

SERVIZI TERRITORIALI E GESTIONE DEI PROBLEMI ALCOL-CORRELATI NELLA DONNA: ESPERIENZE SUL CAMPO

Claudio Leonardi, Roberto Fagetti, Francesco Flavio Castracane, Elisabetta Faedda,
Domenica Rita Gioffré, Annalisa Pascucci, Elena Cortese, Dina Pero, Paola Rizzo, Valentina Scarpino
*Unità Operativa Complessa Prevenzione e Cura Tossicodipendenze ed Alcolismo, Ser.T D11 ASL RMC,
Roma*

Introduzione

Tutte le rilevazioni ad oggi disponibili sul fenomeno delle patologie della dipendenza a livello nazionale, europeo e internazionale, sono omogenee nell'evidenziare profonde differenze tra maschi e femmine nei consumi di sostanze ad azione psicoattiva. In tutti gli Stati occidentali, infatti, le donne sono in chiara inferiorità numerica rispetto agli uomini nell'uso di tutte le sostanze illegali psicotrope, mentre si stanno progressivamente allineando ai maschi nei consumi di alcol e tabacco e presentando, al contrario, un consumo quasi doppio di psicofarmaci prescritti (1, 2).

Partendo da queste evidenze epidemiologiche, si è iniziato a interrogarsi sulle possibili ragioni di queste differenze di genere e a misurarle nei due sessi, entrando in merito alla valutazione degli stili di consumo, all'evoluzione e caratteristiche dei diversi comportamenti additivi primari e accessori, al background socio-culturale e familiare, alla caratteristica delle motivazioni subordinate alla richiesta d'aiuto ai servizi e alla aderenza ai diversi trattamenti farmacologici e psicoterapeutici sviluppabili (3).

Specificatamente per l'alcol, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che in Europa si abbia un consumo pro capite più elevato al mondo che risulta, infatti, il doppio rispetto alla media mondiale. L'alcol è il terzo fattore di rischio per le morti e per le invalidità, ed è il principale fattore di rischio per la salute dei giovani. Quindi, le conseguenze che derivano dal consumo di alcol hanno anche ampie ripercussioni sull'organizzazione sociale sia rispetto al nucleo familiare, originario e/o costituito, del consumatore, sia rispetto alla società in genere, e dove i problemi correlati alla famiglia, all'ambiente di lavoro, agli incidenti stradali, alla violenza domestica soprattutto orientata verso il genere femminile, rappresentano solo alcuni degli esempi riconducibili agli effetti dannosi collegati già anche al solo consumo problematico di alcol (4).

“Mission & vision” dei servizi per le patologie da dipendenza

Il Servizio per le Tossicodipendenze (Ser.T), individuato nella nostra Azienda come Unità Operativa Complessa Prevenzione e Cura delle Tossicodipendenze e dell'Alcolismo - Ser.T, è il servizio territoriale che istituzionalmente si occupa di qualsiasi problema riguardi l'uso, l'abuso e la dipendenza da sostanze psicotrope illegali e legali quali l'eroina, la cocaina, l'LSD,

l'ecstasy, l'amfetamina, l'hashish, la marijuana, l'uso non terapeutico di psicofarmaci, l'alcol e il tabacco.

In ragione della Legge 49/2006, della Legge 162/1990, del DPR 309/1990, del DM 444/1990, del DM 445/1990, della Legge 45/1999, dell'Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999 e della Legge 49/2006, i Ser.T assicurano la disponibilità dei principali trattamenti relativi alla cura e alla riabilitazione dall'uso di sostanze, nonché la prevenzione e la cura delle patologie correlate, anche in collaborazione con altri servizi specialistici. Le prestazioni sono erogabili in forma individuale o a piccoli gruppi nella sua sede operativa o, se necessario, a domicilio. Le prestazioni di prevenzione possono essere erogate anche mediante mezzi mobili. Al servizio si accede volontariamente ed è garantito l'anonimato.

Le prestazioni connesse sono tutte gratuite e, nell'ambito delle competenze menzionate, provvedono nello specifico a:

- garantire l'accoglienza, la diagnosi e la presa in carico del paziente;
- predisporre, per ogni singolo paziente, un programma terapeutico e riabilitativo con valutazione diagnostica multidisciplinare iniziale e monitoraggio periodico delle variazioni dello stato di salute in relazione ai risultati degli interventi effettuati;
- eseguire terapie farmacologiche specifiche compreso il monitoraggio clinico e laboratoristico essendo, peraltro, l'unico servizio specialistico di base delle Aziende USL, deputato all'uso di farmaci sostitutivi e non e alla elaborazione dei programmi terapeutici individuali, previa osservazione e diagnosi;
- svolgere attività di psicodiagnosi, counseling, di sostegno psicologico e di psicoterapia;
- svolgere attività di orientamento e di sostegno in ambito sociale ed educativo;
- svolgere specifiche attività di prevenzione delle principali cause di morte e d'inabilità conseguenti l'abuso di sostanze;
- attivare specifici programmi d'interventi in caso di uso di sostanza durante la gravidanza; nei casi di prostituzione e in seguito ad episodi di violenza;
- rilevare i dati statistici ed epidemiologici relativi alle attività e al territorio di competenza;
- svolgere attività di riabilitazione e di prevenzione delle ricadute;
- individuare comportamenti a rischio di malattie correlate alla tossicodipendenza;
- svolgere attività d'informazione ed educazione sanitaria;
- collaborare con i Provveditorati agli Studi per la realizzazione d'interventi di educazione alla salute e di prevenzione;
- collaborare con l'Amministrazione Penitenziaria negli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dall'abuso di sostanze;
- predisporre e attuare opportuni programmi terapeutici dei soggetti inviati dall'Amministrazione Penitenziaria;
- collaborare con i medici di Medicina Generale nell'attuazione di programmi d'intervento domiciliare.

I destinatari del servizio sono:

- soggetti dipendenti sia da sostanze stupefacenti, che da alcol e che da farmaci;
- famiglie con difficoltà legate all'abuso di sostanze stupefacenti;
- tutti i cittadini che richiedono consulenze e informazioni sugli eventuali disagi conseguenti all'abuso delle sostanze sopra citate (5).

Effetti e interazioni neuropsicobiologiche dell'alcol e dei derivati alcolici

L'alcol una volta ingerito, è rapidamente assorbito a livello dello stomaco e dell'intestino. Finito nel torrente ematico, oltrepassa facilmente le membrane cellulari e, in caso di uso problematico/abuso, provoca lesioni intracellulari fino alla distruzione delle cellule stesse. È stato stimato che nel corso di un'intossicazione acuta, l'alcol è in grado di distruggere circa 100.000 neuroni, dando luogo ad un danno cerebrale irreversibile.

Il cervello promuove il suo processo evolutivo e la sua completa maturazione, acquisendo ed elaborando gli stimoli che gli provengono dal mondo esterno sin dalla nascita. Questo processo di crescita completa, si esaurisce tra i 20 e i 25 anni, con importanti varianti individuali tra i due generi. Sembra comprensibile, quindi, come soprattutto durante tutto questo specifico arco temporale evolutivo ma anche in seguito al suo completamento, le cellule cerebrali siano molto sensibili agli stimoli provenienti dall'esterno, come appunto quelli prodotti dalle sostanze psicotrope e dall'alcol in particolar modo, e come la loro fisiologia e naturale funzionalità possono venir facilmente alterati e corrotti.

Nel tempo in cui le cellule cerebrali subiscono gli effetti dell'alcol, le relazioni plastiche e funzionali tra le cellule nervose, si modificano radicalmente per un'azione di questa sostanza sul funzionamento dei meccanismi di controllo epigenetici che, nel tempo, si consolidano progressivamente, rimodulando la fisiologia, la personalità e il funzionamento mentale del soggetto *addicted*. Appare evidente, quindi, che i danni che le sostanze alcoliche sono in grado di produrre nel cervello dei consumatori problematici, sconvolgono importanti e delicati sistemi neuropsicologici all'interno di esso, creando, oltre a documentabili danni fisici sistemici, anche il persistere di percezioni alterate del proprio essere e del mondo esterno. Queste nuove e potenti percezioni sono memorizzate dall'individuo creando un deterioramento cognitivo e una serie di alterazioni neurologiche e psichiche, che possono persistere per moltissimo tempo, se non addirittura per tutta la vita, condizionando il fisiologico comportamento collegato agli stimoli primordiali e correlandolo unicamente agli stimoli provocati dall'alcol, con indici di gravità sempre presenti e variabili nei due generi (6).

Alcol e genere femminile

La prevalenza di dipendenza alcolica nel genere femminile è un valore difficilmente misurabile perché profondamente sotteso e, nella maggior parte dei casi, celato tra le mura domestiche. Le nostre stime di addetti ai lavori, fondate sui dati di presa in carico presso i servizi territoriali, ci permettono di dichiarare che il fenomeno è contestualmente molto esteso e certamente in aumento, con valori di consumo problematico nel nostro paese, pari a circa 2 milioni di donne. Se in Italia negli ultimi dieci anni registriamo un trend in discesa nella diffusione dei consumi di bevande alcoliche, non ci sembra strano se al contrario, quindi, si riscontrano incrementi indicativi nella popolazione femminile.

Secondo l'ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica) consumo alcolico nelle donne s'innalza in ragione del livello culturale e del titolo di studio posseduti, con un'incidenza del 42% per le donne con licenza elementare che s'incrementa al 68% nelle laureate e con una maggiore evidenza nella fascia d'età tra 25 e i 44 anni. Le donne sembrano più esposte ad ammalarsi nell'arco temporale dei 30/50 anni e, quindi, in coincidenza della completa maturazione del processo procreativo e con il probabile inizio del climaterio. Gli uomini, a differenza, sembrano correre tale rischio in misura maggiore tra i 25 e i 45 anni, nel pieno dell'attività lavorativa. I

dati del 2012 dimostrano, inoltre, altre differenze di genere: il 78,3% degli uomini di 11 anni e più, consuma in particolare vino, birra e altri alcolici come aperitivi, amari e superalcolici, mentre le donne consumatrici sono il 51,8%. Per gli uomini come per le donne il vino è la bevanda alcolica più diffusa, seguita da birra e altri alcolici. Per quanto riguarda i consumi fuori pasto, le differenze di genere sono rilevanti fra gli adulti: consuma alcol anche fuori dal pasto quasi un uomo su due (47,9%) e quasi una donna su tre (30,4%).

I danni alcol-correlati sono più severi nelle donne che negli uomini. I motivi di questa vulnerabilità sono legati alla fisiologia femminile che differisce da quella maschile per struttura fisica, dotazione enzimatica e ormonale. Infatti, a parità di condizioni e assumendo quantità medesime di alcol, la concentrazione di alcol nel sangue è più elevata nelle femmine che nei maschi. Uno dei motivi è da attribuire alla dissomigliante struttura corporea e alla minore quantità di liquidi corporei presenti nella donna rispetto all'uomo che causano un livello alcolemico maggiore a parità di unità alcoliche introdotte. A questi elementi, si aggiunga che le donne hanno una predisposizione a metabolizzare l'alcol assolutamente inferiore rispetto a quella dell'uomo, poiché povere di alcol deidrogenasi, l'enzima epatico preposto a tale compito.

Al contrario è stato accertato e misurato l'effetto avverso dell'alcol sulla salute del feto durante la gravidanza. L'alcol arriva al feto attraverso un suo diretto assorbimento da parte della placenta e, in tal maniera, è responsabile di diversi livelli di deficit della crescita, più o meno associati a danni neurologici e psicosociali, che noi diagnosticiamo con il nome di sindrome feto-alcolica (*Fetal Alcohol Syndrome*, FAS). Si stima che ogni anno in Italia nascano circa tremila bambini affetti da FAS, con un rischio di prevalenza nelle forti bevitrici pari al 35-40% (6).

Epidemiologia dei problemi alcol-correlati nella popolazione femminile in carico al SER.T

Negli ultimi trent'anni si sono sviluppati una serie di studi internazionali che hanno approfondito il tema delle differenze di genere nella dipendenza da sostanze psicoattive dell'utenza in trattamento presso i servizi territoriali. Da questi studi è emerso che i comportamenti additivi al "femminile", presentano differenti specificità che si traducono in un livello di maggiore complessità e problematicità dei quadri sindromici osservati rispetto a quelli maschili. Tutto ciò ha imposto di conseguenza, la necessità di modificare l'articolazione dell'offerta terapeutica e l'organizzazione dei servizi di cura, sulla base dei bisogni particolari manifestati dall'utenza femminile.

In Italia, al contrario, gli studi e la diffusione delle conoscenze sono ancora fortemente limitati alla rilevazione dei soli dati epidemiologici, alla definizione del rapporto numerico tra maschi e femmine nelle stime dei consumi di sostanze e nella contabilizzazione dell'utenza in trattamento presso i Ser.T, mentre è scarsa, invece, la diffusione di programmi di diagnosi e d'intervento specifici e condivisibili.

Dai pochi dati clinico-epidemiologici diffusi recentemente e dall'esperienza diretta scaturita dalla popolazione di alcoliste che afferrisce al nostro servizio, risulta che:

- Le donne diagnosticate come alcol dipendenti nei servizi territoriali, sono più spesso disoccupate o sottooccupate degli uomini, con lavori spesso precari e poco qualificati, con un'esperienza di lavoro più limitata e, di conseguenza, con un reddito molto più esiguo.
- La donna alcolista, rispetto al maschio, ha una maggiore attitudine ad abbandonare precocemente il nucleo familiare di appartenenza per convivere, se presente, con un

nuovo partner che, in genere, non stigmatizza più di tanto la sua patologia in atto. L'abbandono della famiglia d'origine, comunque, non ostacola apparentemente il proseguimento del dovere di "mamma", poiché dalle attuali rilevazioni epidemiologiche, risulterebbe che, abbastanza frequentemente, i figli vivono con essa nel nuovo nucleo familiare. La nostra esperienza clinica ci impone, però, di smontare questa falsa condizione positiva che, al contrario, si traduce spesso in una nuova complicazione del percorso di fuoriuscita dallo stato di dipendenza, così come una motivazione per la richiesta di un'intensificazione del trattamento farmacologico e/o psicoterapeutico. Altre indagini hanno, inoltre, evidenziato che i figli di madri alcoliste sono maggiormente vulnerabili nel rapporto con le sostanze ad azione psicotropa rispetto agli altri adolescenti, figli di genitori privi di comportamenti additivi. Questi ragazzi, quindi, sono ragguardevolmente più a rischio di abusi e trascuratezza rispetto ai loro pari per una diminuita/assente capacità, da parte della mamma "alcolica", di comprendere i bisogni del proprio figlio e di fornirgli una protezione e cura adeguata.

- Le alcoliste afferenti ai nostri servizi sono state più frequentemente, rispetto a chi non assume droghe, vittime di violenze e abusi, sviluppando un maggior rischio di dipendenza da uso di sostanze, spesso associata ad ulteriori disturbi a genesi psicopatologica come la depressione, l'ansia, l'autolesionismo, i disturbi post-traumatici da stress, i disturbi del comportamento alimentare, i disturbi di personalità e i tentativi di suicidio.
- L'alcolismo nelle femmine sembrerebbe essere fondato prevalentemente su una motivazione di tipo "auto-terapeutico", per cui la sostanza non è utilizzata per motivi trasgressivi e/o per vivere nuove sensazioni (*sensation seeker*), ma costituisce un mezzo per reagire a situazioni di stress, per placare l'ansia e/o per risolvere il dolore fisico procurato.
- Le femmine alcoliste sono fortemente scoraggiate, spesso dal proprio nucleo familiare di appartenenza, a frequentare i Ser.T. Le motivazioni sono da ricercare nella comune inconsapevolezza di essere malati di "alcolismo"; d'identificare la struttura Ser.T come quella dedicata alla cronicizzazione dei "tossici" da sostanze illegali; d'identificare ancora la struttura Ser.T come quella che potrebbe allontanarla dal nucleo familiare e/o che addirittura le potrebbe togliere i figli.
- Le alcoliste, qualora decidessero di affidarsi al Ser.T, lo fanno con un periodo di latenza, rispetto all'inizio dello stato di dipendenza, più breve rispetto agli uomini. Normalmente questo periodo refrattario è pari a circa 8/10 anni per i maschi e invece si dimezza nelle femmine. La storia tossicomane nel sesso femminile inizia, in genere, più in ritardo rispetto al sesso maschile. Di contro, è maggiore la tendenza a utilizzare le sostanze con compulsività e con periodi di astinenza più brevi rispetto al maschio; più frequenti sono gli episodi registrati di *binge drinking*; così come, sicuramente quale diretta conseguenza di quanto in precedenza riportato, appare l'incidenza di comorbilità psichiatrica e infettiva. È spesso presente in entrambi i sessi l'assunzione contemporanea di più sostanze (Tabella 1).

Tabella 1. Assunzione contemporanea di più sostanze: confronto di genere (anno 2012)

| Sostanze psicotrope | Maschi (%) | Femmine (%) |
|-------------------------|------------|-------------|
| Alcol + cannabis | 12,29 | 09,92 |
| Tabacco +cannabis | 07,20 | 07,63 |
| Alcol +tabacco +cocaina | 62,29 | 64,12 |
| Più di tre sostanze | 10,59 | 09,16 |
| Più di quattro sostanze | 07,63 | 09,17 |

- La ritenzione in trattamento non presenta delle grosse diversità di genere, sebbene i programmi che prevedono un'assistenza ai figli delle mamme alcoliste, dimostrano un tasso di ritenzione maggiore. È evidente, comunque, che l'esistenza di programmi di trattamento troppo rigidi e inconciliabili con le responsabilità domestiche e familiari delle donne, rappresenta un grosso ostacolo alla permanenza di quest'ultime in un ambiente terapeutico, anche di tipo semi-residenziale e, quindi, con ritorno giornaliero nel proprio ambiente familiare.
- Le donne alcol dipendenti e policonsumatrici di sostanze stupefacenti, con particolare riguardo all'eroina, presentano una maggiore incidenza di problemi e bisogni specifici nell'ambito sia della sfera relazionale che di quella sessuale. Presentano più frequentemente, infatti, disturbi e patologie dell'apparato riproduttivo, secondari soprattutto all'effetto dannoso sommatorio determinato dal contestuale abuso di alcol e di oppioidi che causano un'alterazione della funzionalità dei neurotrasmettitori ipotalamici, provocando una diminuzione dei livelli di LH e un aumento della prolattina. Ne consegue che circa il 45% delle donne policonsumatrici di sostanze, è sterile sia a causa di processi infiammatori a carico delle tube con conseguente stenosi, sia per amenorrea (6).

La nostra esperienza

Nel nostro servizio è attiva da circa venti anni un'unità di alcologia autonoma, con un movimento di pazienti annuo che si aggira in medio attorno alle 150 unità. L'equipe è costituita da un medico, da una psichiatra, da un neurologo, da tre psicologhe di cui una dedicata alla diagnosi e alla psicoterapia individuale, un'altra dedicata alla psicodiagnosi e alla terapia familiare e la terza, congiuntamente all'educatore professionale, alla gestione di un gruppo psicoterapeutico. Nell'equipe è presente anche un infermiere che, congiuntamente a tutto il personale in precedenza indicato, ha portato a termine una serie di corsi di formazione specifici in ambito alcologico.

Il processo valutativo si sviluppa secondo un programma standardizzato per le varie tipologie di dipendenza che, nel caso dell'abuso alcolico, prevede:

1. Accoglienza, presa in carico e valutazione diagnostica
 - a) Fase 1 - Ingresso e primo contatto con il paziente (*intake*)
 - b) Fase 2 - Accoglienza, colloquio di presentazione, prima visita (*triage*)
 - c) Fase 3 - Trattamento diagnostico: diagnosi funzionale e profilo (*assessment*)
2. Profilo di cura e piano di trattamento
 - a) Fase 4 - Discussione in équipe multidisciplinare del piano di trattamento
3. Individuazione del gruppo di trattamento
 - a) Fase 5 - Lavoro di rete, trattamento congiunto, cogestione del paziente tra i vari nodi della rete
 - b) Fase 6 - Restituzione e condivisione dell'esito della valutazione con il paziente
 - c) Fase 7 - Passaggio ai Trattamenti Mirati
4. Monitoraggio dei trattamenti, gestione delle risorse e valutazione degli esiti
 - a) Fase 8 - Monitoraggio periodico del piano di trattamento del paziente
 - b) Fase 9 - Dimissione o fine programma
 - c) Fase 10 - Accompagnamento del paziente all'uscita dal programma
 - d) Fase 11 - Follow-up

Le misurazioni delle analisi effettuate e delle fasi di miglioramento, prevedono l'uso dei seguenti strumenti:

1. Scheda di primo contatto
2. Cartella clinica per la raccolta e monitoraggio dei dati individuali
3. Griglia profilo individuale
4. Scheda obiettivi
5. Scheda trattamenti programmati
6. Cartellino trattamenti
7. Cartellino prestazioni
8. Scheda per l'osservazione e il monitoraggio del craving
9. Scheda per l'osservazione diretta in semi-residenzialità e/o residenzialità comunitarie
10. Scheda per il trattamento realizzato e la valutazione degli esiti
11. Scheda per la gestione delle risorse.

L'intera attività di valutazione in precedenza descritta, mira a far emergere una serie di condizioni patologiche alcol-correlate, che sono condivise assolutamente con il paziente e che sono riferibili a:

1. le sue condizioni di salute e/o di malattia che presenta al momento del suo incontro con il servizio;
2. i meccanismi chiave del suo funzionamento e il suo quadro patologico, in modo da identificare gli elementi focali del suo disagio e le aree problematiche su cui intervenire per operare cambiamenti e miglioramenti;
3. la definizione dei principali obiettivi del suo programma terapeutico, da declinare in obiettivi specifici;
4. la declinazione dei risultati attesi in termini di patologia evitata e/o di salute aggiunta;
5. l'individuazione degli indicatori capaci di misurare gli effetti del programma, in rapporto a valori soglia assunti come standard di riferimento per la misurazione degli effetti.

L'opzione metodologica scelta è, quindi, di tipo "autovalutativo". In altri termini, si è concepito un modello di valutazione dei risultati e della qualità del processo di cura degli alcolisti, fondato sulla piena partecipazione e integrazione del gruppo dei pari che opera nel servizio e così come applicato anche nell'ambito della diagnosi e della cura di altre tipologie di dipendenze e, in particolar modo, quando ci si trova di fronte ad una problematica di policonsumo.

Dalla condivisione di queste regole di "trattamento diagnostico", in altre parole dei criteri, degli strumenti e dei passi da rispettare per esercitare correttamente il percorso valutativo, quest'approccio mira ad offrire al gruppo di lavoro:

1. una base comune per facilitare il compito del gruppo: cioè, le abilità necessarie per lavorare insieme efficacemente (anche tra gruppi differenti) in vista di obiettivi comuni;
2. una struttura concettuale e operativa a sostegno della missione del servizio: cioè, la capacità di capire e sviluppare il ruolo di cura del proprio servizio, analizzare punti di forza e di debolezza delle proprie azioni, in modo da identificare la migliore risposta ai problemi e alla domanda;
3. l'autocontrollo sistematico dei propri risultati: cioè, la strumentazione necessaria per sviluppare la propensione al miglioramento continuo e all'innovazione delle procedure;
4. la capacità di comunicare una visione del proprio servizio tale da convincere e attrarre gli attori interessati (interni ed esterni), suscitando in loro motivazione e nuovo impegno;
5. la valorizzazione dell'autonomia e della responsabilità del servizio nei processi e nei

risultati, condividendo le informazioni, sollecitando e valorizzando le idee di tutte le parti in causa, favorendo il miglioramento della competenza;

6. il potenziamento del lavoro di rete, in modo che la condivisione degli obiettivi e la verifica delle ipotesi di un qualsiasi piano di trattamento, siano condotti all'interno della rete integrata per le dipendenze.

Durante il trattamento diagnostico sono eseguiti gli esami ematochimici di routine e sono anche somministrati i questionari e i test psicodiagnostici utili per l'inquadramento del profilo individuale dell'alcolista. Il set minimo degli strumenti è costituito da:

- ASI (*Addiction Severity Index*)
È un questionario per l'individuazione della gravità del quadro riguardo a sette aree problematiche (medica, lavorativa, alcol, sostanze, legale, familiare-sociale, psicologica). L'intervista ASI non è applicabile per i soggetti con dipendenza senza sostanza o in stato detentivo e può essere compiuta da qualsiasi figura professionale, debitamente formata e addestrata.
- MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*)
È un test di personalità ed è somministrato e interpretato dagli psicologi.
- GAF (*Global Assessment of Functioning*)
È una scala di valutazione globale di funzionamento; costituisce "buona pratica" l'attribuzione del punteggio GAF da parte dell'intera équipe del trattamento diagnostico;
- SADQ (*Severity of Alcohol Dependence Questionnaire*)
È un questionario sulla gravità dell'alcoldipendenza.
- DrInC-2L (*Drinker Inventory of Consequence*)
È uno strumento per la misurazione delle conseguenze avverse indotte dall'abuso alcolico.

Altri strumenti diagnostico-valutativi sono utilizzabili, soprattutto in caso di policonsumo. Sono, quindi, eseguiti, per un approfondimento valutativo nell'area del consumo di altre sostanze psicoattive:

- IDTS (*Inventory of Drug-Taking Situations*)
È un questionario che genera un profilo individuale in situazioni dettagliate nelle quali il paziente ha fatto uso di cocaina, alcol e/o di altre sostanze nel corso dell'ultimo anno.
- VAS (*Visual Analogue Scale*)
Si usa per la misurazione temporale del desiderio compulsivo verso l'alcol.
- MAC (Motivazione al Cambiamento)
Si usa per la misurazione del livello di motivazione al cambiamento dello stato tossicomane in essere.
- Matrici di Raven
Si usa per misurare, nell'area cognitiva, l'intelligenza fluida.
- Beck Anxiety Inventory
è uno strumento self-report che ci permette di valutare la gravità della sintomatologia ansiosa negli adulti in modo molto rapido e puntuale.
- SCL-90 (*Symptom Checklist*)
Valuta un ampio spettro di problemi psicologici e di sintomi psicopatologici, misurando tanto i sintomi internalizzanti (depressione, somatizzazione, ansia) che quelli esternalizzanti (aggressività, ostilità, impulsività).

– TCI (*Temperament and Character Inventory*)

Si usa per l'inquadramento dei profili di personalità e dove vengono distinte 4 dimensioni di temperamento (Evitamento del Pericolo, Ricerca della Novità, Dipendenza dalla Ricompensa e Persistenza) e 3 di carattere (Autodirezionalità, Cooperatività e Autotrascendenza), ognuna distribuita in modo approssimativamente normale.

Durante il trattamento diagnostico deve essere assicurata una valutazione della frequenza del consumo di alcol tramite la determinazione della Transferrina Carboidrato Deficiente (CDT) supportata, dove necessario, dall'analisi dei metaboliti urinari per le altre sostanze ad azione psicotropa e dei farmaci.

La valutazione infermieristica è complementare alla diagnosi medica per la strutturazione di un trattamento farmacologico ed è necessaria per la strutturazione di una pianificazione della assistenza infermieristica.

La valutazione di équipe, sviluppata nel corso del trattamento diagnostico, deve necessariamente essere completata prima di attivare specifici interventi di psicoterapia, d'inserimento in Comunità Terapeutica o di misura alternativa alla detenzione.

Il tempo di durata del processo di un Trattamento Diagnostico, varia dai due ai tre mesi, ovviamente secondo le differenti situazioni che si presentano.

I farmaci utilizzati nei programmi di disassuefazione dall'alcol, sono rappresentati dalla benzodiazepine a lunga emivita, soprattutto utilizzate nelle fasi di disintossicazione; il sodio-ossibato utilizzato per le sue capacità alcol-mimetiche e somministrato solo in caso di presenza di un tutore che gestisca la terapia domiciliare affidata; l'acamprosato in alternativa al sodio-ossibato; il naltrexone, soprattutto nelle fasi di avvicinamento all'ingresso in una comunità terapeutica; il disulfiram in assenza di gravi compromissioni del sistema epato-renale e spesso in associazione al naltrexone; il metadone e la buprenorfina/naloxone in caso di concomitante abuso di oppiacei, nonché una serie di psicofarmaci che vengono introdotti a seguito di una diagnosi di comorbilità psichiatrica.

In conformità a queste valutazioni e a seguito di un follow-up della popolazione alcolista trattata nel biennio 2011-2012 presso la nostra Unità Alcolologica, le rilevazioni ci danno un 55% di soggetti che hanno totalmente smesso di bere a distanza di 12 mesi; un 25% dove è ancora in atto un processo di sola riduzione del danno e controllo delle patologie correlate e un 20% dove alcune delle seguenti condizioni: a) carenti condizioni socio-economiche; b) assenza di un nucleo familiare di sostegno; c) provenienza da un paese estero (dato che riguarda la maggior parte dei soggetti appartenenti a questo gruppo); d) presenza di un elevato *craving*, scarsamente controllabile con i farmaci; e) basso livello di *compliance* al trattamento e di motivazione al cambiamento, rendono particolarmente frequenti gli episodi di ricaduta nell'uso/abuso di alcol.

Conclusioni

Lo scopo di questo elaborato è stato quello di descrivere, sinteticamente, i vecchi e i nuovi modelli di consumo alcolico a rischio che si diagnosticano, in genere nei Ser.T, nella popolazione femminile, di confrontarli con quelli del sesso maschile e di collocare gli stessi all'interno di un sistema valutativo e terapeutico conforme alle evidenze scientifiche e ai più accreditati sistemi di monitoraggio e verifica della qualità degli interventi farmacologici e psicoterapeutici attuabili.

In Italia, dove i consumi alcolici erano, sino a qualche anno fa, profondamente e strettamente collegati ad antiche tradizioni culturali, si sta assistendo a una progressiva diffusione di nuove modalità di consumo, che riguardano in particolar modo le classi giovanili ma che investono,

sempre più visceralmente, le resistenze cognitive e psicologiche proprie del genere femminile. Tutto ciò determina che le conseguenze di queste nuove forme di consumo/abuso alcolico interessino sempre più il mondo sanitario ma, inesorabilmente, coinvolgano la struttura sociale ed economica, con perdita di anni di vita, scuola e di lavoro; sofferenza delle famiglie e degli individui; violenza soprattutto nelle donne e grave disadattamento sociale globale che impongono l'attuazione di una serie d'interventi multidisciplinari e di rete di alto contenuto tecnico e gestionale.

In quest'ottica s'introducono, quasi d'imperio, le organizzazioni diagnostiche e terapeutiche rappresentate dai Servizi per le Tossicodipendenze e/o dai Servizi di Alcolologia ad essi annessi. È doveroso, comunque, rilevare che a garanzia di un valido intervento multidisciplinare, sviluppabile doverosamente anche nei Ser.T e/o nelle Unità Alcolologiche, è sempre necessario comprendere esattamente la fisiopatologia e l'eziopatogenesi della dipendenza alcolica ed è, quindi, fondamentale applicare le giuste basi interpretative dei meccanismi patogenetici sia della sfera organica, sia di quella psicologica che di quella sociale, in un'ottica di valutazione universale che è alla base dei più moderni modelli di diagnosi e cura delle patologie della dipendenza.

Bibliografia

1. Anderson P, Baumberg B. *Alcohol in Europe – A public Health perspective*. Institute for Alcohol Studies, 2006.
2. Ceccanti M, Romeo M, Fiorentino D. Alcol e donna: aspetti clinici. *Ann Ist Super Sanità* 2004;40:5-10.
3. Mancinelli R, Guiducci MS. La donna e l'alcol: vulnerabilità biologica? *Ann Ist Super Sanità* 2004;40:19-23.
4. World Health Organization. *Global status report on alcohol and health*. Geneva: WHO; 2011
5. Leonardi C. Carta dei Servizi U.O.C. *Prevenzione e Cura Tossicodipendenze e alcolismo*. Roma: Ser.T ASL RMC D11; 2009
6. Serpelloni G. Dipendenza: importante valutare le differenze di genere. *Italian Journal on Addiction* 2013;3(2):5.