

39/2013

XI - III trimestre

Sommario

Editoriale. Dobbiamo riprogettare il sistema di cura per le dipendenze
Pietro Fausto D'Egidio 1

DOCUMENTO

Review sui più noti designer drugs
L. Rivalta, S. Maurotti, E. De Matteis, S. Gratteri 8

AREA CLINICA

Mindfulness e rischio di ricaduta nelle dipendenze
Giorgio Da Fermo, Lucia Volpe, Grazia Ferramosca, Pietro Fausto D'Egidio 12

LE RUBRICHE

Contaminazioni
Maurizio Fea 4

Ad maiora
Raffaele Lovaste 6

RECENSIONI 5, 11, 18

FeDerSerD/ORGANIZZAZIONE

Intervento di apertura del V Congresso Nazionale di FeDerSerD
Alfio Lucchini 47

Immagini del V Congresso Nazionale di FeDerSerD 49

FeDerSerD/FORMAZIONE

Congresso tematico Milano, 5 e 6 giugno 2014 55

Congresso tematico Pescara, 10 e 11 aprile 2014 60

Mission

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



Dobbiamo riprogettare il sistema di cura per le dipendenze

Il Sistema di cura delle dipendenze ha in carico circa 300.000 utenti ed è organizzato con circa 550 Ser.T. in cui lavorano circa 7.000 operatori (medici, psicologi, assistenti sociali, infermieri ecc.) e circa 1.000 strutture del privato sociale accreditato, anche questi con circa 7.000 operatori.

Un sistema di cura che ha maturato oltre 30 anni di esperienza.

Ma siamo costretti ad assistere ancora ad una sostanziale assenza delle università nei percorsi formativi e ad un approccio delle istituzioni con una visione poco scientifica, e quel poco quasi esclusivamente orientato a neuroni e anomalie del cervello.

Corriamo il rischio di disperdere, e comunque di non valorizzare, il portato di conoscenze che sono il patrimonio esperienziale dei nostri servizi.

Questo rappresenterebbe un danno per il Paese e non possiamo e non vogliamo permetterlo.

Sappiamo che non basta il DSM-5 per fare una diagnosi.

Le rappresentazioni sociali, l'evoluzione delle dinamiche socio-psicologiche, il capitale sociale di un territorio, le maggiori o minori opportunità di lavoro che questo offre, l'aggressione del mercato della droga, le scelte che al riguardo sono confusive oltre che poco etiche dello Stato (*basti pensare alla legislazione sul gioco d'azzardo esclusivamente interessato ai proventi economici per le casse dell'erario o alla difficoltà di apporre anche una semplice scritta sulle bottiglie di alcolici del tipo "Se bevi non guidare"*), sono, tutti questi, elementi sostanziali che debbono essere valutati per definire il preciso quadro clinico di ciascuno dei nostri pazienti.

- **Alcohol Dependence Scale (ADS): la validazione della versione italiana**
Mariagrazia Movalli, Paola Broggi, Sara Monica Angelone, Sofia Luce Manghi
- **Autoaiuto e Spiritualità nel trattamento dell'alcolismo in Italia: opinioni ed atteggiamenti dei professionisti del sistema delle dipendenze**
Valeria Zavan, Patrizia Scuderi
- **Il trattamento dei disturbi psicotici nell'alcolismo**
Ezio Manzato, Felice Nava, Cristina Biasin, Giuseppina Cifelli, Gisella Manzato, Sara Rosa, Giovanni D'Agostini

Newsletter "Clinica dell'Alcolismo", Anno IV, n. 15

FrancoAngeli

Mission

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

FrancoAngeli

ANNO XI, 2013 - N. 39

Fe Der Ser D

Proprietà: Fe Der Ser D

Sede legale

Via Giotto 3, 20144 Milano

Comitato di Direzione

Pietro Fausto D'Egidio, Felice Nava, Guido Faillace, Alessandro Coacci, Alfio Lucchini, Giancarlo Ardissoni, Roberta Balestra, Emanuele Bignamini, Giovanni Cordova, Edoardo Cozzolino, Francesco De Matteis, Tommaso Di Marco, Donato Donnoli, Giuseppe Faro, Maurizio Fea, Roberta Ferrucci, Mara Gilioni, Maria Luisa Grech, Claudio Leonardi, Fernanda Magnelli, Ezio Manzato, Gianna Sacchini, Giorgio Serio, Vincenzo Simeone, Cristina Stanic, Concettina Varango, Franco Zuin, Antonio d'Amore, Clara Baldassarre, Margherita Taddeo, Giovanni Villani

Direttore scientifico

Alfio Lucchini

Comitato di Redazione

Maurizio Fea, Raffaele Lovaste, Vincenzo Marino, Cinzia Assi

Sede operativa e Redazione Mission

Via Mazzini 54,
20060 Gessate (Mi), tel. 3356612717
missiondirezione@tiscali.it

Direttore responsabile: Stefano Angeli

Progetto grafico: Elena Pellegrini

Stampa: Imagine & Arti Grafiche Colombo s.r.l., Gessate (Mi)

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

Chiuso in redazione il 10 febbraio 2014

Edizione fuori commercio
Tiratura: 6.500 copie
ISSN 2037-4798



Siamo convinti che non sia possibile intervenire sui comportamenti delle persone mediante norme e decreti che ne violano le libertà fondamentali e propongono una visione etica dello Stato

La cultura della dipendenza si è radicata nella società dell'eccesso.

Serve un approccio diverso alle dipendenze che distingua compiti e responsabilità, affidando le cure al sistema sanitario e le politiche di intervento sui costumi e gli stili di vita a soggetti e strutture multidisciplinari da costruire.

La criminalità organizzata produce con il commercio di droga l'11% del PIL e corrompe tutti i rapporti economici e sociali.

Le dipendenze legali uccidono (tabacco 85.000 e alcol 20.000 morti per anno) e sono ai primi posti come fattori di rischio per daly e mortalità.

Le trasformazioni in atto nella sanità, legate principalmente alla crisi economica; la assuefazione sociale alle droghe, ormai accettate senza preoccupazioni, la trasformazione dei contesti di uso e della dimensione culturale dell'uso, di cui sempre si parla ma di cui mai se ne tiene sufficientemente conto, soprattutto da parte dei decisori politici, le importanti scoperte scientifiche che potrebbero guidare ad un sempre miglior uso dei farmaci e del complesso delle terapie, tutto ci dice che il sistema di intervento per le Dipendenze pensato oltre 30 anni fa ha bisogno di una ridefinizione profonda.

FeDerSerD oggi, come da anni, è impegnata a coprire anche questo vuoto culturale e scientifico. Siamo consapevoli che ormai non è più possibile "fare correzioni" o "aggiungere capitoli" alle varie norme che regolano il nostro settore.

Solo la riscrittura del mandato dei servizi per le dipendenze, il sostanziale superamento del DM 444/90, con la attenta lettura delle evidenze scientifiche e della loro "forza" e con la valorizzazione del portato di esperienze dei nostri operatori potrà dare al nostro Paese e alle nostre Regioni un sistema di intervento, di prevenzione e di cura, maggiormente efficace.

FeDerSerD oggi è ancora più forte e può porsi anche questo ambizioso traguardo.

Il nostro congresso nazionale in ottobre a Roma è stato prestigioso con la partecipazione di oltre 700 iscritti e 100 relatori, tra cui Zygmunt Bauman.

Abbiamo avuto un riconoscimento al massimo livello istituzionale, motivo di orgoglio e testimonianza di identità, con la cerimonia di apertura che si è svolta nell'Aula dei Gruppi Parlamentari della Camera dei Deputati, gli interventi della Presidente della Commissione Giustizia della Camera dei Deputati e della Presidente della Commissione Sanità del Senato e la partecipazione dei parlamentari Franco Bordo, Vittoria D'Incecco e Toni Castricone.

La elezione per il rinnovo degli Organismi Dirigenti della Federazione ha visto un livello di partecipazione al voto straordinario: ha votato l'85% degli aventi diritto a testimonianza di un senso di appartenenza e di un alto livello di democrazia.

Tutti coloro che si sono presentati al voto e al giudizio degli elettori hanno onorato FeDerSerD.

Siamo la prima società scientifica del nostro settore e ci siamo impegnati a fare ancora meglio, con una profonda riorganizzazione della Federazione.

Il nuovo gruppo dirigente della nostra Federazione è brillante, molto coeso, molto motivato.

C'è la voglia di mettersi in gioco, uno spirito costruttivo, il desiderio di superare le asprezze della competizione per il rinnovo delle cariche, l'idea chiara, unita al senso di responsabilità, di dirigere la società scientifica più importante ed accreditata del nostro settore.

Non poteva essere altrimenti: è un gruppo questo che vive profondamente il senso di appartenenza alla Federazione e intende dare il proprio contributo grazie anche ad un confronto di idee, di stili, di storie personali e professionali.

Il Consiglio Direttivo Nazionale ha nominato alla unanimità i componenti del Comitato Scientifico presieduto da Emanuele Bignamini nelle persone di Edoardo Cozzolino, Carmela Costa, Vincenzo Caretti, Maurizio Fea.

Sono stati anche nominati all'unanimità i componenti del Comitato Etico: Nicoletta D'Aloisio, Sandra Basti, Elena Giuliano.

Abbiamo ad oggi oltre 1.000 iscritti, compresi i nuovi soci che saluto calorosamente. Siamo tutti noi "operatori sul campo" che, meglio di chiunque, conosciamo le potenzialità e le necessità dei nostri servizi e sappiamo quello che gli amministratori e i decisori politici potrebbero fare per meglio rispondere ai bisogni dei nostri territori e dei nostri pazienti.

Dobbiamo costruire insieme i meccanismi per valorizzare al meglio questo nostro patrimonio, ricchezza della Nazione e delle nostre Regioni.

Il Consiglio Direttivo ha deciso di orientare la formazione 2014 oltre che con eventi congressuali anche con momenti di formazione territoriale rivolta a gruppi non numerosi di partecipanti e dando molto spazio alle ricche competenze locali.

Abbiamo accreditato i primi 4 convegni del 2014:

Padova – 19 marzo - Dipendenze e teoria dell'attaccamento.

Pescara – 10-11 aprile - DSM5: disturbo da abuso di sostanze e diagnosi di gravità.

Milano – 5-6 giugno - La persona con problematiche di abuso o dipendenza: prospettive d'intervento tra rete dei servizi, strategie di trattamento ed esigibilità delle cure.

Palermo – ottobre - Giovani menti: maniaci di sostanze e stati dissociativi.

Stiamo costruendo con i Presidenti delle Federazioni Regionali i migliori percorsi per un lavoro comune.

Vogliamo trovare il modo migliore per farci dire dai nostri pazienti come migliorare.

Vogliamo fare in modo che le istituzioni comincino a vedere i Servizi come produttori di ricchezza per il Paese e non come un costo. A tal fine la Federazione continua nel consolidare una stretta collaborazione con le Regioni, il Ministero della Salute, con le Commissioni di Camera e Senato.

Insieme riusciremo a rendere FeDerSerD più vicina ai servizi e ai bisogni dei pazienti.

Elenco alcune iniziative e linee guida che sono nell'agenda di FeDerSerD:

- Lo Stato ha fatto una politica non etica con la legislazione sul gioco d'azzardo legale. Noi chiediamo che queste leggi vengano riviste in misura sostanziale, senza anteporre la necessità di fare cassa. In subordine è necessario intervenire subito con la istituzione di una tassa di scopo sui proventi del gioco d'azzardo legale allineandoci agli altri paesi europei.
- Servono misure dei costi reali e valutazioni di sostenibilità economica e decisioni tecnico politiche su chi deve pagare i costi di malattie socialmente indotte o favorite come le dipendenze sia da sostanze che comportamentali.
- La dipendenza può essere generata sia da sostanze che da comportamenti; molto spesso si assiste a quadri clinici caratterizzati da più dipendenze insieme. L'attuale struttura dei Ser.T. fa sì che la maggioranza dei pazienti in cura siano eroinomani, i quali rappresentano una minoranza dei dipendenti malati e bisognosi di cure. Questo accade perché, con la attuale normativa e soprattutto con le scarse risorse, è difficile porre in essere offerte di servizio rapportate ai bisogni dei territori
- Curare le dipendenze produce salute e questo è/ha un valore economico per la società: un valore che non può essere compiutamente espresso nel bilancio attuale della ASL, ma nel bilancio sociale collettivo, sia attuale che di previsione. Chiediamo di Individuare forme di finanziamento su capitoli speciali. Tutta la sanità, e il Sistema di Intervento per la Cura delle Dipendenze nel suo insieme, è un sistema che produce ricchezza per il Paese. Per 1 € investito nella cura e/o nella prevenzione delle dipendenze lo Stato ne risparmia da 4 a 7 €. La nostra vocazione nella integrazione del sanitario e del sociale, le caratteristiche specifiche del nostro intervento e il nostro essere capofila in sanità sui temi del management e della valutazione fanno del nostro settore il terreno ideale per avviare questa rivoluzione epistemologica.
- Si istituiscano in ciascuna ASL i Dipartimenti per la cura delle dipendenze che si pongono in relazione con tutte le agenzie sociali del territorio. I Ser.T. definiscono, con aggiornamenti periodici, la loro struttura e la loro organizzazione in base ai bisogni e alle risorse dei territori. I Dipartimenti per la cura delle Dipendenze sono dotati di strutture e personale in misura sufficiente per perseguire i compiti istituzionali attribuiti.
- L'organizzazione dei servizi deve rapportarsi ai bisogni del territorio: prevalenza delle diverse dipendenze e gravità in un territorio declinano l'offerta dei servizi. Sono necessarie politiche di programmazione regionale che vanno realizzate seguendo dei criteri standard nazionali.
- Tutti i farmaci agonisti e i farmaci per le terapie collaterali debbono essere dispensati gratuitamente dal SSN.
- I Ser.T. fanno diagnosi, progetto e piano terapeutico ed erogazione di tutte le terapie per tutte le malattie da dipendenza: da sostanze, legali e illegali, e da comportamenti. Studiamo i modi affinché i medici di medicina generale possano essere parte attiva della rete territoriale di cura. Chiediamo di cancellare il decreto 11 giugno 2010 - Istituzione del sistema informativo nazionale per le dipendenze (10A08312) (G.U. Serie Generale, n. 160 del 12 luglio 2010). Questa raccolta ossessiva di informazioni è antieconomica e non verificabile.
- È necessario rivedere i presupposti degli accertamenti sull'uso di droghe e la guida.
- È necessario declinare in maniera reale l'accertamento di assenza delle tossicodipendenze nelle speciali categorie di lavoratori a rischio.

Questi sono alcuni dei temi su cui chiediamo il contributo di tutti gli operatori dei Servizi nei prossimi mesi.

(Pietro Fausto D'Egidio)

Contaminazioni

Maurizio Fea

Il senso delle cose

Per colui che non è chiaramente consapevole di una filosofia, questa si introduce senza che egli se ne accorga, nel suo pensiero e nel suo linguaggio scientifico e lo rende poco chiaro sia scientificamente sia filosoficamente.

Karl Jaspers

“Non ha senso quello che stai facendo” locuzione tipica usata per dire a qualcuno che sta facendo qualcosa che ci appare irrazionale, stupida, a volte dannosa per l'autore stesso. A volte ci sentiamo meno sicuri delle nostre certezze e allora la frase diventa “Che senso ha quello che stai facendo?” e questo accade anche quando ci sentiamo particolarmente propensi a riflettere su di noi. In questo articolo la riflessione è condotta nei confini della relazione terapeutica con giocatori patologici, dove cose che a prima vista ci appaiono senza senso, sono davvero numerose. Preciso inoltre che per “cose” qui intendo fatti, eventi con una loro precisa concretezza, non oggetti dotati di materia, sebbene il fulcro della riflessione si svolga lungo il sentiero a volte stretto che sta tra oggettivo e soggettivo.

Pensiamo che il senso di un comportamento non stia nel comportamento stesso, ma nelle ragioni per cui lo si sceglie, e talora il comportamento appare così bizzarro e incomprensibile alla nostra logica, da farci ritenere impossibile poter trovare o farci dare delle buone ragioni. Ma una volta comprese quelle, il senso appare, dunque ci possono essere comportamenti “*insensati*”? Si certamente, se chi si comporta così non sa o non può spiegare perché lo fa, o affermi che si tratta di un comportamento deliberatamente gratuito, scelto perché privo di senso. A volte nel nostro lavoro interloquiamo con persone che hanno difficoltà a dare ragione dei propri comportamenti, ma spesso i nostri pazienti ci offrono buone spiegazioni di ciò che fanno e del perché, solo che a noi appaiono insensate anche quando spiegate, perché facciamo fatica a dividerne le motivazioni, che ci appaiono confliggere con criteri più ampi e condivisi sul modo di condurre la propria esistenza o con quello che chiamiamo in generale “*buon senso*”.

Il senso di un comportamento consiste nelle motivazioni per cui lo si sceglie, dunque la domanda di senso non nasce dal cosa o dal come, ma dal perché. Le motivazioni possono essere di vario genere: il piacere, l'utile sperato, i valori forti e molte altre cose che vengono sperimentate e proposte nella vita ordinaria e straordinaria.

È sensato buttare tutto lo stipendio sulla probabilità che venga estratto un certo numero, o sulla probabilità che i rulli delle slot si allineino secondo una certa sequenza e in un preciso momento per produrre il jackpot? C'è una probabilità circa su due milioni, di vincere il premio massimo alla lotteria istantanea, forse

non tutti lo fanno con questa certezza, ma in ogni caso chiunque sa, anche se non conosce il significato di probabilità o di odds ratio, che sono eventi remoti, seppure possibili. Ciò che tiene in vita quella speranza è che basta una volta su cento o centomila o un milione, se quella volta è quella giusta. Dunque sono comportamenti sensati questi di cui parliamo? Se per sensato si intende razionale, certamente no, anche se una logica concatenazione di eventi è descrivibile e perciò plausibile, ma non possiamo sapere in alcun modo se avverrà, se non fidandoci della nostra profonda e illimitata fiducia. Fidarsi della propria fiducia è sì una tautologia, ma soprattutto una ovvietà semantica tanto quanto l'idea che si possa convincere dell'irrazionalità di un pensiero o di un comportamento, una persona che non si preoccupa affatto se il suo comportamento è razionale oppure no.

Passiamo la maggior parte della nostra vita a considerare i rapporti tra gli eventi e a cercare spiegazioni su ciò che accade, e questo è il risultato attuale e forse temporaneo della nostra evoluzione come specie. Quello che chiamiamo per semplicità *pensiero magico* non è che uno dei modi possibili che abbiamo sviluppato per congetturare. È stato forse uno dei primi modi, ma ha funzionato per migliaia di anni e ci ha permesso di arrivare fino a qui e continua ad accompagnarci nelle nostre speculazioni. La mente lavora per la semplificazione ma si lascia attrarre dall'ignoto e molta parte di questo ignoto ci appartiene, sta dentro ciascuno di noi, così come le risposte che cerchiamo di darci in merito alla probabilità di un evento, o meno prosaicamente intorno al destino.

Ho citato Jaspers nell'incipit, perché il 2013 è stato il centenario della pubblicazione della sua opera, fondamentale per tutti coloro che si occupano delle cose della mente “*Psicopatologia Generale*”. Il nucleo del pensiero e del lavoro jaspersiano è quello di fornire le parole per dire l'esistenza umana e le sue ferite, per dare senso a quei fenomeni eccentrici rispetto alla logica e al senso comune, apparentemente incomprensibili, ma appartenenti a specifiche province di senso. Certo Jaspers non pensava ai numeri del lotto né al comportamento “*senza senso*” di coloro che sperano continuando a pigiare un tasto, di portare a casa il jackpot, anche se numerose pagine della sua introduzione sono dedicate proprio alle numerose modalità di congetturare e alla costruzione dei pregiudizi. La sua psicopatologia è un

discorso (logos) intorno alla sofferenza (pathos) che turba la psiche (psyché) come dice bene Giovanni Stanghellini in un lavoro recente citato sul *Domenicale del Sole* 24 Ore. La sua psicopatologia promuove una forma di attenzione radicale ai fatti della soggettività umana, i cui metodi non coincidono con quelli delle scienze naturali. Qui sta la necessità del riferimento alla psicopatologia, per tutti quei comportamenti che appaiono insensati, eccentrici, bizzarri, incomprensibili dalla logica comune e dal buon senso, caratteristici dei giocatori patologici. Sarebbe però sbagliato ricondurre tutto ciò solo ad errori cognitivi, correggibili con un buon allenamento, o al deficit di controllo corticale, piuttosto che alla predilezione per il pensiero magico, così come sarebbe limitante considerare questi comportamenti come "malattia" nella accezione attuale più diffusa, di disturbo nel funzionamento di qualche organo o apparato, su base biologica e genetica che ne guida l'espressività, anche se transitoria. Il disturbo, se c'è, è nella relazione temporale tra fatti e persone che di tali fatti sono gli agenti, e che fa emergere il senso delle cose. Cogliere questa relazione temporale è la chiave per comprendere il senso, scoprirlo, farselo raccontare, o capirlo semplicemente prestando attenzione. È proprio questione di ordine, nel senso di un *prima* e un *dopo*: prima che la cosa avvenga e dopo che la cosa è avvenuta il senso può cambiare e di molto, la speranza diventa delusione, l'attesa diventa frustrazione, l'incanto della magia si rompe, la convinzione diventa errore, ma solo per un periodo di tempo più o meno lungo, dopo di che la

ragione di quel comportamento riprende il sopravvento sui nuovi sentimenti e il senso della cosa torna ad essere quello di prima. Come mai?

L'insegnamento fondamentale di Jaspers può essere condensato in una frase "Le domande sono più importanti delle risposte, e ogni risposta deve diventare una nuova domanda" Le risposte che ci stiamo dando (evidenze neurofisiologiche, tratti caratteriali geneticamente dipendenti, strutture biologiche) per comprendere perché avvengano alcune cose "senza senso" ci devono indurre a porre molta più attenzione alla soggettività umana come origine del senso delle cose, non proprio come i Monty Python per il *Senso della Vita*, perché la nostra professione non è tentare di spiegare il mondo facendo ridere la gente, ma cercare di rendere comprensibile anche ciò che a prima vista non lo è, dando la possibilità di stabilire nuove relazioni con esso. Nella qualità e singolarità di queste relazioni sta l'elemento soggettivo che la fenomenologia cerca ben di descrivere, e che nella relazione di cura può emergere con profitto del paziente e del curante.

Bibliografia

Jaspers K. (1964), *Psicopatologia Generale*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
Stanghellini G., Fuchs T. (2013), *One century of Karl Jaspers General Psychopathology*, Oxford University Press, Oxford.

RECENSIONE



Massimo Fontana,
Salvatore Zito (a cura di)

LA PATOLOGIA BORDERLINE IN PSICOANALISI Modelli per l'intervento

pp. 224, € 28,50
Collana: Psicopatologia
Codice 1246.5
Editore: FrancoAngeli

La tradizionale concezione psicoanalitica della patologia borderline, riferita ad una peculiare organizzazione strutturale della personalità, si confronta da tempo con quella di ambito psichiatrico (DSM, ICD), dove viene intesa come uno specifico disturbo di personalità. Con la pubblicazione del PDM (il primo manuale diagnostico condiviso dalle principali associazioni psicoanalitiche americane) e le recenti ricerche sui disturbi di personalità condotte dal gruppo di Shedler e Westen con la SWAP, si è rinnovato l'interesse per questo ambito diagnostico e per le implicazioni che le scelte teoriche di fondo possono avere per la psicopatologia e l'intervento clinico. Il volume si avvale dell'apporto principale di Nancy McWilliams (che ha presieduto i lavori per l'Asse P del PDM) e di un gruppo di

autori da tempo impegnati nel lavoro con i pazienti borderline, con l'intento di contribuire a fare chiarezza sui modelli attuali presenti nel panorama psicoanalitico e sulle loro implicazioni cliniche nei diversi ambiti e contesti di cura.

Il testo è principalmente rivolto a psicologi, psicoterapeuti, psichiatri e operatori della salute mentale che si confrontano con la patologia grave di personalità, sia nel contesto privato sia in quello istituzionale (servizi di salute mentale, centri diurni, comunità educative e terapeutiche, ecc.) e, più in generale, a tutti coloro che all'interno del loro percorso formativo desiderano approfondire le proprie conoscenze e competenze in questo campo.

Scritti di: Cesare Albasi, Federica Angeloni, Giorgio Campoli, Antonello Correale, Vittorio Lingiardi, Giovanni Liotti, Nancy McWilliams, Mario Rossi Monti, Maria Luisa Tricoli.

Massimo Fontana, medico, psicoanalista e supervisore della Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione (SIPRe). Insegna Psicopatologia e Diagnostica clinica presso la Scuola di Specializzazione in psicoterapia ad indirizzo "Psicoanalisi della Relazione" di Roma, Milano e Parma.

Salvatore Zito, psicologo, psicoanalista della Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione (SIPRe). Insegna Teoria di Psicoanalisi della Relazione e Metodologia dell'intervento clinico presso la Scuola di Specializzazione in psicoterapia ad indirizzo "Psicoanalisi della Relazione" di Roma.

Ad maiora

Raffaele Lovaste

La valutazione dell'efficienza di un'organizzazione socio-sanitaria: il modello del servizio per le dipendenze di Trento

Premessa

Un criterio di qualità di una organizzazione socio sanitaria sta nella capacità di “rendere conto” sia ai fruitori esterni del servizio, cioè i pazienti, sia alle strutture sovraordinate deputate alla *governance* complessiva del sistema socio-sanitario.

La valutazione dell'efficienza va intesa come la capacità di una organizzazione di massimizzare il rapporto tra i professionisti impiegati nelle attività ed i risultati ottenuti, a parità di condizioni ambientali di riferimento.

Le variabili che devono essere ricercate per misurare e valutare l'efficienza di una organizzazione di questo tipo sono sia indicatori di costo, ovvero il rapporto esistente fra la quantità di risorse economiche immesse nell'organizzazione e la quantità di output prodotto sia indicatori di produttività, ovvero il rapporto esistente fra l'output prodotto ed il numero dei professionisti impiegati.

La costruzione di un modello per la valutazione dell'efficienza di un Ser.T. parte dalla definizione preliminare degli indicatori che si intende utilizzare per misurare le dimensioni del fenomeno oggetto di studio, anche al fine di poter effettuare analisi comparative.

Da un punto di vista generale gli indicatori utilizzabili dovranno avere le seguenti caratteristiche:

- pertinenza e specificità: ovvero devono essere in grado di esprimere realmente la dimensione del fenomeno che intendono esplorare;
- accessibilità: devono essere facilmente estraibili dalle fonti di dati;
- rilevabilità: i dati oggetto di monitoraggio, che vengono aggregati nelle misure sintetiche definite dagli indicatori, devono essere effettivamente misurabili;
- economicità: il rapporto tra il costo di rilevazione (tempo e risorse impiegate) ed il beneficio informativo deve essere adeguato.

Gli indicatori scelti non possono avere la pretesa di rappresentare tutte le sfaccettature di una organizzazione o di un prodotto; spesso documentano solo quegli aspetti di facile misurazione che comunque fanno parte e sono rappresentative della dimensione che si vuole misurare.

È possibile quindi che una caratteristica importante non venga misurata se di difficile rappresentazione in un indicatore e si decida di misurare un altro aspetto (detto proxy) per il quale però è più facile individuare un indicatore specifico.

L'interpretazione infine del valore assunto da un indicatore richiede grande attenzione e va analizzato non solo singolarmente, ma anche sulla base delle relazioni con le altre misure. In altre parole si tratta di analizzare il gruppo degli indicatori in ottica sistemica, così da poter pervenire ad un giudizio complessivo sul grado di efficienza raggiunta.

I rischi che si corrono nella costruzione di un modello sono correlati alla possibilità di mettere in piedi una procedura fine a se stessa, che non soddisfa il debito informativo e non ha pertanto ricadute significative sull'assetto organizzativo. In questo caso la valutazione dell'efficienza rappresenterebbe solo un costo aggiuntivo per l'organizzazione, infatti è possibile che un'organizzazione non misuri ciò che è significativo ed utile per i necessari adattamenti organizzativi, ma che si concentri su ciò che può misurare.

Per limitare questo rischio la valutazione dell'efficienza di una organizzazione socio-sanitaria come è un Ser.D. richiede la predisposizione di un sistema di indicatori che nel complesso deve essere:

- completo: ovvero capace di considerare tutte le dimensioni dell'output e dei costi;
- selettivo: si deve, in altri termini, evitare il ricorso ad una quantità eccessiva di indicatori che possono produrre una distorsione dalle informazioni più rilevanti e più significative;
- conveniente: ovvero i costi derivanti dall'interno sistema devono essere irrilevanti rispetto ai benefici informativi.

Il giudizio complessivo sull'efficienza infine deve documentare anche quali decisioni – riguardanti la strategia, gli obiettivi, e gli standard di riferimento – vengono adottate per orientare l'organizzazione verso il punto di maggior equilibrio fra risultato e costo.

Il modello dell'efficienza del Ser.D. di Trento

L'efficienza complessiva del Ser.D. è misurata dai seguenti indicatori:

- a) Indicatori di output:
 - n. di progetti terapeutici per operatore;
 - n. soggetti in carico per operatore.
- b) Indicatori di densità assistenziale per unità di contatto:
 - n. di ore dedicate per soggetto in carico.
- c) Indicatori economici:
 - costo totale per soggetto in carico;
 - costo totale per progetto terapeutico.

Indicatori di output

- *N. progetti terapeutici per operatore*

Esprime la media di output, ovvero il numero di progetti terapeutici per ogni operatore.

È dato dal rapporto tra il numero di progetti terapeutici totali e il numero di operatori totali. I progetti terapeutici sono da intendersi le attività cliniche strutturate e predefinite rivolte a tutti i soggetti seguiti dal Ser.D. per i quali c'è stato un consumo di risorse e si è aperto un fascicolo personale. Il numero

totale di operatori, comprensivo del personale impiegato in attività di supporto, è espresso in unità equivalenti.

- *N. pazienti per operatore*

Esprime la media dei soggetti seguiti per operatore.

È dato dal rapporto tra il numero di soggetti seguiti totali e il numero di operatori totali.

Si conteggiano come soggetti seguiti dal Ser.T. tutte le persone per le quali c'è stato un consumo di risorse e si è aperto un fascicolo personale. Il numero totale di operatori, comprensivo del personale impiegato in attività di supporto, è espresso in unità equivalenti.

Indicatori di densità assistenziale per unità di contatto

- *N. di ore dedicate per soggetto in carico*

Per il calcolo del tempo dedicato all'unità di contatto si estrapolano le prestazioni erogate per ciascun soggetto in carico nell'intervallo di date considerato. Si sommano i tempi effettivamente impiegati per erogare e registrare ogni singola prestazione nel diario clinico. Il risultato corrisponde alla densità assistenziale.

Indicatori economici

- *Costo totale per soggetto seguito*

Esprime il costo medio di un soggetto seguito.

È dato dal rapporto tra il costo totale e il numero complessivo di soggetti seguiti.

Il costo totale si ricava dal costo imputabile alla struttura del Ser.D. come risulta dalla contabilità analitica dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) nel periodo preso in considerazione; comprende i costi direttamente imputabili all'attività clinica (costo d'assistenza), personale, consumi, ammortamenti e altri costi.

Si conteggiano come soggetti seguiti dal Ser.D. tutte le persone per le quali c'è stato un consumo di risorse e si è aperto un fascicolo personale.

- *Costo totale per progetto terapeutico*

Esprime il costo medio di un progetto terapeutico.

È dato dal rapporto tra il costo totale e il numero complessivo di progetti terapeutici erogati. Il costo totale si ricava come per il precedente indicatore.

Si conteggiano come progetti terapeutici, le attività cliniche strutturate e predefinite rivolte a tutti i soggetti seguiti dal Ser.T. per i quali c'è stato un consumo di risorse e si è aperto un fascicolo personale.

Discussione

Questo modello consente un controllo di gestione puntuale e preciso dell'attività del Ser.D. anche se ha un limite: l'assenza

di valori standard di riferimento universalmente riconosciuti con cui confrontarsi. Ad esempio quanti devono essere i soggetti che un professionista deve seguire per considerare ottimale il suo impegno? Qual è la densità assistenziale ottimale in un progetto terapeutico rivolto ad una specifica tipologia di pazienti?

Questo limite si potrà annullare quando più realtà equiparabili potranno confrontarsi per raggiungere una posizione comune.

Bibliografia

Bertelli B., Lovaste R. (2005), "L'integrazione socio sanitaria per le tossicodipendenze", in Bissolo G., Fazzi L., *Costruire l'integrazione socio sanitaria*, Carocci, Roma.

Emcdda (2008), *Guidelines for estimating incidence of problem drug use*, disponibile al sito internet www.emcdda.europa.eu.

Emcdda and Institut für Therapieforchung (2004), *Recommended draft technical tools and guidelines. Key epidemiological indicator: Prevalence of problem drug use*, disponibile al sito internet www.emcdda.europa.eu.

Emcdda (2004), *Guidelines for the prevalence of problem drug use (PDU) key indicator at national level*, disponibile al sito internet www.emcdda.europa.eu.

Lovaste R. (2003), *Progetti terapeutici per obiettivi ed indicatori di risultato*, relazione al convegno "I disturbi affettivi e d'ansia nella dipendenza da sostanze psicoattive legali e illegali", Abano 16-17 ottobre 2003.

Lovaste R. (2005), "Analisi e progettazione organizzativa di un Servizio per le Tossicodipendenze in una logica aziendale", *Mission*, 14: 6-24.

Lovaste R. (2009), "Tossicodipendenza: Interpretazione, fenomenologia e strategie terapeutiche, le tipologie dei trattamenti, i modelli organizzativi", in Bertelli B., *Devianze emergenti e linee preventive*, Valentina Trentini Editore, Trento.

Lovaste R., Camin E., Lorenzin G., Guarrera G., Fontana F. (2006), "Controllo di gestione di un servizio per le tossicodipendenze", *Mission*, 17: 45-64.

Lovaste R., Ferrucci R., Calmasini S. (2004), *Analisi di procedura per la valutazione dell'efficienza in un Ser.T.*, relazione al convegno "Le forme dell'integrazione", Centro congressi Milanofiori 8-9 marzo 2004, disponibile al sito internet www.apss.tn.it.

Serpelloni G., Margiotta M., Maroccola M., Rampazzo L. (a cura di) (2002), *Costi e Benefici. Principi e modelli di analisi per i Dipartimenti delle Dipendenze e le Aziende Sanitarie*, Progetto AnCosBen Regione Veneto Progetto del Ministero della Salute e del Coordinamento delle Regioni, disponibile al sito internet www.dronet.org.

Serpelloni G., Margiotta M., Maroccola M., Simeoni E. (2002), *L'analisi dei costi secondo un approccio di Qualità Management*, in id., *Costi e Benefici. Principi e modelli di analisi per i Dipartimenti delle Dipendenze*, cit.

Serpelloni G., Simeoni E., Rampazzo L. (2002), *Total Quality Management. Indicazioni per le Aziende Socio Sanitarie e i Dipartimenti delle Dipendenze*, Regione Veneto, Ministero della Salute, Venezia, disponibile al sito internet www.dronet.org.

Review sui più noti designer drugs

L. Rivalta*, S. Maurotti**, E. De Matteis**, S. Gratteri**

Parte 1 (Amfetaminomimetici)

Questa recensione fa parte di una serie di review che si pongono l'obiettivo di fornire informazioni utili sui nuovi designer drugs maggiormente presenti sul mercato e su internet, ma ancora, purtroppo, poco noti.

Eccezion fatta per le poche ditte (es. Randox, IL), che forniscono kit di screening per queste droghe, la loro identificazione nelle urine o nel sangue si esegue ancora oggi presso che esclusivamente per via cromatografica; tecnica questa di determinazione tossicologica che è prettamente appannaggio dei centri di secondo livello.

Da ciò l'esigenza di fornire adeguate informazioni cliniche sugli effetti specifici di queste droghe, molto utili al fine di porre gli operatori nelle condizioni di individuare ed orientare i sospetti di una possibile assunzione in quei soggetti che manifestano una sintomatologia clinica "tipica", soprattutto quando non si è nelle condizioni di poter avere una conferma positiva attraverso i test di screening classici.

Riuscire, dunque, ad individuare ed orientare selettivamente i sospetti clinico-tossicologici significa porsi nelle condizioni di selezionare in modo mirato i campioni di urine da inviare ai centri di secondo livello, ai quali far giungere, così, i soli campioni raccolti sotto controllo da quelle persone che manifestano una sintomatologia clinica "sospetta", che abbiano già sortito esito negativo ai test classici di 1° livello.

Evidenti, dunque, i vantaggi che derivano da una tale "preselezione mirata dei campioni di urine", per gli innegabili ritorni positivi sia sul piano diagnostico, come pure per il notevole risparmio di tempo, di risorse umane ed economiche che questa buona prassi diagnostica comporta e che oggi assume una rilevanza particolare.

Amfetaminici

Questo gruppo comprende sostanze a carattere amfetaminico e ad azione amfetamino-simile.

PMA (ParaMetossiAmfetamina, 4 MetossiAmfetamina (4 MA) 1-(4-Metossifenil) propan-2-amina

La **PMA** viene venduta in associazione con la **PMMA** in compresse al posto dell'ecstasy.

La **PMA** ha effetti amfetamino-mimetici, ma non MDMA-simili che, invece, vengono simulati molto bene dal **PMMA**.

Una compressa di **PMA**, mediamente di 50 mg, genera a queste dosi eccitazione, tachicardia, ipertensione, ipertermia, sensazioni di benessere non dissimili da quelle indotte dall'ecstasy (eccezion fatta per l'empatia e la facilitazione nel socializzare).

Ad alte dosi (> 60 mg) esso può generare aritmia, difficoltà respi-

ratorie, blocco renale, convulsioni, coma fino addirittura alla morte del soggetto che giunge, di regola, per ipertermia (41,5-46,1 °C).

Si possono anche manifestare, altresì, ipoglicemia (<1,5 mM/L) e iperpotassiemia (>7,5 mEq/L).

Dosi ricreative possono generare anche sensazioni di calore, empatia, potenziamento della capacità comunicativa (sensazioni simili a quelle indotte dall'ecstasy a bassissimo dosaggio).

Dosi tossiche possono indurre, invece allucinazioni, agitazione, delirio, bruxismo, iperriflessia, rigidità, ischemia cerebrale.

Essa cross-reagisce con l'anticorpo per le amfetamine solamente per il 25% circa, dunque non genera, di regola, positività urinarie o ematiche fino ad una concentrazione di circa 4000 ng/ml.

PMMA (ParaMetossiMetAmfetamina,4-Metossi-N-Metil-Amfetamina 1-(4-Metossifenil) N-Metil propan-2-amina

La **PMMA** viene venduta in associazione con la **PMA** in compresse al posto dell'ecstasy (di solito con impresso il logo della Mitsubishi).

La **PMMA** è una fenetilamina del tutto simile al **PMA** da cui si differenzia solamente per la presenza di un gruppo metilico legato all'N-terminale ed è analoga alla metamfetamina, dalla quale differisce per la presenza di un gruppo metossi in posizione para sull'anello aromatico.

La **PMMA** favorisce il rilascio della serotonina e inibisce le MAO-A (monoamminossidasi A), aumentando i livelli di monoammine nel cervello.

La **PMMA** produce effetti stimolanti, prevalentemente entactogeni. Rispetto all'**MDMA** (ecstasy) gli utilizzatori manifestano una ridotta motivazione a parlare ed a stare in compagnia, oltre ad effetti fisici indesiderati; caratteristiche, queste, che sembrerebbero in perfetto accordo con quanto riportato dai consumatori circa la sensazione di aver consumato basse dosi di "ecstasy".

Questo effetto combinato con una lenta comparsa degli effetti della **PMMA/PMA**, può incoraggiare i consumatori ad assumere dosi multiple incorrendo, però, in un rischio maggiore di overdose.

La PMMA è infatti un potente allucinogeno, stimolante, che sul piano clinico produce: allucinazioni, palpitazioni, agitazione, movimenti anomali degli occhi e della bocca, sensazione di calore.

Come per altre fenetilamine, anche la combinazione della **PMMA** con l'alcol può aumentarne la tossicità neuronale.

La **PMMA** specialmente se associata alla **PMA**, può provocare effetti acuti, tra questi reazioni avverse e overdose.

L'assunzione ripetuta di PMA e/o PMMA può provocare l'inibizione dell'isoenzima responsabile del suo metabolismo nel fegato, con un conseguente aumento dell'ipertermia.

Assunta in ambienti caldi come le discoteche, questa sostanza può evocare una ipertermia maligna, specialmente se vi è scarso consumo di acqua, con conseguente incremento dei rischi per gli assuntori.

La morte da **PMMA** sopraggiunge, di regola, per una inaspettata e improvvisa aritmia cardiaca od un collasso, ma può anche sopraggiungere in molti casi, come abbiamo evidenziato in pre-

* Laboratorio di Tossicologia Forense, ASP CZ Catanzaro.

** Cattedra di Farmacoeconomia e Farmacologia Clinica, Università "Magna Graecia" Catanzaro.

cedenza, per l'insorgenza rapida ed improvvisa di una ipertermia maligna, che esordisce con drastico ed improvviso rialzo della temperatura corporea, agitazione motoria, confusione, senso di oppressione precordiale, coma, spasmi e disfunzioni progressive degli organi interni, soprattutto polmoni, reni e cuore.

Nel 2000 sono stati segnalati i primi casi di decesso (3 casi) per p-metossiamfetamina (**PMA**) e p-metossimetamfetamina (**PMMA**) in Danimarca.

In due di questi casi, le concentrazioni post mortem di **PMA** e **PMMA** nel sangue erano rispettivamente 3.4 e 3.3 mg/kg (per il caso 1 e 2) e 0.78 mg/kg (per il caso 3).

È stato evidenziato altresì che i primi due soggetti avevano assunto anche MDMA, THC, cocaina e alcol.

Nel terzo caso, il decesso è avvenuto a distanza di 4 giorni dal consumo di pasticche contenenti **PMA** e **PMMA**.

Nel secondo caso, la causa mortis per insufficienza multi organo, si ritiene possa porsi in relazione all'overdose di **PMA** e di **PMMA**. **PMMA** è l'unica molecola che cross-reagisce con l'anticorpo per le amfetamine al 100% per cui è l'unica ad essere visibile in immunometria.

4 FA (4-FluoroAmfetamina)

1-(4-Fluorofenil) propan-2-amina

La 4 FA viene venduta in associazione con altre molecole (Mefedrone, Lidocaina, Propanamide, MDPV) di solito in polvere, utilizzabile sia per via orale, in dosi comprese tra gli 80 e i 120 mg, che per via nasale in dosi comprese tra i 50 e i 75 mg.

La 4 FA è un analogo dell'amfetamina, dalla quale differisce esclusivamente per la presenza di un atomo di fluoro in posizione 4 dell'anello aromatico.

Gli effetti sono del tutto sovrapponibili a quelli dell'amfetamina, anche se si manifestano con minore intensità; tra le manifestazioni cliniche: euforia, incremento dell'energia, aumento del tono dell'umore, facilità e maggiore scioltezza nell'eloquio, inappetenza, bruxismo e insonnia.

La durata dei sintomi tipici varia da soggetto a soggetto, in genere è compresa tra 12 e 24 ore.

Le manifestazioni tipiche della 4 FA sarebbero da porre in relazione con un'inibizione del re-uptake della dopamina, serotonina e norepinefrina, come documentato nel topo.

Il vantaggio sta in una minore tossicità rispetto all'amfetamina.

Essa cross-reagisce con l'anticorpo per le amfetamine per il 15-20%, pertanto occorrono concentrazioni superiori ai 6000 ng/ml per superare il cut-off.

4-Metilamfetamina, 4-MA 1-(4-methylphenyl) propan-2-amine

Altre denominazioni chimiche: 2-Amino-1-(4-methylphenyl)-propane; 2-Amino-1-(p-methylphenyl)-propane; 1-(4-Methylphenyl)-2-propylamine; p, α -dimethyl-; 1-Methyl-2-p-tolyl-ethylamine; 1-(p-tolyl)propan-2-amine; (+)- α , 4-Dimethylbenzeneethanamine; 4-Methylphenisopropylamine; Benzeneethanamine, α ,4-dimethyl-, (+)-; Aptrol; PAL-313; p-methylamphetamine; 4-MeA; p-TAP; PmeA.

La 4-MA è una molecola ad azione stimolante, simile all'amfetamina.

Essa è stata abbondantemente studiata ed impiegata largamente in passato a scopo dietetico, in quanto soppressore dell'appetito, ed anche come molecola in grado di indurre il rilascio dei neurotrasmettitori: serotonina, norepinefrina e dopamina.

Informazioni disponibili nei forum di consumatori indicano che la 4-MA potrebbe produrre effetti entactogeni in associazione alle proprietà stimolanti.

Tuttavia viene riportata in letteratura una certa variabilità nella tipologia degli effetti sperimentati. La sua durata d'azione si aggira mediamente tra 2 e 4 ore.

Le modalità più comuni di assunzione sono per via nasale e per via orale.

La 4-MA è stata studiata e tradizionalmente impiegata a scopo dietetico dai dietologi, per via della sua azione anoressizzante, con conseguente induzione di calo ponderale.

Il corrispondente sale solfato del 2-amino-1-(p-metilfenil)-propano (Aptrol-sulfate) ha una TDL orale nell'uomo pari a 1,5 mg/kg. Gli effetti avversi o tossici del composto sono da ricercarsi, dunque, in: calo ponderale (effetto anoressizzante), nausea, vomito e sudorazione.

Tutti e tre gli isomeri della mono-metilamfetamina sono stati studiati sull'uomo.

Gli isomeri orto e meta, ovvero, la 2-metil- e la 3-metil-amfetamina, hanno un debole effetto anoressizzante.

A dosi orali fino a 150 mg sono stati osservati effetti stimolanti, tra questi: loquacità ed anoressia. L'isomero para (la 4-metilamfetamina o Aptrol) è più potente degli altri due isomeri.

Alla dose di 75 mg/os nell'uomo è stata documentata una valida stimolazione adrenergica.

Ad una dose doppia della precedente, insorgono, invece, segni di leggera tossicità come salivazione, tosse e vomito.

Dal 2011 ad oggi, l'Osservatorio Europeo ha registrato attraverso i Punti Focali di Belgio, Olanda, Regno Unito, 12 casi di decesso correlati/correlabili al consumo di 4-MA.

Molto diffusa in Russia ed Ucraina, si tratta di una droga dagli effetti spiacevoli, aventi una durata media di circa 4 ore.

Gli effetti indesiderati, dovuti per lo più ad abuso cronico, durano più a lungo: insonnia e disturbi dell'umore, mentre assunzioni ripetute causano addirittura disturbi della memoria.

Da segnalare, peraltro, i forti effetti neurotossici (effetti questi che possono includere una profonda depressione, del tutto sovrapponibile a quella che segue ad un pesante uso di cocaina), può causare inoltre danni al sistema cardiaco.

Talvolta 4-MA induce sensazioni di angoscia ed anche isteria, sintomi questi che si alternano a sensazioni di euforia ed empatia con il mondo.

Usata per via orale, in dosi variabili da 50 a 100 mg, o per via nasale alle dosi di 5-15 mg, gli effetti sono simili a quelli evocati dall'MDMA, con allucinazioni ed una forte euforia.

L'uso della 4-MA associato al consumo di alcol determina effetti ancor più rilevanti, infatti il giorno successivo al consumo alcuni di questi individui sono stati ritrovati privi di vestiti e completamente storditi.

Anche questa molecola cross-reagisce poco con l'anticorpo per le amfetamine, circa il 20%, quindi occorrono concentrazioni superiori a 5000 ng/ml.

ORTOMETOSSIAMFETAMINA, OMMA, 1-(2-METOSIFENIL)N-METILPROPAN-2-AMMINA

Altri nomi: METOSSIFENAMINA, 2-METOSI N ALFA DIMETILBENZENETANAMMINA, MPA,OMMA.

La **OMMA** è una fenetilamina analoga alla PMMA, dalla quale differisce esclusivamente per la presenza del gruppo metossile in posizione orto invece che in posizione para dell'anello aromatico. È anche analogo della MMMA (MetaMetossi-N-MetilAmfetamina) in cui il gruppo metossile si trova in posizione meta.

La OMMA costituisce il principio attivo presente nei farmaci ad azione broncodilatatrice ed antiasmatica (Ortoxina).

Tuttavia questa molecola in Italia non è commercializzata in alcuna specialità medicinale.

Trattasi di un agonista beta-adrenergico che si lega ai recettori beta-adrenergici attivandoli. Conosciuto anche come metossifenamina, agente simpatomimetico che produce bronco dilatazione, ha spesso trovato impiego farmacologico come decongestionante nasale nell'uomo, mentre nei modelli animali è utilizzata come antinfiammatorio nella COPD (malattia polmonare ostruttiva cronica).

Lo studio sulla metabolizzazione tramite il CYP2D6, ha rivelato che OMMA e 2 MA (2 metossi-amfetamina) hanno come metabolita comune il NDMP, ovvero la N-Desmetil-metossifenamina (metabolita primario per la 2 MA e secondario per OMMA).

L'OMMA, isomero del PMMA, è considerato un agente dopante, pertanto ne è vietato l'uso sia in Italia, come pure all'estero secondo le tabelle della WADA.

Anche questa molecola cross-reagisce pochissimo con l'anticorpo per le amfetamine (dallo 0,3 allo 0,6%) per cui occorrono concentrazioni estremamente elevate per poter superare il cut off delle amfetamine (dai 250.000 ai 500.000 ng/ml).

FENILPROPANOLAMMINA

PPA, 2-amino-1,1-fenilpropanolo,(1 aminoetyl) benzene metanolo,norefedrina, codamina, 1 fenil-2-amino-1propanolo.

La Fenilpropanolamina (**PPA**) è una fenetilamina strutturalmente analoga all'efedrina con azione simpaticomimetica.

Agisce in particolare sul rilascio della noradrenalina ed ha un'azione diretta sui recettori alfa adrenergici; questa molecola è largamente usata come decongestionante nasale per la sua azione vasocostrittiva, determina altresì soppressore dell'appetito.

Nelle preparazioni farmaceutiche si trova in associazione con antistaminici, anticolinergici, caffeina, analgesici ed antipiretici, soprattutto nei sedativi della tosse e nei decongestionanti nasali. È documentata un'associazione tra fenilpropanolamina e ictus emorragico, che fa di questa molecola un prodotto non consigliabile sia nel caso di tosse che nel caso di diete per ipoalimentazione.

Tale controindicazione è soprattutto evidente a dosi pari a 150 mg di PPA, o 75 mg di PPA +150 mg di caffeina, dosi in cui, in una elevata percentuale di soggetti si determina un forte rialzo dei valori pressori.

Anche la PPA, è considerata a tutti gli effetti agente dopante, per cui ne è vietato l'uso sia in Italia, come pure all'estero, secondo le tabelle della WADA.

Il suo cut off urinario determinato dai laboratorio CIO in questo caso è estremamente basso (25 pg/ml ovvero 0,025 ng/ml).

Anche questa molecola cross-reagisce pochissimo con l'anticorpo per le amfetamine (0,3%) per cui occorrono concentrazioni estremamente elevate per poter superare il cut off delle amfetamine (500.000 ng/ml).

ETAFEDRINA 2-[ethyl(methyl)amino]-1-phenylpropan-1-ol

Altri nomi: 2-Ethylmethylamino-1-phenylpropan-1-ol; 2-Methylamino-1-phenyl-1-propanol;Etafedrinum; Ethylephedrine; N-ethylefedrina; alpha-(1-(ethylmethylamino)ethyl)-benzene-

methanol; alpha-(1-(ethylmethylamino)ethyl)-benzyl alcohol; 1-phenyl-2-(methylethylamino)propanol; Nethamine, Nethaphyl. L'etafedrina è un analogo dell'efedrina dalla quale differisce soltanto per l'aggiunta di un sostituente etilico sull'azoto. Ha azione vaso- e broncodilatatrice e si presenta sotto forma di una polvere bianca.

In uno studio d'attività su tessuti animali si evince che la N-etilazione dell'efedrina sopprime l'attività simpaticomimetica indiretta e che l'etafedrina funziona da agente simpaticomimetico con attività selettiva sui recettori beta-2 adrenergici, mediando così l'effetto broncodilatatore. L'Etafedrina, assieme la doxilamina e l'idrocodone, è uno dei tre principi costituenti il Calmydone, medicinale utilizzato per trattare quei casi in cui la tosse associata a flogosi del cavo orale e della gola non risponde ai comuni trattamenti più blandi.

L'assunzione non è raccomandata a chi è allergico ai tre principi attivi, a chi è in trattamento con inibitori delle monoammineossidasi (IMAO), a chi ha difficoltà respiratorie ed a chi ha avuto un trauma cranico.

Viene utilizzata nel trattamento delle infezioni del tratto respiratorio ed è oggetto di un trial clinico di Fase 3.

Usi impropri si sono rilevati a scopo dimagrante e nel campo del doping.

L'etafedrina cross-reagisce come l'efedrina (0,5%) all'anticorpo antianfetamine, per cui occorrono concentrazioni superiori a 250.000 ng /ml per superare il cut off.

MOLECOLE CHE NON HANNO UNA VERA STRUTTURA ANFETAMINICA, LA CUI AZIONE È PREVALENTEMENTE ANFETAMINO-SIMILE:

I BENZOFURANI

6-APB (6-(2-aminopropyl)benzofuran); 4-APB (4-(2-aminopropyl)benzofuran);

1-(1-benzofuran-6-yl)propan-2-amine; 1-(1-benzofuran-4-yl)propan-2-amine.

Le molecole 6-APB e 4-APB sono aminoalchilbenzofurani che differiscono tra loro per la posizione della catena amino alchilica sul benzofurano.

Trattasi di molecole ad azione agonista sui recettori 5-HT_{2c}. In analogia con altre molecole della serie APB, rappresentano il derivato insaturo (benzofurano) dei prodotti della serie APDB. Possono essere anche inquadrati come derivati deossigenati dell'MDA, la metilendiossiamfetamina.

Strutturalmente sono degli analoghi delle fenetilamine, ma la particolare sostituzione benzofuranica ne conferisce proprietà distinte.

Oltre al 4 e al 6-APB, esistono anche il 5 e il 7-APB e ciascuno di essi può esistere in due forme enantiomeriche a causa dell'atomo di carbonio alfa- chirale.

Nel sito "erowid" si legge che 6-APB è una molecola sintetica disponibile online a partire dal 2010. Il nome "benzofury" dovrebbe rappresentare un intero gruppo di derivati benzofuranici, ma è stato utilizzato essenzialmente per commercializzare il 6-APB.

Le due molecole sono descritte in un brevetto del 2006 relativo ad una serie di molecole ad azione agonista sui recettori 5-HT_{2c} per il trattamento di disturbi correlati alla diminuzione della neurotrasmissione di serotonina nei mammiferi.

Non sono disponibili informazioni sugli effetti e sulla tossicologia di queste molecole.

Un recente articolo riporta l'identificazione della molecola 6-APB in prodotti denominati Mind Candy e Doves Ultra, venduti in negozi di articoli per fumatori negli Stati Uniti, in confezioni contenenti compresse arancione chiaro, o rosso chiaro, senza alcun logo impresso.

Non è noto lo stato legale di queste due molecole nei paesi europei.

In un forum di consumatori di sostanze stupefacenti, viene riportato che 6-APB è una molecola sintetizzata a scopo di ricerca e venduta in prodotti commercializzati come materiale vegetale pressato "pellet", talvolta sotto forma di gel.

Ha acquistato popolarità con il nome di "Benzofury", un nome che può essere fuorviante dato che il 6-APB non ha alcun rapporto con le benzodiazepine sia dal punto di vista strutturale che d'azione.

Sono stati analizzati molti campioni di "Benzofury" nel Regno Unito che non contenevano 6-APB, ma spesso D2PM, 5-APB, o semplicemente caffeina.

Viene anche riportato che i prodotti contenenti 6-APB si presentano spesso in agglomerati di natura vegetale, il cui dosaggio è sconosciuto.

Nella forma in polvere, il 6-APB può essere ingerito, accompagnato o disciolto in un liquido, inalato o somministrato per via rettale.

La via di somministrazione preferita è quella orale.

Con l'inalazione gli effetti insorgono prima, ma hanno minore durata.

La somministrazione rettale viene considerata un'opzione per evitare le nausee.

Le informazioni relative ai dosaggi o alla tossicità di questa molecola sono scarse e possono variare da individuo a individuo.

Di seguito sono mostrati i dosaggi del 6-APB in polvere dal momento che la concentrazione nel pellet potrebbe essere molto variabile, secondo le informazioni riportate dagli assuntori di questa sostanza:

Dose Somministrazione orale: Soglia 30-50 mg, Leggera 40-60 mg, Normale 50-100 mg, Forte 80-130 mg, Pesante > 100 mg. Gli effetti legati al 6-APB in polvere insorgono tra i 30 minuti e l'ora e mezza dopo l'assunzione orale.

La loro insorgenza è stata descritta come simile a quella dell'MDMA, ma un po' più forte e possono raggiungere il picco massimo in 2-3 ore.

La dilatazione della pupilla è estremamente pronunciata.

Durante questo periodo si riportano nausea, vomito, allucinazioni uditive e visive, specialmente per dosi elevate.

Il controllo muscolare e la coordinazione sono simili alla sensazione che si ha sotto gli effetti dell'alcol, mentre non sono chiare le capacità cognitive e percettive.

Al raggiungimento dell'effetto massimo, i colori risultano più accesi, vi è una leggera euforia e nonostante la natura della molecola appartenga alla classe degli stimolanti, a volte si manifesta un profondo senso di calma e relax.

Questa fase può durare in media 4 ore o più.

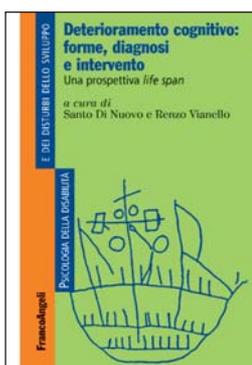
La fase calante, o di decadimento degli effetti è molto graduale, tanto che possono essere percepiti a distanza di più di 14 ore dalla somministrazione iniziale, e perdurare per più di 24 ore. In alcuni casi si verificano difficoltà nel prendere sonno.

Gli effetti postumi includono cefalea, diarrea e in alcuni casi (dal momento che il 6-APB è ritenuto un forte agente inibitore del rilascio della serotonina), anche una depressione della durata di pochi giorni.

Gli effetti stimolanti comprendono l'aumento della stimolazione visiva e tattile, euforia, allucinazioni uditive e visive, bruxismo, nistagmo, mal di testa, nausea, vomito, diarrea, perdita di appetito, midriasi, panico, aumento della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa e della temperatura corporea. Il 6-APB non sembra indurre desiderio di risomministrazione/riassunzione; inoltre non si conosce la sua efficacia se utilizzato in concomitanza con altre molecole come MDMA e bk-MDMA (Metilone): si può verificare una tolleranza crociata con altri tipi di molecole come il bk-MDMA e, a causa della capacità di entrambi di inibire il rilascio di serotonina, è possibile che quest'ultima possa richiedere diversi giorni prima di tornare a livelli normali.

Queste molecole non cross-reagiscono con l'anticorpo per le amfetamine.

RECENSIONE



Santo Di Nuovo,
Renzo Vianello (a cura di)

DETERIORAMENTO COGNITIVO: FORME, DIAGNOSI E INTERVENTO Una prospettiva life span

pp. 256, € 32,00
Collana: Psicologia della disabilità
e dei disturbi dello sviluppo
Codice 1248.2
Editore: FrancoAngeli

delle funzioni residue, evitandone o contrastandone il decadimento ulteriore. Molteplici sono gli strumenti (psicologici, ma anche farmacologici) utilizzati per valutare e trattare forme differenti di disabilità cognitiva.

Il libro si rivolge a psicologi, operatori della riabilitazione, personale specializzato che lavora con gli anziani o con la disabilità intellettiva. Esso fornisce anche utili indicazioni per l'aggiornamento di quanti si occupano di psicologia riabilitativa, di gerontologia e farmacologia.

Santo Di Nuovo è professore ordinario di Psicologia all'Università di Catania, presidente dei corsi di laurea in Psicologia, dove insegna Psicologia cognitiva e neuroscienze e Test cognitivi e di personalità. Autore di numerose pubblicazioni sulla psicodiagnostica e la valutazione dei trattamenti psicologici, con particolare riferimento alla psicopatologia e alla disabilità. È responsabile del Counseling Psicologico d'Ateneo, e co-direttore della rivista *Life Span and Disability* (www.lifespan.it).

Renzo Vianello è professore ordinario di Psicologia dello sviluppo (*Life span*) e Disabilità cognitive all'Università di Padova. Autore di manuali di psicologia dello sviluppo tipico e atipico. Le sue ricerche più recenti sono dedicate ai potenziali di sviluppo e di apprendimento nelle disabilità intellettive, al funzionamento intellettivo limite e – assieme a Silvia Lanfranchi – allo sviluppo della memoria di lavoro e delle funzioni esecutive nello sviluppo tipico e atipico. È responsabile scientifico di www.disabilitaintellettive.it, www.sindromedown.it, www.integrazionedisabilita.it e co-direttore della rivista *Life Span and Disability*.

Mindfulness e rischio di ricaduta nelle dipendenze

Giorgio Da Fermo*, Lucia Volpe**, Grazia Ferramosca**, Pietro Fausto D'Egidio***

SUMMARY

■ *This paper focuses on the impact of the relapse in addictive behaviors and the importance of its prevention with a particular interest on a novel approach called Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP). It represents an aftercare training that integrates cognitive-behavioral principles of Relapse Prevention (Marlatt, 1982; Daley & Marlatt, 2006) with Mindfulness-Based Stress Reduction practice (Kabat Zin, 1990) in order to maintain treatment benefits and contribute to a health lifestyle.*

The MBRP suggests that the acceptance of the experience as it happens is the first step to a real and efficient change. This therapeutic program is structured on eight sessions each of one deals with a specific theme such as automatic pilot, craving, acceptance and self-care. The trainer encourages the participants to make experiential practices and to discuss what has just happened. Through this collaborative approach the patients explore their cognitive, emotive and behavioral reactions and become mindful of dysfunctional schemas and abitudinal pattern of addictive behavior.

Several researches have demonstrate that MBRP is efficient in addictive behaviors treatment. Nevertheless, in Italy the MBRP approach is still innovative so it hasn't been yet experienced. Therefore, it is necessary to provide for a ground field in order to assess gains and benefits of MBRP and to implement this approach in clinical setting. ■

Keywords: *mindfulness, Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP), cognitive therapy, addiction.*

Parole chiave: *mindfulness, prevenzione delle ricadute basata sulla Mindfulness, terapia cognitiva, dipendenza patologica.*

*Il sapere è la porta verso la libertà.
La vigile attenzione è la madre del sapere.
Kabat-Zinn Jon*

*La vita non si perde morendo.
La vita è persa minuto per minuto, giorno dopo giorno,
in tutte le piccole azioni indifferenti.
Stephen Vincent Benet*

Introduzione

Contraddistinta da uno stile di vita sempre più improntato al consumismo e da una dimensione pervasiva di flessibilità che spesso ha il sapore della precarietà, l'attuale società sembra assumere ora più che mai il profilo di un paziente affetto da disturbo da dipendenza: in bilico tra l'esasperata frenesia e l'irrinunciabile bisogno di speranza (Bauman, 2013), i cittadini della società postmoderna sono dilaniati dall'incessante lotta delle istanze di libertà e sicurezza.

Nomadi in un territorio in cui il tempo si trasforma in un eterno presente, che vede la storia rarefarsi in istantanee episodiche, gli

individui si ritrovano a sperimentare il desiderio, talvolta compulsivo, di ottenere le gratificazioni ricercate nell'immediato.

Abbandonato il ruolo di *provvisore di beni*, ossia di colui disposto a sacrifici nel presente in nome di un maggior benessere futuro, l'uomo riveste quello che Bauman (1999) ha definito il ruolo di *collezionista di piaceri*, ossia di *cercatore di sensazioni* (*sensation seeker*): per fronteggiare la paura dell'incertezza egli ricerca esperienze estreme da vivere al massimo dell'intensità.

Ma l'euforia lo inebria solo qualche istante: poco dopo riaffiora la disforia di fondo che, nell'uomo post-moderno, assume le sembianze della paura dell'inadeguatezza.

Una paura negata, fuggita o evitata, mai serenamente affrontata: ne conseguono comportamenti problematici che spesso sfociano in vere e proprie condizioni psicopatologiche.

Ne costituiscono un esempio la dipendenza da uso di sostanza e le diverse forme di dipendenze comportamentali in cui la persona affida il suo dramma esistenziale a un oggetto specifico con

* *Dirigente psicologo.*

** *Tirocinante.*

*** *Direttore Servizio Dipendenze, AUSL Pescara.*

il quale mantiene e coltiva una relazione affettiva, l'unica apparentemente in grado di restituirla al benessere.

Tuttavia è sola pura illusione: nelle maglie della malattia si insidiano dinamiche perverse destinate a corrodere ogni ambito esistenziale, a partire da quello lavorativo fino a coinvolgere quello familiare-relazionale.

Dinamiche che vanno ascoltate, comprese e contenute in vista di una reale riabilitazione psicosociale della persona sofferente. Il trattamento di questi pazienti non può infatti prescindere dalla consapevolezza della complessità che una simile patologia sottende in quanto "malattia cronica recidivante" come riscontrato dall'Organizzazione Mondiale della Salute.

Partendo da questa constatazione, il presente lavoro intende porre l'attenzione sul rischio della ricaduta e sulla prevenzione ad esso relativa.

Secondo la letteratura scientifica le percentuali di ricaduta dei casi in trattamento variano tra il 40% ed il 60% (McLellan e coll., 2000), esclusi i casi documentati di drop-out o abbandono precoce della terapia stimati al 50% (Hubbard e coll. 1989; Ravndal & Vaglum, 2002; Simpson e coll., 1997).

Questa visione del problema pone l'accento sia sull'irriducibilità del craving o relativa difficoltà di gestione che sugli obiettivi finali di un intervento nel campo delle dipendenze.

Tali rilievi hanno stimolato numerosi studi sui fattori predittivi dell'esito dei trattamenti e, di conseguenza, la stesura di protocolli di cura la cui efficacia fosse costruita e validata dall'esperienza clinica e dai dati empirici.

Inoltre, i progressi raggiunti nell'ambito della neurofisiologia supportano ulteriormente la veridicità di quanto finora messo a punto, soprattutto in relazione alla complessità del craving e della dipendenza.

Gli studi condotti in tale settore hanno consentito di identificare non solo le strutture cerebrali coinvolte nella dipendenza ma anche i meccanismi neurobiologici sottostanti: è stato, infatti, riscontrato in pazienti affetti da questa patologia un'inibizione della corteccia prefrontale e una disregolazione dei circuiti dopaminergici che sembrano tradursi nella difficoltà a controllare le compulsioni e nell'alterazione dei processi di decision-making.

Ulteriori sviluppi ravvisabili nella scienza delle dipendenze sono quelli connessi alla terza generazione dell'approccio cognitivo-comportamentale e, in particolar modo, riguardanti il protocollo **Mindfulness-Based Relapse Prevention** (MBRP), ossia la prevenzione delle ricadute basata sulla Mindfulness.

Sviluppato nel Behaviors Research Center dell'Università di Washington, il MBRP rappresenta un approccio innovativo che, rivolto ai pazienti affetti da dipendenza, si configura come la sintesi del protocollo di riduzione dello stress elaborato dal biologo Jon Kabat-Zinn (1979) e del programma tradizionale di prevenzione delle ricadute di Marlatt (1982).

Tale approccio, designato come training successivo al trattamento standard, si propone di aumentare la consapevolezza degli stimoli di innesco, destrutturare gli abituali pattern e reazioni automatiche col fine ultimo di mantenere i benefici del trattamento tradizionale e sviluppare uno stile di vita salutare.

La prevenzione delle ricadute nelle dipendenze

Elaborato da Marlatt (1982) e successivamente rivisitato da Marlatt e Gordon (1985) per spiegare le ricadute nei comportamenti di dipendenza da sostanza, il modello della Relapse Prevention (Prevenzione della Ricaduta) è stato adottato in numerosi

protocolli per il trattamento non solo delle diverse forme di dipendenza ma anche dei disturbi psichiatrici e delle parafilie. Il paziente, coadiuvato dal terapeuta, identifica le cosiddette situazioni a rischio o di innesco, incrementando così le strategie cognitive di controllo, le abilità di coping, di autoefficacia e di problem-solving.

Secondo questo modello il processo tipico della ricaduta inizia con un'esperienza di stress che, derivante la maggior parte delle volte da uno squilibrio esistenziale, può portare a un desiderio di indulgenza nei propri confronti e alla relativa percezione di aver diritto a qualcosa di piacevole.

Questi fattori conducono così a situazioni ad alto rischio o *trigger*, come ad esempio il trovarsi al bar, sentirsi ansiosi, arrabbiati, annoiati o depressi.

Queste minacciano il controllo che la persona ha sul comportamento e, insieme alle distorsioni cognitive e alle decisioni disadattive, preparano il campo al *lapse*, il cosiddetto "scivolone".

Esso non costituisce una vera ricaduta ma piuttosto un episodio occasionale, isolato e circoscritto in cui la persona cede al comportamento di dipendenza.

Queste situazioni a rischio possono innescare il comportamento di dipendenza nel momento in cui l'individuo presenti capacità disfunzionali di coping che determinano un decremento nell'autoefficacia e nella percezione di controllo.

In questo caso aumentano sia le probabilità che si verifichi un *lapse* quanto quelle della ricaduta (*relapse*), ossia un cedimento importante rispetto all'uso di sostanze, reiterato più volte in tempi ravvicinati.

Le situazioni *trigger* innescano il comportamento di dipendenza nel momento in cui la persona si focalizza sulla gratificazione immediata che il comportamento di indulgenza all'uso di sostanze provoca, trascurandone le conseguenze nel lungo termine (Problema della gratificazione immediata).

Tale aspetto giustifica il *lapse* in modo egodistonico.

Ciò, associato a capacità inadeguate di problem-solving e al rinforzo indotto dall'effetto bifasico delle sostanze psicoattive, aumenta la probabilità che il *lapse* si verifichi.

Ma il passaggio dalla perdita iniziale di controllo (scivolone) alla ricaduta effettiva è mediato dall'*Abstinence Violation Effect*, ossia dall'effetto di violazione dell'astinenza (AVE) che consiste in quel processo cognitivo-affettivo che porta a opporsi alla regola proibente e a indulgere nel comportamento di dipendenza.

Di particolare importanza vengono considerati i processi attributivi: se l'episodio isolato di *lapse* viene attribuito a fattori esterni, instabili e specifici, l'AVE tende ad essere minimo e, di conseguenza, risulta poco elevata la probabilità di una ricaduta; se le tendenze attribuzionali sono negative e alludono a processi di colpevolizzazione comportano emozioni altrettanto negative che, associate a un senso di perdita di controllo, esacerbano in aspettative negative future e in una diminuzione nell'autoefficacia, conducendo al *relapse*.

Inoltre, l'AVE viene rinforzato da altri aspetti quali il grado di impegno personale nell'astinenza, la presenza di persone significative, il costo personale nel mantenimento dell'astinenza in occasioni precedenti e la durata del periodo dell'astinenza.

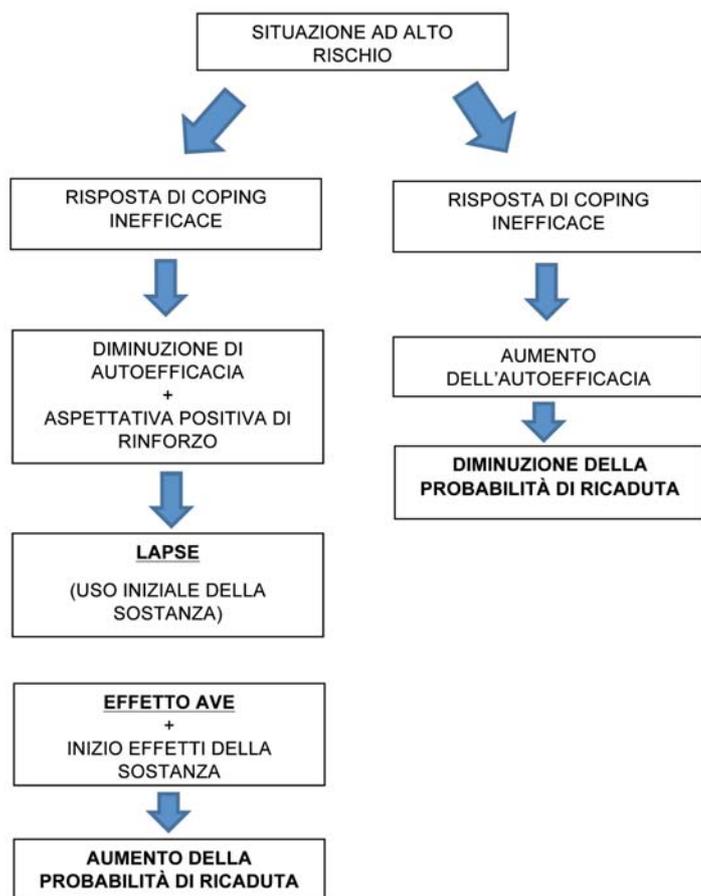
Infine, l'effetto di violazione dell'astinenza risulta ulteriormente consolidato e mantenuto dai successivi comportamenti di dipendenza attuati dal soggetto che finiscono per validare i processi attributi interni negativi.

Ne consegue che il modo in cui la persona interpreta gli eventuali ed occasionali *LAPSE* determina o meno il protrarsi adeguato dell'astinenza (Fig. 1).

Come affermato in precedenza, lo sviluppo di competenze ed abilità è favorito dalla modificazione dei pensieri che si attivano in una situazione di innesco (*trigger*) e dal mantenimento di attività alternative che hanno la funzione di sostituzione della gratificazione immediata dalle sostanze (Détto, 2001).

La Mindfulness cambia la prospettiva rispetto alla gestione del craving, favorendo l'accettazione dell'esperienza senza il tentativo di una modificazione forzata, dettata spesso sia dai meccanismi psicologici del desiderio che da una carenza di accettazione e controllo dei propri vissuti emotivi.

Fig. 1 - Modello cognitivo-comportamentale del processo di ricaduta (Marlatt, 2002)



La Mindfulness: un tramite verso la consapevolezza

Definita come “il processo di prestare attenzione in modo particolare: intenzionalmente, in maniera non giudicante, allo scorrere dell’esperienza nel presente momento dopo momento” (Kabat-Zinn, 1990, 1994, 2010), la Mindfulness risulta caratterizzata da due componenti strettamente interconnesse tra di loro: l’abilità di dirigere l’attenzione al momento presente, nota anche come autoregolazione dell’attenzione, e l’attitudine con cui lo si fa contraddistinta da curiosità, apertura e accettazione (Bishop e coll., 2004).

Solo se presi assieme, questi due aspetti consentono alla persona di relazionarsi all’esperienza in maniera diversa, ossia con consapevolezza, accoglienza ed accettazione.

Questo stile di vita viene definito da Kabat-Zinn (1990) come “modalità dell’essere o del non fare” vivendo quanto avviene

senza fare nulla per cambiarlo, lasciandolo semplicemente scorrere.

In sintesi, essa attiene a una specifica modalità di vivere l’esperienza interna ed esterna con attenzione consapevole senza giudicarla ma accogliendola momento per momento, senza identificarsi ulteriormente nei propri contenuti mentali.

Il lavoro con la Mindfulness si propone, quindi, di aumentare le possibilità dell’individuo di rispondere agli impulsi attraverso comportamenti utili ed adeguati e a non reagire con modalità dannose per la salute ed il benessere psicologico: da un lato, potenziando l’attenzione intenzionale, l’accettazione e un atteggiamento non giudicante delle emozioni, dall’altro focalizzando l’attenzione su pensieri e sensazioni che intervengono nel momento presente.

L’obiettivo è quello di operare un distacco tra l’esperienza e le emozioni connesse ad essa, la cosiddetta defusione, mediante la quale la persona riconosce la propria attività cognitiva in quanto tale, se ne differenzia, disinnescando così i fattori che generano la sofferenza sintomatica.

La Mindfulness aiuta, quindi, a conseguire uno stato di consapevolezza che smorza l’urgenza del comportamento impulsivo ed è antitetica al passaggio all’azione in assenza di pensiero.

La meditazione assume un interesse specifico in quanto aiuterebbe, prima ancora di intervenire sulle funzioni cognitivo-emotive, a sviluppare la metacognizione, deficitaria nei soggetti con disturbi da uso di sostanza; rafforzerebbe lo sviluppo di abilità di coping più funzionali, aiutando a modificare le aspettative rispetto alla sostanza e a superare l’effetto di violazione dell’astinenza, potenziando così la terapia di prevenzione delle ricadute.

Apprendendo l’accettazione dell’esperienza presente, si impara ad osservare ciò che succede nel corpo e nella mente momento per momento, valutando le esperienze, evitando di contrastarle attraverso rimuginazioni e pensieri negativi. Infine, nel lungo termine, la meditazione influisce sulla regolazione emotiva, potenziandola: essa aumenta così la tolleranza alle emozioni negative attivando emozioni positive, favorisce una minore reattività allo stress e potenzia la flessibilità psicologica (Harris, 2011).

La qualità dell’attenzione sviluppata con la Mindfulness aiuta ad avere maggiore consapevolezza sia degli stimoli di innesco (*trigger*) che delle risposte, e può, quindi, aiutare ad interrompere i cosiddetti comportamenti “automatici”.

Cambiare comportamento dipende, infatti, dalla consapevolezza, dall’esperire e sviluppare comportamenti alternativi e dall’essere perseveranti.

La meditazione costringe a tollerare l’inazione, stare a contatto con il mondo presente, osservare e accettare senza analizzare, giudicare o reagire.

Accrescere, quindi, la consapevolezza di sé, dei propri processi cognitivi, emotivi e corporei, si rivela di notevole aiuto nel momento in cui si avverte un impulso: essa consente, infatti, di tollerare la frustrazione derivante dall’emergere di questa istanza che chiede di essere soddisfatta immediatamente, indebolendo così il comportamento condizionato e rafforzando l’autoefficacia.

La Mindfulness produrrebbe, quindi, una sorta di controcondizionamento che bloccherebbe la risposta impulsiva alla comparsa dello stimolo da innesco all’uso delle sostanze (Cibin, 2011).

Coltivando le sette attitudini della Mindfulness (Tab. 1), la persona impara ad accettare la realtà così come si manifesta, a non reagire automaticamente ma in modo efficace attuando risposte di coping maggiormente funzionali.

Tab. 1 - Le sette attitudini della Mindfulness

1	Il non giudizio
2	La pazienza
3	La mente del principiante
4	La fiducia
5	Il non cercare risultati
6	L'accettazione
7	Il lasciare andare

Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP): un approccio nuovo al fenomeno della dipendenza

Sviluppato nel Behaviors Research Center dell'Università di Washington, il programma terapeutico denominato **Mindfulness-Based Relapse Prevention** (MBRP) rappresenta un approccio innovativo nel trattamento della dipendenza che coniuga i principi cognitivo-comportamentali dell'intervento di prevenzione delle ricadute di Daley e Marlatt (2006) con la pratica della Mindfulness, così come prevista nel protocollo per la riduzione dello stress elaborato da Kabat-Zinn (1990) (Bowen e coll., 2009).

Ispirata anche al programma Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) di Segal, Williams e Teasdale (2002), la Mindfulness-Based Relapse Prevention si delinea come un trattamento *aftercare*, ossia un training da svolgersi successivamente alla terapia standard al fine di consolidare i risultati di quest'ultima e promuovere uno stile di vita che supporti il recupero e il benessere del paziente.

Partendo dalla constatazione degli effetti negativi se non addirittura iatrogeni della terapia aversativa nel lungo termine, il programma terapeutico MBRP sostiene che affrontare la realtà clinica complessa della dipendenza richiede un approccio equilibrato che si ponga come "sentiero di mezzo" tra la severa autodisciplina, caratterizzata da istanze punitive, e la pericolosa indulgenza che, in nome della compassione, risulta troppo permissiva con conseguenze disastrose.

L'approccio MBRP rappresenta, dunque, quella "soluzione dialettica" in grado di aiutare i pazienti a riconoscere il disagio, accettarlo nel momento in cui si manifesta e fornire degli strumenti che consentano di agire in modo consapevole, senza lasciarsi travolgere dall'impulso e rimanere in balia di esso (Bowen e coll., 2013).

Lo scopo specifico della terapia è, infatti, quello di promuovere e favorire una maggiore consapevolezza degli stimoli o situazioni denominate *trigger*, le quali innescano schemi abituali implicati nei comportamenti di dipendenza e le relative reazioni automatiche che conducono all'attuazione di comportamenti disfunzionali di uso ed abuso.

Le pratiche Mindfulness previste del programma MBRP sono state, quindi, progettate per promuovere l'osservazione dell'esperienza presente, al fine di destrutturare gli abituali pattern comportamentali disfunzionali e aumentare la possibilità dell'individuo di rispondere agli impulsi attraverso comportamenti utili ed adeguati.

La pratica regolare della Mindfulness insegna, infatti, a osservare l'esperienza nel momento in cui accade, a descriverla senza giudicarla, a rimanere in contatto con essa per poi rispondere in modo consapevole (Bear e coll., 2008): il paziente impara, in questo modo, a tollerare l'impulso che emerge, accettarlo e a non lasciarsi travolgere da esso.

L'idea sottostante è quella di "cavalcare l'onda dell'impulso", come suggeriva già Marlatt nel modello della prevenzione delle

ricadute, identificando le strategie pregresse adottate con conseguente aumento dell'autoefficacia, accettando il suo verificarsi e riconoscendo la natura impermanente, dunque mutevole, dell'impulso.

Ne consegue che l'osservazione dell'esperienza interna e un'attitudine non giudicante ma piuttosto caratterizzata da accettazione sviluppano nei pazienti la metacognizione e favoriscono l'adozione di repertori comportamentali funzionali alla salute e al benessere psicologico.

Tab. 2 - Gli obiettivi principali del MBRP (Bowen, Chawla, e Marlatt, 2013)

-
1. Sviluppare la consapevolezza dei trigger personali e dei pattern abituali in modo da diventare consapevoli nel momento in cui agisce con il "pilota automatico" ed imparare a creare un "tempo di consapevolezza", ossia un intervallo tra questi processi automatici.
 2. Modificare la modalità con cui la persona si relaziona alla sofferenza mediante il riconoscimento e un'adeguata e funzionale gestione delle esperienze emotive difficili.
 3. Promuovere una modalità basata sulla compassione e sulla sospensione del giudizio nei confronti della propria esperienza che favorisca la defusione dai contenuti dei pensieri, dei sentimenti o delle immagini mentali.
 4. Sviluppare un'accettazione "curiosa" e aperta nei confronti di ciò che si sta sperimentando.
 5. Sviluppare la consapevolezza dell'impermanenza dell'esperienza, ossia della sua natura transitoria, liberandosi dal bisogno di controllare ciò che accadrà.
 6. Favorire una bassa reattività e promuovere così la flessibilità psicologica, ossia la capacità di essere pienamente consapevoli e aperti alle proprie esperienze agendo nel contempo coerentemente con i propri valori rispetto a quanto ritenuto soggettivamente importante.
-

Aspetti operativi del protocollo del programma per la prevenzione delle ricadute basato sulla Mindfulness

Il modello della MBRP propone un protocollo strutturato in sessioni a carattere tematico e prevede come criterio di inclusione almeno trenta giorni di sobrietà.

Il programma risulta articolato in otto incontri, ognuno della durata di due ore e trenta minuti, durante i quali il conduttore chiede ai pazienti di cimentarsi in esercizi esperienziali che consentano loro di familiarizzare con i propri pensieri, le reazioni emotive e i pattern comportamentali al fine di individuare gli schemi abituali disfunzionali e le relative condotte di dipendenza.

Queste pratiche vengono poi seguite da momenti di condivisione durante i quali i partecipanti raccontano la propria esperienza e imparano ad esplorare le tre componenti del triangolo della consapevolezza, ossia le sensazioni sperimentate, i pensieri avuti e le emozioni provate.

Questo approccio collaborativo consente alle persone di maturare la consapevolezza rispetto ai propri pattern cognitivo-comportamentali e confrontarsi con l'altro da sé, rispecchiandosi o piuttosto differenziandosi.

Durante la condivisione la discussione sorge spontanea e il contributo di ogni paziente costituisce un'opportunità per esplorare le esperienze sperimentate dagli altri membri del gruppo che possono essere o meno analoghe e soffermarsi sul ruolo che i processi cognitivi ed emotivi hanno rispetto alla ricaduta e sui benefici prodotti dalla Mindfulness nel disinnescare gli automatismi disfunzionali.

Pertanto, il protocollo, lungi dall'essere rigidamente definito, risulta in costante evoluzione e si trasforma in itinere in virtù dell'esperienze sperimentate e dell'apporto che ogni individuo fornisce.

L'approccio collaborativo consente, infatti, ai partecipanti di esprimersi qualora lo desiderino e li vede co-attori in un processo in cui il conduttore stesso si impegna a coltivare la consapevolezza: solo se incarna le abilità narrate, egli sarà in grado di adempiere al ruolo di facilitatore del gruppo di Mindfulness-Based Relapse Prevention.

In caso contrario, i partecipanti coglieranno l'incongruenza tra quanto proferito e quanto incarnato e ciò potrebbe inficiare il programma terapeutico con ripercussioni profondamente negative.

A tal fine, risulta fondamentale un'adeguata preparazione del terapeuta che desideri ricorrere a questo approccio innovativo nel trattamento delle dipendenze.

Essa può realizzarsi in tre modalità diverse: il conduttore può decidere se partecipare a un training intensivo, ossia un workshop della durata di tre giorni, al termine del quale impegnarsi nei due mesi successivi nella pratica delle sessioni principali; oppure il facilitatore può formarsi in un ritiro residenziale di cinque giorni che, ispirato al modello di training dell'MBCT, lo invita a coltivare la consapevolezza in modo intensivo.

In questo caso è raccomandabile osservare un ciclo di otto incontri di istruttori esperti per consolidare la formazione.

Qualunque sia la formula preferita, si pone la necessità per i conduttori di partecipare a un training esperienziale per acquisire le basi della pratica prima di sperimentarsi nella realizzazione del protocollo (Bowen e coll., 2013).

Sintesi delle sessioni

Sessione 1: Pilota automatico e ricaduta

In questa sessione iniziale i conduttori creano il clima nel gruppo affinché i partecipanti si sentano protetti e possano così affidarsi all'esplorazione e sperimentare la presenza.

In seguito all'illustrazione delle regole fondamentali della riservatezza, della puntualità, del rispetto di sé e degli altri, le persone vengono introdotte al tema del "pilota automatico" mediante l'esercizio dell'uvetta.

Durante questo esercizio e nel momento della condivisione affiora la consapevolezza degli automatismi connessi all'esperienza del mangiare.

Queste reazioni vengono così ricollegate alle modalità di uso dell'alcool o di sostanze psicoattive o ai comportamenti oggetto della dipendenza.

A questo esercizio esperienziale segue la pratica meditativa del body scan in cui al partecipante viene chiesto di riportare l'attenzione nei confronti delle sensazioni corporee, mantenendo un atteggiamento di apertura e curiosità.

Sessione 2: Consapevolezza degli eventi scatenanti e craving

Nella seconda sessione, dopo una breve verifica del lavoro svolto a casa, il conduttore mantenendo un atteggiamento non giu-

dicante sottolinea l'importanza della pratica che, solo se condotta regolarmente, conduce a reali benefici.

Durante questo momento di confronto il conduttore esplora le resistenze, le perplessità e le difficoltà che i partecipanti riportano e, traendo spunto da esse, si sofferma sulle esperienze che provocano disagio, ossia proprio sul craving e su quegli eventi scatenanti che conducono le persone ad attuare pattern abituali disfunzionali legati alla dipendenza.

Attraverso esercizi esperienziali specifici, quali ad esempio il surf dell'impulso e la meditazione della montagna, i partecipanti iniziano a riconoscere gli stimoli di innesco e le relative reazioni automatiche e imparano a rimanere in contatto con questi. Ciò incrementa la possibilità di scegliere come rispondere e favorisce l'attuazione di comportamenti consapevoli ed efficaci.

Sessione 3: La Mindfulness nella vita quotidiana

Sebbene la pratica formale costituisca il prerequisito fondamentale per l'instaurarsi di un'attitudine alla consapevolezza, è tuttavia la pratica informale a consolidarla mediante la trasposizione dell'approccio e delle abilità di consapevolezza nella vita quotidiana.

In questa sessione gli esercizi proposti, quali ad esempio la meditazione seduta e lo spazio di respiro SOBER (acronimo di Stop, Observe, Breath, Expand, Respond), sono finalizzati a porre le basi perché la pratica diventi regolare e venga trasferita nelle attività consuete.

In questo modo i partecipanti imparano a "stare con" le sensazioni corporee e le emozioni sperimentate, comprese quelle connesse al craving e agli impulsi.

Sessione 4: La Mindfulness nelle situazioni ad alto rischio

Nella quarta sessione il focus è ancora sul pilota automatico con particolare riferimento stavolta alle situazioni ad alto rischio, ossia quelle che innescano il comportamento di dipendenza.

Mediante pratiche specifiche quali ad esempio lo spazio di respiro SOBER nelle situazioni difficili e la meditazione camminata, i pazienti imparano a relazionarsi in modo diverso agli impulsi e si esercitano a rispondere agli stimoli *trigger* con consapevolezza, piuttosto che reagire in modo automatico e disfunzionale.

Sessione 5: Accettazione e azione efficace

Attraverso pratiche meditative specifiche, alcune delle quali incentrate anche sul movimento consapevole, in questa sessione i partecipanti accolgono l'esperienza come si manifesta senza opporre resistenza.

Sperimentando i propri limiti e situazioni di sfida e/o minaccia, i pazienti comprendono che il cambiamento può verificarsi solo in presenza della disponibilità ad accettare se stessi, disponibilità che poi si estende a quanto di indesiderato nella vita si incontra.

L'accettazione dell'esperienza del momento presente rappresenta infatti la condizione *sine qua non* del prendersi cura efficacemente di se stessi e agire in modo consapevole.

Sessione 6: Vedere i pensieri come pensieri

Dopo una pratica assidua in cui l'attenzione è stata riportata con gentilezza al respiro e alle sensazioni fisiche, i partecipanti sono pronti ora per fare esperienza dei pensieri, comprendere l'impatto che essi hanno ogni volta si verifichi la fusione con essi e cimentarsi nella defusione.

Attraverso pratiche di consapevolezza, i partecipanti analizzano il ruolo esercitato dai pensieri nel ciclo della ricaduta e apprendono un modo nuovo di relazionarsi ad essi che si rivela funzionale alla salute e al benessere psicologico.

Sessione 7: Cura di sé e stile di vita equilibrato

Una volta riconosciuto il ruolo dei pensieri, i partecipanti sono in grado di discriminare i segnali di pericolo che espongono al rischio della ricaduta.

Attraverso pratiche meditative incentrate sulla compassione, i pazienti imparano a ridurre la vulnerabilità alle ricadute anche mediante il riconoscimento dell'importanza e l'impegno in attività cosiddette *nourishing*, che arricchiscono e incentivano il benessere.

Sessione 8: Supporto sociale e proseguimento della pratica

In questa sessione finale il conduttore rivede insieme ai partecipanti le abilità e le pratiche apprese durante il training e si soffermano sulla necessità di costruire una rete di supporto per proseguire nel cammino riabilitativo e vivere in modo consapevole, intenzionale e compassionevole (Bowen e coll., 2013).

Sebbene ogni sessione sia incentrata su un tema specifico, tuttavia ognuna rappresenta un tassello che si aggiunge al mosaico, ponendosi in linea con quelli precedenti.

Esemplificativo risulta, a tal proposito, il focus sul corpo in quanto esso viene mantenuto costantemente e rivisitato ogni volta: a partire dal body scan, il partecipante farà esperienza delle proprie sensazioni fisiche non solo durante meditazioni in movimento ma anche in quelle che prevedono la posizione seduta.

Il corpo rappresenta il punto di avvio nel viaggio alla scoperta della consapevolezza, il tramite e il punto di arrivo: in costante relazione con la mente, esso infatti consente alle persone di avvicinarsi all'esperienza nel suo accadere fenomenico, scevra da ogni sorta di attribuzione di significato.

Ma a contatto con le sensazioni fisiche sperimentate, la mente non rimane indifferente: essa vaga di pensiero in pensiero, anche sulla base delle reazioni emotive esperite.

Osservando quanto accade, i partecipanti imparano gradualmente ad accogliere la realtà come si manifesta, sospendendo il giudizio e limitandosi a descriverla.

Le pratiche di Mindfulness consentono, in questo modo, di relazionarsi al disagio emotivo in modo diverso rispetto a quanto compiuto finora: riconosciute le vecchie modalità abituali e disfunzionali, la persona impara gradualmente a rimanere in contatto con esperienze di disagio, accogliendole piuttosto che reprimendole nella consapevolezza che il fondamento del cambiamento risiede nell'accettazione.

Perché ciò risulti possibile, i conduttori sono chiamati a reindirizzare la discussione ogni qualvolta si discosti dall'esperienza del momento presente e focalizzi su giudizi o attribuzioni di valore.

Al termine delle otto settimane di training, i partecipanti avranno la possibilità di valutare l'utilità della pratica nella loro vita e, quindi, scegliere se continuare o meno a coltivare la consapevolezza nella quotidianità.

Approfondimento della sessione n. 3: la pratica del SOBER

La tecnica del SOBER, come già detto, consente ai partecipanti di riconoscere nella quotidianità un momento emotivamente difficile nel quale si è abituati a "re-agire" in modo impulsivo, come nelle situazioni di ansia, tristezza, rabbia o caratterizzate da altre emozioni percepite come difficili da gestire.

Al partecipante viene consegnata una scheda che lo guiderà nella pratica quotidiana attraverso la messa in pratica dei seguenti passaggi:

Tab. 3 - La pratica del SOBER

S (Stop)	Fermati. Prenditi qualche istante per interrompere la modalità del pilota automatico e portare la consapevolezza al momento presente.
O (Observe)	Osserva. Osserva cosa sta accadendo nel momento presente, descrivendo sensazioni corporee, emozioni e pensieri.
B (Breath)	Respira. Porta in modo gentile la consapevolezza sul respiro, semplicemente ascoltandolo, senza modificarlo.
E (Expand)	Espandi la consapevolezza. Estendi la consapevolezza a tutto il corpo, notando che esso respira, e allarga ancora la consapevolezza all'ambiente circostante e alle sensazioni del momento presente.
R (Respond)	Rispondi. Scegli quale risposta dare nel momento presente, assicurandoti che sia utile e non dannosa (considera una risposta anche il "non-agire").

Tale pratica, frequentemente provata dai partecipanti in quanto ritenuta "quella più utile", può essere estesa anche a ambiti diversi dal campo delle dipendenze: potrebbe, infatti, costituire uno strumento da utilizzare anche in setting individuale o di gruppo qualora ci si ritrovi di fronte a persone che riportano difficoltà legate alla gestione dell'impulsività e della reattività.

Conclusioni

Attualmente poco conosciuto in Italia, il modello MBRP necessita di ulteriori approfondimenti clinici, teorici ed empirici. In ogni caso, se comparato ad altre terapie definite standard, si evidenziano esiti positivi rispetto all'efficacia e alla soddisfazione del paziente.

A livello metodologico, tali studi definiti pragmatici, in quanto orientati a valutare l'efficacia dell'intervento nelle situazioni di vita reale, si soffermano sulle aspettative del paziente in riferimento al trattamento, sull'abilità del terapeuta nel selezionare i pazienti adatti a un simile training e sull'adozione di metodi di studi più restrittivi che richiamino i contesti clinici reali.

Pertanto, sebbene sia ancora necessario valutare gli studi da un punto di vista metodologico più accurato, i dati empirici suggeriscono che i soggetti che hanno ricevuto un intervento basato sulla Mindfulness, in aggiunta alle cure standard ed alla farmacoterapia, mostrano esiti migliori rispetto alle ricadute. Inoltre, ulteriori evidenze sembrano deporre a favore di programmi basati sulla Mindfulness in quanto suggeriscono che gli effetti risultano permanere anche a distanza di quattro anni, sebbene ciò non sia stato ancora verificato nel campo dei disturbi da uso di sostanza.

È comunque auspicabile integrare gli interventi di Mindfulness al trattamento cognitivo-comportamentale al fine di ottenere un repertorio più ampio e funzionale di abilità.

L'integrazione dei due approcci può migliorare l'efficacia generale del trattamento, aumentando la consapevolezza delle sensazioni legate al craving, agli stati emotivi ed all'attivazione fisiologica.

Occorre, quindi, pensare dove collocare questa sperimentazione, di per sé abbastanza difficile da realizzare nei servizi ambulatoriali pubblici, così come sono strutturati oggi.

In riferimento alle considerazioni finora esposte potrebbe sembrare più semplice realizzare questi protocolli all'interno di strutture protette a regime residenziale o semi-residenziale, quali le comunità terapeutiche.

Esse, infatti, potrebbero garantire alcune condizioni favorevoli quali: una stabilizzazione farmacologica, se non una sobrietà completa dalle sostanze di abuso, e la necessaria continuità per l'apprendimento della tecnica.

Tuttavia almeno in alcune realtà si potrebbe strutturare uno spazio pubblico per la sperimentazione di tali tecniche, soprattutto attraverso incontri di gruppo.

Il servizio all'utente, attraverso la proposta di terapie di gruppo permetterebbe di prendere in carico un numero elevato di pazienti, con conseguente abbattimento dei costi.

Inoltre, il servizio dovrebbe proporre un orario anche pomeridiano e/o serale favorendo la frequenza di utenti e famiglie che altrimenti rimarrebbero escluse da questo tipo di prestazioni.

Si tratta, quindi, di iniziare una sperimentazione su larga scala al fine di giungere ad una valutazione empirica del modello e, nel contempo, arricchire maggiormente gli interventi previsti per i soggetti dipendenti sia da sostanze quali alcool, droghe e tabacco, sia per quelli affetti da dipendenze comportamentali come gioco d'azzardo patologico, dipendenza da internet e le altre forme patologiche.

Nell'immediato, a livello operativo dovrebbe essere presa in considerazione l'ipotesi della diffusione di una campagna formativa ed informativa da realizzare con modi e procedure da approfondire rispetto all'uso della Mindfulness al fine di informare la comunità scientifica e non dei benefici che essa può portare nella complessa ed eterogenea realtà clinica della dipendenza.

Bibliografia

- Baer R.A., Smith G.T., Lykins E., Button D., Krietemeyer J., Sauer S., Walsh E., ..., Williams M.G. (2008), "Construct Validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in Meditating and Nonmeditating Samples", *Assessment*, 15(3): 329-42.
- Bauman Z. (1999), *La società dell'incertezza*, il Mulino, Bologna.
- Bauman Z. (2013), *Lo spirito e il clic - La società contemporanea tra frenesia e bisogno di speranza*, Edizioni SanPaolo, Milano.
- Bishop S.R., Lau M. et al. (2004), "Mindfulness a proposed operational definition", *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3): 230-241.
- Blanchard K.A., Morgenstern J., Morgan T.J., Labouvie E.W., Bux D.A. (2003), "Assessing consequences of substance use: psychometric properties of the inventory of drug use consequences", *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(4): 328-331.

- Bowen S., Chawla N., Collins S.E., Witkiewitz K., Hsu S., Grow J., Clifasefi S., ... Marlatt A. (2009), "Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a pilot efficacy trial", *Substance Abuse*, 30(4): 205-305.
- Bowen S., Chawla N., Marlatt G.A. (2013), *Mindfulness e comportamenti di dipendenza*, Raffaello Cortina, Milano.
- Cibin, M., & Hinnenthal, I. M. (2011), *Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da alcool e cocaina. Il modello Soranzo*, SEEd Edizioni Scientifiche, Torino.
- Daley D., Marlatt G.A. (2006), *Overcoming your drug or alcohol problem: effective recovery strategies*, Oxford University Press, New York.
- Harris R. (2011), *Fare act. Una guida pratica per professionisti all'Acceptance and Commitment Therapy*, FrancoAngeli, Milano.
- Hubbard R.L., Marsden M.E., Rachal J.V., Harwood H.J., Cavanaugh E.R., Ginzburg H.M. (1989), *Drug Abuse Treatment. A National Study of Effectiveness*, University of north Carolina Press, Chapel Hill, Nc.
- Kabat-Zinn J. (1990), *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*, Delta Trade Paperbacks, New York.
- Kabat-Zinn J. (1994), *Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday Life*, Hyperion, New York.
- Kabat-Zinn J. (2010), *Vivere momento per momento*, TEA, Milano.
- Marlatt G.A. (1982), "Research and treatment with alcohol problems: Frontiers for the eighties", *Bulletin of the Society of Psychologists in Substance Abuse*, 1(4): 145-150.
- Marlatt G.A., Gordon J.R. (1985), *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*, Guilford Press, New York.
- McLellan A.T., Lewis D.C., O'Brien C.P., Kleber H.D. (2000), "Drug dependence, a chronic mental illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation", *Journal of the American Medical Association*, 284(13): 1689-1695.
- Ravndal E., Vaglium P. (2002), "Psychopathology, treatment completion, and 5 years outcome: A prospective study of drug abusers", *Journal of substance Abuse Treatment*, 15(2): 135-142.
- Roth B., Creasor T. (1997), "Mindfulness meditation-based stress reduction: experience with a bilingual inner-city program", *Nurse Practitioners*, 22(3): 150-176.
- Segal Z.V., Williams J.M.G., Teasdale J.D. (2002), *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*, Guilford Press, New York.
- Simpson D.D., Joe G.W., Brown B.S. (1997), "Treatment retention and follow up outcomes in the drug abuse treatment outcome study (DATOS)", *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4): 294-307.

RECENSIONE



Direttivo Piemonte e
Valle d'Aosta FeDerSerD (a cura di)

OUTCOME NELLE DIPENDENZE Esiti della patologia, esiti del trattamento

Editore: Ce.R.Co Edizioni

In questo volume, che raccoglie gli atti rielaborati di un congresso tenutosi a Torino nell'ottobre del 2012, presentiamo un discorso sugli esiti dei trattamenti per le dipendenze.

I diversi contributi seguono un filo logico che aiuta ad inquadrare correttamente la questione nelle sue diverse implicazioni: partendo dalle logiche generali che informano la gestione e la valutazione dei servizi, declinate negli aspetti teorici e in esperienze pratiche che si propongono come modelli sperimentali, addentrandosi nell'analisi degli elementi che determinano gli esiti, esplorando contesti ed ambienti di lavoro differenziati, fino agli elementi di valutazione e alla questione degli effetti sull'ambiente sociale.

Questo volume vuole essere sia un ulteriore riferimento sul tema specifico, sia una sintesi rappresentativa e una testimonianza della cultura organizzativa dei Servizi per le dipendenze.

Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno IV, n. 15

MISSION n. 39

Board editoriale e Comitato scientifico: Giovanni Addolorato, Roberta Agabio, Fabio Caputo, Giorgio Cerizza, Mauro Cibin, Giovanni Galimberti, Ina Hinnenthal, Ezio Manzato, Antonio Mosti, Felice Nava, Biagio Sanfilippo, Valeria Zavan

Direttore scientifico: Alfio Lucchini

Inviare richieste e contributi scientifici a:
missiondirezione@tiscali.it

Redazione: Mauro Cibin, Ezio Manzato, Felice Nava, Valeria Zavan

Redazione Mission: Via Mazzini, 54 - 20060 Gessate (Mi)

Alcohol Dependence Scale (ADS): la validazione della versione italiana

Mariagrazia Movalli, Paola Broggi**, Sara Monica Angelone***, Sofia Luce Manghi****

Introduzione

In campo alcologico, quando si avvia una valutazione diagnostica, è utile disporre di un ampio ventaglio di strumenti tecnici che permettano di valutare e raccogliere informazioni quanto più dettagliate possibile.

La visita medica e i rilievi obiettivi si accompagneranno così ai riscontri provenienti dal colloquio clinico, dalle analisi di laboratorio e dagli indici biochimici e tossicologici e dai dati offerti dai congiunti dell'alcolista.

La somministrazione di test e questionari permette di raccogliere informazioni utili alla definizione del caso clinico e all'orientamento delle scelte terapeutiche.

Ad oggi i test e i questionari atti alla valutazione della dipendenza da alcol presenti nel panorama mondiale sono numerosi, e si classificano a seconda delle aree che indagano, della loro struttura e delle teorie psicologiche di riferimento.

Mentre in Italia sono disponibili vari strumenti di screening di facile impiego in contesti clinici, affidabili e vali-

dati su campioni nazionali, minor disponibilità si ravvisa tra gli strumenti di assessment: alcuni ad esempio presentano sezioni dedicate all'indagine dei problemi alcol-correlati all'interno di valutazioni più ampie e quindi più impegnative, sia per il paziente che per il clinico (per esempio Addiction Severity Index di McLellan *et al.*, 1992).

In questo scenario si colloca lo studio di validazione dell'Alcohol Dependence Scale (ADS).

Questo strumento si ripromette di indagare gli aspetti psicopatologici principali della dipendenza: sintomi astinenziali, conseguenze del bere, perdita di controllo sul comportamento del bere, valutazione del *craving* e della tolleranza.

La validazione americana dell'ADS è stata compiuta dal suo ideatore, Harvey Skinner, e da Barbara Allen nel 1982 (*“Alcohol Dependence Syndrome: Measurement and Validation”*), mentre nei decenni successivi sono state realizzate diverse revisioni: una delle più importanti in termini di numerosità campionaria è stata compiuta da Suzanne Doyle e Dennis Donovan nel 2009 (*A validation study of the Alcohol Dependence Scale*). Questa scala rientra negli strumenti di assessment, ed è composta da 25 item.

Il progetto di realizzare la validazione italiana dell'Alcohol Dependence Scale è cominciato nel 2008, viste le buone proprietà psicometriche della suddetta scala nella sua versione originale e a partire dalle lacune precedentemente menzionate rispetto alla presenza di strumenti di assessment in lingua italiana in campo alcologico.

* Medico, Psicologo Clinico, Responsabile Unità Funzionale Servizio Alcoldipendenze, Dipartimento di Neuroscienze Cliniche - Ospedale San Raffaele Turro - Milano.

** Psicologa, psicoterapeuta, consulente presso il Servizio Alcoldipendenze, Dipartimento di Neuroscienze Cliniche - Ospedale San Raffaele Turro - Milano.

*** Medico, Psichiatra, dirigente Psichiatria Generale e Servizio Alcoldipendenze, Dipartimento di Neuroscienze Cliniche - Ospedale San Raffaele Turro - Milano.

**** Laureata in Psicologia - Università Vita-Salute San Raffaele - Milano.

Metodo

• Strumenti

L'Alcohol Dependence Scale (ADS) è un questionario che nasce nel 1982 ad opera di Harvey Skinner, con il fine di valutare l'Alcohol Dependence Syndrome (Edward e Gross, 1976).

È composta da 25 item, che si ripropongono di indagare i sintomi da astinenza da alcol, il discontrollo sul comportamento del bere, la consapevolezza riguardo la compulsione al bere, la tolleranza e la salienza dei comportamenti di ricerca dell'alcol.

Tutti gli item si riferiscono ai 12 mesi precedenti la somministrazione, che può avvenire sia con modalità auto-somministrata che con modalità etero somministrata.

La modalità di risposta è varia: 6 domande sono dicotomiche (sì/no), 16 presentano tre alternative di risposta

(no/qualche volta/spesso) e infine 3 hanno quattro possibilità di risposta, differenti per i tre item.

Il punteggio totale alla scala presenta un range che va da 0 a 47, suddiviso in 4 quartili, che corrispondono a differenti livelli di gravità del quadro di dipendenza da alcol.

La guida all'interpretazione della scala suggerisce, inoltre, una specifica modalità d'intervento clinico per ogni quartile, dal counseling al ricovero ospedaliero full-time.

Gli studi di validazione precedentemente svolti sul campione americano hanno permesso di evidenziare le buone proprietà psicometriche della scala e di indagare la struttura fattoriale di questo strumento.

Dai risultati ottenuti dall'analisi di Skinner e Allen e da quella condotta da Doyle e Donovan emerge una struttura dimensionale dell'Alcohol Dependence Scale a 3

Tab. 1 - Guida all'interpretazione dell'ADS

GUIDA ALL'INTERPRETAZIONE DELL'ADS		
Punteggi grezzi	Interpretazione	Intervento suggerito dagli autori
0	Nessuna prova riportata di dipendenza da alcool. Tuttavia questo non significa per forza che il soggetto sia libero dai sintomi della dipendenza, sarà opportuno verificare la validità dell'autovalutazione.	Consigli
1-13 (1° quartile)	Basso livello di dipendenza da alcool. I sintomi sono probabilmente psicologici, piuttosto che fisici. Possono essere considerate strategie per la moderazione del bere, se non ci sono controindicazioni. Punteggi di 9 o più sono altamente indicative di un abuso o di una dipendenza da alcool secondo i criteri del DSM-III.	Counselling
14-21 (2° quartile)	Livello intermedio di dipendenza da alcool, sono probabili problemi psicologici legati al comportamento del bere. La dipendenza psicologica può infatti essere caratteristica anche di questo intervallo, ma è bene indagare l'eventuale presenza di dipendenza fisica e sintomi d'astinenza.	Out-Patient
22-30 (3° quartile)	Livello sostanziale di dipendenza da alcool. E' probabile la presenza di dipendenza fisica, disturbi medici, sintomi psichiatrici e problemi sociali legati all'abuso di alcool. Un trattamento d'astinenza dovrebbe essere raccomandato, anche gli stessi pazienti sono spesso propensi a riconoscere che l'astinenza è l'unico modo per migliorare.	Intensive In-patient
31-47 (4° quartile)	Grave livello di dipendenza da alcool. E' probabile la presenza di seri sintomi psichiatrici e disturbi medici legati al bere (ad esempio disturbi al fegato). E' raccomandata l'astinenza, ed è necessario verificare le intenzioni del paziente a collaborare nel trattamento.	Physical Intensive In-Patient

Tab. 2 - Fattori individuati da Doyle e Donovan con i rispettivi item afferenti

<p>“Loss of behavioral control and heavy drinking”</p> <p>Item 1 “Quanto ha bevuto l’ultima volta che ha bevuto?”</p> <p>Item 2 “Le capita spesso di provare i postumi dell’ubriacatura nei giorni di domenica o lunedì mattina?”</p> <p>Item 6 “Quando beve, Le capita di inciampare, barcollare, o camminare a zig zag?”</p> <p>Item 10 “Ha avuto dei blackout dopo aver bevuto?”</p> <p>Item 13 “Negli ultimi 12 mesi è mai svenuto dopo aver bevuto?”</p> <p>Item 16 “Dopo aver bevuto tanto, il suo pensiero è stato confuso e non lucido?”</p> <p>Item 22 “Rispetto ai blackout..”</p> <p>Item 24 “Beve i drinks tutti di un fiato?”</p> <p>Item 25 “Dopo aver preso uno o due drink di solito riesce a fermarsi?”</p>
<p>“Obsessive-compulsive drinking style”</p> <p>Item 9 “Viene colto dal panico perchè teme che potrebbe non avere da bere quando ne ha bisogno?”</p> <p>Item 11 “Porta con sé una bottiglia o la tiene a portata di mano?”</p> <p>Item 12 “Dopo un periodo di astensione, ha concluso questo periodo bevendo di nuovo intensamente?”</p> <p>Item 15 “Beve nell’arco di tutta la giornata?”</p> <p>Item 18 “Pensa al bere o all’alcol quasi costantemente?”</p> <p>Item 23 “Ha mai cercato di ridurre il suo uso di alcolici senza riuscirci?”</p>
<p>“Psychoperceptual and psychophysical withdrawal”</p> <p>Item 3 “Ha mai avuto tremori dopo aver smaltito l’ubriacatura (ad esempio tremori alle mani, agitazione interna)?”</p> <p>Item 4 “Si sente male fisicamente come conseguenza del bere?”</p> <p>Item 5 “Ha mai avuto Delirium Tremens?”</p> <p>Item 7 “Come conseguenza del bere, si è mai sentito eccessivamente accaldato e sudato?”</p> <p>Item 8 “Come conseguenza del bere, ha mai visto cose che non c’erano realmente?”</p> <p>Item 14 “Ha mai avuto convulsioni dopo un periodo in cui ha bevuto?”</p> <p>Item 17 “Come conseguenza del bere, si è sentito il cuore battere forte?”</p> <p>Item 19 “Come conseguenza dell’aver bevuto, ha mai sentito “cose” che non c’erano realmente?”</p> <p>Item 20 “Ha percepito sensazioni strane e spaventose mentre beveva?”</p> <p>Item 21 “come conseguenza del bere ha mai “percepito cose” che si arrampicavano su di lei che non erano vere?”</p>

fattori, così denominati: *loss of behavioral control and heavy drinking*, *obsessive-compulsive drinking style*, *psychoperceptual and psychophysical withdrawal*.

• **Procedura**

Dopo l’ottenimento dell’autorizzazione da parte dell’Autore alla traduzione e validazione italiana, si è proceduto alla traduzione della scala da parte di uno psicologo bilingue per effettuare la *back version* della scala italiana.

Le modalità di risposta e la suddivisione in quartili sono rimaste fedeli alla versione originale.

In linea con quanto suggerito dagli Autori, ovvero che la ADS possa essere impiegata come questionario sia auto-somministrato che somministrato da un operatore, la somministrazione al campione italiano è avvenuta affidandosi ad entrambe le modalità. Prima della compilazione della scala, i pazienti sono stati anche diagnosticati in cieco da un medico specialista nel trattamento delle dipendenze, secondo i criteri del DSM-IV-TR relativi a dipendenza da alcol ed astinenza alcolica.

Nel corso del 2010 è stato condotto uno studio preliminare alla validazione della ADS, con lo scopo di comin-

ciare ad analizzare i risultati ottenuti con i primi questionari raccolti, svolgere analisi statistiche preliminari, monitorare l’andamento della prima fase, e proseguire in maniera ottimale alla validazione.

I risultati ottenuti sono stati incoraggianti: la scala dimostrava buone proprietà psicometriche, buona affidabilità e validità.

I due successivi anni di lavoro hanno permesso di ampliare il campione, e raggiungere la numerosità sufficiente per poter perseguire l’obiettivo ultimo dello studio, la validazione dell’Alcohol Dependence Scale (ADS).

Ai fini dello studio di validazione sono state considerate le seguenti variabili:

- punteggio totale all’ADS;
- quartile, rappresentativo della gravità del quadro da dipendenza da alcol riportata dal soggetto;
- punteggi ad ogni singolo item dell’ADS;
- diagnosi di dipendenza o di abuso da alcol (secondo criteri del DSM-IV-TR);
- presenza o assenza di ciascun criterio DSM-IV-TR per dipendenza da alcol;
- presenza o assenza di ciascun criterio DSM-IV-TR per astinenza alcolica.

La validazione è stata effettuata prendendo in considerazione anche differenze in base al genere.

• Partecipanti

Lo studio è stato condotto su un campione di soggetti con disturbo da uso di alcolici consecutivamente ammessi al Servizio per le Alcoldipendenze dell’Ospedale San Raffaele Turro di Milano in regime di trattamento ambulatoriale, day hospital e ricovero dal 2008 al 2012.

I criteri di esclusione dallo studio sono stati i seguenti:

- ritardo mentale e deterioramento delle funzioni cognitive tali da rendere inattendibili le risposte del soggetto alla ADS;
- comorbilità con gravi disturbi di asse I;
- disturbo da dipendenza da altre sostanze non in remissione nell’ultimo anno;
- segni di intossicazione da alcol o presenza di segni/sintomi astinenziali rilevanti al momento dell’assessment (soggetti in trattamento ambulatoriale ambulatoriale).

Risultati

L’elaborazione statistica è stata condotta con SPSS (Statistic Package for Social Sciences, vers. 20). Il campione è risultato composto da 261 soggetti, 110 femmine e 151 maschi, con un’età media pari a 47 anni (compresa tra 27 e 75).

Per quanto riguarda il punteggio ottenuto alla scala, ricordando che il range si colloca tra 0 e 47, il valore medio di questo è 15,78, con un minimo di 0 e un massimo di 40. Questo dato si colloca all’interno del secondo quartile (caratterizzato da punteggio che va da 14 a 21). Rispetto alla distribuzione di frequenza all’interno dei quartili, come si evince anche dalla rappresentazione grafica, vi è un solo soggetto che non soffre di dipendenza, quasi il 40% presenta un basso livello di dipen-

denza (37,5%), ed altrettanto una dipendenza intermedia (41,8%); 35 soggetti sono collocati nel quartile relativo alla dipendenza sostanziale ed infine 10 nella dipendenza grave.

Per quanto concerne la distribuzione di frequenza dei quartili suddivisa per genere, nel secondo e nel terzo (livello intermedio e sostanziale di dipendenza) i soggetti di sesso maschile risultano più numerosi di quelli di sesso femminile, mentre i soggetti di sesso femminile risultano più numerosi per il basso livello di dipendenza.

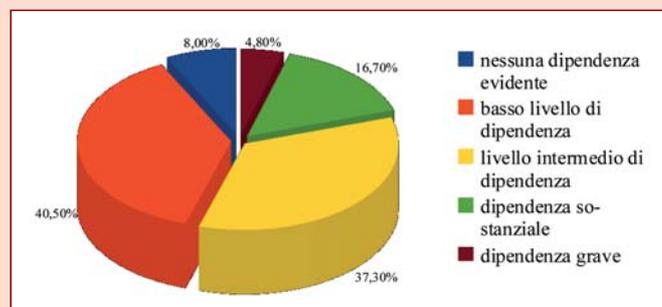
Si è ritenuto interessante confrontare i risultati ottenuti con le due diverse modalità di somministrazione utilizzate (autosomministrazione ed eterosomministrazione).

È stato confrontato il punteggio medio alla scala ottenuto con la prima procedura (16,28) e quello ottenuto con la seconda (15,63): quello che si osserva è che i punteggi sono quasi sovrapponibili e non presentano una differenza statisticamente significativa.

Dopo aver effettuato le statistiche descrittive, è stata presa in considerazione l’affidabilità del questionario e il grado di intercorrelazione tra Alcohol Dependence Scale e diagnosi secondo i criteri DSM-IV-TR.

Il coefficiente α di Cronbach per la misurazione dell’affidabilità del test è risultato pari a 0,83.

Graf. 1 - Distribuzione di frequenza dei quartili (ADS)



Tab. 3 - Statistiche descrittive

CAMPIONE = 261 SOGGETTI	110 DONNE
	151 UOMINI
ETA' MEDIA = 47 ANNI	DONNE = 46 ANNI
	UOMINI = 48 ANNI
PUNTEGGIO MEDIO (\pm d.s.) = 15,78 (\pm 7,36)	DONNE = 15,81 (\pm 7,27)
	UOMINI = 15,76 (\pm 7,45)

Tab. 4 - Distribuzione di frequenza dei quartili

QUARTILI	N	UOMINI	DONNE
nessuna dipendenza evidente (0)	1 (0,4%)	1	0
basso livello di dipendenza (1-13)	98 (37,5%)	40	58
livello intermedio di dipendenza (14-21)	109 (41,8%)	60	49
livello sostanziale di dipendenza (22-30)	35 (13,4%)	22	13
dipendenza grave (31-47)	10 (3,8%)	5	5

* N.S.

Tab. 5 - Punteggi all'ADS secondo modalità autosomministrata ed eterosomministrata

	N	Punteggio medio (\pm d.s)
Modalità autosomministrata	52	16,28 (\pm 7,58) *
Modalità eterosomministrata	209	15,63 (\pm 7,30) *

Successivamente si sono voluti indagare i rapporti che intercorrono tra le tre diverse variabili considerate in questo studio: Alcohol Dependence Scale, Dipendenza e Astinenza Alcolica secondo DSM-IV-TR.

Sono state perciò calcolate le correlazioni tra queste, sia con metodi parametrici (r di Pearson) che con metodi non parametrici (ρ di Spearman). I valori ottenuti sono elevati e tutti significativi.

Inoltre non presentano differenze statisticamente rilevanti: l'ADS correla in maniera pressoché identica sia con i criteri DSM-IV-TR per Dipendenza da Alcol che

con quelli per l'Astinenza Alcolica, e non vi sono variazioni sostanziali tra correlazioni ottenute con metodi parametrici e non parametrici.

È stata infine condotta l'analisi fattoriale esplorativa sul campione complessivo (261) ricorrendo al metodo delle Componenti Principali (PCA), con una rotazione obliqua Promax.

Nella tabella 7 sono presentati i dati relativi alla varianza totale spiegata.

Per quanto concerne i criteri decisionali per la scelta del numero di fattori si è ricorsi a due metodi: l'estra-

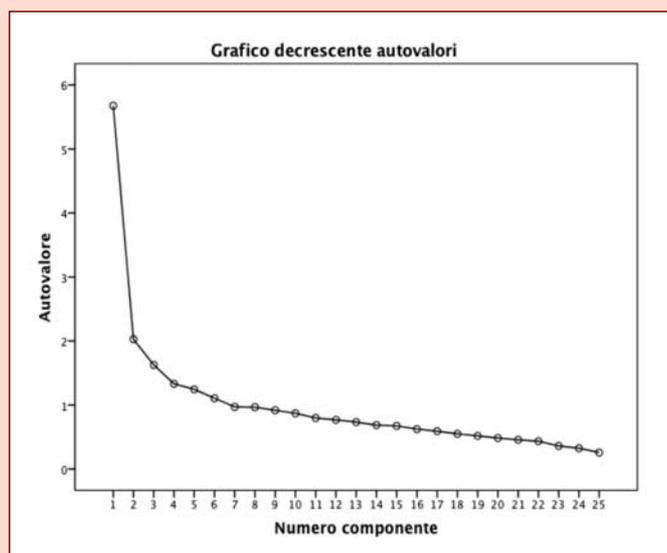
Tab. 6 - Correlazioni

		Criteri DSM-IV-TR per dipendenza	Criteri DSM-IV-TR per astinenza
Punteggio totale ADS	r di Pearson	0,647	0,605
	ρ di Spearman	0,674	0,610

Tab. 7 - Varianza totale spiegata

Componente	Autovalori iniziali			Pesi dei valori non ruotati			Pesi dei fattori ruotati
	Totale	% di varianza	% cumulata	Totale	% di varianza	% cumulata	Totale
1	5,6760	22,703	22,703	5,6760	22,703	22,703	3,65
2	2,028	8,111	30,815	2,028	8,111	30,815	3,73
3	1,627	6,507	37,322	1,627	6,507	37,322	2,92
4	1,331	5,325	42,647	1,331	5,325	42,647	3,27
5	1,245	4,979	47,626	1,245	4,979	47,626	2,33
6	1,106	4,423	52,049	1,106	4,423	52,049	1,61
7	0,970	3,881	55,930				
8	0,967	3,866	59,796				
9	0,918	3,671	63,467				
10	0,871	3,484	66,951				
11	0,798	3,191	70,142				
12	0,768	3,071	73,213				
13	0,734	2,935	76,147				
14	0,687	2,748	78,895				
15	0,674	2,695	81,590				
16	0,624	2,496	84,086				
17	0,591	2,365	86,451				
18	0,551	2,203	88,654				
19	0,517	2,069	90,723				
20	0,485	1,939	92,663				
21	0,457	1,827	94,490				
22	0,434	1,737	96,226				
23	0,361	1,444	97,670				
24	0,325	1,299	98,969				

Graf. 2 - Scree plot



zione di tutti i fattori che presentavano un autovalore maggiore di 1 e lo scree-test.

Emerge una soluzione a 6 fattori; la percentuale di varianza spiegata dal primo fattore è pari a 22,70%

della varianza totale, per quanto riguarda invece la percentuale di varianza cumulativa dei 6 fattori, il totale è pari a 52,05%.

Un primo fattore include item che possono essere considerati tutti afferenti alla rilevazione di sintomi astinenziali di tipo psico-percettivo (*“psychoperceptual withdrawal”*), quali ad esempio fenomeni allucinatori di natura tattile o visiva.

Un altro fattore si riferisce alla pervasività dell’uso di alcol nella vita quotidiana del paziente: questa dimensione non va intesa esclusivamente come abitudine ad assumere alcolici durante tutta la giornata, ma in termini di frequenza con cui il paziente pensa al bere o agisce in funzione della possibilità di bere, aldilà del fatto che avvenga effettivamente (*“obsessive-compulsive drinking style”*).

Un terzo include quesiti che valutano la presenza di sintomi astinenziali di carattere fisico e somatico, quali ad esempio tachicardia e sudorazione (*“psychophysical withdrawal”*).

I restanti tre fattori emersi valutano più o meno direttamente la perdita di controllo sul bere ed il bere eccessivo (*“loss of behavioral control and heavy drinking”*).

Discussione

La realizzazione dello studio di validazione dell'Alcohol Dependence Scale (ADS) ci ha permesso di raggiungere l'obiettivo prefissato: confermare le buone proprietà psicometriche della versione originale dello strumento. Dall'analisi delle statistiche descrittive emerge che il campione su cui è stato condotto lo studio è bilanciato rispetto al genere ed eterogeneo per età.

Il punteggio medio ottenuto dai soggetti all'Alcohol Dependence Scale è risultato pari a 15,78, punteggio che si colloca all'interno del secondo quartile.

Questo è caratterizzato da un livello intermedio di dipendenza da alcol, inteso come una condizione nella quale sono presenti problemi psicologici legati al comportamento del bere.

La dipendenza psicologica può infatti essere caratteristica evidente di questo intervallo, ma (per suggerimento degli stessi autori) è bene indagare l'eventuale presenza di dipendenza fisica e sintomi d'astinenza.

La distribuzione del campione con riferimento ai quartili, cui corrispondono livelli di gravità crescenti, appare rappresentativa dell'utenza del Servizio e dei differenti contesti di cura in cui la scala è stata somministrata: ambulatorio, ricovero e day hospital.

La scala nella sua versione italiana presenta una buona consistenza interna (α di Cronbach=0,83) e nello studio vengono infine sostanzialmente confermati gli elementi nucleari individuati precedentemente da Skinner, Donovan e colleghi, ovvero i sintomi astinenziali di tipo fisico e percettivo (*psychoperceptual and psychophysical withdrawal*), la perdita di controllo sul bere (*loss of behavioral control and heavy drinking*), la modalità con cui la dipendenza alcolica pervade la vita del paziente alcolista (*obsessive-compulsive drinking style*). Con questi risultati lo strumento dimostra di possedere le qualità per inserirsi nel panorama della diagnosi e valutazione nell'ambito dei disturbi da uso di sostanze per la sua rilevante utilità applicativa sia in contesti clinici, in quanto consente un assessment della dipendenza completo e orientato a rilevarne la gravità e le caratteristiche e fornire suggerimenti circa il trattamento, sia ai fini di ricerca.

Emerge inoltre una buona corrispondenza tra le due diverse modalità di somministrazione utilizzate.

Il fatto che vi sia una concordanza tra modalità auto-somministrata ed etero somministrata fa sì che l'Alcohol Dependence Scale possa, a seconda degli scopi del suo impiego e delle risorse disponibili, essere compilata in modo altrettanto efficace direttamente dal paziente o somministrata da un operatore.

Questi elementi lo rendono uno strumento pratico, facilmente e rapidamente utilizzabile.

Inoltre, appare interessante il suggerimento degli autori circa il trattamento, sebbene il secondo quartile appaia un

po' sbilanciato nella direzione della dipendenza psichica. Difatti, come gli stessi autori suggeriscono, è contemplata l'indagine attenta degli eventuali sintomi (e quindi risposte affermative agli item) che descrivono l'astinenza, pur con punteggi che restano all'interno del quartile.

Questo è apparso rilevante confrontando il regime di cura al quale molti dei soggetti del campione oggetto dello studio erano stati indirizzati.

Pur risultando nel secondo quartile, la presenza di sintomi astinenziali aveva orientato la scelta di contesto di cura nella direzione del ricovero ospedaliero full-time.

Infine, nella sua versione italiana la scala presenta un buon grado di correlazione con i criteri diagnostici DSM-IV-TR per il Disturbo da Dipendenza da alcol e per l'Astinenza da Alcol.

Alla luce dei cambiamenti proposti con l'ultima edizione del DSM, sarebbe interessante poter rivalutare la stabilità di questa correlazione.

Bibliografia

American Psychiatric Association (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR edition*, American Psychiatric Press, Washington DC.

American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V edition*. American Psychiatric Press, Washington DC.

Chick J. (1980), "Alcohol Dependence: Methodological issues in its measurement; reliability of the criteria", *British Journal of Addiction*.

Doyle S.R., Donovan D.M. (2009), "A validation study of the alcohol dependence scale", *J Stud Alcohol Drugs*.

Edwards G. (1986), "The Alcohol Dependence Syndrome: a concept as stimulus to enquiry", *British Journal of Addiction*.

Edwards G., Gross M. (1976), "Alcohol Dependence. Provisional description of a clinical syndrome", *British Medical Journal*.

Miller W.R. (1976), "Alcoholism Scales and Objective Assessment Methods: A review", *Psychobiological Bulletin*.

McLellan A.T., Kushner H., Metzger D., Peters R., Smith I., Grissom G., Pettinati H., Argeriou M. (1992), "The fifth edition of the Addiction Severity Index", *J Subst Abuse Treat*.

Raistrock D., Dunbar G., Davidson R. (1983), "Development of a Questionnaire to Measure Alcohol Dependence", *British Journal of Addiction*.

Skinner H.A. (1981), "Primary syndromes of Alcohol Abuse: Their Measurement and Correlates", *British Journal of Addiction*.

Skinner H.A., Allen B.A. (1982), "Alcohol Dependence Syndrome: Measurement and Validation", *Journal of Abnormal Psychology*.

Stockwell T., Hodgson R., Edwards G., Taylor C., Rankin H. (1979), "The Development of a Questionnaire to Measure Severity of Alcohol Dependence", *British Journal of Addiction*.

Autoaiuto e Spiritualità nel trattamento dell'alcolismo in Italia: opinioni ed atteggiamenti dei professionisti del sistema delle dipendenze

Valeria Zavan*, Patrizia Scuderi**

Introduzione

Nelle sue grandi linee il sistema italiano di trattamento delle dipendenze è composto da una prevalente componente pubblica costituita dai Servizi per le Dipendenze, da una componente che fa capo al privato sociale e da una componente che si riferisce al volontariato ed al sistema dell'automutuoaiuto.

In campo alcologico inoltre, a questi sistemi di trattamento si affianca un tradizionale e diffuso sistema di intervento ospedaliero pubblico finalizzato alla disintossicazione, ed una rete di strutture dedicate al ricovero-riabilitativo per lo più riferentesi al sistema del privato-convenzionato.

I Servizi per le Dipendenze, integranti o meno le Alcologie, hanno un assetto prevalentemente ambulatoriale con diffusione capillare sul territorio nazionale ed una tradizione sostanzialmente laica¹; le maggiori organizzazioni del privato sociale, intendendo con questo un sistema che si occupa in prevalenza di intervento riabilitativo residenziale (Comunità Terapeutiche - CT), pur essendo nella sostanza laiche, hanno per una quota parte uno sviluppo storico che ha fatto o fa capo a figure carismatiche e/o a principi ispiratori provenienti dal mondo cattolico e religioso.

Questi comunque per lo più non svolgono un ruolo esplicito nei programmi dei percorsi riabilitativi.

Il sistema del self-help, i cui maggiori rappresentanti sono i gruppi 12 Passi (Alcolisti Anonimi - AA - e similari da una parte e il sistema ecologico-sociale dall'altra (Club Alcologici Territoriali - CAT), per contro, pur non esprimendo principi ispiratori religiosi, sottolineano l'importanza della spiritualità nell'approccio al recupero e alla riabilitazione (spiritualità del programma di AA, spiritualità antropologica nei CAT).

Nel 2010 erano presenti in Italia 563 Servizi per le Dipendenze, con 6.793 operatori e con 172.211 dipendenti da sostanze e 65.360 dipendenti da alcol in trattamento.

Comunque solo l'8.7% (circa 16.000) dei pazienti è stato inviato da questi stessi presso una CT e solo il 7%

(con un range dal 2.8% al 13.9%) (dati riferiti alla sola alcolodipendenza del 2009) è stato inviato ad un gruppo self help (CAT od AA).

Il trend di invio ai gruppi risulta comunque in evidente discesa nel corso del tempo.

Questo nonostante il 33.9% and 42.8% dei Servizi dichiarati di collaborare rispettivamente con AA e CAT.

Da tali dati appare evidente che la maggior parte degli utenti affetti da dipendenza fa capo al Servizio pubblico, cioè ad un sistema sostanzialmente laico.

Le diverse realtà terapeutiche inoltre, connotate dalle rispettive filosofie di riferimento, convivono e interagiscono tra loro con gradi variabili di collaborazione reciproca senza in genere interferire direttamente sui principi che li contraddistinguono.

Dai dati derivanti dalle indagini nazionali su campioni di AA (2009 e 2011 - circa 450 gruppi in Italia) emerge inoltre che meno del 30% viene a conoscenza dei gruppi self-help da un professionista e tra questi da meno del 7% di un professionista delle dipendenze.

Stesso andamento è stato rilevato dalla unica indagine italiana su un campione di appartenenti ad NA (Narcotici Anonimi) nel 2005, con un invio da parte dei professionisti del 26.5% dei frequentanti di cui il 13.6% proveniente da indicazioni di operatori dei Servizi per le dipendenze.

Maggiore appare invece l'invio presso i CAT, attualmente con circa 2000 gruppi all'attivo. Complessivamente coloro che frequentano i gruppi di autoaiuto in Italia sono stimati essere circa 10.000, almeno per i gruppi dedicati ai problemi alcol correlati.

Appare evidente da tali dati come l'utilizzo dei gruppi di autoaiuto non sia al momento una delle risorse maggiormente utilizzate dai Servizi né durante il trattamento né come aftercare.

Ciò appare in contrasto con il grande utilizzo invece dei gruppi self help tipo 12 Passi negli Stati Uniti, e maggiormente simile invece ai dati provenienti da altri Paesi europei.

Laudet e Vederhus hanno analizzato i fattori che contribuiscono alla percezione di ineleggibilità all'invio ai gruppi self-help (solo 12 Passi) attraverso un questionario costituito da domande semplici, da domande aperte e da diverse scale Likert-like, somministrato ad un campione di professionisti delle dipendenze norvegesi e

* Resp. SOS Ser.D. Novi Ligure - Piemonte.

** Psicologa, Psicoterapeuta - Milano.

quindi comparato con un campione di professionisti americani.

I colleghi norvegesi hanno dichiarato una percezione di inelleggibilità all'invio ai gruppi quando presente in ordine decrescente: una comorbilità psichiatrica, mancanza di motivazione all'astensione, alcuni contenuti specifici dei gruppi che possano costituire ostacolo alla partecipazione (ad es. la filosofia o alcuni format del gruppo) tra cui l'aspetto religioso/spirituale, problemi cognitivi o di disabilità, un trattamento a mantenimento con oppiacei, una generale mancanza di indicazione alla partecipazione ad un gruppo.

Per contro, le domande del questionario che sondavano le conoscenze rispetto a caratteristiche organizzative, pratiche e modalità di contatto con gli stessi gruppi, hanno evidenziato da parte dei clinici una maggiore conoscenza delle pratiche di invio ed una molto minore conoscenza di principi, pratiche ed organizzazione dei gruppi.

È interessante in particolare notare la diffusa convinzione che il programma di AA sia lo stesso del "programma Minnesota".

Nel comparare le risposte dei clinici norvegesi con quelle dei clinici americani circa gli ostacoli percepiti rispetto all'invio ai gruppi le differenze statisticamente significative si sono evidenziate solo rispetto alla dichiarazione che gli aspetti religiosi possono essere di ostacolo per molti ($p < 0.001$) e che l'enfasi sul concetto di impotenza può essere dannosa ($p < 0.001$) per il paziente ed infine che per alcuni la partecipazione ai gruppi può essere troppo intensa ($p < 0.001$).

Infine, ma non meno interessante, la comparazione della percezione di importanza del ruolo dei gruppi nel sistema di trattamento e nel recupero, dell'impegno delle organizzazioni nella collaborazione e di valutazione di preparazione al fine di effettuare un invio efficace risultava minore nei clinici norvegesi in maniera statisticamente significativa.

In considerazione di quanto sopra detto e della scarsità degli studi, specie in Italia, circa l'attitudine, le conoscenze ed i criteri di invio dei professionisti delle dipendenze ai gruppi di auto aiuto, si è deciso di sottoporre allo stesso questionario un campione di operatori delle dipendenze italiani per evidenziare somiglianze o differenze con operatori delle dipendenze di altri paesi.

Il questionario

Con il permesso degli Autori, Laudet e Vederhus, si è proceduto alla traduzione del questionario seguendo le linee guida per l'adattamento transculturale.

Inoltre, allo scopo di approfondire maggiormente e specificamente in un contesto italiano il ruolo quale possibile ostacolo dei concetti di spiritualità/religiosità (S/R) nell'invio ai gruppi di auto aiuto, al questionario origi-

nale è stata aggiunta una appendice intesa a sondare convinzioni ed attitudini degli operatori circa S/R nel rapporto col cliente, come area di indagine all'interno dell'anamnesi e del trattamento e/o come elemento condizionante o meno l'invio ai gruppi di auto aiuto.

Tale appendice era costituita da una scala Likert-like composta da 11 item, da alcune domande aperte e dalla richiesta di dare una personale definizione di religiosità e spiritualità.

In questa sede si daranno alcuni risultati relativi a questo specifico tema, rimandando ad altri scritti la descrizione dei risultati del resto del questionario.

Lo studio

Abbiamo condotto nel corso di due mesi del 2012 uno studio-pilota sottoponendo il questionario ad un campione di professionisti delle dipendenze che lavorano in strutture pubbliche e private in Italia.

Il questionario è stato inviato via mail a 12 clinici-chiave sensibili verso i gruppi di auto aiuto scelti per il loro ruolo clinico od organizzativo distribuiti in tutto il territorio regionale con la richiesta di inoltrare il questionario stesso agli appartenenti a strutture da loro dirette o con le quali avessero dei rapporti preferenziali.

L'indicazione era di restituire il questionario, sempre via mail, agli autori dell'indagine.

Un'altra parte di questionari è stata invece somministrata in modalità anonima e cartacea e raccolti rispettando l'anonimato dei rispondenti.

Tale procedura di diffusione e raccolta è stata dettata dall'esigenza di garantire ai partecipanti la assoluta libertà di risposta, la riservatezza e l'anonimizzazione dei questionari restituiti.

Ciò è parso particolarmente necessario data la natura di alcune domande che, per il carattere strettamente personale delle risposte circa convinzioni ed attitudini su R/S, richiedevano tutela per il rispondente da una parte e garanzia di risposte il meno possibile "convenzionali" o stereotipate a causa del contesto di somministrazione e raccolta dall'altra.

I risultati

Hanno risposto al questionario 69 operatori appartenenti sia a Servizi Pubblici (50 soggetti) che privati (19 tra Servizi ambulatoriali privati e CT). L'età media è di 47.2 anni, con una media di impiego nel campo delle dipendenze di 9.3 anni.

Le professionalità presenti sono quelle delle equipe multidisciplinari (28 medici ed infermieri, 19 psicologi, 17 assistenti sociali ed educatori, 5 altri professionisti).

La maggior parte dei partecipanti ha dichiarato di aver inviato pazienti ai gruppi di auto aiuto (74%).

La media degli invii è risultata del 36%, con un range però estremamente ampio (0-100) ed una mediana (20%) ed una moda (10%) piuttosto basse.

In questo campione vi sono perciò professionisti che inviano con una certa costanza, alcuni tutti i loro pazienti, ma mediamente l'invio non risulta attività prevalente nel trattamento.

Nonostante questo i professionisti intervistati dichiarano di ritenere i gruppi di auto aiuto utili od estremamente utili (media di 7.5 su una scala a 10 punti), anche in coloro che dichiarano di non aver mai inviato i loro pazienti ai gruppi.

Allo stesso modo viene riconosciuto ai gruppi un ruolo importante sia nel recupero (media di 7.4 su una scala a 10 punti) che nella collaborazione del sistema di auto aiuto con le istituzioni (media di 7.3 su una scala a 10 punti).

Per quanto riguarda gli aspetti relativi a R/S il 56% riferisce di non considerare gli aspetti religiosi o i concetti spirituali un ostacolo per la frequenza dei gruppi, così come per oltre la metà (53%) il concetto di impotenza, e perciò di potere superiore, non è ritenuto essere pericoloso o dannoso per il paziente.

Solo una piccola parte ha comunque risposto alla parte di questionario che riguardava attitudini e convinzioni personali e nel trattamento rispetto a R/S (28/69).

La personale definizione di spiritualità si riferisce per la maggior parte ad una interpretazione immanente del senso della vita, ed una profonda opportunità di crescita personale ("un concetto correlato all'anima", "alla ricerca del senso della vita", "un bisogno umano di migliorarsi", "un senso di appartenenza ad una cosa più grande") dichiarata non correlata specificamente con la religione.

La religione è invece percepita come un insieme di regole, norme, dogmi e credenze correlate alla Chiesa cattolica e alle sue istituzioni.

Alcuni rispondenti ritengono per altro che spiritualità e religione siano sostanzialmente la stessa cosa ("presenza di un potere superiore", "credere in Dio", "ricerca di trascendenza").

Nell'atteggiamento rispetto ai pazienti prevale sostanzialmente un atteggiamento neutro, poco estremizzato nelle risposte.

La maggior parte dei rispondenti ritiene non sia utile esplorare le convinzioni sulle credenze religiose o spirituali dei loro clienti, salvo quando questi stessi non lo richiedano o non introducano spontaneamente l'argomento all'interno del colloquio.

La non esplorazione dell'argomento non viene comunque ritenuta una questione legata all'etica, ma tendenzialmente non si ritiene che questo sia un aspetto fondamentale per l'esito del trattamento. Molto pochi dichiarano di non sentirsi preparati ad affrontare in un colloquio un argomento simile. In ogni caso è ritenuto

molto più utile parlare di spiritualità piuttosto che di convinzioni religiose.

Conclusioni

Una delle ipotesi iniziali oggetto di approfondimento riguardava il fatto che, essendo il programma dei Gruppi dei 12 Passi connotato da una marcata visione spirituale, questa potrebbe teoricamente costituire un ostacolo od essere in conflitto con un approccio professionale prevalentemente laico.

Dai risultati di questo studio pilota è emerso che i vari soggetti che svolgono un ruolo di cura delle dipendenze interagiscono tra loro con diversi livelli di coinvolgimento, senza interferire apparentemente direttamente sui principi che li contraddistinguono.

Le credenze religiose, la fede e la spiritualità, in quanto istanze che possono far parte della vita delle persone, del loro funzionamento cognitivo ed emozionale sia individuale che sociale, non risultano essere argomento di discussione o di interessamento da parte dei professionisti che hanno risposto al questionario.

Essi, nella sostanza, discutono di questi temi solo nel caso che il loro paziente ne faccia menzione e richiama esplicita.

Si sottolinea comunque come il campione oggetto della ricerca non sia rappresentativo della totalità degli operatori del settore e non possa perciò essere generalizzato nei risultati.

Lo studio nel contempo rappresenta uno dei primi tentativi effettuati in Italia di approfondire le modalità con cui i professionisti inviano pazienti ai gruppi di auto aiuto e le loro opinioni in merito, con particolare attenzione ad aspetti inerenti i concetti sottesi ai programmi come spiritualità e potere superiore.

Note

1. Laico: Autonomo rispetto alle istituzioni religiose; non ispirato da una fede (Sabatini - Coletti, Dizionario della lingua italiana).

Bibliografia

Allamani A. (2006), "Ethical issues raised by mutual-help approaches for substance user treatment: The place of twelve-step organizations", in Kleinig J., Einstein S. (eds.), *Ethical challenges for intervening in drug use: Policy research and treatment issues*, Office of International Criminal Justice, Huntsville, TX: 383-408.

Allamani A. (2007), "Treatment", in Allamani A., Anav S., Cipriani F., Rossi D., Voller F. (eds.), *Italy and alcohol: A country profile*, I Quaderni dell'Osservatorio Permanente Giovani e Alcol n. 19, Casa Editrice Litos, Roma: 93-107.

- Allamani A. (2008), "Views and models about addiction: Differences between treatments for alcohol-dependent people and for illicit drug consumers in Italy", *Substance Use & Misuse*, 43(12): 1704-1728.
- Beaton D.E., Bombardier E., Guillemi F., Bosi F.M. (2000), "Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures", *SPINE*, 25(24): 3186-3191.
- Day E., Gaston R.L., Furlong E., Murali V., Copello A. (2005), "United Kingdom substance misuse treatment workers' attitudes toward 12-step self-help groups", *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2005(29): 321-327.
- Etheridge R.M., Craddock S.G., Hubbard R.L., Rounds-Bryant J.L. (1999), "The relationship of counseling and self-help participation to patient outcomes in DATOS", *Drug and Alcohol Dependence*, 57: 99-112.
- Garelli F. (2013), "Flexible Catholicism religion and the church: The Italian case", *Religions*, 4: 1-13.
- Jean G., Cibir M., Pini P., Aliotta V., Bocchia M., Allamani A. et al. (2004), "Interazione tra servizi alcologici e alcolisti anonimi", in Allamani A., Orlandini D., Bardazzi G., Quartini A., Morettini A. (eds.), *Libro Italiano di Alcologia [Italian Book of Alcoholology]*, vol. II, SEE Editrice, Firenze: 283-288.
- Laudet A.B. (2003), "Attitudes and beliefs about 12-step groups among addiction treatment clients and clinicians: Toward identifying obstacles to participation", *Substance Use & Misuse*, 38(14): 2017-2047.
- Laudet A.B., White W.L. (2005), "An exploratory investigation of the association between clinicians' attitudes toward twelvestep groups and referral rates", *Alcoholism Treatment Quarterly*, 23(1): 31-45.
- Relazione Del Ministro Della Salute Al Parlamento Sugli Interventi Realizzati Ai Sensi Della Legge 30.3.2001 n. 125 "Legge Quadro In Materia Di Alcol E Problemi Alcolcorrelati". Retrieved December 2012 from: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1686_allegato.pdf.
- [Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico Sanitario: Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2011]. Retrieved December 2012 from: www.salute.gov.it; www.rssp.salute.gov.it.
- Vederhus J.-K., Kristensen Ø., Laudet A., Clausen T. (2009), "Attitudes towards 12-step groups and referral practices in a 12-step naive treatment culture: A survey of addiction professionals in Norway", *BMC Health Services Research*, 9: 147, doi:10.1186/1472-6963-9-147.
- Vederhus J.-K., Kristensen Ø., Laudet A., Clausen T. (2010), "Obstacles to 12-step group participation as seen by addiction professionals: Comparing Norway to the United States", *Journal of Substance Abuse Treatment*, 39: 210-217.
- Zavan V., Scuderi P. (2013), "Perception of the Role of Spirituality and Religiosity in the Addiction Treatment Program Among the Italian Health Professionals: A Pilot Study", *Substance Use & Misuse*, 48: 1-4.

Il trattamento dei disturbi psicotici nell'alcolismo

Ezio Manzato*, Felice Nava**, Cristina Biasin*, Giuseppina Cifelli*, Gisella Manzato°, Sara Rosa*, Giovanni D'Agostini***

La schizofrenia e i disturbi psicotici

La schizofrenia secondo il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) dell'American Psychiatric Association (APA, 2000) comprende diversi tipi: paranoide, disorganizzata, catatonica, indifferenziata e residua.

Nel DSM-IV-TR (APA, 2000) relativamente allo spettro schizofrenico sono attualmente previsti altri disturbi: disturbo schizofreniforme, disturbo schizoaffettivo, disturbo delirante, disturbo psicotico breve, disturbo psicotico condiviso, disturbo psicotico dovuto a condizione medica, disturbo psicotico indotto da sostanze e disturbo psicotico non altrimenti specificato (NAS) (Kaplan & Sadock, 2001; Black & Andreasen, 2003; Sadock & Sadock, 2003).

Anche la decima revisione dell'International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10-OMS, 1992) distingue diversi tipi di schizofrenia: paranoide, efebrenica, catatonica e indifferenziata (Kaplan & Sadock, 2001; Black & Andreasen, 2003; Sadock & Sadock, 2003).

L'esordio schizofrenico

Nel periodo di 2-5 anni precedenti l'esordio del primo episodio psicotico (FEP) in circa il 70% dei pazienti sono presenti sintomi "prodromici" (Yung & McGorry, 1996).

I soggetti a rischio di schizofrenia presentano deficit neuropsicologici soggettivi e oggettivi (relativi ad attenzione, memoria verbale e visiva, scioltezza verbale e funzioni esecutive) che contribuiscono a predire la transizione verso il disturbo conclamato (Hambrecht e coll., 2002).

Il primo episodio psicotico è caratterizzato da sintomi negativi (alogia/appiattimento affettivo e anedonia/apatia), da sintomi psicopatologici non specifici della fase pre-psicotica (affettività inappropriata, catatonìa, apa-

tia, perdita di motivazione, depressione, ansia, isolamento sociale, idee bizzarre e sospettosità), da sintomi positivi (allucinazioni, deliri e disorganizzazione del pensiero), da problemi comportamentali seri (violenza, aggressività, suicidio e poliabuso di sostanze, in particolare alcol e cannabis), da impoverimento del funzionamento sociale e occupazionale e da riduzione della qualità della vita.

Solitamente gli outcome funzionali migliorano a breve termine dopo il trattamento, ma a lungo termine rimangono relativamente poveri per una parte rilevante di soggetti; questa condizione clinica è associata a inizio preadolescenziale, ad adattamento premorbile povero e funzionamento cognitivo scadente, ad asimmetria cerebrale e a sintomi negativi durante la fase prodromica e iniziale.

La qualità della vita scadente è correlata con psicopatologia residua, lungo ritardo dell'inizio del trattamento e adattamento premorbile povero (Malla & Payne, 2005). La remissione dei sintomi positivi e/o negativi in pazienti al primo episodio psicotico è stata valutata al decimo anno di follow-up e si è riscontrato che nel 50% dei pazienti la sintomatologia era in remissione clinica; la non remissione era predetta dai sintomi positivi, in particolare dalle allucinazioni, presenti nel primo anno di trattamento dopo l'esordio (Ten Velden Hegelstad e coll., 2013).

Riguardo all'esordio psicotico è stato evidenziato che esisterebbe una forte associazione tra l'uso di sostanze, in particolare cannabis, e maggiore precocità dei primi sintomi psicotici, cosicché la schizofrenia potrebbe essere precipitata dall'uso della cannabis e/o la precocità dei sintomi psicotici potrebbe essere un rischio per l'abuso di cannabis (Barnes e coll., 2006).

Il disturbo da uso di sostanze (DUS), oltre a essere molto comune nel primo episodio psicotico, è anche risultato associato a outcome peggiori al trattamento e può incidere nel deterioramento a lungo termine dei pazienti (Gut-Fayand e coll., 2001).

In pazienti durante il primo episodio psicotico (con storia lifetime di disturbo da uso di sostanze nel 37%, di cui il 28% con disturbo da uso di cannabis-CUD e il 21% di disturbo da uso di alcol-DUA, più frequentemente maschi, con maggiori sintomi positivi e minori sintomi negativi rispetto ai soggetti senza disturbo da uso di sostanze, con una durata di psicosi non trattata-DUP maggiore rispetto a questi ultimi e con un'età più

* Ser.D. 1 - Servizio Alcolologia Azienda ULSS 21 Legnago (Verona).

** Sanità Penitenziaria Azienda ULSS 16 Padova.

*** SPDC Dipartimento di Salute Mentale Azienda ULSS 21 Legnago (Verona).

° Collaboratore alla ricerca Verona.

precoce di inizio della psicosi nei soggetti con disturbo da uso di cannabis) è stato evidenziato che la comorbilità per disturbo da uso di sostanze e/o alcol ha un'influenza negativa sulla risposta terapeutica agli antipsicotici sia di prima generazione/tipici (FGA/AP) che di seconda generazione/atipici (SGA/APA) durante i primi 3 mesi di trattamento (Green e coll., 2004).

I disturbi psicotici comorbili ai disturbi da uso di sostanze e/o alcol

Nell'Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study è stato osservato nella popolazione generale che, tra i soggetti con qualsiasi diagnosi di disturbo mentale lifetime, il 22,3% ha una storia lifetime di dipendenza/abuso di alcol, il 14,7% di dipendenza/abuso di altre sostanze e il 28,9% ha una storia lifetime di altri comportamenti additivi; tra i soggetti che hanno una storia lifetime di disturbo da uso di alcol, il 36,6% ha almeno un altro disturbo mentale e il 21,5% ha un altro disturbo da uso di sostanze lifetime.

Per quanto riguarda la comorbilità con specifici disturbi mentali, nella schizofrenia e nel disturbo schizofreniforme, che hanno una prevalenza lifetime di 1,5%, qualsiasi forma di dipendenza/abuso di sostanze (esclusa la dipendenza da nicotina) è stata trovata nel 47,0% dei soggetti schizofrenici, con un 33,7% di diagnosi correlate ad alcol.

Per quanto riguarda la comorbilità con specifici disturbi da uso di sostanze e/o alcol, la schizofrenia è risultata presente nel 3,8% dei soggetti con disturbi da uso di alcol e nel 6,8% dei soggetti con disturbi da uso di sostanze.

Per quanto riguarda i pazienti trattati in setting specialistici (salute mentale e dipendenze), tra i soggetti con malattie mentali la prevalenza a 6 mesi di qualsiasi disturbo da uso di sostanze e/o alcol è risultata del 19,8% (con 14,3% per disturbo da uso di alcol) contro il 10,6% dei trattati in ambiente non specialistico; tra i soggetti con disturbi da uso di alcol la prevalenza a 6 mesi di qualsiasi disturbo mentale è risultata del 55,0%, del 15,8% per qualsiasi disturbo da uso di sostanze e del 61,9% per presenza sia di disturbo da uso di sostanze che di disturbo mentale; tra i soggetti con disturbi da uso di sostanze la prevalenza a 6 mesi di qualsiasi disturbo mentale è risultata del 64,4%, del 34,1% per disturbo da uso di alcol e del 79,2% per presenza sia di disturbo da uso di alcol che di qualsiasi disturbo mentale.

L'Epidemiologic Catchment Area Study ha inoltre rilevato che le percentuali di disturbi da uso di sostanze e/o alcol tendevano a essere maggiori tra gli uomini e tra i soggetti (maschi e femmine di ogni età) inseriti in setting istituzionali come ospedali, carceri, strutture di emergenza, prigioni e rifugi per homeless (Regier e coll., 1990).

Lo Psychiatric and Additive Dual Diagnosis in Italy Study (PADDI-DSM e PADDI-TC), svolto nei servizi per la salute mentale, nelle comunità terapeutiche tradizionali e specialistiche per doppia diagnosi del sistema delle dipendenze, ha evidenziato una prevalenza di doppia diagnosi tra disturbi da uso di sostanze e/o alcol e disturbi mentali in tali strutture terapeutiche rispettivamente del 3,9%, 77,9% e 94,2%.

La prevalenza complessiva di doppia diagnosi nei servizi di salute mentale è risultata del 3,89%, inferiore ai dati di altri studi epidemiologici, a causa della sensibilità moderata dello screening effettuato dagli operatori con una scheda paziente rispetto alle valutazioni diagnostiche standardizzate; per cui è probabile che la reale prevalenza si collochi su livelli superiori.

Diversamente, le percentuali di doppia diagnosi (particolarmente elevate per i disturbi dell'umore e di personalità) nelle comunità terapeutiche tradizionali e per doppia diagnosi sono risultate coerenti con i dati clinici di altri studi epidemiologici per l'utilizzo di strumenti standardizzati per l'abuso/dipendenza da sostanze e per i diversi disturbi psichiatrici di Asse I e II del DSM-IV-TR (APA, 2000).

In particolare nei servizi di salute mentale la prevalenza di disturbi psicotici è risultata del 28,49%, mentre nelle comunità terapeutiche tradizionali la percentuale di disturbi psicotici è stata del 4,6% e nelle comunità terapeutiche per doppia diagnosi è risultata del 15,2%; nel complesso la comorbilità psichiatrica per disturbi di Asse I e II del DSM è stata pari a 77,9% nelle comunità terapeutiche tradizionali e del 94,2% nelle comunità terapeutiche per doppia diagnosi (Carrà e coll., 2010).

In comunità terapeutiche per doppia diagnosi, mediante la somministrazione dell'Addiction Severity Index (ASI) (McLellan e coll., 1980, 1990), della Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-I Disorders (SCID-I) (First e coll., 1997a) e della SCID-II (First e coll., 1997b), è stato osservato che i disturbi di Asse I del DSM-IV-TR (APA, 2000) maggiormente compresenti nell'alcolismo erano i disturbi dell'umore (49%), con i disturbi d'ansia presenti nel 38% e i disturbi psicotici presenti solo nel 13% (Mammana, 2010).

La prevalenza lifetime della schizofrenia nell'alcolismo è risultata del 2%, quella del disturbo schizoaffettivo del 4% e quella del disturbo schizofreniforme dello 0,8% (Tómasson & Vaglum, 1996; Driessen e coll., 1998).

Negli alcolisti è risultata una percentuale del 21,7% con almeno un disturbo di personalità (PD) rispetto al 6,8% di soggetti controllo; in particolare i disturbi paranoide (PPD) e schizoide (SPD) sono presenti rispettivamente nel 7% e nel 4%, mentre quello ossessivo-compulsivo di personalità (OCPD) è risultato presente nel 12%, seguito da quelli di evitamento (APD) (11%) e dipendente (DPD) (7%) (Echeburúa e coll., 2007).

La comorbilità per disturbi da uso di sostanze e/o alcol (specialmente alcol, cannabis e cocaina) tra gli schizo-

frenici, con stima di prevalenza intorno al 50% e con inizio più precoce della schizofrenia rispetto ai soggetti senza problemi di *addiction*, è associata a outcome più scarsi, come aumento dei sintomi psicotici, minore compliance al trattamento, violenza, instabilità abitativa e vagabondaggio, problemi familiari e legali, problemi medici (infezione da virus HIV, epatite C, ...), incremento della morbilità e della mortalità, minori risorse economiche, istituzionalizzazione in ospedali e carceri e maggiore utilizzo di servizi di crisi con aumento dei costi della cura (Drake & Brunette, 1998; Dixon, 1999).

In uno studio su soggetti trattati per tentati suicidi nella città di Helsinki, da gennaio 1997 a gennaio 1998, relativo all'utilizzo dei servizi di cura da parte di pazienti affetti da disturbi dello spettro schizofrenico o da disturbi dell'umore con o senza comorbidità per disturbo da uso di sostanze, è stato osservato che la maggior parte dei soggetti con disturbo schizofrenico o dell'umore aveva avuto un contatto per trattamento con i servizi di cura nei 30 giorni seguenti il tentato suicidio; mentre solo la metà di quelli con unicamente disturbo da uso di sostanze aveva preso contatto con i servizi di cura.

I pazienti con comorbidità per abuso di sostanze presentavano un minor trattamento dopo il tentato suicidio in entrambi i gruppi di disturbi psichiatrici, risultando che coloro che avevano solo un disturbo da uso di sostanze ricevevano circa 7 volte in meno interventi di *aftercare* rispetto ai soggetti negativi per tale disturbo.

Pertanto il disturbo da uso di sostanze nei soggetti affetti da disturbi dello spettro schizofrenico che tentano il suicidio diminuisce la probabilità di interventi attivi di *aftercare*, malgrado l'alto rischio suicidario (Suominen e coll., 2002).

Da uno studio retrospettivo su soggetti comorbili (con diagnosi di schizofrenia, depressione e disturbo da uso di sostanze) ad alto rischio suicidario, afferenti a servizi di cura per tentato suicidio nella città di Montreal, è emerso come per tale tipologia di soggetti sia necessario un maggior coordinamento tra i dipartimenti ospedalieri d'emergenza, i servizi di cure primarie, i servizi di salute mentale e quelli per le dipendenze per garantire una maggiore continuità di cura (Routhier e coll., 2012).

L'abuso e la dipendenza da sostanze aggravano i sintomi psicopatologici della schizofrenia a causa della mancata aderenza alla terapia farmacologica con la messa in forse di altri interventi terapeutici, per cui tutti i pazienti schizofrenici dovrebbero essere incoraggiati a sospendere l'assunzione, con incitamento alla disintossicazione e alla riabilitazione dalle sostanze, dall'alcol e dalla nicotina (Ziedonis & Fischer, 1996).

In soggetti schizofrenici con disturbi da uso di sostanze e/o alcol, in particolare cocainomani, trattati con gli antipsicotici APA quetiapina o clozapina, è stato dimostrato un più alto tasso di effetti indesiderati extrapiramidali (EPS) rispetto ai pazienti senza comportamento d'abuso (Potvin e coll., 2006a).

È stato anche osservato che i soggetti divenuti astinenti mostravano minori sintomi psicopatologici e riduzione delle percentuali di ospedalizzazione (Drake e coll., 1996).

In un follow-up a lungo termine i soggetti che mantenevano l'astinenza stabile presentavano inoltre incremento della stabilità psicosociale e miglioramenti autoriferiti della qualità di vita (Drake e coll., 1998).

E proprio per raggiungere i migliori risultati nei soggetti con copresenti disturbi mentali e disturbi da uso di sostanze e/o alcol sono stati attivati servizi integrati per la salute mentale e l'abuso di sostanze con una diffusa approvazione di pazienti, clinici, amministratori e ricercatori (Bellack & DiClemente, 1999).

Tale trattamento integrato è basato su diversi approcci: interventi individuali, di gruppo e familiari, approcci di auto-aiuto, terapia psicofarmacologica, soggiorno abitativo, training per le abilità sociali (CST), servizi lavorativi, management del denaro, contingency management (CM) e trattamenti residenziali (Drake e coll., 2001).

In soggetti con schizofrenia o disturbo schizoaffettivo e disturbi da uso di sostanze e/o alcol inseriti in un trattamento integrato per doppia diagnosi (all'interno del New Hampshire Dual Diagnosis Study) sono stati evidenziati a 3 anni numerosi outcome positivi, corrispondenti a comportamenti positivi di coping identificati dai consumatori come indicatori di recupero/guarigione. I partecipanti hanno presentato miglioramenti costanti, in termini di controllo dei sintomi schizofrenici, di remissione dall'abuso delle sostanze e dell'alcol, di occupazione, di aumento di contatti sociali con soggetti non utilizzatori di sostanze e di maggiore soddisfazione della qualità di vita; inoltre è risultata una riduzione dell'ospedalizzazione e del vagabondaggio, ma non un incremento della vita indipendente.

La diagnosi di psicosi (schizofrenia vs. disturbo schizoaffettivo) e quella di abuso di sostanze (alcol vs. sostanze d'abuso vs. entrambe) non sono risultate correlate agli outcome (Xie e coll., 2005).

Il trattamento della schizofrenia e degli altri disturbi psicotici: psicofarmacoterapia e interventi psicosociali

Le raccomandazioni delle linee guida

La Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia Second Edition (2004) evidenzia, poiché la schizofrenia è una malattia cronica che compromette tutti gli aspetti di vita di una persona, come un programma di trattamento debba avere tre obiettivi terapeutici:

1. riduzione o eliminazione dei sintomi psicopatologici;
2. miglioramento della qualità di vita e delle funzioni adattive;

3. promozione e mantenimento del recupero dagli effetti disabilitanti della malattia, cercando il massimo beneficio possibile.

La formulazione e l'implementazione di un piano di trattamento adeguato richiede preliminarmente la definizione di una corretta diagnosi e la valutazione delle condizioni cliniche e psicosociali del paziente.

La formulazione del piano di trattamento prevede la selezione delle modalità di trattamento, dello specifico tipo di trattamento e del setting di trattamento.

Ogni fase richiede specifiche azioni organizzate e guidate in una cornice di management psichiatrico (APA, 2004).

Nel piano di trattamento si distinguono tre fasi: acuta (controllare l'episodio psicotico, sviluppare un'alleanza terapeutica, favorire un rapido ritorno al miglior livello di funzionamento e formulare un piano di trattamento a breve e a lungo termine mediante psicofarmaci e interventi psicosociali), di stabilizzazione (ridurre le situazioni di stress e di causa di ricadute, favorire la riduzione dei sintomi psicopatologici e monitorare la terapia psicofarmacologica) e di mantenimento (garantire la remissione sintomatologica e gestire i sintomi negativi, aiutare il paziente a migliorare e a mantenere il suo livello di funzionamento e la qualità di vita, coordinare la terapia con farmaci antipsicotici e farmaci aggiuntivi, attuare interventi psicosociali: trattamento assertivo di comunità-ACT, programmi di supporto lavorativo, training di abilità sociali, terapia cognitivo-comportamentale-CBT e terapia focalizzata sulla famiglia-FFT) (APA, 2004).

La Guideline Watch (September 2009): Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia ha confermato l'efficacia degli antipsicotici FGA (alaperidolo, perfenazina e molindone) e SGA (clozapina, risperidone, olanzapina, quetiapina, aripiprazolo e ziprasidone con l'aggiunta del paliperidone).

Gli antipsicotici SGA sono stati considerati i farmaci di prima scelta per il trattamento della fase acuta della schizofrenia.

Inoltre sono stati nuovamente raccomandati gli interventi psicosociali: psicoeducazione familiare sia nella fase acuta che nel primo episodio psicotico e nella ricaduta, trattamento assertivo di comunità, supporto lavorativo, terapia cognitivo-comportamentale, training per le abilità sociali, rimedio cognitivo, servizi di auto-aiuto e interventi psicosociali per la gestione clinica del paziente (APA, 2009).

Aspetti gestionali del trattamento

Gli obiettivi del trattamento nella schizofrenia hanno avuto una significativa evoluzione nel corso degli anni e attualmente si sono ampliati dal focus quasi esclusivo

sulla riduzione dei sintomi positivi all'inclusione in una prospettiva a lungo termine di obiettivi terapeutici, come la prevenzione delle ricadute e la valutazione di sintomi non di tipo psicotico, e all'introduzione di concetti clinici come remissione sintomatologica, guarigione e efficacia nella pratica clinica (*effectiveness*); in conseguenza di tale cambio di paradigma la qualità di vita (*quality of life-QoL*) e il benessere del paziente, in linea con gli obiettivi generali fissati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), sono divenuti centrali nel trattamento della schizofrenia (Rossi, 2010).

D'altra parte anche gli obiettivi della stessa terapia antipsicotica hanno subito delle modificazioni rispetto all'era dei neurolettici (antipsicotici convenzionali-AP); infatti con l'utilizzo degli antipsicotici APA alcuni bisogni clinici non corrisposti precedentemente potrebbero in parte essere soddisfatti (come maggiori possibilità di riabilitazione, assenza di deterioramento cognitivo, migliore compliance farmacologica favorita da ridotti effetti indesiderati, ...) e alcuni sintomi psicopatologici bersaglio (come i sintomi negativi, l'etero o autoaggressività e l'ideazione suicidaria) potrebbero essere trattati in modo più adeguato rispetto al passato (Altamura e coll., 2006).

Gli indicatori di esito che possono essere presi in considerazione nel determinare l'efficacia nella pratica clinica includono: la riduzione dei segni e dei sintomi positivi e negativi attraverso scale come la Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) (Kay e coll., 1987) e la Clinical Global Impression (CGI) (Guy, 1976), gli esiti a breve e lungo termine (remissione sintomatologica, prosecuzione del trattamento, miglioramento funzionale e integrazione sociale), la tollerabilità e più in generale il carico (*burden*) legato al trattamento e lo stato di salute complessivo e il benessere del paziente, con particolare attenzione alla qualità di vita (QoL) (Rossi, 2010).

In uno studio prospettico osservazionale di 12 mesi in pazienti con schizofrenia e disturbo schizofreniforme (con inizio entro 5 anni), in monoterapia con antipsicotici AP e APA (clorpromazina, sulpiride, clozapina, risperidone, olanzapina, quetiapina e aripiprazolo) sono stati valutati la qualità di vita e il funzionamento sociale, mettendo in risalto un significativo miglioramento nelle rating scale per la qualità della vita e il funzionamento sociale; in ogni caso tra i diversi antipsicotici solo l'olanzapina e la quetiapina hanno mostrato un miglioramento superiore rispetto all'antipsicotico AP clorpromazina (Guo e coll., 2012).

La terapia psicofarmacologica: raccomandazioni delle linee guida

Relativamente alla terapia psicofarmacologica una review dei dati clinici con evidenza di efficacia sugli psi-

cofarmaci utilizzati per i soggetti con disturbi dello spettro schizofrenico operata dal Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) ha sviluppato la terza formulazione di raccomandazioni su tali trattamenti (Buchanan e coll., 2010).

Nelle raccomandazioni sono stati inseriti i dati clinici provenienti da due studi clinici nella schizofrenia (Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness-CATIE, 2005 e Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study-CUtLASS, 2006), che hanno paragonato gli antipsicotici FGA agli SGA nei pazienti con episodi multipli di schizofrenia, e quelli provenienti dall'European First-Episode Schizophrenia Trial (EUFEST, 2008), che ha paragonato l'aloiperidolo con vari SGA in soggetti al primo episodio di schizofrenia (Lieberman e coll., 2005; Jones e coll., 2006; Kahn e coll., 2008).

Le raccomandazioni, valutate da un comitato consultivo e commentate da un panel di esperti, si riferiscono a 16 aree di trattamento, come revisione di 11 trattamenti precedenti e come 5 trattamenti nuovi (Buchanan e coll., 2010). In particolare sia gli antipsicotici FGA che SGA sono consigliati in quanto sono risultati efficaci sui sintomi positivi acuti della schizofrenia.

Nel lungo termine vi sarebbero maggiori benefici terapeutici, come ritenzione in trattamento e percentuali di remissione clinica, per i SGA rispetto ai FGA, senza grandi differenze tra i vari SGA: i soggetti con schizofrenia responsivi, che mostrano un sollievo clinico rapido e permanente dalla sintomatologia psicotica, dovrebbero continuare il trattamento per mantenere tale situazione clinica di sollievo psicopatologico e per ridurre il rischio di ricadute o di peggioramento dei sintomi positivi.

La clozapina è risultata maggiormente efficace rispetto ad altri SGA (olanzapina, quetiapina e risperidone) per i sintomi positivi residui in soggetti con schizofrenia resistente al trattamento (Buchanan e coll., 2010).

Il trattamento della schizofrenia resistente

Nella schizofrenia resistente al trattamento, oltre all'indicazione forte della clozapina, esistono anche dati clinici incoraggianti sull'utilizzo dell'altro SGA olanzapina.

Nella pratica clinica attuale l'opzione più razionale per un paziente schizofrenico con qualsiasi sintomatologia refrattaria è quella di somministrargli un antipsicotico SGA (olanzapina, risperidone o quetiapina) prima di iniziare un trattamento con clozapina e, in caso di inefficacia terapeutica, dovrebbe essere presa in considerazione una terapia di potenziamento (augmentation) (Altamura e coll., 2006).

L'antiepilettico (AED) topiramato con titolazione lenta è stato aggiunto a pazienti ospedalizzati con schizofrenia cronica resistenti ad antipsicotici SGA (clozapina, olan-

zapina, risperidone o quetiapina), mostrando una riduzione generale della psicopatologia (Tiihonen e coll., 2005).

In una metanalisi di trattamenti controllati con placebo della durata di 10-24 settimane l'augmentation con lo stabilizzatore dell'umore lamotrigina è risultata efficace nei pazienti con schizofrenia resistente alla clozapina, migliorando la sintomatologia positiva e negativa (Tiihonen e coll., 2009).

L'antipsicotico APA aripiprazolo è stato utilizzato efficacemente come augmentation alla clozapina in soggetti con schizofrenia resistente (Muscatello e coll., 2011).

In una review di 24 studi randomizzati controllati, riguardanti l'augmentation in pazienti che presentavano una risposta terapeutica insufficiente alla clozapina, è stato evidenziato che lamotrigina, citaloram, sulpiride e CX516 (agonista glutammatergico) mostravano un'efficacia significativamente migliore sulla severità sintomatologica totale rispetto al placebo; il topiramato e la sulpiride rispetto al placebo avevano un'efficacia significativamente maggiore sui sintomi positivi; il citaloram, la sulpiride e il CX516 presentavano un'efficacia superior rispetto al placebo sui sintomi negativi (Sommer e coll., 2012).

Aspetti gestionali della terapia psicofarmacologica

In pazienti a cui erano ugualmente garantiti interventi per migliorare l'aderenza al trattamento gli antipsicotici SGA hanno mostrato percentuali di aderenza a 6 e 12 mesi maggiori rispetto a quelli FGA (Dolder e coll., 2002).

In una review e metanalisi di 93 studi randomizzati controllati gli antipsicotici SGA infatti sono risultati presentare minori percentuali di drop-out rispetto agli FGA (Rabinowitz e coll., 2009).

Per promuovere l'aderenza al trattamento e la compliance farmacologica sono stati introdotti nella pratica clinica gli antipsicotici *depot* (DAP) che rappresentano un'opzione terapeutica preziosa per i pazienti che richiedono una terapia di mantenimento per la schizofrenia (Patel & David, 2005).

Relativamente alla terapia psicofarmacologica è stato evidenziato che gli antipsicotici AP sono efficaci per i sintomi psicotici nel 60%-70% dei pazienti, mentre circa il 30% non risponde a tali farmaci, specialmente per quanto riguarda i sintomi negativi e i difetti cognitivi (Jibson e coll., 2004).

Gli antipsicotici APA sono maggiormente efficaci sui sintomi negativi e sui disturbi cognitivi.

I pazienti candidati all'induzione con gli antipsicotici APA sono soggetti al primo episodio psicotico, soggetti che non hanno risposto a quelli AP e soggetti con persistenti effetti extrapiramidali (Jibson e coll., 2004).

È anche stato segnalato che nel trattamento acuto gli antipsicotici SGA incrementano la percentuale di pazienti responder dal 24% con placebo al 41% e nel trattamento di mantenimento riducono le ricadute dal 54% al 20% entro i 10 mesi di trattamento (Kane e coll., 2012).

Gli interventi psicosociali e la psicoterapia: raccomandazioni delle linee guida

Relativamente alla riabilitazione psicosociale una review dei dati clinici con evidenza di efficacia sugli interventi psicosociali per i soggetti con disturbi dello spettro schizofrenico operata dal Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) ha sviluppato la terza formulazione di raccomandazioni su tali interventi psicosociali.

Le raccomandazioni si riferiscono a 8 aree di trattamento:

1. Il trattamento assertivo di comunità per soggetti con disabilità a rischio di interruzione del trattamento, ospedalizzazione o vagabondaggio.
2. Il supporto lavorativo per migliorare la competitività, le ore lavorative e il salario.
3. Il training per le abilità sociali per migliorare le interazioni sociali, la vita indipendente e altri outcome di funzionamento comunitario.
4. La terapia cognitivo-comportamentale individuale o di gruppo (della durata media di 4-9 mesi) per ridurre la severità dei sintomi psicopatologici in pazienti trattati con psicofarmacoterapia.
5. Gli interventi di supporto economico per migliorare i comportamenti adattivi.
6. I servizi per la famiglia con interventi di educazione, sulla crisi e di supporto emotivo, della durata almeno di 6-9 mesi, per migliorare il carico emotivo, il distress e le relazioni familiari.
7. Gli interventi psicosociali per alcol e sostanze d'abuso integrati con il trattamento della salute mentale (intervento motivazionale-MET, trattamento educativo-ET, training di abilità sociali, prevenzione della ricaduta-PR, partecipazione a gruppi di auto-aiuto, case management-CM ed esame tossicologico urinario settimanale).
8. Gli interventi individuali o di gruppo per promuovere la perdita di peso in soggetti in sovrappeso (indice di massa corporea-BMI = 25,0-29,9) o obesi (BMI ≥ 30,0) in trattamento con antipsicotici FGA e SGA, della durata di almeno 3 mesi (ma fino a 6), basati su counseling nutrizionale, controllo del consumo calorico e del cibo assunto, auto-monitoraggio di livelli giornalieri del cibo assunto e dell'attività, modificazioni nella dieta e nell'attività fisica e in alcuni casi somministrazione dell'antidiabetico metformina (Dixon e coll., 2010).

La psicoeducazione come intervento "obbligatorio" all'interno di un programma riabilitativo per soggetti schizofrenici e loro familiari ha ridotto significativamente le riospedalizzazioni e i giorni trascorsi in modo intermittente in ospedale (Bäumel e coll., 2006).

La terapia cognitivo-comportamentale (CBTp) per le psicosi è risultata in complesso associata a effetti benefici sui sintomi psicopatologici target del disturbo, come sintomi positivi e negativi, funzionamento generale, umore e ansia sociale, ma non sul vagabondaggio; inoltre è stato evidenziato che i miglioramenti in un'area erano correlati con i miglioramenti nelle altre aree (Wykes e coll., 2008).

L'intervento familiare, come anche la terapia cognitivo-comportamentale, è risultato ridurre le ricadute nella psicosi, ha dimostrato di migliorare i sintomi positivi (distress delirante), la depressione e il funzionamento sociale, mentre non è risultato efficace sulle percentuali di ricaduta e sulle riammissioni ospedaliere (giorni di ospedalizzazione) a 12 e 24 mesi (Garety e coll., 2008).

La terapia psicologica integrata (IPT), che combina interventi neurocognitivi e cognitivo-sociali, è risultata associata nei pazienti schizofrenici a effetti terapeutici positivi per sintomi psicopatologici, funzionamento psicosociale e neurocognizione.

La superiorità della terapia psicologica integrata rispetto al trattamento controllato (cura standard) si è mantenuta anche a un follow-up a circa 8 mesi (Roder e coll., 2006).

È noto che i pazienti schizofrenici hanno una longevità più bassa rispetto alla popolazione generale come conseguenza della combinazione di fattori di rischio collegati alla malattia, allo stile di vita e all'uso di farmaci che possono causare un aumento di peso.

In uno studio multicentrico, randomizzato controllato è stata testata l'efficacia di un programma centrato sul benessere (Lifestyle Wellness Program-LWP) in pazienti schizofrenici (in totale 160) assegnati a random al gruppo di intervento (81 soggetti) o al gruppo di cure standard (SC) (79 soggetti).

Il programma consisteva in incontri di gruppo di un'ora alla settimana per discutere argomenti quali le scelte dietetiche, lo stile di vita, l'attività fisica e l'autostima che coinvolgevano sia i pazienti che i loro familiari.

Il programma aveva la durata di 12 settimane.

Nel gruppo trattato, dopo 3 mesi si è rilevata una riduzione di peso pari a 0,48 kg, mentre il gruppo non trattato presentava un aumento di peso di 0,48 kg. Al follow-up del sesto mese il gruppo trattato presentava una significativa riduzione di peso pari a -1,15 kg, mentre l'altro gruppo mostrava un aumento di peso pari a 0.5 kg.

In conclusione è ragionevole supporre che gli interventi sullo stile di vita possano avere effetti a lungo termine sul controllo dell'aumento di peso nei pazienti schizofrenici (Attux e coll., 2013).

La gestione clinica e le fasi del trattamento

Nella fase iperacuta del trattamento della schizofrenia in linea generale la terapia del paziente agitato può prevedere o l'impiego di una dibenzodiazepina (come clonazepam, olanzapina o quetiapina) o aripiprazolo o ziprasidone; le prime sono farmaci ad alto potenziale sedativo conseguente alla loro azione anti-istaminergica e presentano il vantaggio terapeutico di poter essere utilizzate da sole, l'aripiprazolo e lo ziprasidone, impiegati in formulazione orale, richiedono l'associazione con un secondo farmaco sedativo per il controllo dell'*arousal*; il vantaggio terapeutico in questo caso è che il secondo farmaco può essere interrotto quando la sedazione non risulta più necessaria, in tal modo sono limitati significativamente gli effetti indesiderati derivanti dall'azione anti-istaminergica.

Nelle formulazioni iniettabili aripiprazolo e ziprasidone possono essere utilizzati da soli.

In fase di agitazione possono risultare utili le BDZ, che mostrano una certa efficacia sull'ansia e sull'acatisia essendo anche sicure dal punto di vista cardiovascolare (Fagiolini, 2010).

A seguito della remissione sintomatologica di un primo episodio iniziale di schizofrenia, essendo molto alto il tasso di ricaduta dopo la sospensione della terapia farmacologica (circa il 78% nel primo anno e 98% entro il secondo), la stessa viene continuata almeno per 1 anno dopo la risoluzione sintomatica della psicosi, con tassi di ricaduta più ridotti (Kissling e coll., 1991; Gitlin e coll., 2001).

La sospensione del farmaco dovrebbe essere molto graduale e il paziente dovrebbe essere controllato clinicamente per un lungo periodo, con un ripristino rapido dell'antipsicotico in caso di primi segni di esacerbazione dei sintomi psicopatologici; tale ripristino farmacologico veloce permette di prevenire sia una psicosi conclamata che la riospedalizzazione (Gitlin e coll., 2001).

Per quanto concerne la terapia di mantenimento con antipsicotici, gli obiettivi terapeutici sono rappresentati dalla prevenzione delle ricadute e dal miglioramento del funzionamento psicosociale e lavorativo; a tale riguardo inoltre sono molto importanti gli interventi psicosociali integrati e il trattamento e la prevenzione di altre comorbidità psichiatriche, come i disturbi da uso di sostanze e/o alcol (Woo e coll., 2005).

Riguardo alla durata del trattamento per la prevenzione delle ricadute sono state suggerite delle indicazioni dalle Guidelines for Neuroleptic Relapse Prevention in Schizophrenia che sottolineano tre punti: la prevenzione delle ricadute è più importante degli effetti collaterali, poiché la maggior parte di questi è reversibile, il consiglio clinico è di 1-2 anni di terapia farmacologica dopo l'episodio iniziale a causa dell'alto rischio di ricadute con deterioramento sociale e un ulteriore consiglio si riferisce ad almeno 5 anni di trattamento per i pazienti

con più episodi, poiché il rischio di ricadute resta alto; a queste procedure si aggiunge la considerazione clinica che per i pazienti pericolosi per sé e per gli altri è raccomandato il trattamento per tutta la vita (Kissling e coll., 1991).

Durante la terapia di mantenimento di pazienti schizofrenici la tecnica di utilizzo intermittente degli antipsicotici, rispetto alla modalità di uso continuativo, riguarda solo i periodi di ricaduta incipiente o di esacerbazione dei sintomi psicotici; lo scopo terapeutico della modalità intermittente è di ridurre il rischio di effetti avversi dovuti all'esposizione a lungo termine, salvaguardando la limitazione dei rischi di ricaduta e il miglioramento del funzionamento sociale.

Da una review di 241 record del Cochrane Schizophrenia Group Trials Register (ad aprile 2012) e di 17 studi randomizzati controllati, paragonando gli effetti terapeutici tra la modalità intermittente e quella continuativa, è stato evidenziato che le ricadute nel lungo termine sono superiori in modo significativo nella prima; tuttavia la modalità intermittente è risultata più efficace del placebo e nel medio termine ha presentato minori ricadute complete.

Pertanto la modalità continuativa della farmacoterapia antipsicotica nel mantenimento è superiore alla modalità intermittente nel prevenire le ricadute, peraltro quest'ultima è significativamente vantaggiosa rispetto al non trattamento (Sampson e coll., 2013).

I farmaci per l'addiction

Le raccomandazioni delle linee guida

La Practice Guideline for the Treatment of Patients with Substance Use Disorders, Second Edition, dell'American Psychiatric Association (2006) raccomanda con diversi gradi di forza (notevole I, moderato II o secondo circostanze individuali III) gli aspetti terapeutici fondamentali del trattamento dei pazienti con disturbi da uso di sostanze e/o alcol (APA, 2006).

Gli scopi fondamentali di tale trattamento sono il successo nell'astinenza o nella riduzione dell'uso e degli effetti delle sostanze, la riduzione della frequenza e della severità delle ricadute e il miglioramento nel funzionamento psicologico e sociale.

I principi generali di tale trattamento si riferiscono a:

1. assessment, come valutazione psichiatrica globale per guidare il trattamento (I);
2. management psichiatrico che è fondamentale per il trattamento di tali pazienti (I);
3. trattamento specifico basato su terapie farmacologiche (I) e interventi psicosociali (I): terapia cognitivo-comportamentale, terapia motivazionale, terapia comportamentale, programma dei 12 Passi (TSF) e terapia interpersonale (IPT). Molto importante è

l'integrazione del trattamento per i pazienti con disturbi da uso di sostanze e/o alcol e comorbidità psichiatrica;

4. formulazione e implementazione del piano di trattamento (I) basato su un programma di intervento a lungo termine a causa della cronicità di tali disturbi;
5. setting di trattamento, i pazienti dovrebbero essere trattati nel setting di trattamento meno restrittivo, sicuro ed efficace (I); i tipi di trattamento sono: ospedalizzazione (I), trattamento residenziale (II), ospedalizzazione parziale (II) e trattamento ambulatoriale (I);
6. caratteristiche cliniche che influenzano il trattamento, tra cui la comorbidità psichiatrica e le malattie mediche correlate (I) (APA, 2006).

Tra i farmaci indicati specificatamente a seconda delle necessità cliniche e delle fasi del decorso del disturbo da uso di sostanze e/o alcol è suggerito l'antagonista dei recettori degli oppiacei naltrexone (NAL) per la promozione dell'astinenza e per la prevenzione delle ricadute nel disturbo da uso di oppioidi e nell'alcolismo; nell'alcolismo sono indicati l'antagonista dei recettori NMDA del glutammato acamprosato (ACP) e l'avversativo disulfiram (DSF).

Inoltre sono consigliati diversi psicofarmaci (stabilizzatori dell'umore, antipsicotici e antidepressivi) per i disturbi bipolari, per quelli dello spettro schizofrenico e per i disturbi depressivi e d'ansia.

La terapia farmacologica infine è indicata in associazione con interventi psicosociali (APA, 2006).

Il naltrexone e il disulfiram

Relativamente ai disturbi dello spettro psicotico il naltrexone (50 mg/die) e il disulfiram (250 mg/die) sono stati utilizzati da soli o in associazione e confrontati con placebo per 12 settimane con buoni risultati (anche se inferiori ai soggetti non psicotici) relativamente agli outcome per l'alcol (riduzione dell'uso di alcol e dei giorni di bere e contemporaneo maggior numero di giorni consecutivi di astinenza e riduzione del *craving*) e generali (buona compliance e non peggioramento dei sintomi psicotici) in soggetti psicotici (schizofrenia, disturbo schizoaffettivo e anche disturbo bipolare) trattati in un setting di riabilitazione ambulatoriale e stabilizzati con terapia psicofarmacologica.

I soggetti sono stati valutati al basale e periodicamente con rating scale per la sintomatologia psicopatologica e scale per l'assunzione alcolica e il *craving*.

In sintesi, al termine del trattamento è stato evidenziato che i soggetti psicotici presentavano una ritenzione in trattamento e una compliance farmacologica analoga ai soggetti non psicotici (oltre l'80%), avevano invece un maggior numero di giorni di bere eccessivo e un minor numero di giorni di astinenza rispetto ai soggetti non

psicotici, presentavano migliori risultati con la terapia con disulfiram o naltrexone rispetto al placebo, ma non con la loro associazione, non presentavano esacerbazione rispetto ai sintomi psicotici e non avevano effetti indesiderati e reazioni avverse in numero superiore rispetto ai soggetti non psicotici.

In conclusione si è evidenziata l'opportunità di utilizzare questi due farmaci nella terapia della dipendenza da alcol nei soggetti con disturbi dello spettro psicotico (Petrakis e coll., 2006). In particolare, il disulfiram ha mostrato come vantaggio terapeutico quello di favorire l'astinenza completa, che è utile nella fase iniziale, in quanto elimina l'uso impulsivo dell'alcol; in realtà, la totale proibizione del bere riduce la preoccupazione dell'alcol e, quindi, il *craving*, che invece è favorito dalla possibilità di utilizzare sostanze (Sinha & O'Malley, 1999); il disulfiram, inoltre, in modo inaspettato ha presentato un vantaggio terapeutico sul naltrexone riguardo al controllo del *craving* (Petrakis e coll., 2005, 2006).

Gli svantaggi del disulfiram erano rappresentati dal potenziale peggioramento dei disturbi psicotici, dalla riluttanza dei clinici a prescriberlo in tale popolazione "vulnerabile" e dalla limitata accettabilità da parte dei pazienti (Petrakis e coll., 2006).

Infatti, è necessario ricordare che tale farmaco avversativo dovrebbe essere utilizzato con cautela per la sua azione di aumento dei livelli di dopamina causato dal blocco della dopamina-, -idrossilasi, che può esacerbare la sintomatologia psicotica (Bourdelat-Parks e coll., 2005); in realtà è stato evidenziato che il dosaggio di 250 mg/die non causa peggioramento dei sintomi psicotici (Petrakis e coll., 2006).

Inoltre, prima della sua prescrizione, è stata consigliata l'effettuazione di un assessment psicodiagnostico puntuale, in quanto il suo utilizzo è stato suggerito nei soggetti che presentano giudizio e memoria conservati e assenza di impulsività (APA, 2002, 2006; Brady & Malcom, 2006); in ogni caso, i soggetti a cui prescrivere il disulfiram dovrebbero essere pazienti clinicamente stabilizzati e adeguatamente trattati con psicofarmaci e motivati verso il programma riabilitativo (Petrakis e coll., 2006).

Il naltrexone, d'altra parte, è sembrato un'opzione più interessante e maggiormente gradita ai pazienti; inoltre il farmaco ha mostrato maggiore compliance farmacologica rispetto al disulfiram, buoni risultati circa la riduzione dell'uso di alcol e dei giorni di bere, contemporaneo maggior numero di giorni consecutivi di astinenza, riduzione del *craving* e miglioramento dei sintomi psicotici (Batki e coll., 2002; Petrakis e coll., 2006).

Gli antipsicotici nella psicosi associata ai disturbi da uso di sostanze e/o alcol

La Practice Guideline for the Treatment of Patients with Substance Use Disorders. Second Edition dell'A-

merican Psychiatric Association ha indicato delle raccomandazioni cliniche per il trattamento di soggetti con schizofrenia e altri disturbi psicotici e disturbi da uso di sostanze e/o alcol, consigliando un trattamento basato sull'integrazione di interventi psicosociali e farmacoterapia per l'*addiction* e psicofarmacoterapia per i disturbi di Asse I e II del DSM-IV-TR (APA, 2000, 2006).

Nel trattamento della schizofrenia e di altri disturbi psicotici associati in comorbidità per abuso e dipendenza da sostanze e/o alcol gli antipsicotici APA sono considerati i farmaci di prima scelta per il vantaggio dei minori effetti indesiderati e della minore probabilità di effetti extrapiramidali e di discinesia tardiva (TD) e per il miglioramento degli aspetti cognitivi oltre che dei sintomi positivi e negativi, dell'aggressività, dell'impulsività e dei suicidi (Green e coll., 2003).

In una review relativa all'uso di antipsicotici FGA e SGA nel trattamento di pazienti schizofrenici e disturbo da uso di sostanze comorbile è stato evidenziato come l'uso degli antipsicotici FGA sia rimasto limitato, mentre si è verificato un utilizzo maggiore di SGA, in particolare di clozapina, in tale tipologia di pazienti duali; riguardo a tali farmaci i dati clinici di case report, di studi in aperto e retrospettivi hanno messo in risalto il decremento di uso di alcol, cocaina e cannabis e di fumo di sigarette contemporaneamente a un miglioramento complessivo dei sintomi psicopatologici (San e coll., 2007).

Gli antipsicotici SGA, diversamente da quelli FGA, sono risultati efficaci sia con pazienti schizofrenici che con soggetti con disturbi dello spettro schizofrenico e comorbidità per abuso di sostanze e/o alcol, permettendo di ridurre l'abuso dell'alcol e delle sostanze (Green e coll., 2008).

In una review relativa alla farmacoterapia antipsicotica della schizofrenia è stata indicata la superiorità degli antipsicotici SGA (aripiprazolo, clozapina, olanzapina, quetiapina e risperidone) rispetto a quelli FGA nel migliorare la sintomatologia psicopatologica, nel ridurre il *craving* e l'uso delle sostanze.

L'aggiunta di antidepressivi triciclici (TCA) alla terapia antipsicotica di mantenimento ha mostrato efficacia nel ridurre il *craving* e l'uso delle sostanze, così pure l'aggiunta dell'agente anti-*craving* naltrexone ha portato alla riduzione dell'assunzione delle sostanze (Wobrock & Soyka, 2008).

In una review è stato evidenziato che la combinazione creativa di farmacoterapia e psicoterapia offre il trattamento maggiormente efficace per la comorbidità tra schizofrenia e disturbi da uso di sostanze e/o alcol.

Gli antidepressivi vengono utilizzati efficacemente nel migliorare i sintomi correlati alle sostanze tra i pazienti con disturbi ansiosi e dell'umore; gli antipsicotici SGA (clozapina, olanzapina e risperidone) sono maggiormente efficaci per il trattamento della schizofrenia con

comorbidità per sostanze, riducendo l'assunzione di alcol, cocaina e cannabis.

La terapia motivazionale, il contingency management e le terapie comportamentali hanno mostrato maggiore efficacia per il trattamento delle forme di comorbidità più severa (Kelly e coll., 2012).

Nel trattamento della schizofrenia con comorbidità per disturbo da uso di sostanze e/o alcol è stato sottolineato che la combinazione di farmacoterapia (clozapina, antidepressivi, anticonvulsivanti, naltrexone e disulfiram) e interventi psicosociali (terapia motivazionale, terapia cognitivo-comportamentale, strategie comportamentali e contingency management) è più efficace dei singoli trattamenti (Addy e coll., 2012).

L'elevata affinità per i recettori dopaminergici D₂ da parte degli antipsicotici FGA potrebbe determinare una sovraregolazione e una supersensibilità di tali recettori, che favorirebbe sia il rinforzo positivo da parte delle sostanze sia l'insorgenza di effetti extrapiramidali (Krystal e coll., 1999).

Per tali motivi sarebbe maggiormente indicato l'utilizzo di antipsicotici SGA che presentano una differente affinità recettoriale.

Gli APA hanno affinità maggiore per i recettori dopaminergici D₁ e minore per i D₂ (con minor osservazione clinica di effetti indesiderati motori e aumento di prolattina-PRL) e alta affinità per quelli della serotonina (5-HT_{2A}); tale azione non è di disturbo ai circuiti mesolimbici dopaminergici che hanno un ruolo fondamentale nella regolazione dei meccanismi dell'*addiction*; diversamente gli antipsicotici AP inibiscono selettivamente i recettori D₂ bloccandoli e interferendo con la trasmissione dopaminergica che favorisce l'anedonia e i deficit cognitivi (indebolimento dell'attenzione e della working memory), che vengono contrastati dai pazienti con le sostanze d'abuso (Green e coll., 2003; Green, 2005; Ziedonis e coll., 2005; Volkow, 2009).

Gli antipsicotici atipici

Sebbene il rischio di suicidio sia molto alto nei pazienti schizofrenici in confronto con la popolazione generale, sono poco note le situazioni che possono significativamente stimolare atti di violenza negli stessi.

In una review della letteratura psichiatrica prodotta dal 1970 al 2010 è emerso che tra i fattori che possono aumentare il rischio di episodi di violenza sono presenti l'alcolismo e l'abuso di sostanze, oltre a giovane età, non compliance al trattamento, caratteristiche di personalità antisociale, sottotipo paranoide, storia di ideazione suicidaria e di tentati suicidi (SA) e storia di frequenti ospedalizzazioni.

Nella pratica clinica i pazienti con rischio di commettere omicidio dovrebbero essere individuati e monitorati strettamente e per tali pazienti la scelta terapeutica

maggiormente razionale dovrebbe essere l'antipsicotico APA clozapina, che in trial clinici si è dimostrata efficace nel prevenire comportamenti violenti e aggressivi nei pazienti schizofrenici (Belli & Ural, 2012).

La clozapina (dose media >500 mg/die) è stata analizzata in confronto con altri antipsicotici in uno studio retrospettivo di 3 anni di soggetti giovani con schizofrenia (70,2%) e disturbo schizoaffettivo (29,8%) e comorbidità attuale con disturbi da uso di sostanze e/o alcol (alcol nel 69,5%, cannabis nel 31,8% e cocaina nel 11,3%).

Nei soggetti con disturbo da uso di alcol attuale il 41% presentava un altro disturbo da uso di sostanze in atto (30,5% cannabis, 14,3% poliabuso e 9,5% cocaina).

Nei soggetti con disturbo da uso di sostanze attuale il 73,8% abusava di cannabis, il 26,1% abusava di cocaina e il 66,2% abusava di alcol.

Tutti i pazienti erano seguiti in programmi riabilitativi per doppia diagnosi con diversi interventi.

Il dosaggio farmacologico e i tempi di utilizzo della clozapina, prescritta secondo il criterio clinico di non responsività o di intolleranza agli antipsicotici AP, sono stati individualizzati secondo la risposta clinica al farmaco.

Durante i 3 anni del trattamento è stato eseguito regolarmente il dosaggio chimico tossicologico delle sostanze nelle urine e al basale e ai follow-up semestrali è stata fatta una valutazione della sintomatologia psicopatologica con una rating scale per verificare i disturbi del pensiero e dell'affettività, l'anergia e la disorganizzazione mentale.

I pazienti che assumevano clozapina hanno presentato una significativa riduzione nella severità dell'abuso di alcol e dei giorni di bere e un aumento della remissione del disturbo da uso di alcol, oltre a riduzione della severità dell'abuso di sostanze e dei giorni di uso e a remissione alle scale per l'alcol e le sostanze (punteggio <3); durante un intervallo di 6 mesi la media calcolata è stata di 54,1 giorni di bere per i soggetti senza clozapina (in terapia con altri antipsicotici) e 12,5 giorni di bere per i soggetti in terapia con clozapina.

Al termine dello studio, completato dal 91% dei soggetti, il 79% dei pazienti in terapia con clozapina era in remissione completa dal disturbo da uso di alcol da 6 mesi o più; invece la remissione completa nei soggetti senza clozapina era solo del 33,7%.

La riduzione del disturbo da uso di sostanze e/o alcol è risultata fortemente correlata con la diminuzione dei sintomi di anergia, ma non dei sintomi positivi (Drake e coll., 2000).

La clozapina (dose media 439,6 mg/die) è stata utilizzata e confrontata retrospettivamente per 1 anno con risperidone (dose media 3,9 mg/die) in pazienti con schizofrenia e con disturbo schizoaffettivo e comorbidità con disturbo da uso di alcol e/o cannabis; l'efficacia del trattamento era riferita alla cessazione di uso di alcol e can-

nabis e i tassi di astinenza a 1 anno sono risultati significativamente maggiori nei pazienti trattati con clozapina rispetto a quelli trattati con risperidone (54% vs. 12,5%); si è evidenziata una maggiore diminuzione nel *craving*; infine, risultava migliorata la psicopatologia.

Nonostante le limitazioni della retrospettività dello studio, i risultati indicano che i soggetti trattati con clozapina erano astinenti da alcol e cannabis in numero maggiore rispetto a quelli trattati con risperidone (Green e coll., 2003).

La clozapina (400-500 mg/die) a 2 anni (all'interno di uno studio prospettico di follow-up di 10 anni) in pazienti schizofrenici e con disturbo schizoaffettivo con remissione dall'uso di sostanze è risultata associata a una marcata riduzione nelle percentuali di ricadute riguardo all'alcol e alle sostanze.

I soggetti presentavano schizofrenia nel 53,4%, disturbo schizoaffettivo nel 22,4% e disturbo bipolare nel 24,2% (non considerati nell'analisi) e presentavano copresenza di disturbi da uso di sostanze e/o alcol: 74,8% comorbidità con alcol e 41,9% con sostanze (cannabis in prevalenza, seguita da cocaina).

Il 72,8% dei soggetti schizofrenici e con disturbo schizoaffettivo ha presentato remissione dall'abuso di sostanze durante i 6 mesi iniziali e di questi il 93,5% è stato successivamente seguito per 2 anni (all'interno di un follow-up di 10 anni).

La terapia dei soggetti seguiti al follow-up era costituita da antipsicotici AP (62 pazienti), clozapina (25 pazienti) e risperidone e olanzapina (4+4 pazienti).

La valutazione iniziale e il successivo monitoraggio clinico comprendevano scale per valutare la psicopatologia e l'assunzione di alcol e sostanze e sono stati eseguiti esami di laboratorio, screening delle urine e verifiche mediche per validare i self-report sulle sostanze e/o sull'alcol.

Al primo anno i pazienti in terapia con clozapina presentavano una percentuale di ricadute riguardo all'alcol e alle sostanze dell'8,0% rispetto al 40,0% di quelli che avevano assunto antipsicotici AP (con percentuali simili tra gli antipsicotici assunti oralmente che con somministrazione *depot*); gli 8 pazienti che hanno assunto risperidone e olanzapina hanno presentato le stesse percentuali di ricaduta degli antipsicotici AP.

Al follow-up al primo anno i pazienti in terapia con clozapina rispetto alle altre variabili cliniche erano simili a quelli che avevano assunto antipsicotici AP o gli altri APA; in particolare gli score dei sintomi psicopatologici erano migliorati durante l'anno in modo analogo sia con clozapina che con gli altri antipsicotici.

Anche al secondo anno i pazienti in terapia con clozapina avevano mantenuto una minore percentuale di ricadute.

Pertanto i soggetti in terapia con clozapina hanno presentato percentuali minori di ricadute nell'abuso di sostanze e/o alcol rispetto ai soggetti con assunzione di

altri antipsicotici, usufruendo degli stessi servizi di cura e a 2 anni hanno mantenuto tale vantaggio terapeutico (Brunette e coll., 2006).

In uno studio prospettico osservazionale è stato paragonato l'effetto terapeutico della clozapina (fino a 500 mg/die) rispetto al risperidone (fino a 4 mg/die) sulla percentuale di riospedalizzazione psichiatrica a 2 anni e sul tempo di ospedalizzazione in pazienti schizofrenici con comorbidità per disturbo da uso di alcol.

I pazienti trattati con clozapina rispetto a quelli trattati con risperidone sono stati riammessi in ospedale in numero significativamente minore (con media di sopravvivenza di 526,5 giorni contro 420,4).

Ai 2 anni dall'inizio dello studio il 75% dei pazienti in risperidone era stato riospedalizzato rispetto al 48% di quelli in clozapina.

Pertanto la clozapina dovrebbe essere utilizzata preferenzialmente per il trattamento dei pazienti schizofrenici con comorbidità con alcolismo (Kim e coll., 2008).

L'antipsicotico APA olanzapina (5-10 mg/die per le prime 6 settimane e 5-20 mg/die per le seconde e dose media 10,2 mg/die) verso aloperidolo (2-6 mg/die per le prime 6 settimane e 2-20 mg/die per le seconde e dose media 4,8 mg/die) in uno studio multicentrico in acuto di 12 settimane (con una successiva fase di mantenimento di 92 settimane) è stato utilizzato in soggetti durante il primo episodio psicotico (schizofrenia, disturbo schizoaffettivo e disturbo schizofreniforme) diagnosticati con le rating scale del DSM-IV e per i sintomi positivi e negativi.

L'efficacia è stata misurata periodicamente riguardo alla psicopatologia, agli aspetti psicosociali e lavorativi, alle funzioni cognitive e agli effetti indesiderati; è stata attuata valutazione rispetto all'uso lifetime o attuale di alcol e/o altre sostanze.

I pazienti alla storia psicopatologica presentavano psicosi per tempi inferiori ai 5 anni e recupero sintomatico per un periodo di 6 mesi o più; l'anamnesi tossicologica era positiva per una storia lifetime di disturbi da uso di sostanze nel 37% dei casi (con anche una storia attuale nel 7,6%) e di questi il 28% aveva una diagnosi lifetime di disturbo da uso di cannabis, il 21% da uso di alcol, il 6% da uso di cocaina (COUD), il 5% da uso di allucinogeni/PCP (HUD) e l'1% da oppiacei.

Al termine delle 12 settimane i pazienti con disturbo da uso di sostanze erano responder per il 27% (23% per olanzapina e 31% per aloperidolo), mentre quelli senza disturbo da uso di sostanze avevano risposto positivamente per il 35% (38% per olanzapina e 32% per aloperidolo); complessivamente né il disturbo da uso di sostanze né il disturbo da uso di cannabis sono apparsi influenzare la percentuale di risposta terapeutica, mentre diversamente la situazione di disturbo da uso di alcol ha mostrato un significativo effetto farmacologico nella percentuale di risposta terapeutica nei soggetti trattati con olanzapina, ma non in quelli in trattamento

con aloperidolo; mentre nei pazienti in trattamento con aloperidolo il 27% dei soggetti con disturbo da uso di alcol è risultato responder nei pazienti trattati con olanzapina solo il 9% dei soggetti è risultato responder.

In complesso è stato osservato che il primo episodio di psicosi è generalmente associato a comorbidità per disturbo da uso di sostanze e/o alcol, con la cannabis come sostanza maggiormente utilizzata, seguita dall'alcol; i soggetti con disturbo da uso di sostanze rispetto a quelli senza rispondono (come sintomi positivi e negativi, psicopatologia generale, depressione e funzionamento generale) in modo minore agli antipsicotici sia AP che APA durante le prime 12 settimane di trattamento; in particolare i pazienti con disturbo da uso di alcol trattati con olanzapina rispondono meno rispetto a quelli senza disturbo da uso di alcol (Green e coll., 2004).

L'olanzapina è stata utilizzata in un trattamento osservazionale di 6 mesi in soggetti con disturbi da uso di sostanze (eroina, cocaina/amfetamine, cannabis, alcol e polidipendenza) e comorbidità psichiatrica (schizofrenia, disturbo schizoaffettivo, disturbo bipolare I e II, disturbo ciclotimico, disturbo depressivo maggiore e disturbi di personalità), associata ad altre terapie farmacologiche (agonisti degli oppiacei-metadone e buprenorfina, antagonista degli oppiacei-naltrexone, avversativo-disulfiram, alcolmimetico sodio oxibato-GHB e altri psicofarmaci-antidepressivi e stabilizzatori dell'umore); il farmaco antipsicotico ha determinato un miglioramento della sintomatologia psicopatologica (remissione sintomatologica nel 50% dei soggetti e miglioramento nel 37%) e nei comportamenti d'abuso delle sostanze (astensione completa nel 35% dei soggetti e importante riduzione nel 52%).

In complesso il farmaco si è rivelato un valido trattamento nei quadri di comorbidità psichiatrica con abuso/dipendenza da sostanze, con miglioramento della compliance terapeutica e quindi della prognosi (Garbolino e coll., 2007).

L'antipsicotico APA quetiapina, a seguito di diverse evidenze cliniche, è stata proposta come promettente terapia farmacologica in pazienti con sola dipendenza da alcol, cocaina e amfetamine o con comorbidità con disturbi bipolari o schizofrenia (Hanley & Kenna, 2008).

In una review la quetiapina è stata proposta come un farmaco promettente per il trattamento dell'alcolismo per i suoi effetti clinici su umore, ansia e sonno, che influenzano positivamente gli outcome del bere, alleviando i sintomi dell'astinenza protratta e la psicopatologia associata al disturbo da uso di alcol (Ray e coll., 2010).

In una review è stato segnalato che la quetiapina viene utilizzata in pazienti con disturbi psicotici e bipolari (schizofrenia, mania acuta e depressione bipolare), con disturbi del sonno e con disturbi da uso di sostanze.

I pazienti con disturbi psicotici e bipolari con comorbidità per disturbi da uso di sostanze e/o alcol, a cui il far-

maco è stato prescritto per il disturbo mentale, hanno riferito una significativa riduzione del comportamento d'abuso.

Peraltro, esistono delle segnalazioni di abuso e dipendenza del farmaco, anche in associazione ad altre sostanze come cocaina o marijuana, all'interno del sistema carcerario; l'abuso della quetiapina (per via nasale o endovenosa) è stato spiegato in funzione degli effetti ansiolitici e sedativi del farmaco (Erdoğan, 2010). La quetiapina (50-400 mg/die) è stata utilizzata in pazienti schizofrenici con disturbi da uso di sostanze e/o alcol in aperto per 12 settimane dopo switch da altri antipsicotici.

I soggetti sono stati valutati all'ingresso e al termine del trattamento con scale per l'assunzione di alcol e/o sostanze, per il *craving*, per la quantità d'uso, per i giorni di assunzione e per la severità dell'abuso dell'alcol e delle sostanze; tale valutazione tossicologica è stata eseguita periodicamente ogni 3 settimane.

All'ingresso, a 6 e a 12 settimane sono stati valutati i sintomi psicotici e quelli depressivi, i sintomi extrapiramidali e la cognitività.

La terapia con quetiapina ha presentato miglioramenti nella severità dell'abuso delle sostanze e dell'alcol, nella riduzione delle spese per sostanze, nei sintomi psicopatologici, negli effetti extrapiramidali e nelle funzioni cognitive (Potvin e coll., 2006b).

La quetiapina (dosaggio medio 400-500 mg/die) è stata utilizzata in pazienti con schizofrenia e disturbo schizoaffettivo con associato disturbo da uso di alcol in aperto per 3 mesi in due differenti strutture di trattamento; i soggetti sono stati valutati regolarmente per il comportamento alcolico (assunzione alcolica e giorni di bere a settimana).

I giorni di bere a settimana sono risultati diminuiti, ma non significativamente (da $3,18 \pm 1,63$ a $2,71 \pm 2,32$), nel primo sito di trattamento, mentre nel secondo si sono abbassati da $3,1 \pm 1,19$ a $0,24 \pm 0,17$; in questo sito i pazienti erano più giovani, avevano minori precedenti ospedalizzazioni e nella maggior parte dei casi (83,3%) erano stati recentemente ospedalizzati in un'unità psichiatrica.

Complessivamente la quetiapina ha mostrato un impatto terapeutico positivo nell'uso di alcol in tali pazienti schizofrenici e schizoaffettivi con comportamento d'abuso di alcol (Brunette e coll., 2009).

L'antipsicotico APA risperidone (3,6 mg/die come dose media) è stato utilizzato in pazienti con depressione psicotica, disturbo bipolare, schizofrenia e disturbo schizoaffettivo e con abuso di oppioidi, cocaina, alcol, alcol e cocaina e poliabuso.

I soggetti erano ricoverati in un programma residenziale per abuso di sostanze e la terapia farmacologica, oltre al risperidone, era rappresentata da altri antipsicotici AP, antidepressivi e dallo stabilizzatore dell'umore litio.

I soggetti a 4 settimane dall'inizio della terapia farmacologica hanno presentato un significativo miglioramento nel comportamento e nella sintomatologia psicopatologica e tale miglioramento si è mantenuto per lungo tempo.

Il risperidone è risultato efficace e sicuro anche in associazione agli altri psicofarmaci per la terapia del doppio disturbo (Albanese, 2001).

L'antipsicotico APA aripiprazolo è la terza generazione di antipsicotici APA approvato dalla Food and Drug Administration (FDA) per la cura della schizofrenia, del disturbo bipolare e della depressione maggiore resistente al trattamento.

Il suo principale meccanismo d'azione è associato all'agonismo parziale del recettore D_2 della dopamina.

Inoltre, dati preclinici mostrano che l'aripiprazolo potrebbe avere un'azione di agonismo, di parziale agonismo e di antagonismo sia sui recettori della dopamina che su quelli della serotonina.

Pertanto, data l'attività dell'aripiprazolo sul circuito frontale sub-corticale sottostante il *reward craving* e il comportamento impulsivo, il farmaco potrebbe portare dei benefici terapeutici nelle condizioni neuropsichiatriche in cui è presente una disregolazione del meccanismo della ricompensa e dell'impulsività come nell'alcolismo (Vergne & Anton, 2010).

Una review ha messo in risalto che recenti ricerche cliniche mostrano come il sistema dopaminergico sia coinvolto nella motivazione, nel *reward* e nel rinforzo dell'abuso di sostanze; a tale riguardo l'aripiprazolo può rappresentare una nuova strategia terapeutica per normalizzare la neurotrasmissione dopaminergica.

Numerosi studi clinici negli ultimi anni hanno evidenziato che l'aripiprazolo è un potenziale candidato per il trattamento di differenti tipi di dipendenza da sostanze (alcol, cocaina, amfetamine e nicotina); l'aripiprazolo può inoltre rappresentare una possibile alternativa terapeutica in soggetti con poliabuso di sostanze, una condizione clinica caratterizzata da livelli alti di psicopatologia, e nei soggetti con abuso di sostanze e alcol con alti livelli di impulsività e temperamento *novelty seeking-NS*.

Tuttavia a causa del numero limitato degli stessi, della frequente assenza di placebo o di agente farmacologico attivo di comparazione e del basso potere statistico degli studi clinici, non è possibile trarre conclusioni definitive sull'uso dell'aripiprazolo nella dipendenza da alcol e/o sostanze (Brunetti e coll., 2012).

L'aripiprazolo (fino a un dosaggio massimo di 15 mg/die) è stato utilizzato in aperto per un periodo di 12 settimane con una procedura di switch da vari antipsicotici in soggetti con disturbo schizoaffettivo e bipolare con abuso di sostanze attuale (in particolare alcol e cocaina). Durante le 12 settimane di trattamento è stata condotta una valutazione sui sintomi psicopatologici, sugli effetti indesiderati, sull'abuso delle sostanze e l'alcol e sul *craving*.

ving con scale per la psicopatologia, l'assunzione alcolica, il *craving* e gli effetti indesiderati extrapiramidali.

Al termine del trattamento è stato osservato un significativo miglioramento nelle scale psicopatologiche e degli effetti indesiderati; nei soggetti con dipendenza alcolica si è manifestata una significativa riduzione dei dollari spesi nell'acquisto di alcol e nel *craving* alcolico, così come nei dipendenti da cocaina si è notata una significativa riduzione del *craving* cocainico.

Pertanto lo switch ad aripiprazolo è risultato associato a miglioramento nei sintomi psicopatologici e nel *craving* (Brown e coll., 2005).

L'aripiprazolo (15-30 mg/die con dose finale media di 19,13 mg/die \pm 7,49) è stato utilizzato in un trattamento in aperto per 8 settimane in soggetti con diagnosi di schizofrenia, disturbo schizoaffettivo e disturbo bipolare con compresenti disturbi da uso di sostanze e/o alcol (alcol, cocaina e marijuana; alcol nel 50% del campione). Gli outcome primari erano costituiti dall'abuso di sostanze e/o alcol e dalla psicopatologia, valutati con scale specifiche per misurare l'abuso alcolico e/o di sostanze, la psicosi, la depressione e la mania; settimanalmente sono stati valutati i metaboliti urinari per le sostanze e l'etilometro per l'alcol.

Nei soggetti con abuso di alcol è stata osservata una riduzione media di 5 unità standard di alcol/die e una riduzione del 35% del consumo giornaliero di alcol; tale diminuzione di assunzione di alcol stratificata per diagnosi psichiatrica è risultata maggiore nei pazienti con schizofrenia e disturbo schizoaffettivo rispetto ai soggetti con disturbo bipolare (McRae-Clark e coll., 2009). L'aripiprazolo (5-15 mg/die) è stato paragonato per 16 settimane con il naltrexone (50 mg/die) relativamente al bere alcol, al *craving* e ai sintomi psicopatologici in alcolisti disintossicati.

I soggetti sono stati valutati con scale per il *craving* alcolico, per l'astinenza alcolica e per la sintomatologia psicopatologica.

Il numero di soggetti rimasti astinenti per l'intero periodo del trattamento e quelli ricaduti non sono stati significativamente differenti nei due gruppi.

I soggetti in terapia con aripiprazolo sono rimasti astinenti per un tempo più lungo rispetto al naltrexone, ma i soggetti trattati con naltrexone hanno presentato outcome migliori per il *craving*.

Globalmente l'aripiprazolo è stato riconosciuto avere lo stesso grado di efficacia del naltrexone, in specifico l'antipsicotico SGA è risultato efficace nel diminuire l'uso dell'alcol e il *craving* e nell'attenuare la severità della sintomatologia psicopatologica.

Pertanto, l'aripiprazolo potrebbe, successivamente alla dimostrazione di efficacia di riduzione di uso di alcol, di controllo del *craving* e di attenuazione della psicopatologia in studi placebo controllati, essere guadagnato come farmaco per il trattamento di soggetti alcolisti (Martinotti e coll., 2009).

Bibliografia

- Addy P.H., Radhakrishnan R., Cortes J.A., D'Souza D.C. (2012), "Comorbid alcohol, cannabis, and cocaine use disorders in schizophrenia: epidemiology, consequences, mechanism, and treatment", *Focus*, 10: 140-153.
- Albanese M.J. (2001), "Safety and efficacy of risperidone in substance abusers with psychosis", *American Journal on Addictions*, 10: 190-191.
- Altamura A.C., Santini A., Zanoni S., Vismara S. (2006), "Aspetti clinico-terapeutici delle sindromi schizofreniche: l'impatto dei nuovi antipsicotici", *Rivista di Psichiatria*, 41: 65-80.
- American Psychiatric Association (APA) (2001), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, 4ª ed. tr. (DSM-IV-TR American Psychiatric Press, Washington DC, 2000), Masson, Milano.
- American Psychiatric Association (APA) (2003), *Linee guida per il trattamento dei disturbi psichiatrici. Compendio 2003 (Practice guideline for the treatment of psychiatric disorders-Compendium 2002*, American Psychiatric Press, Washington DC, 2002), Masson, Milano.
- American Psychiatric Association (APA) (2004), *Pratiche guideline for the treatment of patients with Schizophrenia. Second Edition*, American Psychiatric Press, Washington DC.
- American Psychiatric Association (APA) (2006), *Pratiche guideline for the treatment of patients with Substance Use Disorders. Second edition*, American Psychiatric Press, Washington DC.
- American Psychiatric Association (APA) (2009), *Guideline Watch (September 2009): Practice guideline for the treatment of patients with Schizophrenia*, American Psychiatric Press, Washington DC.
- Attux C., Martini L.C., Elks H., Tamai S., Freirias A., Migueletti Camargo M das G., Mateus M.D., Mari J.de J., Reis A.F., Bressan R.A. (2013), "A 6-month randomized controlled trial to test the efficacy of a lifestyle intervention for weight gain management in schizophrenia", *BMC Psychiatry*, 13: 1-9.
- Barnes T.R.E., Mutsatsa S.H., Hutton S.B., Watt H.C., Joyce E.M. (2006), "Comorbid substance use and age at onset of schizophrenia", *British Journal of Psychiatry*, 188: 237-242.
- Batki S.L., Dimmock J., Cornell M., Wade M., Carey K., Masto S. (2002), *Naltrexone treatment of alcohol dependence in schizophrenia: relationship of alcohol use to psychosis severity and antipsychotic medication*. Poster presented at the 13th annual meeting of the American Academy of Addiction Psychiatry, Las Vegas, december 12-15.
- Bäumel J., Froböse T., Kraemer S., Rentrop M., Pitschel-Walz G. (2006), "Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families", *Schizophrenia Bulletin*, 32, suppl. 1: S1-S9.
- Bellack A.S., DiClemente C.C. (1999), "Treating substance abuse among patients with schizophrenia", *Psychiatric Services*, 50: 75-80.
- Belli H., Ural C. (2012), "The association between schizophrenia and violent or homicidal behaviors: the prevention and treatment of violent behavior in these patients", *West Indian Medical Journal*, 61: 538-543.

- Black D.W., Andreasen N.C. (2003), "Schizofrenia, disturbo schizofreniforme e disturbi deliranti (Paranoidi)", in Hales R.E., Yudofsky S.C., Talbott J.A. (a cura di), *Psichiatria*, 3ª ed. (Textbook of Psychiatry, American Psychiatric Press, Washington DC), vol. 1, Cento Scientifico Editore, Torino: 425-477.
- Bourdlat-Parks B.N., Anderson G.M., Donaldson Z.R., Weiss J.M., Bonsall R.W., Emery M.S., Liles L.C., Weinschenker D. (2005), "Effects of dopamine beta-hydroxylase genotype and disulfiram inhibition on catecholamine homeostasis in mice", *Psychopharmacology*, 183: 72-80.
- Brady K.T., Malcom R.J. (2006), "Disturbi da uso di sostanze e disturbi psichiatrici di Asse I in comorbidità", in Galanter M., Kleber H.D. (a cura di), *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze. Manuale dell'American Psychiatric Publishing*, 2ª ed., Masson, Milano: 503-510.
- Brown E.S., Jeffress J., Liggin J.D., Garza M., Beard L. (2005), "Switching outpatients with bipolar or schizoaffective disorders and substance abuse from their current antipsychotic to aripiprazole", *Journal of Clinical Psychiatry*, 66: 756-760.
- Brunette M.F., Dawson R., O'Keefe C., Buckley P., Green A.I. (2009), "An open label study of quetiapine in patients with schizophrenia and alcohol disorders", *Mental Health and Substance Use*, 2: 203-211.
- Brunetti M., Di Tizio L., Dezi S., Pozzi G., Grandinetti P., Martinotti G. (2012), "Aripiprazole, alcohol and substance abuse: a review", *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 16: 1346-1354.
- Buchanan R.W., Kreyenbuhl J., Kelly D.L., Noel J.M., Boggs D.L., Fischer B.A., Himelhoch S., Fang B., Peterson E., Aquino P.R., Keller W., Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) (2010), "The 2009 schizophrenia PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements", *Schizophrenia Bulletin*, 36: 71-93.
- Carrà G., Sciarini P., Borrelli P., Popa I., Segagni Lusignani G., Batoli F., Carretta D., Lax A., Montomoli C., Clerici M. (2010), "Doppia Diagnosi in Italia: evidenze dal PADDI (Psychiatric and Additive Dual Diagnosis in Italy) Study", *Dipendenze Patologiche*, 5: 9-16.
- Dixon L.B. (1999), "Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia: prevalence and impact on outcomes", *Schizophrenia Research*, 35, suppl. 1: S93-S100.
- Dixon L.B., Dickerson F., Bellack A.S., Bennett M., Dickinson D., Goldberg R.W., Lehman A.F., Tenhula W.N., Calmes C., Pasillas R.M., Peer J., Kreyenbuhl J. (2010), "The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements", *Schizophrenia Bulletin*, 36: 48-70.
- Dolder C.R., Lacro J.P., Dunn L.B., Jeste D.V. (2002), "Atypical medication adherence: Is there a difference between typical and atypical agents", *American Journal of Psychiatry*, 159: 103-108.
- Drake R.E., Brunette M.F. (1998), "Complications of severe mental illness related to alcohol and other drug use disorders", in Galanter M. (ed.), *Recent developments in alcoholism, volume 14, Consequences of alcoholism*, Plenum Press, New York: 285-299.
- Drake R.E., Mueser K.T., Clark R.E., Wallach M.A. (1996), "The natural history of substance disorder in persons with severe mental illness", *American Journal of Orthopsychiatry*, 66: 42-51.
- Drake R.E., Mercer-McFadden C., Mueser K.T., McHugo G.J., Bond G.R. (1998), "A review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders", *Schizophrenia Bulletin*, 24: 589-608.
- Drake R.E., Xie H., McHugo G.J., Green A.I. (2000), "The effects of clozapine on alcohol and drug use disorders among patients with schizophrenia", *Schizophrenia Bulletin*, 26: 441-449.
- Drake R.E., Essock S.M., Shaner A., Carey K.B., Minkoff K., Kola L., Lynde D., Osher F.C., Clark R.E., Rickards L. (2001), "Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness", *Psychiatric Services*, 52: 469-476.
- Driessen M., Veltrup C., Wetterling T., John U., Dilling H. (1998), "Axis I and Axis II comorbidity in alcohol dependence and the two types of alcoholism", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22: 77-86.
- Echeburúa E., Bravo De Medina R., Aizpiri J. (2007), "Comorbidity of alcohol dependence and personality disorders: A comparative study", *Alcohol and Alcoholism*, 42: 618-622.
- Erdoğan S. (2010), "Quetiapine in substance use disorders, abuse and dependence possibility: a review", *Turkish Journal of Psychiatry*, 21: 167-175.
- Fagiolini A. (2010), "Acuto e switch: differenza tra vari antipsicotici", *Facts News & Views*, 10, suppl. 2: 4-7.
- First M.B., Spitzer R.L., Gibbons M., Williams J.B.W. (1997a), *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) Clinical Version*, American Psychiatric Press, Washington DC.
- First M.B., Spitzer R.L., Gibbon M.G., Williams J.B.W., Benjamin L.S. (1997b), *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*, American Psychiatric Press, Washington DC.
- Garbolino S., Rosso C., Tartaglia R., Pini D., Lapio D., Natta P., Vaccaio A., Faro G. (2007), "Disturbo da uso di sostanze e comorbilità psichiatrica: esperienza con olanzapina", *Mission*, 22: 19-24.
- Garety P.A., Fowler D.G., Freeman D., Bebbington P., Dunn G., Kuipers E. (2008), "Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in psychosis: randomised controlled trial", *British Journal of Psychiatry*, 192: 412-423.
- Gitlin M.J., Nuechterlein K., Subotnik K.L., Ventura J., Mintz J., Fogelson D.L., Bartzokis G., Aravariri M. (2001), "Clinical outcome following neuroleptic discontinuation in patients with remitted recent-onset schizophrenia", *American Journal of Psychiatry*, 158: 1835-1842.
- Green A.I. (2005), "Schizophrenia and comorbid substance use disorder: effects of antipsychotics", *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, suppl. 6: 21-26.
- Green A.I., Burgess E.S., Dawson R., Zimmet S.V., Strout R.D. (2003), "Alcohol and cannabis use in schizophrenia: effects of clozapine vs risperidone", *Schizophrenia Research*, 60: 81-85.
- Green A.I., Tohen M., Hamer R.M., Strakovski S.M., Lieberman J., Glick I., Clark W.S., HGDH Research Group (2004), "First episode schizophrenia-related psychosis and substance use disorders: acute response to olanzapine and haloperidol", *Schizophrenia Research*, 66: 125-135.

- Green A.I., Noordsy D.L., Brunette M.F., O'Keefe C. (2008), "Substance abuse and schizophrenia: Pharmacotherapeutic intervention", *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34: 61-71.
- Guo X., Zhang Z., Zhai J., Fang M., Hu M., Wu R., Liu Z., Zhao J., For the Early-Stage Schizophrenia Outcome Study (ESOS) (2012), "Effects of antipsychotic medications on quality of life and psychosocial functioning in patients with early-stage schizophrenia: 1-year follow-up naturalistic study", *Comprehensive Psychiatry*, epub ahead of print.
- Gut-Fayand A., Drevaux A., Olié J-P, Lóo H., Poirier M.-F., Krebs M-O. (2001), "Substance abuse and suicidality in schizophrenia: a common risk factor linked to impulsivity", *Psychiatry Research*, 102: 65-72.
- Guy W. (1976), *Clinical Global Impressions in ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, Revised*, National Institute of Health, Psychopharmacology Research Branch, Rockville: 217-222.
- Hambrecht M., Lammertink M., Klosterkötter J., Matuschek E., Pokrop R. (2002), "Subjective and objective neuropsychological abnormalities in a psychosis prodrome clinic", *British Journal of Psychiatry*, 181, suppl. 43: s30-s37.
- Hanley M.J., Kenna G.A. (2008), "Quetiapine: treatment for substance abuse and drug of abuse", *American Journal of Health-System Pharmacy*, 65: 611-618.
- Jibson M.D., Glick I.D., Tandon R. (2004), "Schizophrenia and other psychotic disorders", *Focus*, 2: 17-30.
- Jones P.B., Barnes T.R.E., Davies L., Dunn G., Lloyd H., Hayhurst K.P., Murray R.M., Markwick A., Lewis S.W. (2006), "Randomized controlled trial of the effect on Quality of Life of second- vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia: cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CUtLASS 1)", *Archives of General Psychiatry*, 63: 1079-1087.
- Kahn R.S., Fleischhacker W.W., Boter H., Davidson M., Vergouwe Y., Keet I.P.M., Gheorghie M.D., Rybakowski J.K., Galderisi S., Hummer M., Dalfus S., López-Ibor J.J., Hranov L.G., Gaebel W., Peuskens J., Lindfors N., Riecher-Rössler A., Grobbee D.E., for the EUFEST study group (2008), "Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomised clinical trial", *Lancet*, 371: 1085-1097.
- Kane J.M., Cornblatt B., Correl C.U., Goldberg T., Lencz T., Malhotra A.K., Robinson D., Szeszko P. (2012), "The field of schizophrenia: strengths, weaknesses, opportunities, and threats", *Schizophrenia Bulletin*, 38: 1-4.
- Kaplan H.J., Sadock B.J. (2001) *Psichiatria. Manuale di scienze del comportamento e psichiatria clinica. Vol. 1*, Centro Scientifico Internazionale, Torino: 963-1127.
- Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. (1987), "The positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia", *Schizophrenia Bulletin*, 13: 261-276.
- Kelly T.M., Daley D.C., Douaihy A.B. (2012), "Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders", *Addictive Behaviors*, 37: 11-24.
- Kim J.H., Kim D., Marder S.R. (2008), "Time to rehospitalization of clozapine versus risperidone in the naturalistic treatment of comorbid alcohol use disorder and schizophrenia", *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 32: 984-988.
- Kissling W.J., Kane J.M., Barnes T.R.E., Dencker K., Fleischhacker W.W., Goldstein J.M., Johnson D.A.W., Marder S.R., Müller-Spahn F., Tegeler J., Wisted B., Woggon B. (1991), "Guidelines for neuroleptic relapse prevention in schizophrenia: towards consensus view", in Kissling W. (ed.), *Guidelines for neuroleptic relapse prevention in schizophrenia*, Springer-Verlag, Heidelberg: 155-163.
- Krystal J.H., D'Souza D.C., Madonick S., Petrakis I.L. (1999), "Toward a rational pharmacotherapy of comorbid substance abuse in schizophrenia patients", *Schizophrenia Research*, 35: 35-49.
- Lieberman J.A., Stroup T.S., McEvoy J.P., Swart M.S., Rosenheck R.A., Perkins D.O., Keefe R.S.E., Davis S.M., Davis C.E., Lebowitz B.D., Severe J., Hsiao J.K., for the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Investigators (2005), "Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia", *New England Journal of Medicine*, 353: 1209-1223.
- Malla A., Payne J. (2005), "First-episode psychosis: psychopathology, quality of life, and functional outcome", *Schizophrenia Bulletin*, 31: 650-671.
- Mammana G. (2010), "La clinica nelle comunità terapeutiche", *Sestante*, 33: 2-7.
- Martinotti G., Di Nicola M., Di Giannantonio M., Janiri L. (2009), "Aripiprazole in the treatment of patients with alcohol dependence: a double-blind, comparison trial vs naltrexone", *Journal of Psychopharmacology*, 23: 123-129.
- McLellan A.T., Luborsky L., Erdlen F.R., LaPorte D.J., Intintolo V. (1980), "The Addiction Severity Index: a diagnostic/evaluative profile of substance abuse patients", in Gottheil E., McLellan A.T., Druley K.A. (eds.), *Substance abuse and psychiatric illness*, Pergamon Maxwell, New York: 151-159.
- McLellan A.T., Parikh G., Bragg A., Cacciola J., Fureman B., Incmikoski R. (1990), *Addiction Severity Index: Administration Manual*, 5th ed., Pennsylvania Veterans' Administration Center Studies of Addiction, Philadelphia.
- McRae-Clark A.L., Verduin M.L., Tolliver B.K., Carter R.E., Wahlquist A.E., Brady K.T., Cluver J.S., Anderson S. (2009), "An open-label trial of aripiprazole treatment in dual diagnosis individuals: safety and efficacy", *Journal of Dual Diagnosis*, 5: 83-96.
- Muscattello M.R.A., Bruno A., Pandolfo G., Micò U., Scimeca G., Di Nardo F., Santoro V., Spina E., Zoccali R.A. (2011), "Effect of aripiprazole augmentation of clozapine in schizophrenia: A double-blind, placebo-controlled study", *Schizophrenia Research*, 127: 93-99.
- Patel M.X., David A.S. (2005), "Why aren't depot antipsychotics prescribed more often and what can be done about it?", *Advances in Psychiatric Treatment*, 11: 203-213.
- Petrakis I.L., Poling G., Levinson C., Nich C., Rounsaville B.J. (2005), "Naltrexone and disulfiram in patients with alcohol dependence and comorbid psychiatric disorders", *Biological Psychiatry*, 57: 1128-1137.
- Petrakis I.L., Nich C., Ralevski E. (2006), "Psychotic spectrum disorders and alcohol abuse: A review of pharmacotherapeutic strategies and a report on the effectiveness of naltrexone and disulfiram", *Schizophrenia Bulletin*, 32: 644-654.
- Potvin S., Pampoulova T., Mancini-Marié A., Lipp O., Bouchard R.-H., Stip E. (2006a), "Increased extrapyramidal

- symptoms in patients with schizophrenia and a comorbid substance use disorders”, *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 77: 796-798.
- Potvin S., Stip E., Lipp O., Elie R., Mancini-Marié A., Demers M.F., Roy M.A., Bouchard R.H., Gendron A. (2006b), “Quetiapine in patients with comorbid schizophrenia-spectrum and substance use disorders: an open-label trial”, *Current Medical Research and Opinion*, 22: 1277-1285.
- Rabinowitz J., Levine S.Z., Barkai O., Davidov O. (2009), “Dropout rates in randomized clinical trials of antipsychotics: a meta-analysis comparing first- and second-generation drugs and an examination of the role of trial design features”, *Schizophrenia Bulletin*, 35: 775-88.
- Ray L.A., Heydari A., Zorick T. (2010), “Quetiapine for the treatment of alcoholism: scientific rationale and review of the literature”, *Drug and Alcohol Review*, 29: 568-575.
- Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S., Locke B.Z., Keith S.J., Jad L.L., Goodwin F.K. (1990), “Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study”, *JAMA*, 264: 2511-2518.
- Roder V., Mueller D.R., Mueser K.T., Brenner H.D. (2006), “Integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia: is it effective?”, *Schizophrenia Bulletin*, 32, suppl. 1: S81-S93.
- Rossi A. (2010), “Gli indicatori di esito del trattamento: riduzione dei sintomi e funzionamento nella vita reale”, *Facts News & Views*, 10, suppl. 2: 12-16.
- Routhier D., Leduc N., Lesage A., Phil M., Benigeri M. (2012), “Service utilization by hospitalized suicide attempters with schizophrenia or depression in Montreal”, *Psychiatric Services*, 63: 364-369.
- Sadock B.J., Sadock V.A. (2003), *Psichiatria Clinica*, Kaplan e Sadock’s Pocket Handbook, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Sampson S., Joshi K., Mansour M., Adams C. (2013), “Intermittent drug techniques for schizophrenia”, *Schizophrenia Bulletin*, 39: 960-961.
- San L., Arranz B., Martinez-Raga J. (2007), “Antipsychotic drug treatment of schizophrenic patients with substance abuse disorders”, *European Addiction Research*, 13: 230-243.
- Sinha R., O’Malley S.S. (1999), “Craving for alcohol: findings from the clinic and the laboratory”, *Alcohol and Alcoholism*, 34: 223-230.
- Sommer I.E., Begemann M.J., Temmerman A., Leucht S. (2012), “Pharmacological augmentation strategies for schizophrenia patients with insufficient response to clozapine: a quantitative literature review”, *Schizophrenia Bulletin*, 38: 1003-1011.
- Suominen K.H., Isometsä E.T., Lönnqvist J.K. (2002), “Comorbid substance use reduces the health care contacts of suicide attempters with schizophrenia spectrum or mood disorders”, *Schizophrenia Bulletin*, 28: 637-647.
- Ten Velden Hegelstad W., Haahr U., Larsen T.K., Auestad B., Barder H., Evensen J., Joa I., Johannessen J.O., Langeveld J., Melle I., Opjordsmoen S., Rossberg J.I., Rund B.R., Simonsen E., Vaglum P., McGlashan T., Friis S. (2013), “Early detection, early symptom progression and symptomatic remission after ten years in a first episode of psychosis study”, *Schizophrenia Research*, 143: 337-343.
- Tiihonen J., Halonen P., Wahlbeck K., Repo-Tiihonen E., Hyvärinen S., Eronen M., Putkonen H., Takala P., Miettinen O.P., Puck M., Oksanen J., Koskelainen P., Joffe G., Aer J., Hallikainen T., Rynnänen O.P., Tupala E. (2005), “Topiramate add-on in treatment-resistant schizophrenia: a randomized, double-blind, placebo-controlled, crossover trial”, *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 66: 1012-1015.
- Tiihonen J., Wahlbeck K., Kiviniemi V. (2009), “The efficacy of lamotrigine in clozapine-resistant schizophrenia: a systematic review and meta-analysis”, *Schizophrenia Research*, 109: 1-3.
- Tómasson K., Vaglum P. (1996), “Psychopathology and alcohol consumption among treatment-seeking alcoholics: a prospective study”, *Addiction*, 91: 1019-1030.
- Vergne D.E., Anton R.F. (2010), “Aripiprazole: a drug with a novel mechanism of action and possible efficacy for alcohol dependence”, *CNS and Neurological Disorders - Drug Targets*, 9: 50-54.
- Volkow N.D. (2009), “Substance use disorders in schizophrenia-Clinical implications of comorbidity”, *Schizophrenia Bulletin*, 35: 469-472.
- Wobrock T., Soyka M. (2008), “Pharmacotherapy of schizophrenia with comorbid substance use disorders-Reviewing the evidence and clinical recommendations”, *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 32: 1375-1385.
- Woo T.-U.W., Zimmet S.V., Wojcik J., Canuso C.M., Green A.I. (2005), “Trattamento della schizofrenia”, in Schatzberg A.F., Nemeroff C.B. (a cura di), *Psicofarmacologia (The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychopharmacology*, Third edition, American Psychiatric Publishing Inc., Washington DC, 2004), vol. 3, Centro Scientifico Editore, Torino: 885-911.
- Wykes T., Steel C., Everitt B., Tarrrier N. (2008), “Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor”, *Schizophrenia Bulletin*, 34: 523-537.
- Xie H., McHugo G.J., Helmstetter B.S., Drake R.E. (2005), “Three-year recovery outcomes for long-term patients with co-occurring schizophrenic and substance use disorders”, *Schizophrenia Research*, 75: 337-348.
- Yung A.R., McGorry P.D., McFarlane C.A., Jackson H.J., Patton G.C., Rakkar A. (2004), “Monitoring and care young people at incipient risk of psychosis”, *Focus*, 2: 158-174.
- Ziedonis D., Fischer W. (1996), “Motivation-based assessment and treatment of substance abuse in patients with schizophrenia”, *Directions in Psychiatry*, 16: 1-8.
- Ziedonis D.M., Smelson D., Rosenthal R.N., Batki S.L., Grenn A.I., Henry R.J., Montoya I., Parks J., Weiss R.D. (2005), “Improving the care of individuals with schizophrenia and substance use disorders: Consensus recommendations”, *Journal of Psychiatric Practice*, 11: 315-339.

Si ringrazia il Laboratorio Farmaceutico C.T. per il supporto educativo.

Intervento di apertura del V Congresso Nazionale di FeDerSerD

Roma, Aula dei Gruppi Parlamentari - Camera dei Deputati, 22 ottobre 2013

Alfio Lucchini

È grande la soddisfazione di intervenire in apertura di questo nostro V congresso nazionale in una sede così importante e densa di significati.

I ringraziamenti sono tanti, li faccio tutti, senatori, deputati, amministratori locali, esponenti delle regioni e direttori di Asl, magistrati, esponenti del privato sociale, giornalisti, tutti voi colleghi dei servizi.

Ringrazio il prof. Zygmund Bauman che ci onora della sua presenza, proprio nel giorno in cui ricorderemo con il prof. Pietro Calisano la nostra presidente onoraria prof.ssa Rita Levi Montalcini.

L'attiva partecipazione della presidente della commissione giustizia della camera on. Donatella Ferranti e della commissione igiene e sanità del senato sen. Emilia De Biasi è importante, credo infatti rappresentino i due ambiti più importanti per noi e forse per tutti i cittadini.

Saremo in settecento in questi giorni, professionisti dei Ser.T. e dei Dipartimenti delle Dipendenze, per affermare che il mondo dei consumi e delle dipendenze è sempre più parte significativa della nostra società.

Per dire che competenze e responsabilità sono qualità richieste a tutti, e in primis a noi per essere sia buoni professionisti che buoni cittadini.

Queste qualità servono, come diciamo nella mission congressuale, per fronteggiare le sfide di una Società che sembra offrire opportunità di successo e arricchimento per pochi, al prezzo dell'impovertimento e del rischio di malattia per i più vulnerabili.

Noi ci occupiamo, nei nostri 550 servizi pubblici territoriali e nelle 1.200 strutture del sistema di intervento, di circa 300.000 persone l'anno, giovani e anziani, con problemi di abuso e dipendenza, di vecchi e nuovi compiti di salute pubblica, di applicazione di norme del codice della strada, di accertamenti di assenza di dipendenza in categorie di lavoratori a rischio, di dipendenze comportamentali senza sostanza, di dipendenza da farmaci.

Trent'anni di lavoro nei Ser.T. ci hanno insegnato a cogliere i cambiamenti, spesso al di là di leggi e risorse, proponendo le corrette evoluzioni organizzative.

Le difficoltà sono tante e troppo diffuse. Elencarle è facile.

I dati epidemiologici e previsionali, base per le scelte e gli investimenti, appaiono spesso poco verosimili, autoreferenziali, insufficienti per gli scopi programmatori.

Langue l'interesse delle Università nella formazione e nella ricerca, per ragioni storiche ancora persistenti.

Le relazioni obbligatorie annuali al Parlamento previste dalla legge, negli ultimi anni sono presuntive e parziali; intere Regioni strategiche non forniscono i dati non ritenendosi coinvolte nella programmazione centrale.

Vorrei chiedere ai numerosi parlamentari presenti cosa fanno di questo documento essenziale.

Si scrive di oltre 20 miliardi di euro come costo legato alla droga per il Paese, ma quello che sappiamo è che poco più di 1 miliar-

do di euro, lo 0,7% del FSN, lo 0,01 del PIL, è l'investimento complessivo in prevenzione, cura e riabilitazione, pubblica e privata, spesi in Italia.

Abbiamo dimostrato più volte come un euro investito in cure appropriate porti ad un risparmio di almeno 6 euro per il bilancio dello Stato.

Ma gli operatori dei Ser.T. sono poco più di 7.000 oggi come dieci anni fa, ma con 100.000 pazienti in più.

A quindici anni dalla modifica del titolo V della costituzione, grande speranza per il miglioramento del Paese, è chiaro a tutti che nel settore sanitario e sociale vi sono 20 Regioni-Stati pressoché autonome nel Paese, senza accertata capacità di garantire le cure esigibili in modo omogeneo e efficace per i pazienti.

Culturalmente vi sono tuttora spunti discriminatori verso pazienti e operatori in varie parti del Paese.

Vi è da sperare che la prossima apertura all'Europa per la libertà e l'interscambio delle cure non evidenzii maggiormente gli squilibri non solo socio sanitari ma anche di leggi e norme, che i vantaggi.

Ma il sistema italiano di accoglienza e cura è considerato tra i migliori al mondo, e noi lo rivendichiamo; in realtà guardiamo all'estero e ad oltre oceano per aspetti metodologici e di ricerca scientifica, non certo per l'accesso, la qualità e la fruibilità delle cure ai pazienti.

Guardate, e cito un episodio doloroso, la violenza brutale verso una collega della salute mentale a Bari, che abbiamo commentato con forza. Ecco questo fatto è emblematico per cogliere il nostro operare: per noi la sicurezza è parte del lavoro, della comprensione dei fenomeni e dei pazienti; non è questione di ordine pubblico o di indagini stile Ministero dell'Interno, ma di saper cogliere nella differenza dei territori e dello spessore delle reti sociali e ambientali gli strumenti e le modalità più idonee per operare.

Analizzare ed evidenziare le criticità non significa essere pessimisti, ma essere in gioco.

Siamo ben consci della crisi economica in corso, della inutilità di puntare a politiche che si basino su una mera richiesta di risorse in mezzi e personale.

Appreziamo le dichiarazioni della ministra Beatrice Lorenzin, a seguito del documento di programmazione economico finanziaria, della necessità di superare per i dipendenti pubblici almeno il blocco del turn over.

Gli operatori delle dipendenze, come moltissimi dipendenti della pubblica amministrazione, sono una risorsa essenziale e una garanzia di legalità per il Paese, non sono persone da colpire come sembra essere divenuto sport nazionale.

Ma i cittadini vogliono di più da noi, faticano a cogliere il senso profondo della patologia da dipendenza, è ovvio che cerchino di sottovalutarla o rimuoverla.

Gli operatori devono fare di più.

L'evoluzione dei consumi e degli stati di dipendenza, i nuovi consumi giovanili, le sfide al limite dei rischi, i comportamenti

di addiction come il gambling richiamano la necessità di nuovi paradigmi di lettura, nuove pratiche e strumenti operativi.

Da qui l'interesse ad una sempre più corretta diagnostica, se possibile precoce, e a considerare come centrali i percorsi di vita delle persone con problemi di consumo problematico e di dipendenza. Gli operatori devono studiare di più, essere meno autoreferenziali, più aperti al confronto, meno legati a pratiche usuali e consolidate, ma talvolta di fatto marginali.

La grande forza del nostro settore è sempre stata la capacità di lavorare in modo multidisciplinare affermando il valore terapeutico aggiunto della équipe curante e della accoglienza a letture plurali: non vi è nulla da rinnegare, molto da aggiornare sempre su basi scientifiche e nell'interesse del paziente.

Bisogna ridisegnare le situazioni che meritano un trattamento tra le tante che si presentano alla attenzione.

Bisogna pretendere vari livelli di intervento sulle dipendenze, da quello di base a quello specialistico comprensivo anche di opportunità ospedaliere, a seconda della gravità della malattia.

E non tutto ciò che è problematico corrisponde ad una patologia da curare, ma solo quei comportamenti sostenuti da condizioni psicologiche e genetiche di vulnerabilità verso le gratificazioni o la difficoltà a controllare gli impulsi e riconoscere e valutare i rischi.

E molto nel mondo dei consumi ci rimanda anche a termini come cultura e ambiente.

Dobbiamo rivedere il nostro sistema.

Bisogna anche ripensare le distinzioni, artificiose poi alla prova della realtà, tra comportamenti considerati legali ed illegali; bisogna superare la logica proibizionismo/antiproibizionismo ormai antistorica e sicuramente dannosa.

Chiediamo uno sforzo alla politica di riflessione e di riproposizione.

Si ritiene sempre più che ogni legge nata da una emergenza meriti ad un certo punto di essere superata. Ce lo dicono i 400 morti in un giorno a Lampedusa, ce lo dicono gli strumenti di comprensione e intervento del nostro settore di fronte a fenomeni stabilizzati o in evoluzione.

Basta leggi e luoghi speciali, basta separatezza, ci vuole integrazione e normalità.

Basta sprechi e apparenza, più finanziamenti per progetti e servizi nei territori.

E diciamolo chiaramente, la valutazione degli interventi è obbligo per tutto il sistema, pubblico e privato, partendo dai dati oggettivi e non dalla soggettività sviante.

E che dire dei luoghi partecipati di programmazione: è una vergogna che la Consulta nazionale degli operatori ed esperti sulla droga, prevista come obbligo dal DPR 309, da oltre due anni non venga convocata; e dove è finita la conferenza triennale sulle droghe prevista per legge?

Ma ne risponde qualcuno? Sono quelle democratiche e partecipative le istanze su cui si risparmia?

Vogliamo che i pazienti per malattia da dipendenza siano cittadini come tutti gli altri.

Normalità significa anche che il Ministero della Salute e il Ministero del Lavoro e Welfare riacquisiscano competenze in tema di consumi e dipendenze che la logica e la corretta articolazione dello Stato imporrebbero.

Solo con scelte chiare potremo dare un senso anche nel nostro settore alla centralità degli stili di vita e alla prevenzione e rilevanza agli obiettivi di salute.

Proponiamo l'apertura di una stagione di costruzione di nuove norme sulle dipendenze, partendo da un vero piano nazionale che nasca dalla esperienza e dai saperi degli operatori.

Anche la situazione carceraria, di cui parleremo domani con relatori ai massimi livelli istituzionali, richiama non solo la vergognosa

emergenza in sé, ma la necessità di una ampia rivisitazione delle leggi fondamentali in materia di droga, accanto alla immediata e non complicatissima opera di decarcerizzazione, una decisiva depenalizzazione del consumo e il sostegno alle misure alternative. Ricordiamo che sono stati oltre 25.000 gli ingressi in carcere nel 2012 per la violazione dell'art. 73 relativo alla detenzione di sostanze.

Ed anche sul Gioco d'Azzardo si recepiscono le proposte precise e di buon senso che vengono da tutta la società, ne faremo anche qui, quelle che da anni anche noi pubblichiamo e presentiamo con risalto sulla stampa.

Insomma, vogliamo dare il nostro contributo!

Cari amici, mi rendo conto, me ne sto rendendo conto da un po', che affrontare e sollevare questi temi può essere pericoloso, ma non credo che chi lavora nei servizi, che affronta ogni giorno problemi seri, mi abbia eletto per tre volte in modo pressoché unanime presidente di una società scientifica di operatori di base quale è FeDerSerD per chiedermi di occuparmi solo di neuroni e anomalie del cervello, elementi ovviamente essenziali per una società scientifica.

Negli ultimi giorni arrivano notizie incoraggianti dal Governo e dalle Camere, forse anche dal Paese.

Si riparla seppur con molta cautela di fondo sociale, che è di fatto sparito, vi sono alcuni elementi della legge di stabilità interessanti, alcune norme sul gioco nel documento di programmazione economica finanziaria sembrano muoversi in modo positivo.

La sfida dell'Expo 2015, dedicato alla alimentazione e agli stili di vita, può essere un punto di ripartenza anche per questioni a noi care.

Bisogna essere ottimisti, ce lo chiedono i nostri giovani, i nostri figli, e la nostra generazione deve dare l'esempio.

E infine, me ne scuso, permettetemi di citare la mia esperienza, che si chiude con questo congresso, di presidente nazionale di FeDerSerD.

Otto anni intensi, pieni, impegnativi, dei quasi venti ormai di fatto ai vertici delle forme organizzative più rappresentative degli operatori italiani.

Ci sarà modo di fare bilanci, analizzare gli errori, ma sono certo di presentarvi una società scientifica forte, con gran parte delle federazioni regionali costituite, base della nostra forza di azione e significative specie se dotate della capacità di sguardo nazionale. Una Federazione con 1.000 iscritti, anche del privato sociale, riconoscimenti ampi di tutti gli altri operatori italiani, con un background formativo di primissimo livello, con oltre 250 eventi ECM gestiti come provider, un totale di 23.000 presenze negli anni.

Una capacità di fare ricerca applicata ampia, con studi non solo su farmaci innovativi, un Centro studi e ricerche collegato, le nostre riviste vive Mission, FeDerSerD Informa, Newsletter Alcol e Newsletter Gambling, la promozione di una nuovissima Casa editrice.

E come non ricordare lo stage al NIDA a Bethesda, i seminari al Parlamento Europeo, la missione in Ecuador, per citare alcuni eventi di sguardo internazionale.

E la creazione di ASSODIP, ampia federazione di associazioni, per la tutela dei pazienti e degli operatori, per l'affermarsi di culture e pensieri condivisi nel settore, che nei prossimi giorni curerà sessioni importanti in questo congresso.

E le partnership in network scientifici che curano gli aspetti di management sanitario e i processi di valutazione.

Ma prima vedo un patrimonio umano fondamentale, che mi ha arricchito culturalmente e scientificamente, ma soprattutto come persona... e continuerà a farlo.

UN GRANDE ONORE E PRIVILEGIO PER ME, UN GRANDE FUTURO PER TUTTI NOI.

Grazie a tutti.

Immagini del V Congresso Nazionale di FeDerSerD











La persona con problematiche di abuso o dipendenza. Prospettive di intervento tra rete dei servizi, strategie di trattamento ed esigibilità delle cure

5-6 giugno 2014, Milano. Hotel Michelangelo

FeDerSerD organizza questo Congresso Tematico Nazionale con l'obiettivo di valorizzare le azioni del sistema di intervento in una visione moderna dal punto di vista scientifico e con una centratura sui bisogni delle persone.

Le tematiche che verranno affrontate spaziano dalle strategie di trattamento, ai percorsi di cura nello sviluppo di una rete territoriale, al confronto tra modelli sociosanitari regionali, a un rinnovato patto di azione territoriale di tutto il sistema di intervento su consumi e dipendenze.

Spazio significativo sarà dedicato a come garantire la esigibilità delle cure anche in rapporto ai modelli organizzativi dei servizi.

Numerosi saranno i focus su aspetti innovativi in metodologie e strumenti terapeutici.

Il congresso vede come co-organizzatori ASSODIP e ALT Onlus.

Nei giorni del Congresso saranno convocati il direttivo nazionale e la Assemblea nazionale di FeDerSerD, nonché celebrate le elezioni per gli organi della Federazione Lombardia di FeDerSerD.

Per informazioni Segreteria organizzativa

EXPOPOINT - Organizzazione Congressi Eventi
Via Matteotti, 3 - 22066 Mariano Comense - Co
Telefono 031 748814 - fax 031 751525
E-mail - federserd@expopoint.it
www.federserd.it - www.expopoint.it

DSM5: disturbo da uso di sostanze e diagnosi di gravità

Convegno monotematico nazionale - **Giovedì 10 aprile - Venerdì 11 aprile 2014** - Palacongressi d'Abruzzo - Pescara

Programma Preliminare

Giovedì 10 aprile 2014 – ore 14.00-18.00

ore 13.00-14.00 – Registrazione partecipanti

- Saluti autorità e Presentazione convegno
- Il Confine tra salute e malattia
- Il confine e gli sconfinamenti tra i disturbi da uso di sostanze e la patologia Psichiatrica
- DSM 5: Le nuove sfide negli orizzonti della Diagnosi
- La diagnosi di gravità: tra esigenza e opportunità

Venerdì 11 aprile 2014

Sessione mattutina – ore 9.15-13.00

- MATE
- I nuovi paradigmi del DSM-5 nella clinica delle dipendenze
- L'autonomia della patologia da disturbo da Sostanza

ore 13.00-14.30 – Lunch

Sessione pomeridiana – ore 14.30-17.00

- Le nuove categorie Diagnostiche
A. I disturbi di personalità – B. Disturbi correlati ad uso di sostanze
- Tavola Rotonda
- Chiusura Convegno e compilazione questionario di verifica ai fini ECM

INFO

DATA E LUOGO

Giovedì 10 e Venerdì 11 aprile 2014 - Palacongressi d'Abruzzo
Via Aldo Moro - MONTESILVANO - PESCARA

Destinatari

Il convegno è accreditato ECM per le figure del medico, psicologo, infermiere, educatore professionale, assistente sanitario.
L'accREDITAMENTO è stato richiesto anche per la figura dell'assistente sociale.

Quote di partecipazione

- non laureati soci FeDerSerD anno 2014 – euro 30,00 (+ iva se dovuta)
 - laureati soci FeDerSerD anno 2014 – euro 50,00 (+ iva se dovuta)
 - non laureati non soci FeDerSerD anno 2014 – euro 60,00 (+ iva se dovuta)
 - laureati non soci FeDerSerD anno 2014 – euro 100,00 (+ iva se dovuta)
 - partecipanti non interessati ai crediti formativi – euro 50,00 (+ iva se dovuta)
- È possibile effettuare l'iscrizione anche online connettendosi al sito www.federserd.it o www.expopoint.it selezionando l'evento di riferimento.

Segreteria organizzativa

EXPOPOINT - Organizzazione Congressi Eventi
Via Matteotti, 3 - 22066 Mariano Comense - Co
Telefono 031 748814 - fax 031 751525
Email - federserd@expopoint.it
www.federserd.it - www.expopoint.it



aderente a:



Sede legale: Via Giotto 3, 20144 Milano

Direttivo Nazionale

Pietro Fausto D'Egidio (presidente)
Felice Nava (vicepresidente)
Guido Faillace (segretario esecutivo)
Alessandro Coacci e Alfio Lucchini (past president)
Giancarlo Ardissoni, Roberta Balestra,
Emanuele Bignamini, Giovanni Cordova,
Edoardo Cozzolino, Francesco De Matteis,
Tommaso Di Marco, Donato Donnoli, Giuseppe Faro, Maurizio Fea, Roberta Ferrucci, Mara Gilioni, Maria Luisa Grech, Claudio Leonardi,
Fernanda Magnelli, Ezio Manzato, Gianna Sacchini, Giorgio Serio, Vincenzo Simeone,
Cristina Stanic, Concettina Varango, Franco Zuin, Antonio d'Amore, Clara Baldassarre,
Margherita Taddeo, Giovanni Villani

Comitato Scientifico Nazionale

Emanuele Bignamini (direttore)
Edoardo Cozzolino e Carmela Costa (vicedirettori)
Vincenzo Caretti e Maurizio Fea (esperti)
Presidenti dei Comitati Scientifici delle Federazioni Regionali

RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Il versamento della quota associativa, pari a € 50,00 per i laureati e a € 30,00 per i non laureati, si può effettuare tramite:

- versamento sul Conto Corrente Bancario n. **000003417x16** intestato a **FeDerSerD** presso la **Banca Popolare di Sondrio - Agenzia di Carimate - CIN D ABI 05696 CAB 51090**
- versamento diretto ai referenti regionali con rilascio di ricevuta

L'accoglimento dell'istanza di iscrizione a FeDerSerD in qualità di Socio Ordinario avverrà nella prima riunione in calendario del Consiglio Direttivo e ne verrà data comunicazione e conferma con il rilascio e l'invio della Tessera Annuale.

ANNO 2014 - RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Da trasmettere per posta a Expo Point - via Matteotti, 3 - Mariano Comense (Co)
o tramite fax al numero 031/751525 o per e-mail federserd@expopoint.it

COGNOME _____ NOME _____
NATO A _____ IL _____
INDIRIZZO (personale) _____
CITTÀ _____ PROVINCIA _____ CAP _____
TEL. _____ FAX _____ CELL. _____
E-MAIL (per invio news e comunicazioni) _____
TITOLO DI STUDIO _____
DATA CONSEGUIMENTO TITOLO DI STUDIO _____
SPECIALIZZAZIONE _____
POSIZIONE PROFESSIONALE ATTUALE _____
INDIRIZZO (lavorativo) _____
TEL. _____ FAX _____ CELL. _____ E-MAIL _____
PUBBLICAZIONI / ESPERIENZE CURRICOLARI DA SEGNALARE / PROGETTI SCIENTIFICI IN CORSO / AREE DI INTERESSE SCIENTIFICO / INTERESSI CULTURALI

Chiedo

- Di essere iscritto in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2014
 - Di rinnovare l'iscrizione in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2014
- a FeDerSerD - Federazione degli Operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze

_____ lì ____ / ____ / ____ Firma _____

Si autorizzano FeDerSerD e la Segreteria Expopoint al trattamento dei dati inclusi nella presente scheda

Versamento quota associativa di € 50,00 (laureati) € 30,00 (non laureati)
(allegare copia bonifico bancario o ricevuta versamento)

Visto il Segretario Esecutivo Nazionale _____
Visto per approvazione: Il Presidente _____