

Narcotici Anonimi e collaborazione con i professionisti nei disturbi da uso di sostanze

di *Andrea Quartini*¹, *Gabriele Bardazzi*², *Fabio Voller*³, *Valentino Patussi*¹

¹Dirigenti Medici, SOD Alcologia, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi (FI), Centro Alcologico Regionale della Toscana, Firenze;

²Dirigente Medico, UFS SerD Mugello, Borgo San Lorenzo, Dipartimento delle Dipendenze, ASL Toscana Centro, Firenze;

³Dirigente Sociologo, Osservatorio di Epidemiologia - Agenzia Regionale di Sanità, Firenze

Narcotici Anonimi è un'esperienza di auto-aiuto, che, nel mondo, sta contribuendo in modo significativo al recupero di migliaia di persone afflitte da Disturbo da Uso di Sostanze. L'associazione si caratterizza come risorsa integrativa/collaborativa rispetto ai Servizi. Questo studio comparando i dati raccolti, con uno studio analogo del 2001, vuole offrire un contributo per migliorare ulteriormente una collaborazione efficace ed efficiente.

Parole chiave: Disturbo da uso di sostanze, gruppo di auto-aiuto, Narcotici Anonimi

Introduzione

Il Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) rappresenta un importante problema sanitario, che coinvolge circa 21 milioni di famiglie nel mondo.

L'induzione e il mantenimento dell'astinenza dalle sostanze è un importante obiettivo (non l'unico) dei programmi di trattamento.

La letteratura scientifica suggerisce di implementare la collaborazione tra servizi e gruppi di auto-aiuto, in particolare con i gruppi dei Narcotici Anonimi (NA).

L'efficacia dei gruppi di auto-aiuto nel trattamento, a lungo termine del DUS è ampiamente riportata nella letteratura internazionale sia sul versante del mantenimento dell'astinenza che nel miglioramento dello stato psicologico della persona in recupero.

Il percorso di emancipazione dalle sostanze che si sviluppa in NA avviene nel contesto di riunioni di gruppo attraverso un programma (12 Passi) destinato a essere praticato come uno stile di vita.

NA promuove il recupero di persone con problematiche connesse con l'uso di sostanze psicoattive illegali (eroina, cocaina, THC, ecstasy etc.) e legali (alcol, psicofarmaci non prescritti dai medici).

In Italia risultano presenti 81 gruppi di NA, che svolgono circa 150 riunioni settimanali (durante il lockdown circa 50 gruppi effettuavano ogni giorno anche più volte al giorno riunioni online).

Scopo di questo lavoro è una ricognizione di un campione di testimonianze dei membri dei gruppi di NA in Italia, per contribuire a:

- rendere disponibile l'informazione dell'esperienza maturata dai membri di NA;
- far conoscere i risultati sul campione considerato che la metodologia di NA ha determinato;
- poter effettuare una valutazione dei livelli collaborativi tra NA e i servizi;
- contribuire a implementare risposte integrate nei programmi di trattamento dei DUS;

- valutare comparativamente i cambiamenti intervenuti rispetto a indagine analoga effettuata nel 2001.

Metodologia di lavoro

1. Autocompilazione nell'anno 2020, da parte dei membri di alcuni gruppi di NA (soprattutto toscani), di un questionario anonimo preparato ad hoc, mirato a raccogliere informazioni relative a:
 - caratteristiche socio-demografiche (età, sesso, titolo di studio, occupazione, ecc.);
 - *addictions* principali e secondarie (tipologia e sostanze psicotrope d'uso, tempi di astensione, recidive, trattamenti effettuati, ecc.);
 - qualità di vita percepita attuale in chiave di risultati conseguiti con la frequenza in NA (stile di vita in generale, familiare, occupazionale, medica, scolastica, alloggiativa), in modo da non valutare il solo stato *drug-free* come indicatore di sobrietà.

Tabella I.

Caratteristiche socio-demografiche dei campioni.

	2001 N (%)	2020 N (%)	p (#)
Sesso			
Maschi	38 (74,5)	77 (76,2)	-
Femmine	13 (25,5)	24 (23,8)	
Totale	51 (100)	101 (100)	
Età media	37,5	42	
Studio			
≤ 8 anni di studio	35 (70)	44 (43,6)	0,0092
> 8 ≤ 13 anni	11 (22)	42 (41,6)	
Laurea	4 (8)	15 (14,8)	
Totale	50	101	
Non noto	1	-	
Situazione occupazionale			
Poco stabile	13 (25,5)	22 (21,8)	-
Sufficientemente stabile	23 (45,1)	47 (46,5)	
Molto stabile	15 (29,4)	32 (31,7)	
Totale	51	101	

#: p calcolato in base a test χ^2 per tabelle di contingenza multiple.**Tabella II.**

Fonte di invio in NA.

	2001 N	2020 N	p (#)
Come si arriva in NA:			
Contatto diretto (comprese altre fratellanze)	18 (37,5)	48 (48,5)	< 0,000001
Suggerimento amici/familiari	12 (25)	3 (2,9)	
SerT	10 (20,8)	35 (34,6)	
Ist_No_SerT	7 (14,6)	11 (10,9)	
Comunità Terapeutiche	1 (2,1)	4 (3,9)	
Totale	48 (100)	101 (100)	
Non noto	3		

#: p calcolato in base a test χ^2 per tabelle di contingenza multiple.

2. Comparazione dei risultati ottenuti con analogo studio del 2001 per comprendere eventuali modificazioni nella osservazione di alcune variabili come: assetto demografico dei campioni, canali di invio in NA, adesione al programma di NA.

Risultati/Discussione

Nella **Tabella I** sono esposte le caratteristiche socio-demografiche del campione. Hanno risposto al questionario 101 membri dei gruppi di NA. Le fasce d'età più rappresentate sono i 41-50 anni e i 31-40 con un'età media degli intervistati di 42 anni. Il 76% del campione è costituito da

maschi (rapporto maschi/femmine di 3:2). Circa il 50% del campione ha un titolo di studio inferiore al diploma di maturità.

Nell'analoga intervista effettuata nel 2001 l'età media era di 37,5 anni (5 anni in meno rispetto al dato attuale). Il titolo di studio inferiore al diploma di maturità nel 2001 riguardava il 70% del campione (20% in più del dato attuale).

A 20 anni di distanza chi frequenta NA è più vecchio, mediamente, di 5 anni e ha un titolo di studio più elevato. Una parte dei reclutati attuali era presente anche al questionario del 2001: questo significa che vi è una discreta fedeltà al gruppo invecchiando con esso; allo stesso tempo chi è entrato successivamente ha un titolo di studio più elevato rispetto al passato.

Nella **Tabella II** possiamo osservare il canale di invio verso NA. Interessante notare come oltre il 50% degli arrivi in NA siano autopromossi (contatto diretto, suggerimento di amici/familiari, invio da parte di AA), gli invii di tipo "istituzionale-professionale" rappresentano il 50% circa (i SerD invierebbero circa il 35% del totale).

Nell'analoga intervista effettuata nel 2001 gli arrivi in NA "autopromossi" erano il 63,2% del totale (cioè il 13,2% in più).

I SerD rappresentavano nel campione del 2001 il 14,3% degli invii (20% in meno del dato attuale).

L'indagine attuale suggerisce una maggior polarizzazione degli invii: attrazione-servizi. Nel 2001 si osservava una distribuzione maggiormente disaggregata degli invii. Questo dato suggerisce che, da un lato, i servizi stanno vincendo la diffidenza nei confronti del programma di NA, ma anche che NA ha superato la rigida opposizione ai trattamenti farmacologici prescritti che caratterizzava il programma negli anni della sua nascita. I due contesti negli anni si sono avvicinati.

Nella **Tabella III** sono elencate le sostanze di elezione usate (sostanze

Tabella III.

Sostanze d'abuso primario.

	2001	2020	p (#)
Eroina	31 (62)	29 (29,6)	< 0,0000001
Alcol	10 (20)	6 (6,1)	
Cocaina	5 (10)	55 (56,1)	
Altre sostanze	4 (8)	8 (8,2)	
Totale	50 (100)	98 (100)	
Non noto	1	3	

#: p calcolato in base a test χ^2 per tabelle di contingenza multiple.

Tabella IV.

Sostanze d'abuso secondario.

	2001	2020
Sostanze di abuso secondarie:		
Eroina	9 (17,6)	24 (24,5)
Alcol	36 (70,6)	65 (66,3)
Ecstasy	20 (39,2)	Non indagato
Metadone	23 (45,1)	Non indagato
Ansiolitici/Sedativi	34 (66,6)	11 (11,2)
Cocaina	26 (50,1)	38 (38,8)
Anfetamine	29 (56,8)	Non indagato
Cannabis	38 (74,5)	41 (41,8)
Allucinogeni	26 (50,9)	Non indagato
Droghe sintetiche	Non indagato	37 (37,7)

Tabella V.

Interventi effettuati prima della frequenza in NA

	2001 N (%)	2020 N (%)	p (#)
Comunità Terapeutica	13 (29,5)	29 (28,7)	< 0,000001
Naltrexone	4 (9,1)	Non indagato	
Metadone	12 (27,3)	31 (30,7)	
Psicofarmaci	10 (22,7)	35 (34,6)	
Psicoterapia	21 (47,7)	55 (54,4)	
Cicli di Detox	15 (34,1)	Non indagato	
Nessuna terapia	-	24 (23,7)	

#: p calcolato in base a test χ^2 per tabelle di contingenza multiple

ta dall'alcol (20%) e dalla cocaina (10%).

Come era lecito attendersi la cocaina rappresenta attualmente la sostanza maggiormente consumata e capace di determinare problematiche manifeste e, in assenza di terapie farmacologiche efficaci, la sinergia di intervento tra servizi e auto-aiuto rappresenta una strategia che può generare risultati importanti.

Nella **Tabella IV** sono riportate le sostanze usate oltre a quella di elezione (sostanze d'abuso secondario). Come si può osservare in circa il 65% degli intervistati un consumo di alcol e cannabis e circa un 28% un consumo di cocaina. Oltre il 76% del campione ha consumato 3 o più sostanze nel corso della propria condotta di addiction. Questo ci fa capire come sia complessa la casistica in NA (ma non solo in NA), che consiste essenzialmente in soggetti poliasuntori di sostanze (oltre il 97%).

Nel 2001 osservavamo percentuali analoghe di poliassunzione di sostanze.

Nella **Tabella V** sono elencati gli interventi complessivi riferiti dal campione. Circa il 76% del campione prima di arrivare in NA ha avuto altre esperienze terapeutiche. Percentuali sovrapponibili nel 2001.

Il 93% del campione (**Tab. VI**) riferisce astensione, con un 70% circa che riferisce astensione da oltre 1 anno e oltre il 59% da oltre 2 anni. Nel 2001 osservammo percentuali sovrapponibili per coloro che risultano astenersi da oltre 2 anni; tuttavia il cambiamento delle definizioni di "pulizia" mostra come nel 2001 fossero sovrastimati i soggetti non ancora "drug-free", tra i quali si inserivano anche coloro ancora in trattamento farmacologico prescritto dai medici. I risultati delle valutazioni assegnate dagli intervistati ad alcune "aree vitali" nella attuale fase adesione al programma di NA mostrano un miglioramento netto di tutte le aree. Risultati analoghi furono evidenziati nel 2001.

d'abuso primarie). Come si può vedere si tratta di un campione composito. La sostanza di elezione (cioè quella che ha gratificato di più) maggiormente rappresentata è la cocaina

(oltre il 54% del totale), seguita dall'eroina (28,7%) e dall'alcol (circa il 6%). Nella indagine del 2001 la sostanza di elezione maggiormente rappresentata era l'eroina (62%), segui-

Tabella VI.

Tempi di pulizia (astinenza totale da sostanze).

	2001	2020	p (#)
Tempi di pulizia (*) riferiti dagli intervistati:			
Non "puliti" (*)	12 (23,9)	7 (6,9)	
"Puliti" (*)	39 (76,5)	94 (93,1)	
< 1 anno	7 (13,7)	23 (22,8)	$p < 0,000001$
1 - < 2 anni	6 (11,7)	17 (16,8)	
2 anni +	26 (51)	54 (53,5)	

(*) Fino a qualche anno fa nel "gergo" di NA per "pulizia" s'intendeva l'essere "drug-free", anche da eventuali prescrizioni terapeutiche con farmaci psicoattivi di qualsiasi genere effettuate dai professionisti.

#: p calcolato in base a test χ^2 per tabelle di contingenza multiple

Conclusioni

Numerosi studi documentano quanto sia importante il ruolo dei professionisti nel facilitare la frequenza nei gruppi di auto-aiuto e quanto questo si ripercuota positivamente sul tasso di astinenza delle persone affette da addiction. Gli stessi studi hanno documentato la maggiore (o uguale) efficacia del programma dei gruppi anonimi (AA/NA), rispetto alla terapia cognitivo-comportamentale e a quella motivazionale; maggiore efficacia che si esprime peraltro in una sempre maggiore efficienza.

Nella letteratura è riportato che i gruppi di NA possono rappresentare un supporto efficace al mantenimento della sobrietà, dopo aver effettuato un trattamento detossicante e/o con farmaci sostitutivi.

Nella fase di mantenimento il ruolo dei gruppi di auto-aiuto andrebbe maggiormente enfatizzato se si pensa che solo il 27% dei pazienti dopo un trattamento antiastinenziale con metadone (confinato nei soli servizi) presenta un'astinenza di 4 mesi o più. Questo evidenzia di come dopo un trattamento, indubbiamente efficace, come quello sostitutivo, la frequenza ai gruppi di NA può avere

un ruolo determinante nel cambiamento dello stile di vita che si rivela "*conditio sine qua non*" per una stabile sobrietà.

È evidente che questo ruolo è ancor più centrale nel trattamento del disturbo da uso di sostanze, come la cocaina, che a oggi, non presenta efficaci risposte dal punto di vista farmacologico.

Ed è questo ruolo complementare, integrabile, e non antagonista e mai in competizione, rispetto ai trattamenti professionali (farmacologici e non farmacologici) uno dei più significativi punti qualificanti NA nel contesto dei programmi di trattamento dei DUS.

Si deve comunque considerare che, in chiave terapeutica, la frequenza ai gruppi dei 12 passi presenta alcune condizioni a cui porre particolare attenzione. Infatti in letteratura è stata segnalata una relativa associazione negativa tra partecipazione ai gruppi di auto-aiuto e la diagnosi di schizofrenia, ma non quella di altre comorbidità psichiatriche. Esistono peraltro esperienze interessanti di gruppi anonimi orientati alla cosiddetta "doppia diagnosi".

Inoltre nella comunità scientifica,

soprattutto in passato, era diffuso il timore che pazienti in trattamento sostitutivo potessero ricevere, all'interno delle riunioni di NA, pressioni indirizzate sulla interruzione del trattamento farmacologico. Questo aspetto non è di secondaria importanza in quanto è noto che una prematura interruzione del trattamento con farmaci oppioidi agonisti è gravato da un elevato tasso di ricaduta nell'uso della sostanza e da un significativo incremento dei tassi di mortalità.

È probabile che questi elementi possano aver generato aspetti pregiudizievoli da parte dei servizi, che spiegano, in particolare nello stesso studio del 2001, la scarsa propensione all'invio in NA da parte dei SerD. Tuttavia come mostra anche questo studio il livello di fiducia da parte delle istituzioni è migliorato in modo significativo, di concerto con una maggior tolleranza dei gruppi sul trattamento farmacologico delle dipendenze. Infatti il concetto di "pulizia totale" dalle sostanze psicoattive, di cui i gruppi sono fautori, si è sempre più orientato essenzialmente alle sostanze psicotrope non prescritte dai professionisti sanitari. Questo spirito collaborativo e di integrazione trova ampia giustificazione dai dati della letteratura e trova nella complementarità tra presidi farmacologici e trattamenti che operano sul cambiamento dello stile di vita, la risposta efficace a un disturbo così complesso e variegato come è il Disturbo da Uso di Sostanze.

Si ringraziano i membri della Fratellanza di Narcotici Anonimi – Italia per aver reso possibile il presente lavoro.

quartinia@aou-careggi.toscana.it