



INDICE

Linee guida affidamento di dosi di farmaci sostitutivi degli oppiacei nei trattamenti della relativa dipendenza	Pag. 1
Linee di indirizzo per il rilascio certificazione idoneità guida su richiesta della commissione medica patenti speciali (Art. 186 - nuovo codice della strada)	Pag. 2
Linee di indirizzo per il rilascio certificazione idoneità guida su richiesta della commissione medica patenti speciali (Art. 187 - nuovo codice della strada)	Pag. 4
Linee guida per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare	Pag. 5
Linee guida per il trattamento del gioco d'azzardo patologico	Pag. 13
Linee guida sul fenomeno del drop-out nelle dipendenze patologiche e modalità di riavvicinamento al servizio	Pag. 15
Linee guida sul fenomeno del drop-out nei disturbi del comportamento alimentare	Pag. 18
Linee guida per un inquadramento dei drop-out gap	Pag. 22
Strategie di prevenzione e/o riduzione del drop-out	Pag. 23



LINEE GUIDA AFFIDAMENTO DI DOSI DI FARMACI SOSTITUTIVI DEGLI OPIACEI NEI TRATTAMENTI DELLA RELATIVA DIPENDENZA

La consegna di farmaci sostitutivi è regolamentata dal Decreto Ministeriale della Salute del 16.11.2007, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 278 del 29.11.2007.

La prescrizione di medicinali compresi nella tabella II sezione A, per il trattamento degli stati di Tossicodipendenza da oppiacei, deve essere effettuata all'interno di un Piano Terapeutico Individualizzato e deve avere una durata non superiore a 90 giorni. Il Piano Terapeutico Individualizzato deve essere redatto in due copie, entrambe originali, una delle quali deve rimanere al Ser.T. mentre l'altra copia deve essere consegnata al paziente e rimanerne in suo possesso.

E' consentita la consegna dei medicinali da parte del Ser.T, per una durata non superiore a trenta giorni, direttamente al paziente, al fine di agevolare l'aderenza al trattamento.

E', altresì, consentita la consegna del medicinale ad un familiare o altra persona maggiorenne, preferibilmente convivente e non tossicodipendente, delegato dal paziente, qualora quest'ultimo non possa recarsi direttamente al Ser.T. (tale impedimento deve essere di norma dimostrato da opportuna certificazione scritta ai sensi delle norme di leggi vigenti). L'affidatario dovrà firmare una dichiarazione di presa visione del foglietto illustrativo con il quale si impegna a custodire il farmaco in luogo sicuro e non accessibile a minori o persone ignare dei suoi effetti specifici. Nel caso di persona minore, il farmaco è consegnato a chi esercita la patria potestà.

Per le persone che si recano all'estero o per i cittadini in arrivo nel territorio italiano, le norme sono regolamentate dal Decreto Ministeriale della Salute del 16.11.2007, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 278 del 29.11.2007 (nella modulistica è allegato modello di certificato da compilare da parte del Ser.T.).

Per tutto quanto non espressamente indicato si rimanda alla normativa vigente in materia ed in ogni caso si confida sulla correttezza deontologica e professionale del dirigente nel processo di presa in carico e di cura del paziente.



LINEE DI INDIRIZZO PER IL RILASCIO CERTIFICAZIONE IDONEITA' GUIDA SU RICHIESTA DELLA COMMISSIONE MEDICA PATENTI SPECIALI (Art. 186)

Per la valutazione tossicologica richiesta dalla Commissione Medica Patenti Speciali e conseguente certificazione di idoneità alla guida nel caso di violazione **dell'art. 186** (nuovo codice della strada), si prevede un percorso nel quale il soggetto si sottopone a valutazione medica con prescrizione di esami ematochimici indicativi di abuso alcolico, valutazione psicologica e ad attività di tipo informativo-educativo. Ciò al fine di fornire all'utente informazioni sulle conseguenze psico-fisiche di uso e abuso alcolico, nonché di promuovere la modificazione dei comportamenti a rischio.

ARTICOLAZIONE DEGLI ACCESSI AL SER.T.

Si prevede un primo step di valutazione con:

- visita medica e raccolta anamnestica;
- prescrizione degli esami ematochimici (es. urine, Gamma GT, Emocromo, Transaminasi e la CTD - transferrina desilata) da eseguire presso un Laboratorio d'Analisi Aziendale (temporaneamente tali esami possono essere effettuati presso un Laboratorio privato accreditato con la A.S.P. di Palermo);
- intervento informativo-educativo.

In caso di risultato negativo verrà rilasciato un certificato frutto della valutazione clinica ed ematochimica.

In caso di risultato positivo o di fondati dubbi sulla valutazione complessiva si procede ad un approfondimento diagnostico per un periodo variabile da 3 a 10 settimane, con calendario personalizzato dall'èquipe. Si prevedono:

III settimana

- visita medica;
- colloquio psicologico;
- intervento informativo-educativo.
- consegna del calendario articolato degli accessi e del percorso al Ser.T;

IV settimana

- visita medica;
- prescrizione degli esami ematochimici (Gamma GT, Emocromo, Transaminasi e la CTD - transferrina desilata) da eseguire presso un Laboratorio d'Analisi Aziendale

(temporaneamente tali esami possono essere effettuati presso un Laboratorio privato accreditato con la A.S.P. di Palermo);

- colloquio psicologico;
- intervento informativo-educativo.

successive settimane

- visita medica;
- prescrizione degli esami ematochimici in base al progetto personalizzato;
- intervento informativo-educativo;
- colloqui psicologici di valutazione e restituzione.

Si ribadisce che le visite mediche (costo unitario di € 19,81) e gli accertamenti di laboratorio espletati nella fase diagnostico accertativa sono a totale carico dell'utente.

La certificazione sarà inviata in busta chiusa alla Commissione Medica Patenti Speciali o affidata in busta chiusa al paziente il quale dovrà consegnarla, così come gli è stata affidata, alla Commissione Medica Patenti Speciali.

Nel caso di accertata alcool dipendenza si procederà alla trasmissione della certificazione come sopra e alla proposta di presa in carico presso il Ser.T. o a richiesta presso il Ser.T. competente territorialmente.

ALGORITMO COMMISSIONE MEDICA PATENTI





LINEE DI INDIRIZZO PER IL RILASCIO CERTIFICAZIONE IDONEITA' GUIDA SU RICHIESTA DELLA COMMISSIONE MEDICA PATENTI SPECIALI (Art. 187)

Per la valutazione tossicologica richiesta dalla Commissione Medica Patenti Speciali e conseguente certificazione dell'idoneità alla guida nel caso di violazione **dell'art. 187** (nuovo codice della strada), si prevede un percorso nel quale il soggetto viene monitorato con dosaggi laboratoristici delle principali sostanze illegali, sottoposto ad una valutazione medica e psicologica e ad attività di tipo formativo-informativo. Ciò al fine di fornire all'utente informazioni sull'uso e abuso delle sostanze stupefacenti o psicotrope, nonché di promuoverne la modificazione dei comportamenti a rischio.

ARTICOLAZIONE DEGLI INTERVENTI

Si prevede un primo step di valutazione con:

- visita medica e raccolta anamnestica;
- prescrizione di esame gas cromatografico e spettrofotometrico su matrice cheratinica sui seguenti analiti: eroina, cocaina, cannabinoidi, anfetamine, metadone da eseguire presso un Laboratorio d'Analisi Aziendale (temporaneamente tali esami potranno essere effettuati presso un Laboratorio privato accreditato con la A.S.P. di Palermo);
- intervento informativo-educativo.

Si ribadisce che le visite mediche (costo unitario di Euro 19,81) e gli accertamenti di laboratorio espletati nella fase diagnostico accertativa sono a totale carico dell'utente.

In caso di risultato negativo verrà rilasciato un certificato frutto della valutazione clinica e laboratoristica, che sarà inviato in busta chiusa alla Commissione Medica Patenti Speciali o affidato in busta chiusa al paziente il quale dovrà consegnarlo, così come gli è stato affidato, alla Commissione Medica Patenti Speciali.

In caso di accertata positività si procederà alla trasmissione della certificazione come sopra ed alla proposta di presa in carico presso il Ser.T., o, a richiesta presso il Ser.T. competente territorialmente, con un calendario personalizzato degli interventi.



LINEE GUIDA PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

La persona che accede ai servizi del Ce.Di.Al., Centro ambulatoriale di diagnosi, cura e riabilitazione per le persone con disturbi del comportamento alimentare, può prenotare personalmente (attraverso una telefonata) una prima visita di diagnosi e valutazione. Riteniamo fondamentale che sia il/la paziente a chiamare, anche nel caso di un invio da parte del proprio medico curante o di altro specialista, per valutare il livello motivazionale.

Durante il primo contatto telefonico viene compilata da parte di uno psicologo specificamente formato, un'apposita scheda contenente i dati generali ed anamnestici del paziente e le informazioni inerenti l'esordio e lo sviluppo del disturbo.

Sin dalla chiamata si procede con una prima valutazione effettuata poi dall'intera équipe multidisciplinare, (internista, psichiatra, psicologo) durante la quale si progetta un percorso riabilitativo personalizzato che tiene conto delle necessità del paziente.

In linea generale il trattamento prevede un duplice intervento: nutrizionale riguardante l'alimentazione, il peso corporeo e la condizione clinica generale e psicologico relativo al concetto di sé, l'autocontrollo, il perfezionismo, le relazioni interpersonali e familiari. Il paziente è coinvolto in diverse attività individuali e di gruppo, ognuna con specialisti formati che mediante continue verifiche e follow-up permettono di creare una sinergia terapeutica che si riflette sul processo terapeutico.

L'accoglienza rappresenta il primo momento di contatto diretto col paziente; è la fase di raccolta dei dati anamnestici, alimentari e familiari. In questa fase il medico e lo psicologo, dietro consenso al trattamento dei dati personali, compilano la cartella clinica contenente informazioni generali, mediche e psicologiche relative alla persona e al suo disturbo per individuare il trattamento più idoneo.

Il trattamento per tutti i pazienti prevede un assessment personale preliminare e un intervento di riabilitazione individuale e di gruppo.

L'assessment diagnostico, prevede l'uso di appositi strumenti testologici che consentono di ricostruire meccanismi e processi sottesi ai disturbi manifesti del paziente ma anche di valutare l'incidenza epidemiologica del disturbo attraverso un accordo interistituzionale con l'Università degli Studi di Palermo. Non vengono prescritte diete ma si lavora su una rieducazione alimentare che prevede l'uso del diario alimentare come principale strumento terapeutico. Attraverso il diario la persona impara ad attribuire il proprio comportamento alimentare non a



pensieri cognitivi distorti ma ai segnali interni di fame e sazietà che durante la terapia impara a discernere.

Il trattamento individuale prevede incontri periodici con il medico internista che valuta gli aspetti nutrizionali e con psichiatri e psicologi a diverso orientamento con cadenza da stabilire secondo le esigenze e le prescrizioni del medico.

Sin dall'inizio si valuta la motivazione del paziente al cambiamento. Tale valutazione è fondamentale per stabilire obiettivi realistici e concreti; inoltre valutando il progresso attraverso gli stadi si possono rilevare e rinforzare i cambiamenti calibrandone il trattamento.

Durante il trattamento i pazienti imparano nuove e più funzionali modalità di rapporto con il cibo e con gli altri con chiare ripercussioni sulla vita personale e interpersonale. Da un punto di vista cognitivo comportamentale si aiuta il paziente a sviluppare tecniche comportamentali, cognitive ed emotive idonee a facilitare un decremento dei sintomi del disturbo dell'alimentazione.

Il cambiamento e lo sviluppo della consapevolezza emotiva viene sviluppata nel tempo attraverso i vari gruppi, e in particolare attraverso il gruppo dell'assertività, durante il quale alle persone viene data la possibilità e l'opportunità di sviluppare un atteggiamento attivo, non aggressivo di relazione con gli altri.

L'obiettivo infatti è la possibilità di comprendere le proprie emozioni e comunicarle in modo costruttivo ed equilibrato.

Il trattamento di gruppo rappresenta una grande risorsa per il Centro in quanto, grazie all'esperienza clinica dei gruppi a vario indirizzo, il gruppo diviene facilitatore rispetto alle relazioni interpersonali ed il singolo individuo sperimenta e percorre in modo più veloce il proprio percorso di autoconsapevolezza fisica e mentale.

La durata del trattamento di solito è in media di un anno; le diverse terapie di gruppo consentono di ottimizzare le risorse e di seguire i pazienti per un follow up per periodi anche più lunghi.

La presa in carico di bambini di età compresa tra i 4 e i 14 anni con disturbi alimentari e delle loro famiglie si svolgono seguendo un preciso protocollo che fa riferimento ad un programma integrato sviluppato e perfezionato da tutta l'equipe in collaborazione con l'Università di Palermo (Facoltà di Scienze della Formazione – Dipartimento di Psicologia).

Esiste un numero elevato di problematiche alimentari individuate in bambini molto piccoli; tali disturbi sono riconducibili a cause diverse, presentano caratteristiche diverse e necessitano di differenti forme di trattamento. Sono spesso di difficile individuazione e classificazione a causa di diversi fattori:

- è necessario differenziare i disturbi del comportamento alimentare in età infantile da un grande numero di varianti del comportamento alimentare normale che si presentano in maniera transitoria. Infatti se il comportamento alimentare “anormale” è accompagnato da uno sviluppo armonioso e sereno e da adeguati rapporti interpersonali è possibile ipotizzare che non sia necessario un intervento terapeutico. Se, invece, in unione alla problematica alimentare, il bambino si mostra spesso triste, chiuso in sé, con pochi e non soddisfacenti rapporti interpersonali, sarà utile attivare un processo di valutazione e di intervento di tipo medico e psicologico;
- difficoltà da parte della famiglia e degli operatori a riconoscere il disagio del bambino e la problematicità del comportamento alimentare;
- sostanziale inutilità dei sistemi di riferimento diagnostici oggi utilizzati (ICD-10; DSM-IV).

Nell'ampio spettro dei disturbi del comportamento alimentare in età infantile è possibile differenziare:

- Anoressia Nervosa Infantile: contraddistinta da una morbosa preoccupazione per il cibo e per la forma del proprio corpo, che interferiscono negativamente nello svolgimento delle attività quotidiane;
- Bulimia Nervosa Infantile: caratterizzata da frequenti abbuffate, cui segue un forte senso di colpa e il tentativo di liberarsi di ciò che si è appena ingerito usando lassativi, pillole dimagranti o inducendosi il vomito (al fine di controllare il peso);
- Rifiuto emotivo del cibo: (FAED): (tra i 5 e 16 anni). Nell'esperienza del bambino alcune problematiche emotive (tristezza, preoccupazione, ossessività ...) interferiscono con il suo appetito e il comportamento alimentare;
- Alimentazione Selettiva: comportamento alimentare caratterizzato dalla tendenza a mangiare una tipologia di cibi molto ristretta e a non provare nuovi cibi (spesso osservato nei bambini in fase pre-scolare);
- Alimentazione Limitata: alimentazione limitata, scarso appetito e disinteresse verso il cibo, cui, tuttavia, si associa uno sviluppo psicofisico non problematico;
- Rifiuto del Cibo: rifiuto del cibo talora usato al fine di ottenere altre cose; è episodico, intermittente e situazionale (comunemente presente in bambini in fase pre-scolare);
- Disfagia Funzionale o fobia del cibo: il bambino manifesta paura nel mangiare cibi solidi, farinosi o con grumi e masse solide a causa del timore che il cibo possa avvelenare o causare rigurgito, soffocamento o vomito;



- Rifiuto Pervasivo: il bambino presenta un profondo rifiuto di camminare, parlare, mangiare o di prendersi cura di sé in qualsiasi modo;
- Inappropriata struttura del cibo in relazione all'età: viene diagnosticato in bambini che mangiano esclusivamente cibi semi-solidi, quando invece, in base alla loro età, dovrebbero mangiare cibi che richiedono di essere morsicati e masticati;
- Iperalimentazione compulsiva: tipica dei bambini che mangiano molto sin dalla prima infanzia e persistono anche nella pre-adolescenza e adolescenza, con conseguente sovrappeso; si differenzia dalla bulimia nervosa per l'assenza del vomito autoindotto, dell'abuso di lassativi o di eliminazione del cibo con altre modalità.
- DCA in comorbilità con altre patologie
- DCA non altrimenti specificato

Il trattamento multi professionale integrato per i disturbi dell'alimentazione coinvolge le diverse figure terapeutiche presenti nel Servizio in modo da costruire insieme un progetto per ogni singolo caso. Il gruppo dei curanti perviene, in questo modo, ad una definizione chiara ed univoca per tutti i membri dell'equipe dei tempi e delle modalità diagnostiche e terapeutiche da dedicare ai bambini con DCA e alle loro famiglie.

Il protocollo di assessment e di trattamento strutturato dal CeDiAl e specificamente rivolto a bambini esplica tale condivisione di obiettivi, finalità, tempi e modalità di valutazione e di intervento.

Il trattamento prevede una articolazione specifica degli interventi, organizzati secondo fasi che comprendono: un primo momento diagnostico, una fase di motivazione/attivazione al trattamento ed, infine, il trattamento terapeutico e riabilitativo vero e proprio, con supporto e/o terapia forniti sia singolarmente che in gruppo anche ai genitori dei pazienti.

L'intero processo terapeutico si basa su alcuni principi cardine:

- una chiara definizione delle modalità e delle finalità dell'intervento,
- un approccio direttivo e prescrittivo negli interventi psiconutrizionali,
- uno stile di lavoro impostato sul "case management",
- psicoterapia individuale psicoterapia assertiva di gruppo.

L'approccio basato sul "case management" è particolarmente importante per dare continuità agli interventi praticati dalle molteplici figure professionali.

In base a questo approccio un'unica figura di riferimento coordina gli interventi e custodisce la "storia" clinica e personale del paziente. Tale figura di riferimento viene di volta in volta



individuata fra gli operatori che seguono il bambino nei colloqui individuali, familiari o nelle visite mediche, in rapporto alle specifiche esigenze e alla specificità di ogni singolo caso.

Al fine di favorire la collaborazione ed il confronto all'interno dell'equipe che si prende cura del bambino e della sua famiglia, oltre alle riunioni settimanali, viene creato per ogni bambino una sorta di "diario" nel quale vengono riportati da ogni operatore gli avvenimenti principali e maggiormente significativi.

La presa in carico direttiva è altrettanto importante, in quanto permette di costruire l'alleanza terapeutica sulla base di un contratto definito, e riduce nel piccolo paziente l'ansia di intraprendere il cambiamento, attraverso l'attribuzione al terapeuta del potere decisionale.

PROTOCOLLO DI ASSESSMENT

Nel corso del processo diagnostico i bambini e le famiglie sono valutati seguendo tre step fondamentali:

1. assessment biologico che include anche una relazione dettagliata fornita dal pediatra,
2. assessment psicologico,
3. assessment familiare.

La valutazione psiconutrizionale e diagnostica viene effettuata in più incontri attraverso:

- visita medica,
- colloqui clinici individuali e familiari,
- osservazione diretta,
- prescrizione e compilazione del diario alimentare.

Fin dal primo colloquio di accoglienza viene chiesto ai bambini di compilare, giocando, le cinque aree presenti nel diario alimentare:

1. data, ora e contesto in cui si mangia, per capire dove, come e con chi mangiano;
2. sensazioni fisiche di fame, per capire come i bambini intendono il concetto di "fame";
3. cibi e bevande che vengono ingeriti, al fine di individuare errori alimentari e correggerli;
4. sensazioni fisiche di sazietà; al fine di capire quali sensazioni fisiche provano dopo aver mangiato;
5. pensieri ed emozioni.

L'importanza del diario alimentare in fase diagnostica è legata al fatto che esso consente di:



- individuare la presenza di problematiche connesse ad una mancata, incompleta o disfunzionale percezione delle proprie sensazioni di fame e di sazietà;
- individuare la presenza di problematiche connesse al concetto di intelligenza emotiva, ossia la capacità di riconoscere e descrivere le proprie emozioni e i propri pensieri;
- monitorare l'alimentazione, per individuare regimi alimentari non equilibrati o non adeguati in rapporto al disturbo alimentare presentato.

Valutazione testologica

La scelta di utilizzare specifici strumenti nasce dai contributi della letteratura scientifica sul tema, dalla valutazione della fascia d'età considerata e dalla necessità di valutare e quantificare tramite reattivi psicologici alcune aree problema individuate nel corso dei colloqui con i bambini.

La batteria testologica utilizzata è costituita dai seguenti strumenti:

- Scale Psichiatriche di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti (SAFA, Cianchetti & Fancello, 2001). La batteria comprende sei scale per valutare: ansia, depressione, disturbi ossessivo-compulsivi, disturbi alimentari psicogeni, sintomi somatici e ipocondria e fobie.
- Test Multidimensionale dell'Autostima (TMA, Braken, 2005), che consente una precisa misurazione dell'autostima. Il TMA valuta tutte le sei aree in cui l'autostima generale viene tipicamente suddivisa: area interpersonale, area scolastica, area emozionale, area familiare, area corporea e area della padronanza sull'ambiente. Si è preferito utilizzare la versione ridotta, costituita da 57 item.
- Test sull'intelligenza emotiva- viene utilizzato il test iniziale presente all'interno del software "Sviluppare l'intelligenza emotiva. Test e training per percepire, usare, comprendere e gestire le emozioni" (A. D'Amico e T. De Caro, 2008). Il test consente, nello specifico, la valutazione delle "sottoabilità" che costituiscono le quattro branche dell'intelligenza emotiva: percezione delle emozioni di base espresse in volti, paesaggi o brani musicali; comprensione delle emozioni, del loro mutare e del loro combinarsi in miscele emotive; utilizzo delle emozioni per facilitare alcune attività cognitive; gestione delle emozioni fondamentali in se stessi (gestione intrapersonale) e nelle relazioni con gli altri (gestione interpersonale).

PROTOCOLLO DI TRATTAMENTO

Sulla base delle valutazioni effettuate in fase di assessment, il trattamento rivolto ai bambini con DCA e alle loro famiglie implica l'impegno di diverse figure professionali e si articola in diversi momenti che coinvolgono:



- esclusivamente i bambini (attraverso colloqui individuali, visite mediche e partecipazione al gruppo di assertività per i bambini chiamato “gruppo fiabe”)
- esclusivamente i genitori (attraverso incontri educazionali sul tema dell'alimentazione e il gruppo genitori)
- bambini e genitori insieme (terapia familiare).

Relativamente al trattamento specificamente rivolto ai bambini la cura e la riabilitazione passano attraverso il gioco. A parte qualche raro caso di cure mediche e/o farmacologiche, il trattamento si pone i seguenti obiettivi:

- educare al riconoscimento delle proprie sensazioni,
- educare al riconoscimento, alla gestione, all'uso e alla comunicazione delle proprie emozioni e sviluppare le capacità di problem-solving
- educare a mangiare in modo sano ed equilibrato

In particolare, i principali obiettivi della terapia di gruppo per bambini sono i seguenti:

- favorire la condivisione di sentimenti, emozioni, percezioni, idee, desideri e bisogni;
- favorire il confronto e il rispetto verso gli altri. Stimolare l'accettazione delle diversità all'interno di uno spazio in cui, attraverso il gioco, si attua contenimento e sostegno;
- favorire la creazione di uno spazio accogliente e non-medicalizzato;
- imparare a vivere il gruppo come un luogo privo di giudizi e ricco di risorse;
- potenziare le capacità di negoziazione, sperimentazione e scambio;
- arricchire la percezione di sé attraverso il confronto con l'altro (individuando analogie e differenze).

Questi obiettivi vengono raggiunti attraverso il gioco, di fondamentale importanza pedagogica in quanto riveste un ruolo essenziale nel processo di crescita e di maturazione dell'individuo. Il gioco è, infatti, il linguaggio con cui il bambino esprime se stesso, il modo attraverso cui egli può comunicare con i pari e con gli adulti. Attraverso l'esperienza ludica è possibile rispondere e soddisfare i bisogni autentici dell'infanzia, svolgendo, inoltre, un'importante funzione socializzante, attraverso l'estensione e l'arricchimento delle modalità relazionali del bambino. Vengono proposte diverse attività che coinvolgano attivamente i bambini facendoli divertire e stimolando la libera espressione di sé:

- Lettura di fiabe assertive che consentono di stimolare la fantasia, la creatività e l'autostima dei bambini, educandoli all'amore per se stessi e per gli altri.
- La lettura di ogni fiaba viene arricchita da momenti di condivisione che stimolano la riflessione personale e l'arricchimento tramite le esperienze ed i pensieri degli altri e da



attività specificamente strutturate sul tema della fiaba, in maniera tale da consolidare quanto precedentemente detto attraverso il gioco e il divertimento.

- Attività e training sull'intelligenza emotiva volte a sviluppare e potenziare le loro capacità di intelligenza emotiva. Tali attività richiedono l'uso di diversi strumenti: computer, colori, matite.
- Giochi psicopedagogici finalizzati a sviluppare e potenziare le capacità di: problem solving, collaborazione, riconoscimento, espressione e gestione delle proprie emozioni, assertività.
- Merenda pomeridiana che consente di: trasmettere ai bambini corrette abitudini alimentari e informazioni utili in merito al valore dei vari nutrienti e a creare un momento di condivisione e di arricchimento reciproco ed un momento di condivisione con gli adulti di riferimento con i quali i bambini preparano il dolce.
- Attività che favoriscano la libera espressione di sé e delle proprie emozioni.

TERAPIA FAMILIARE

Relativamente al trattamento rivolto a bambini e genitori in terapia familiare, vengono perseguiti i seguenti obiettivi:

- Favorire la riflessione sulle proprie competenze genitoriali;
- Chiarire il significato ed il valore dei sintomi presentati dai bambini, specificandone la differenza rispetto alla presenza di "capricci";
- Potenziare le capacità di accettare e fronteggiare le problematiche riscontrate attraverso comportamenti adeguati e funzionali.



LINEE GUIDA PER IL TRATTAMENTO DEL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

L'ambulatorio specialistico per il Gioco d'azzardo Patologico è stato istituito nel 2006 ed è ubicato nei locali del Ser.t dell'ex Distretto 13.

L'accesso all'ambulatorio è gratuito e avviene spontaneamente o tramite invio di colleghi di altre strutture. I primi colloqui di valutazione hanno l'obiettivo di stimare la gravità del GAP, in modo da rendere possibile l'elaborazione di un progetto terapeutico individualizzato, concordato con il paziente e i suoi familiari.

Le finalità dell'intervento possono essere riguardare la realizzazione di una modalità di gioco controllato, oppure, laddove possibile, consentire il mantenimento nel tempo di una condizione di completa astensione dal gioco.

L'equipe è composta da due dirigenti psicologi con formazione sistemico relazionale e da un medico psichiatra.

Obiettivi:

- Offerta di spazi terapeutici e di interventi differenziati
- Individuazione e messa in rete dei diversi servizi e agenzie del territorio
- Attività di ricerca e intervento sulle "nuove forme di dipendenza"
- Attività di prevenzione nelle scuole
- Formazione di gruppi di auto aiuto da parte dei familiari
- Offerta di consulenza legale

MODELLO D' INTERVENTO

Il modello di intervento, partendo da una valutazione psichiatrica e dell'assessment relazione riguardante il paziente e il suo contesto di riferimento mira ad integrare:

- Psicopatologia e clinica
- Psicoterapia familiare
- Interventi di counselling sul GAP

Il lavoro clinico utilizzando l'approccio sistemico relazionale focalizza l'intervento su :

- la crisi della coppia e del nucleo familiare;
- la tutela dei minori coinvolti;
- una rielaborazione dal punto di vista affettivo e finanziario tale da rendere possibile una 'ripartenza' esistenziale;
- la risignificazione affettiva;
- Il riconoscimento dei giochi familiari che "alimentano" il craving e il GAP.



Tale modello terapeutico utilizza:

- un'ottica co-costruttiva all'interno di un contesto collaborativo e conversazionale che tende ad includere al suo interno anche i familiari dei pazienti;
- la presenza di una coppia "mista" di terapeuti;

VALUTAZIONE PSICHIATRICA E PSICOLOGICO-CLINICA

La valutazione psichiatrica prevede:

- l'identificazione dello stato motivazionale dell'utente secondo il MAC;
- la diagnosi psichiatrica secondo i criteri diagnostici del DSM IV TR;
- la valutazione dell'eventuale compresenza di un'altra dipendenza pregressa o attuale e dell'eventuale comorbidità psichiatrica;
- la tipizzazione secondo i criteri di Guerreschi;
- la tipizzazione secondo Blaszczynski;
- l'inquadramento secondo i tipi di gioco di Petry.

A partire da questo inquadramento diagnostico complesso, è possibile mettere in atto un lavoro di rete con le strutture della salute mentale, con altri Ser.T. o altre strutture sanitarie coinvolte, e/o avviare una terapia psicofarmacologica specifica per la dipendenza da gioco nell'ottica di un trattamento integrato.



LINEE GUIDA SUL FENOMENO DEL DROP-OUT NELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE E MODALITA' DI RIAVVICINAMENTO AL SERVIZIO

A partire dai primi anni '70 si realizza il progetto "Drug Abuse Reporting Program" (DARP), seguito un decennio più tardi dal progetto "Treatment Outcome Prospective Study" (TOPS), per continuare negli anni '90 con il Drug Abuse Treatment Outcome Studies (DATOS).

Alcuni studi si sono concentrati sugli "esiti globali" dei programmi terapeutici in cui era prevista la somministrazione di metadone; in particolare, nello studio DATOS condotto nel 2000, si è evidenziato che, mentre per alcuni soggetti, un numero più elevato di "precedenti trattamenti metadonici" aveva condotto ad una maggiore probabilità di successo del programma terapeutico, per altri, con precedenti problemi legati ad un poliabuso e/o a problemi di giustizia, l'effetto era stato esattamente contrario.

Riguardo al fattore "tempo di ritenzione in trattamento" studi condotti da Stark e Ward hanno evidenziato una maggiore probabilità di raggiungere condizioni di astinenza dall'uso di eroina in soggetti rimasti più a lungo in trattamento.

Si evidenzia, inoltre, che nella valutazione dell'outcome attuata con soggetti tossicodipendenti e quindi dai risultati ottenuti tramite la complessa interazione tra le caratteristiche del paziente, le diverse tipologie di intervento e le molteplici variabili ambientali, è importante sia una precisa valutazione iniziale dei pazienti in fase di presa in carico, sia una separazione specifica dell'esito del singolo intervento dall'efficacia globale dell'intero progetto terapeutico.

In tale cornice operativa, la motivazione dell'utente risulta preconditione per l'efficacia del trattamento e per prevenire fenomeni di drop-out. La parola deriva da To Drop Out: abbandonare. In medicina e in psicoterapia questo termine viene utilizzato quando un paziente abbandona la terapia farmacologica e/o la psicoterapia senza alcuna spiegazione, senza cioè avere concordato con il terapeuta un progetto. Il drop out è un evento con cui chi si occupa di patologie croniche si trova a doversi confrontare.

I tossicodipendenti stabili si impegnano attivamente a cambiare solo dopo avere attraversato alcuni stadi chiave: pre-contemplazione, contemplazione, determinazione, azione, mantenimento e ricaduta.

Le problematiche di poliabuso e/o l'assunzione delle sostanze per via endovenosa sono altri indicatori significativamente correlati con l'esito del trattamento.

Altre caratteristiche che possono incidere sull'esito del trattamento sono: l'impossibilità a mantenere una condizione di drug-free, l'elevata compulsività, la grave comorbilità psichiatrica, la presenza, nella storia del paziente, di numerosi programmi terapeutici falliti, problemi attivi



nell'area sociale, composizione della famiglia ed eventuale presenza di figli. La durata del trattamento si è dimostrato il predittore più valido degli esiti al follow-up.

Dunque la ritenzione in trattamento rappresenta un indicatore dell'outcome di diversi fattori ambientali, terapeutici e personali che contribuiscono all'efficacia dell'esito. I fattori che influenzano una persona nel rimanere in trattamento includono le interazioni tra bisogni individuali, fattori motivazionali, pressioni sociali e aspetti dello stesso programma terapeutico quali politiche e prassi di servizio, assegnazione ad un operatore piuttosto che ad un altro, accessibilità e offerta dei servizi, rapporti terapeutici e soddisfazione dell'utente.

Recenti ricerche hanno identificato diverse dimensioni misurabili con connessioni dirette ad una migliore ritenzione e a migliori esiti. Questi risultati implicano che i dati a livello di cliente sui bisogni e i progressi nel trattamento, così come i dati a livello di programma basati sui dati raccolti su record individuale nel rispetto della privacy, potrebbero migliorare l'assistenza clinica, la gestione del programma terapeutico e i suoi esiti.

Il drop-out, ovvero abbandono della terapia, è un fenomeno con cui tutte le discipline mediche si trovano a doversi confrontare. Le motivazioni che inducono ad interrompere il trattamento spesso sono riconducibili a caratteristiche cognitive e/o comportamentali messe in atto in maniera più o meno consapevole che creano una resistenza al buon esito del percorso terapeutico.

Rispetto alla valutazione degli esiti (outcome), si possono distinguere e analizzare:

- Indicatori di drop-out precoce (entro 90 gg. dalla presa in carico);
- Indicatori di drop-out tardivo (conclusione del programma per scelta dell'utente non condivisa dagli operatori).

METODOLOGIA

Il calcolo grezzo del tasso di ritenzione degli utenti Tossicodipendenti nei Servizi per le Tossicodipendenze viene calcolato attraverso degli studi di coorte retrospettivi (monitorati per tre anni).

Il Tasso grezzo di ritenzione è la proporzione tra gli abbandoni e il totale degli utenti seguito nello studio. Si può stratificare per sesso, classi di età, etc. In seguito, attraverso le Tecniche di Analisi della Sopravvivenza, un modello statistico per calcolare il tasso di ritenzione espresso sotto forma di *hazard ratio*, si può pesare il tasso grezzo di ritenzione con le altre variabili (stratificandolo per classi di età, sesso, sostanze usate, tipo di assunzione, ecc).

La maggior parte di questi dati verranno estratti ed elaborati grazie all'utilizzo della Piattaforma Multimediale MfP già in uso nelle UU.OO Ser.T. della Azienda che raccolgono i dati su record



DIPARTIMENTO DIPENDENZE
PATOLOGICHE

Aggiornato al
04/02/2010

LINEE GUIDA

individuali; pertanto è possibile rintracciare le serie storiche dei trattamenti e delle dimissioni degli utenti e ricavarne la valutazione che interessa. Si stabilisce che, in relazione alla capacità di coinvolgimento dell'utente e del raggiungimento degli obiettivi terapeutici concordati in fase di accoglienza, l'utente debba accettare un'esposizione minima al Programma del Servizio ed una conclusione condivisa tra staff e utente, di cui possono essere espressione le dimissioni concordate dopo un adeguato periodo (almeno 12 mesi) di permanenza nel trattamento.



LINEE GUIDA SUL FENOMENO DEL DROP-OUT NEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Le riflessioni sul drop-out nei disturbi del comportamento alimentare hanno tenuto conto sia dei dati di letteratura, sia dall'esperienza clinica. L'obiettivo è quello di comprendere e definire il fenomeno e costruire un modello terapeutico in grado di dare risposte concrete ai bisogni dei nostri utenti, evitando le complicanze ed i relativi problemi che derivano da un abbandono precoce delle terapie.

I dati della letteratura internazionale riportano percentuali di drop out che vanno dal 15% al 82%; tale variabilità sembra ascrivibile anche alla diversa definizione di drop out adottata rispetto alla fase in cui si manifesta l'abbandono delle cure. La percentuale più elevata di abbandoni si registra nella primissima fase di accoglienza del paziente: il 63% dei pazienti abbandona dopo il primo colloquio e il 50% dei pazienti non si presenta al primo appuntamento.

Studiare il drop out nei disturbi del comportamento alimentare è utile per attivare un monitoraggio del fenomeno e programmare specifiche modalità operative che possano prevenire o modificare comportamenti non funzionali al benessere individuale e collettivo,

Definiamo il drop out nei DCA una interruzione non concordata del trattamento e delle terapie psiconutrizionali. Inoltre, in relazione alle modalità operative che il Centro si propone e all'esperienza acquisita in questi tre anni, consideriamo drop out l'abbandono della terapia solo se il paziente dopo aver accettato e concordato il progetto terapeutico (quindi dopo una prima accoglienza e una valutazione clinica – tramite test e colloquio clinico – che prevede un minimo di 4 incontri) abbandona il percorso terapeutico intrapreso senza averlo concordato e non ritorna entro 3 mesi dal suddetto abbandono.

Quando un paziente non si presenta più al Centro dopo solo una seduta o entro le 4 sedute di valutazione psicodiagnostica, prima cioè che venga pensato e concordato con lui un progetto terapeutico, non può essere considerato drop out. La variabile del tempo è importante nella definizione di drop out.

Le motivazioni che inducono ad interrompere il trattamento spesso sono riconducibili a caratteristiche proprie dei disturbi del comportamento alimentare e del sovrappeso ed alle caratteristiche cognitive e/o comportamentali, sia dei terapeuti che degli stessi pazienti, messe in atto in maniera più o meno consapevole, che creano una resistenza al buon esito del percorso terapeutico.

Per quanto riguarda il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare e del peso le problematiche che portano al drop out potrebbero essere così riassunte:



1. Scarsa motivazione: nei disturbi del comportamento alimentare il sintomo è spesso ego sintonico, sostenuto da un'idea egosintonica che appartiene al paziente e, pertanto, è di difficile guarigione. La motivazione è indispensabile: può essere "interna" quando è nel paziente ed "esterna" quando è data da eventi o da persone al di fuori del paziente. Entrambi questi tipi di motivazione possono essere sufficienti per perseguire l'obiettivo prefissato. Tuttavia, essendo la motivazione "interna" meno soggetta a variazioni repentine e soprattutto sempre a disposizione e a supporto dell'individuo in quanto "in lui", rappresenta indubbiamente una delle caratteristiche maggiormente prognostiche di buona riuscita. Il modello di accoglienza presso il Cedral prevede di effettuare già durante il counseling telefonico una valutazione della motivazione del paziente ad intraprendere un percorso terapeutico individuale, gruppale e/o familiare, specificando subito, sin dalla prima telefonata che se la persona non si trova in una fase attiva l'intervento è inutile ed addirittura iatrogeno (si conferma infatti al paziente l'inutilità delle terapie). Per questo motivo si invita la stessa persona interessata a chiamare personalmente e si specifica subito che non serve fare una prenotazione per interposta persona (tranne nel caso di bambini molto piccoli, al di sotto di 12 anni). Ai genitori si chiede di parlare con il figlio/a che soffre di quel dato disturbo, ai mariti/mogli, compagni e amici si spiega l'importanza della motivazione al trattamento terapeutico. Durante il primo colloquio viene subito mostrato al paziente un foglio in cui sono descritte le fasi del processo di cambiamento ed attraverso un primo colloquio motivazionale si prende atto della fase in cui il paziente si trova; se è ancora nella precontemplazione si suggeriscono specifici libri da leggere e si rimanda il prossimo colloquio a dopo la lettura. Se è invece in una fase di contemplazione o di programmazione si lavora per passare a quelle successive.

2. Aspettative irrealistiche: il paziente abituato alla prescrizione di diete miracolistiche o confuso da programmi televisivi che falsano la realtà, pensa che, una volta iniziato il trattamento, il terapeuta ha la formula magica per la guarigione rapida. Il suo modo di mangiare cambierà, non avrà più paura di ingrassare oppure, nel caso dei pazienti obesi, il dimagrimento sarà veloce e senza costi emotivi. Al Centro viene spiegato che lo strumento di automonitoraggio è il diario alimentare, che non verranno prescritte diete e che la terapia si basa su un approccio globale all'individuo ed in qualche caso anche alla famiglia. Se tutto questo non viene definito e chiarito già nelle prime sedute di terapia, l'abbandono può avvenire dinanzi alle prime difficoltà a mantenere l'adesione al programma. L'operatore esperto, sia esso medico o psicologo, saprà indagare le aspettative del paziente per poi verificarne la realizzabilità ed eventualmente dedicarsi all'elaborazione di obiettivi raggiungibili. Sin dal primo colloquio, viene consegnato al paziente un questionario anamnestico utile ad indagare aspetti psicologici ed anamnestici,



necessari in fase di assessment e punto di partenza per un lavoro psicoterapeutico, fra cui anche le aspettative del paziente sulla terapia e sul terapeuta.

3. Bassa autostima-inadeguatezza: qualche volta il paziente è motivato ad iniziare il trattamento ma spesso non possiede autostima sufficiente a credere nella possibilità di ottenere un cambiamento significativo e costante. Durante la somministrazione dei test (in particolare la Rosenberg Self-Esteem Scale – Rosenberg, 1965 ed anche l'EDI-2, Eating Disorder Inventory-2 – Garner, 1984) si mette subito in evidenza il livello di autostima personale ed interpersonale ed il paziente viene invitato a partecipare al gruppo di assertività che ha come obiettivo terapeutico la capacità di relazionarsi in modo non aggressivo né passivo con se stesso e con gli altri.

4. Presenza di una doppia diagnosi ovvero di psicopatologie associate: può succedere che il paziente si presenti con una richiesta esclusivamente di tipo alimentare, ma che già dai primi colloqui il terapeuta evidenzia una diagnosi di disturbo di personalità, DOC o uso di sostanze. Inoltre la maggior parte dei pazienti presenta un disturbo d'ansia o dell'umore. Il test POMS (Profile of Mood States; Mc Nair, Lorr & Droppleman, 1971) mette in evidenza la presenza di stati affettivi quali ansia, umore depresso, aggressività/rabbia, indolenza e confusione.

I punteggi consentono di valutare se la sintomatologia psicopatologica può interferire in maniera tale da determinare essa stessa il drop out (per es. la depressione dell'umore può interferire con la capacità di concentrazione; il disturbo d'ansia può rendere il paziente incapace di sostenere il programma alimentare, ecc.).

5. Mancanza di abilità di coping (fronteggiamento) per le situazioni ad alto rischio: la ricaduta è spesso innescata da due processi tra loro legati:

- a) la catena di eventi che dall'incontro di una situazione ad alto rischio (situazioni sociali, stati emotivi positivi, stati emotivi negativi) conduce al *lapse* (scivolata);
- b) la catena di eventi che dal *lapse* conduce al *relapse* (ricaduta).

In presenza di una situazione ad alto rischio non è detto che automaticamente si verifichi la perdita di controllo; ciò dipenderà dal fatto che siano messe in atto o meno specifiche modalità di risposta comportamentali o cognitive definibili come risposte che permettono all'individuo di fronteggiare una situazione ad alto rischio senza sperimentare la ricaduta. Se l'individuo riesce a far fronte efficacemente alle situazioni a rischio, usando appropriate risposte di coping, continuerà a sperimentare un efficace senso di autocontrollo e svilupperà un'elevata autoefficacia tale che le possibilità di andare incontro alla ricaduta diminuiranno sensibilmente.

6. Errori cognitivi: i DCA sono caratterizzati da elementi psicopatologici comuni che hanno alla base specifici errori cognitivi quali : il perfezionismo, la doverizzazione, l'anassertività, il pensiero



dicotomico. Riconoscerli e discuterli subito serve a spiegare perché il paziente si può sentire frustrato/a e la gratificazione immediata può rivolgersi sul cibo o sul digiuno.

7. Mancata definizione e quindi mancato raggiungimento degli obiettivi di peso corporeo e degli obiettivi primari: definire gli obiettivi è indispensabile già durante i primi colloqui; in molti casi la ricaduta non è legata solo alla mancanza di abilità, ma alla mancanza di chiarezza rispetto a realistiche mete da raggiungere.

8. Gruppo dei curanti non coeso: l'approccio interdisciplinare ai pazienti con dca prevede una forte coesione del gruppo dei curanti. Quando questo non accade si può configurare un abbandono derivante dalla confusione che l'equipe curante produce. Risultano quindi necessarie riunioni settimanali del gruppo dei curanti per la condivisione e supervisione dei casi trattati.



LINEE GUIDA PER UN INQUADRAMENTO DEI DROP-OUT GAP.

Le seguenti considerazioni sono il risultato dei dati in nostro possesso, successivi all'elaborazione di alcuni indicatori presi in considerazione ritenuti validi nello studio della casistica che ad oggi abbiamo osservato all'interno dell'ambulatorio interdistrettuale specialistico del Progetto GAP.

E' stato possibile rilevare che la percentuale dei drop out è correlata a:

- Fascia d'età: tra i 36 e i 45 anni è bassa la percentuale di abbandono precoce della terapia;
- Presenza di comorbidità: la compresenza di un'altra diagnosi psichiatrica rappresenta un fattore prognostico negativo per drop-out;
- L'inquadramento all'interno della Tipologia di Blaszczynsky: il terzo tipo è maggiormente a rischio di drop-out;
- La valutazione della fase motivazionale del paziente al momento dell'accoglienza, secondo l'inquadramento di Prochaska e Clemente: è maggiore il rischio di drop-out nelle fasi di precontemplazione e contemplazione.

Inoltre, dai dati in nostro possesso, sembra anche che la percentuale di drop out tenda ad essere massima durante la fase iniziale di valutazione, decresca tra il primo e il secondo mese dall'inizio della presa in carico, intervallo di tempo superato il quale la probabilità di abbandoni si riduce sensibilmente.

E' infine importante segnalare l'utilizzo della comunicazione telefonica come strumento per la riduzione di un possibile abbandono precoce, una volta avviato il trattamento, si intende fare riferimento all'opportunità di contrastare le resistenze che possono portare a "saltare" i colloqui già fissati, ripristinando il senso della necessaria continuità terapeutica, attraverso un contatto telefonico successivo, di natura 'esplorativa', percepito non in modo intrusivo, dal paziente e dai suoi familiari, ma come segnale di 'attenzione' nei loro confronti, e, come tale, incluso, come possibile modalità terapeutica, all'interno del Consenso Informato.



STRATEGIE DI PREVENZIONE E/O RIDUZIONE DEL DROP-OUT

Insieme al monitoraggio dell'andamento della ritenzione degli utenti in trattamento, recenti studi sull'argomento sottolineano la necessità di apportare alcune modifiche nelle modalità di accoglienza e presa in carico nei Servizi per le Tossicodipendenze.

Occorre principalmente identificare, in maniera quanto più precoce possibile, i pazienti a rischio di drop-out (cioè i pazienti con disturbo antisociale di personalità o con diagnosi riconducibili al cluster B dell'asse II del DSM IV R e al primo tentativo terapeutico), allo scopo di rafforzare la *compliance* e la motivazione al trattamento.

Le caratteristiche dell'intervento terapeutico, che potrebbero contribuire ad incrementare la percentuale di pazienti che completa il trattamento sono: l'uso del colloquio motivazionale (analisi della motivazione), acquisizione, già all'atto del consenso informato, del nominativo di un familiare o altra persona cui riferirsi, un approccio terapeutico empatico e il coinvolgimento precoce del paziente in trattamento, una corretta diagnosi psichiatrica in entrata, un adeguato rapporto numerico tra utenti e membri dell'èquipe, una maggiore fruibilità del servizio di counseling individuale, l'eventuale intervento a domicilio e la promozione di avanzamenti nel programma attraverso l'inserimento in diverse attività riabilitative.

A lungo termine, nel processo di cura, la realizzazione di un monitoraggio del drop-out, potrebbe facilitare i tentativi di abbinare i bisogni degli utenti con i servizi offerti e garantire un'assistenza clinica più appropriata.