllo dell'astinenza e del craving in alcolisti ADHD positivi in trattamento</i> , di <i>Claudio Leonardi, Lorenzo Somaini, Elena Cortese, Roberto Fagetti, Alfio Lucchini, Felice Nava, Annalisa Pascucci, Letizia Rocchi, Generoso Ventre, Gilberto Gerra</i>	»	116

Presentazione

Questo volume, curato dal Centro Studi, Ricerche e Documentazione di ALT, una associazione Onlus attiva da venti anni con sede a Milano, partner di FeDerSerD, giunge in un momento opportuno.

Il tema della ricerca, del monitoraggio degli interventi, della valutazione degli stessi, viene invocato dal mondo politico e istituzionale come centrale, necessario e carente, e chi opera nel settore delle dipendenze patologiche non può che concordare.

Forse diversa è l'analisi delle ragioni per cui una ricchezza di interventi professionali come quella profusa nel settore non trova visibilità scientifica: bisognerebbe tenere conto della "estraneità aristocratica", francamente fuori moda, di gran parte del mondo universitario ad interessarsi del fenomeno della persona con problemi di addiction e del persistente interesse del mondo della politica e delle istituzioni in genere a valorizzare approcci antiscientifici, autoreferenziali, avulsi da ogni verifica scientifica, spesso dannosi per la persona.

Bene, noi operatori che basiamo l'intervento sui principi della evidenza scientifica continuiamo a fare la nostra parte.

Spesso viene dipinta una realtà della ricerca in Italia non fedele: molti sono in realtà i prodotti scientifici di valore pubblicati da italiani in Italia e tendenzialmente in aumento.

La ricerca applicata alla clinica o ai fenomeni sociali sono ovviamente i settori in cui possiamo come professionisti dei servizi dare il migliore contributo.

Un contributo importante, che con orgoglio valorizziamo quanto ve ne è occasione.

Recentemente, sia alla I Conferenza Nazionale sull'Alcol a Roma sia alla V Conferenza Nazionale sulla Droga a Trieste vi sono state sessioni dedicate al tema, in cui si è enfatizzata l'importanza del lavoro dei servizi territoriali e la necessità di ordinare e dare metodo a quello che si fa e si deve far conoscere.

Nei Dipartimenti delle Dipendenze, nei Ser.T., nei Servizi Alcolologici, si affrontano sempre più situazioni che si caratterizzano per abuso e dipendenza da alcol.

Modalità di uso patologico dell'alcol caratterizzate da manifestazioni di discontrollo nei confronti della sostanza, che viene assunta nonostante il manifestarsi di conseguenze avverse.

Ma sempre più frequentemente i Servizi si trovano a occuparsi di questioni rilevanti per la salute pubblica, innovative e impegnative.

Temi quali "alcol e guida", "sicurezza e uso di sostanze", "idoneità al lavoro e uso di sostanze" non solo sono al centro del dibattito e di provvedimenti legislativi e in genere normativi, ma aprono ai Servizi insperati contatti con giovani e meno giovani consumatori problematici di alcol.

Nello stesso tempo sono evidenti nuovi problemi collegati all'abuso alcolico, tra i quali la poliassunzione, l'abbassamento di età del primo uso di alcol, l'incremento di consumo e di problemi nella popolazione femminile.

Per quanto riguarda le nuove caratteristiche dell'utenza si registra un crescente aumento di adolescenti con problematiche legate all'alcol.

In questa ottica sono parzialmente da riscrivere anche le mission dei Servizi.

Un dato che viene spesso ricordato e cioè lo scarso numero di persone che si fanno curare per problemi legati all'alcol in Italia merita di essere commentato.

Quasi 70.000 persone sono in trattamento nei servizi territoriali italiani, a cui possiamo aggiungere 30.000 persone che frequentano il sistema dell'auto mutuo aiuto.

È vero che rappresentano un decimo delle persone che avrebbero bisogno di un serio approfondimento della propria situazione di abuso o dipendenza da alcol, ma il trend di avvicinamento alle cure è nettamente in ascesa.

Il problema alcol investe ambiti diversificati e necessita di una rete di strutture e servizi.

L'Italia ha regolamentato gli interventi di contrasto ai problemi alcol correlati con la Legge quadro 30 marzo 2001 n. 125, che norma i molti aspetti dell'intervento alcologico.

La rete deve essere facilmente accessibile sul territorio e avvalersi di varie figure professionali partendo dal medico di medicina generale che più probabilmente può stabilire il primo contatto con il paziente, alle strutture specialistiche sia pubbliche che del privato sociale.

È facile affermare che poco si è realizzato.

In realtà si sta sviluppando l'integrazione pubblico-privato, facilitando la comunicazione tra strutture diverse, compreso l'auto mutuo aiuto e il volontariato.

Più problematico appare lo sviluppo della capacità di individuare un problema da alcol sia in ambito clinico che in quello sociale (scuole, comunità, ecc.) e il sostegno al paziente e alla famiglia con una rete reale di servizi ben distribuita sul territorio.

Il tema della integrazione sanitaria e socio sanitaria e della continuità terapeutica merita provvedimenti legislativi e finanziamenti.

In questo volume, come dicevo sopra, si è voluto affrontare con esempi vivi il tema della ricerca e della valutazione degli interventi.

I tre contributi raccolti riguardano studi su vaste popolazioni di pazienti di Servizi Alcolologici italiani, sia rispetto alla valutazione generale dell'intervento, sia per l'esame di situazioni cliniche particolari.

Non mancano approfondimenti sull'utilizzo di farmaci specifici, partendo dalla considerazione che vi sia una carenza nelle rilevazioni di attività e di strumenti nel nostro paese.

Si affronta anche, con uno studio su ottanta casi, un tema complicato come la dipendenza da alcol e disturbo da deficit d'attenzione con iperattività (ADHD).

Lavori scientifici a vari livelli di realizzazione ma che evidenziano la ricchezza clinica nei Servizi italiani e la loro capacità di coordinarsi in gruppi di lavoro.

Inoltre questi testi riaffermano con dati incontrovertibili la complessità della patologia da dipendenza e sono l'ennesimo segnale che il clinico può ricordare al mondo della politica e delle istituzioni che ricercano sempre la semplificazione che purtroppo porta con sé la banalizzazione del valore della professionalità.

Spero che questo volume contribuisca a stimolare la voglia di riflettere dei professionisti italiani sulla propria attività, base per lavorare meglio e sbagliare di meno.

Milano, ottobre 2009

Alfio Lucchini
Presidente ALT Onlus
Presidente Nazionale FeDerSerD

1. Studio prospettico (12 anni) su 2500 pazienti alcolisti in trattamento nei Servizi Territoriali delle Dipendenze

di *Biagio Sanfilippo**, *Giovanni Luca Galimberti***,
*Roberto Cipollina****, *Marta Torriani*****,
Andrea Piacentini°, *Alfio Lucchini°°*

Introduzione

Quando 10 anni fa abbiamo iniziato questa avventura i Nuclei Operativi di Alcologia (NOA) erano Servizi relativamente giovani ma che potevano contare sull'esperienza che gli operatori avevano acquisito lavorando nei Ser.T.

I NOA, afferenti al Dipartimento Dipendenze, sono nella regione Lombardia i Servizi pubblici deputati alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dell'alcolismo.

Avevano, ed hanno, una struttura organizzativa autonoma in quanto l'utenza trattata presentava caratteristiche specifiche.

È proprio interrogandosi sulla tipologia dell'utenza, che già nei primi anni novanta si intuiva avesse caratteristiche diversificate e di complessità, che alcuni operatori hanno avviato questo studio la cui articolazione analizzeremo più avanti.

L'OMS considera la dipendenza una condizione cronica e recidivante, la cui persistenza è attuale e non viene inficiata dalla sola astensione nell'uso, come può avvenire in condizioni forzate (carcere, comunità).

Si percepisce per i Servizi che si occupano di problematiche caratterizzate dalla cronicità, il rischio di "cronicizzarsi" a loro volta e di perdere di

* Psicologo, psicoterapeuta, didatta SIPI, responsabile NOA Sesto San Giovanni, dipartimento dipendenze Asl Milano.

** Medico, farmacologo, responsabile struttura semplice, dipartimento dipendenze Asl Monza Brianza.

*** Medico, responsabile NOA Vimercate, dipartimento dipendenza Asl Monza Brianza.

**** Medico, responsabile NOA Gorgonzola, responsabile area alcologia, dipartimento dipendenze Asl Milano 2.

° Statistico, Milano.

°° Psichiatra, direttore dipartimento dipendenze Asl Milano 2, presidente ALT Onlus.

vista il senso del proprio intervento, appiattendosi su posizioni di “mantenimento” senza più agire per obiettivi, come previsto per ogni buona pratica clinica.

Si intuiva quanto questo atteggiamento esponesse a una serie di problemi, uno tra questi era quello di non misurare più il proprio lavoro, quindi non valutare in termini di efficacia i propri interventi.

La conseguenza è l'autoreferenzialità, che oltre a non permettere una crescita culturale e scientifica degli operatori, fa perdere di vista i reali bisogni dell'utenza e la costruzione di innovative modalità di intervento utili a garantire sempre maggiori possibilità di cura ai pazienti.

Anche per questi motivi è necessario per i Servizi produrre dati e informazioni relativi al proprio operato non solo perché in tal modo si adempie al compito istituzionale dei flussi informativi ma perché tale azione si configura come preziosa occasione per ripensare al proprio lavoro.

Misurare, monitorare e modellare gli interventi clinici costituisce un paradigma operativo eticamente e deontologicamente non più differibile.

Queste sono le motivazioni degli operatori partecipanti alla presente ricerca che prende in considerazione i nuovi utenti presentatisi in quattro Servizi Alcolologici (NOA), nel periodo 1995/2006.

La pratica clinica del trattamento dell'abuso e della dipendenza da alcol ci ha permesso di rilevare nel corso di questi ultimi anni che i pazienti afferenti ai Servizi alcolologici presentano caratteristiche significativamente diverse rispetto al passato.

In particolare segnaliamo i poliabusatori e/o polidipendenti e i pazienti con comorbidità psichiatrica.

Per questi ultimi è stato considerato anche il rapporto cronologico e clinico tra assunzione di alcolici e manifestazione psicopatologica, relativamente al terzo periodo osservato (2002/2006).

È ormai acclarato che questa tipologia di utenza richiede, sempre più frequentemente, una rideterminazione degli obiettivi sia del Servizio che del singolo operatore su più dimensioni (sapere scientifico delle singole professionalità, organizzazione del Servizio, posizione strategica del Servizio nell'“universo” dei Servizi).

Anche nel nostro ambito clinico il progetto di terapia non è “standardizzato”, predeterminato, ma richiede una soluzione diversa per ogni caso, soprattutto quando, come oggi, i bisogni e le necessità a cui dare risposte terapeutiche efficaci presentano un'elevata variabilità e complessità e richiedono altrettante specializzazioni.

L'approccio multidimensionale (bio-psico-sociale) nel porre diagnosi di Disturbo da uso di sostanze in genere, infatti, richiede un costante monitoraggio di quelle che sono le necessità concrete dell'utenza e un adeguamento degli strumenti terapeutico-riabilitativi a disposizione degli operatori.

La diagnosi è un concetto dinamico e non statico e il progetto terapeutico conseguente non può prescindere dalla presenza, almeno, dei seguenti agenti terapeutici: una buona alleanza di lavoro tra paziente e curante e la competenza professionale di quest'ultimo, in tutte le sue articolazioni.

Con la pubblicazione avvenuta nel 2004 nel volume *Alcol, alcolismi: cosa cambia?* (ed. FrancoAngeli) i Servizi Alcolologici partecipanti al lavoro di ricerca avevano inteso approfondire la tematica di valutazione del proprio lavoro, provando a “misurarsi” rispetto all'efficacia e all'efficienza dei modelli di intervento proposti, soprattutto alla luce dei mutamenti della tipologia dell'utenza.

In seguito si è convenuto di proseguire il lavoro di ricerca con il fine di ampliare la numerosità campionaria osservata e accrescere così la consistenza dei dati, ma soprattutto di continuare a fornire agli operatori e ai Servizi un feedback qualificato del fare clinico: fino ad allora l'esperienza precedente aveva contribuito a migliorare la qualità del lavoro sia dei singoli operatori, sia dell'équipe curanti.

Lo sforzo ha permesso di raggiungere un campione di 2422 soggetti tale da offrire la possibilità di ampie riflessioni sia sulle caratteristiche dell'utenza che sugli esiti dei trattamenti ad essa correlate.

La ricerca è stata condotta su 4 Servizi Alcolologici territoriali dell'hinterland milanese (NOA di Sesto S. Giovanni, NOA di Seregno, NOA di Vimercate, NOA di Gorgonzola) ed è stata effettuata prendendo in esame i soggetti che si sono rivolti ai Servizi in tre periodi di tempo distinti.

Metodologia della ricerca

Lo studio include quattro NOA e analizza in modo cumulativo tutti i nuovi utenti (2422) che risultano avere contattato i Servizi nel primo periodo osservato (01.01.1995-31.12.1998 con end point del follow-up al 31.12.2000), nel secondo (01.01.1999-31.12.2001 con end point del follow-up al 31.12.2003) e nel terzo (01.01.2002-31.12.2006 con end point del follow-up al 31.12.2008).

Sono stati esclusi dallo studio i pazienti già trattati e dimessi che nel corso del periodo in esame hanno richiesto un nuovo trattamento.

Avendo la ricerca tra gli obiettivi quello di definire l'evoluzione nel tempo della tipologia dell'utenza, è parso opportuno rilevare un'unica volta le caratteristiche salienti di questi pazienti.

Il periodo di follow-up è diverso nei pazienti essendo compreso fra i due e al massimo i sette anni (prima osservazione: minimo due anni, massimo sei - seconda osservazione: minimo due anni, massimo cinque - terza osservazione: minimo due anni, massimo sette).

Sui motivi per cui si è ritenuto opportuno prolungare lo studio si è già detto, rimane da precisare che nella terza fase è stata aggiunta una parte relativa ai trattamenti farmacologici, la specifica in caso di sovrapposizione di un disturbo psicopatologico se fosse da considerarsi PAC o non PAC e infine la frequenza dei pazienti che durante il periodo di osservazione sono risultati in cogestione con il Servizio Psichiatrico Territoriale.

Materiale

Si utilizza una scheda di rilevazione delle caratteristiche degli utenti e del loro follow-up, dove oltre ai dati socio-anagrafici si raccolgono la diagnosi alcolica e psicopatologica secondo i criteri del DSM-IV, le patologie organiche alcol-correlate, la modalità di presentazione, l'inizio e la durata del trattamento e infine il follow-up trimestrale dalla presa in carico con annotati gli specifici trattamenti, medico-farmacologici, psicologici e socio-riabilitativi.

Obiettivi

La motivazione esplicita fin dall'inizio è stata quella di munirsi di uno strumento utile agli operatori nelle scelte professionali e strategiche relative alla costruzione di percorsi di cura. Gli strumenti statistici utilizzati hanno permesso di:

- rilevare, attraverso **un'analisi descrittiva** dei dati, le caratteristiche dell'utenza per valutare se e come cambia la tipologia di questi pazienti;
- rilevare, sulla base di un **modello logistico**, i determinanti del rischio di abbandono a breve termine;
- valutare, attraverso **l'analisi della sopravvivenza**, l'esito del trattamento per quei soggetti che hanno aderito al progetto terapeutico-riabilitativo proposto e/o concordato, in particolare evidenziando quelle variabili che sono risultate fortemente penalizzanti in termini di probabilità di adesione al programma (i predittori dell'insuccesso ossia dell'abbandono del trattamento);
- individuare i rischi relativi di uscire dal trattamento, ottenuti sulla base del **modello di Cox**.

La ricerca

Di seguito sono riportati i risultati della ricerca, ordinati e discussi in relazione alla loro significatività statistica e alle ripercussioni sul piano clinico e sulla organizzazione dei Servizi.

Per guidare il lettore nella comprensione del testo si segnala che verranno riportati inizialmente i dati sull'intera casistica (2422 pazienti in 12 anni di osservazione), seguono gli elementi aggiuntivi dell'ultimo periodo considerato (2002/2006), il confronto tra i tre periodi osservati (1995/1998 - 1999/2001 - 2002/2006) con evidenziati gli elementi salienti anche dal punto di vista clinico; per concludere verranno esaminati i risultati dei quattro Servizi partecipanti allo studio, con particolare attenzione agli esiti del trattamento.

Intera casistica (1995/2006)

In modo schematico sono di seguito riportati i principali risultati relativi ai dodici anni di osservazione, si rimanda invece alla relativa appendice per una lettura dettagliata dei dati.

- Più della metà dei pazienti (circa il 56%) giunge ai centri perché inviati da un Servizio sanitario e/o sociale (nello specifico: medico di base, pronto soccorso, dipartimento di salute mentale, Servizi d'assistenza sociale, reparto ospedaliero e altri Servizi socio-sanitari dell'Asl); ciò sta a indicare che la rete dei Servizi nei territori di competenza dei NOA è soddisfacente, pur dovendo rilevare che il numero dei pazienti inviati dai medici di base è ancora lontano da quanto è lecito attendersi, considerata la diffusione della patologia e il ruolo assolutamente privilegiato, dal punto di vista dell'osservazione, del medico di famiglia.
- ~ il 48% dei pazienti si presentano soli al primo colloquio.
- ~ il 53% dei pazienti ha avuto esperienze pregresse di trattamento alcolico; ciò conferma che si è di fronte a una patologia ad andamento cronico e recidivante. Limitando l'attenzione all'ultimo periodo di osservazione (quinquennio 2002/2006) il dato scende a ~ il 38%, indicazione questa sia di un aumento della sensibilità degli stessi pazienti verso le problematiche connesse all'uso di bevande alcoliche, sia di una maggior "visibilità" dei Servizi nei confronti del proprio bacino di utenza.

Non trascurabile è anche l'impatto sul piano economico del decremento registrato nella frequenza di ricoveri ospedalieri precedenti il contatto con i Servizi; senza addentrarci in calcoli economici, poiché risulterebbe

imprudente, è evidente il risparmio di risorse tanto da poter affermare che questi Servizi si autofinanziano.

- Il 26% dei pz. non presenta nessuna patologia, il 19% solo organica, il 32% solo psichiatrica e il restante 24% dei pz. presenta in associazione entrambe le patologie.

Osservando i dati emersi riguardanti nello specifico le patologie organiche viene confermata la correlazione tra alcol e patologie a carico dell'apparato digerente e in particolare del fegato.

- ~ il 56% dei pz. presenta patologia psichiatrica; il disturbo più frequente è risultato quello di personalità, seguito da quello dell'umore e da quello d'ansia.

Riguardo al fenomeno del poliabuso o della polidipendenza nella situazione antecedente il contatto con i Servizi, i pazienti poliabusatori o polidipendenti erano quasi il 30% sul totale, e di questi, il 60.4% (il 17.9% dei 2422 pazienti) ha mantenuto l'uso di sostanze legali e/o illegali anche al momento della fase d'accoglienza.

Questo non è un fenomeno nuovo ma preme sottolineare che il trend è in deciso aumento nell'ultimo periodo osservato (2002/2006), sia per quanto concerne la proporzione di pazienti con pregresso e/o attuale poliabuso o polidipendenza (25.2% vs 24.8% vs 35.4%), ma soprattutto l'aumento riguarda quei soggetti poliabusatori e/o polidipendenti in fase attiva (17.4% vs 15.5% vs 22.1%).

Come si vedrà in seguito nel commentare gli esiti del trattamento questa tipologia di pazienti (di età media di circa 32 anni, 11 in meno dell'intera casistica) risulterà di più difficile e complessa gestione per i Servizi, con una significativa incidenza sulla loro operatività. Importante risulta pertanto il continuo monitoraggio della tipologia dell'utenza, attraverso l'osservatorio epidemiologico dei Dipartimenti delle Dipendenze.

Ciò consentirebbe di affrontare i cambiamenti in maniera organizzata e puntuale, evitando di inseguire gli stessi, con il risultato di essere sempre e fatalmente in ritardo sui bisogni dei pazienti.

Il fenomeno del poliabuso e della polidipendenza radicalizza i fattori di dipendenza psicologica oltre a contribuire a un maggior deterioramento sul piano organico e psicopatologico.

La compromissione funzionale rende sul piano clinico il rapporto col paziente alquanto difficoltoso e impegnativo richiedendo costanti sinergie con altri Servizi (Ser.T. e Servizio Psichiatrico).

- Dalla diagnosi alcolologica secondo i criteri del DSM-IV emerge che nella popolazione studiata più del 60% dei pazienti presenta una dipendenza grave o moderata a conferma di un rapporto con l'alcol duraturo nel tempo e ingravescente.

Gli abusatori rappresentano il 30%, dato questo che può essere interpretato come una maggior sensibilità sia dei pazienti rispetto al loro problema, che degli operatori socio-sanitari invianti più attenti alle problematiche alcolcorrelate. Questa tipologia di utenti è in netto aumento (21% il dato della prima ricerca vs 35% quello della terza); si può ipotizzare che la presenza dei Servizi Alcolologici nel tempo abbia favorito una maggior sensibilità negli operatori socio-sanitari di contemplare anche l'alcolismo come una patologia diffusa e degna di cura; analogamente per la popolazione in generale si consolida l'idea di potersi rivolgere a un Servizio apposito prima che il problema assuma connotati drammatici di urgenza. Infine le recenti modifiche al Codice della Strada e i maggiori controlli alcolimetrici consentono di individuare un numero sempre crescente di abusatori che le Commissioni Mediche Locali in molti casi (alcolemia \geq di 1,5 gr/lit, recidivi o nel caso di patenti speciali) inviano ai Servizi per la definizione del livello di rischio alcolologico e per l'eventuale presa in carico.

Considerando i 2422 pazienti che hanno contattato i Servizi tra l'1/01/1995 e il 31/12/2006, nel 17.7% dei casi gli operatori non hanno definito un progetto terapeutico, prevalentemente perché il paziente è stato perso di vista o per rifiuto dello stesso; dei 1993 pz. entrati in trattamento 978 lo hanno concluso positivamente (49.1%), 628 sono stati persi di vista (31.5%) e 334 (16.8%) sono ancora in trattamento all'end-point del follow-up.

Il tempo medio di trattamento relativo all'intera casistica è di circa un anno (342 gg), dato che non presenta variazioni di rilievo nei tre periodi di osservazione.

I dati riguardanti la proporzione di tempo dedicata alle singole tipologie terapeutiche sul tempo totale di trattamento di ogni paziente, presentano una distribuzione abbastanza omogenea tra le componenti terapeutiche-riabilitative di cui sono dotati i Servizi, con una prevalenza della competenza psicologico-psicoterapeutica rispetto a quella medica e socio-riabilitativa (38.1% vs 34.5% vs 27.4%).

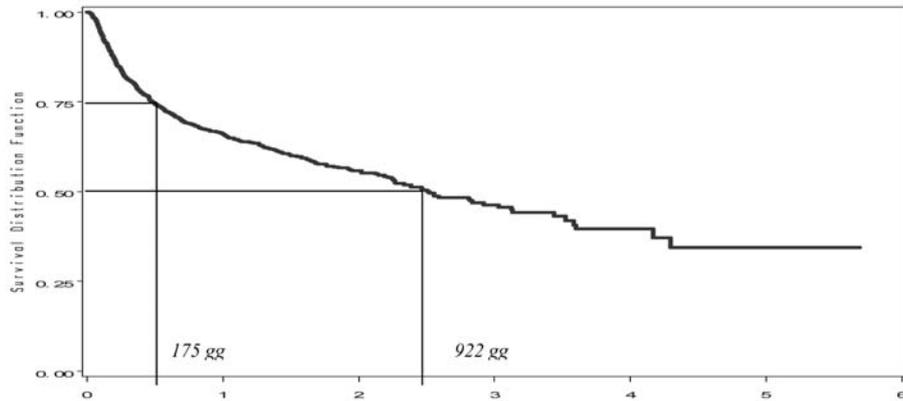
Tale distribuzione riflette soprattutto la carenza di organico della componente socio-educativa.

Assicurare una buona dotazione organica ai Servizi, unitamente ad adeguate competenze professionali è una garanzia per ottenere buoni risultati.

La storia dei Servizi ha insegnato che l'offerta favorisce l'affiorare della domanda e l'esito dei trattamenti è influenzato da almeno due fattori, quello organizzativo e quello strategico.

Un ulteriore dato da mettere in evidenza è che la quasi totalità degli insuccessi e buona parte dei successi sono eventi che si verificano entro i primi 12 mesi dall'inizio del programma (fig. 1).

Fig. 1 - Probabilità cumulativa di adesione al trattamento nei 1659 pazienti per cui il trattamento ha avuto un esito



Pz.sotto oss.all'inizio dell'anno:	0	1	2	3	4	5	6
Totale	1659	586	244	76	19	3	
Insuccessi (tra anno e anno)	492	74	35	10	2	0	
Successi (tra anno e anno)	581	268	133	47	14	3	

Una conferma della tendenza sopra descritta la si ritrova nell'analisi della sopravvivenza, in quanto a circa due anni e mezzo dall'inizio del programma la probabilità di adesione è ancora superiore al 50% per poi scendere al 34% entro la fine del periodo d'osservazione.

- Dal modello logistico emerge che a caratteristiche quali l'essere coniugati/conviventi, l'essere compromessi sia da un punto di vista organico e psichiatrico, l'aver un diploma di scuola superiore o di laurea oppure presentare una dipendenza dall'alcol in remissione, è associata una maggiore probabilità di entrare nel programma, rispetto alle altre categorie prese in esame.
- Dal modello di Cox si rileva che gli utenti coniugati/conviventi hanno un rischio di uscire dal trattamento superiore del 20% rispetto a chi presenta un differente stato civile.

L'assenza di altri fattori di rischio di non entrare o di uscire dal trattamento è da considerarsi un risultato positivo in termini di capacità dei Servizi di trovare risposte congruenti a una tipologia di utenti sempre più eterogenea.

Un'ulteriore analisi ha riguardato la suddivisione dell'intera casistica in due sottogruppi, quella dei soli alcolisti vs i pazienti considerati complessi, in cui sono stati inclusi i pz. alcolisti con associata altra dipendenza e/o disturbo psichiatrico. Risulta evidente dalla tab. 1 come i Servizi abbiano

Tab. 1

<i>Campione 2422 pz. (1995/2006)</i>			
<i>Alcolisti</i> 852 (35.2%)		<i>Pz. complessi</i> 1570 (64.8%)	
<i>Persi di vista pre trattamento</i>			
<i>Alcolisti</i> 152 (17.8%)		<i>Pz. complessi</i> 174 (11.1%)	
<i>Persi di vista in trattamento</i>		<i>Successi</i>	
<i>Alcolisti</i> (n = 668)	<i>Pz. complessi</i> (n = 1325)	<i>Alcolisti</i> (n = 668)	<i>Pz. complessi</i> (n = 1325)
185 (27.7%)	443 (33.4%)	394 (59.0%)	584 (44.1%)

migliori risultati nell'agganciare i pazienti complessi e nel trattare i pazienti solo alcolisti.

Come si vedrà più avanti nel confronto tra i tre periodi della ricerca, l'ultimo mostra un trend positivo nei confronti dei pazienti complessi, sia per quanto riguarda l'aggancio iniziale ma soprattutto l'esito del trattamento.

Elementi aggiuntivi della terza ricerca

Tre aspetti aggiuntivi sono stati indagati nella terza ricerca rispetto alle precedenti, come di seguito specificato:

1. oltre la diagnosi psicopatologica secondo il DSM-IV veniva richiesto se la patologia era da considerarsi PAC o non PAC;
2. la frequenza di pazienti che durante il periodo di osservazione sono risultati in cogestione con il Dipartimento di salute mentale, in particolare con il Servizio territoriale (CPS);
3. i trattamenti farmacologici nel corso del programma.

Patologie psichiatriche

Più di 5 pazienti su 10 soffre di un disturbo psichiatrico (568 dei 1083 globalmente analizzati), e solo nel 13% dei casi (72 pazienti) si tratta di patologia psichiatrica alcolcorrelata; entrando nel merito, è emerso che globalmente il disturbo PAC più frequente è quello depressivo.