

37/2013

XI - I trimestre

Sommario**Editoriale**

Un nuovo Governo. Una nuova politica sulle Dipendenze?

1

AREA STUDI E RICERCHE

La valutazione dell'outcome nel trattamento residenziale della doppia diagnosi: un'esperienza di Cascina Verde

Francesca Farina, Semira Tagliabue, Nicoletta Sasso

9

AREA INTEGRAZIONE

I "ragazzi della panchina". Una possibile via d'uscita dalla tossicodipendenza

Alessandro Zamai, Ada Moznich, Andrea Picco, Stefano Venuto, Chiara Zorzi, Roberta Sabbion

49

AREA FORMAZIONE

La formazione sulle dipendenze patologiche: possono i Ser.D. avere una funzione didattica vicariante nei confronti dell'Università? Alcune opportunità da non tralasciare

Fabio Lugoboni, Marco Faccini, Rebecca Casari, Patrizia Guadagnini, Paolo Delaini

55

CASE REPORT

Utilizzo di Acamprosato in paziente con Disturbo Bipolare NAS

Fabio Attilia, Claudia Rotondo

61

LE RUBRICHE

Ad maiora

Raffaele Lovaste

6

Contaminazioni

Maurizio Fea

3

NOTIZIE IN BREVE

5, 59

RECENSIONE

52

FeDerSerD/PREMIO NAZIONALE

54

FeDerSerD/ORGANIZZAZIONE

59

FeDerSerD/LE PUBBLICAZIONI

66, 68

FeDerSerD/CONGRESSO

67

FrancoAngeli

Mission

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



Un nuovo Governo. Una nuova politica sulle Dipendenze?

Questo editoriale è scritto a quattro settimane dalla nascita del Governo Letta e senza conoscere chi sarà delegato a seguire il tema "lotta alla droga" e nel totale silenzio di linee di azione per le politiche di settore. Situazione di silenzio già sperimentata in campagna elettorale e in quasi tutti i programmi delle coalizioni che si presentavano al voto popolare.

Eppure mai come ora servirebbero idee e azioni chiare da parte della politica. Pensiamo alla presa di coscienza generalizzata, con il solito corredo di eccessi, che la evidenza delle conseguenze del gioco d'azzardo sta creando a livello dei media, degli amministratori locali, del mondo politico. Un richiamo alla realtà favorito dalla visione della fragilità umana che lo stato di dipendenza propone e forse dalla scarsa visione prospettica che ha guidato i legislatori in questi anni. Per chi si occupa di accoglienza, diagnosi e cura delle situazioni di consumo e dipendenza la questione GAP (o il grazioso termine Ludopatìa) sono una bella conferma di cosa rappresenta il tema delle dipendenze dal punto di vista sanitario, sociale, economico, e per la legalità in questo Paese.

Un tutt'uno che da sempre caratterizza la realtà della droga in Italia, senza guardare in faccia alle distinzioni spesso artificiose tra "legale e illegale", ma attenta alla centralità

- **Poliabuso e doppia diagnosi nelle residenzialità alcoliche ospedaliere: caratteristiche dei pazienti e dei percorsi terapeutici/riabilitativi**

S.P. Soares Pinto, A. Zambon, M. Cibir, D. Agostini, F. Aliotta, F. Biondini, P. Bizzi, G. Cerizza, A. Dattola, M. Forghieri, I. Giorgi, F. Girardi, I.M. Hinnenthal, A. Jaretti Sodano, L. Liberto, E. Majolino, D. Mioni, M. Movalli, L. Pedretti, A. Marmora, P. Ranaletti, G. Spolaor, P. Vizzuso, G. Zucchi, G. Vittadini, G. Corrao

- **Il trattamento dei disturbi depressivi nell'alcolismo**

E. Manzato, F. Nava, C. Biasin, G. Cifelli, G. Manzato, S. Rosa, G. D'Agostini

- **L'associazione di più farmaci per il trattamento dell'alcolodipendenza**

T. Vignoli

Newsletter "Clinica dell'Alcolismo", Anno IV, n. 13

Mission

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

FrancoAngeli

ANNO XI, 2013 - N. 37

Fe Der Ser D

Proprietà: Fe Der Ser D

Sede legale

Via Giotto 3, 20144 Milano

Comitato di Direzione

Giancarlo Ardisson, Francesco Auremma, Roberta Balestra, Giuseppe Barletta, Emanuele Bignamini, Claudia Carnino, Paolo Castorina, Francesco Castracane, Alessandro Coacci, Gianni Cordova, Edoardo Cozzolino, Antonio d'Amore, Pietro Fausto D'Egidio, Francesco De Matteis, Adele Di Stefano, Donato Donnoli, Maurizio Dorsi, Guido Faillace, Maurizio Fea, Michele Ferdico, Mara Giloni, Bernardo Grande, Claudio Leonardi, Raffaele Lovaste, Alfio Lucchini, Fernanda Magnelli, Ezio Manzato, Vincenzo Marino, Marcello Mazzo, Antonio Mosti, Felice Nava, Maria Chiara Pieri, Roberto Pirastu, Gianna Sacchini, Giorgio Serio, Vincenzo Simeone, Lorenzo Somaini, Cristina Stanic, Giovanni Villani, Franco Zuin

Direttore scientifico

Alfio Lucchini

Comitato di Redazione

Maurizio Fea, Vincenzo Marino, Laura Tidone, Giovanni Strepparola, 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 25/05/2013

Edizione fuori commercio
Tiratura: 6.500 copie
ISSN 2037-4798



dei consumi in una società in crisi e che presenta valori sempre più lontani da quelli fondanti legati al lavoro, alla giustizia, alla solidarietà.

E parlando di dipendenze comportamentali talvolta si citano anche quelle classiche, da sostanze, magari solo per proporre paragoni o classifiche di interesse; ma ai livelli istituzionali, regionali e nazionali, si fatica a fare il salto di qualità, a pensare ad una politica attiva e partecipata.

E per tornare al GAP, speriamo che l'iter per l'immissione nei LEA della patologia veda lo sbocco pratico che le famiglie, i pazienti e gli operatori si attendono.

Rimandiamo a questo Governo la capacità di ascolto, confronto, coordinamento e poi indirizzo, visto che da anni si sono "dimenticati" i momenti previsti dalla legge per tali scopi: la Consulta degli esperti e la Conferenza nazionale sulle politiche sulla droga. Ora devono prevalere principi come lo sviluppo della legalità, la tutela della salute dei cittadini, che si accompagnino ad una legislazione più inclusiva, che eviti forme di emarginazione e segregazione.

Nel frattempo il sistema di intervento va avanti.

I Servizi delle Dipendenze si stanno cimentando non solo con nuovi afflussi di tipologie di pazienti, si pensi al GAP e alle altre dipendenze comportamentali "senza sostanza", ma anche con compiti di sanità pubblica sempre più importanti, quali i percorsi per problematiche legate alla guida per assunzione di alcol e altre sostanze, oltre alle valutazioni per lavoratori con mansioni a rischio.

Ma in generale è la crescente complessità e richiesta di specializzazione del lavoro che i nostri pazienti e il loro tessuto sociale di riferimento ci impongono che richiama altre riflessioni.

"Costruire politiche sulle Dipendenze" abbiamo chiamato la Conferenza dei Servizi delle Dipendenze che si celebra il 7 giugno a Milano.

L'obiettivo che perseguiamo è quello di essere nella condizione di non subire i cambiamenti, ma di viverli da protagonisti.

Abbiamo chiamato i colleghi di tutta Italia a riflettere sullo stato del Welfare e sullo stato del sistema di intervento sulle Dipendenze. Uno sforzo di analisi, di pensiero, di idee, sperimentazioni, desideri, proposte, esperienze.

Con una consapevolezza: dobbiamo avere il coraggio anche di proporre nella pratica la capacità di dare corpo a nuove idee e azioni, superando eventuali linee di attività non più attuali a strategiche.

Noi ci siamo, ma speriamo che non avvenga più, come è scritto nella mission dell'evento sopra richiamato, che il nostro settore sia "un settore della sanità da sempre costretto a darsi da solo indirizzi, strumenti e scopi".

Il ricordo di Don Andrea Gallo

Quello che piace ricordare di Don Andrea Gallo, che ci ha lasciato il 22 maggio, è il calore, la forza, la passione della sua presenza e delle sue parole.

FeDerSerD lo ha conosciuto in eventi formativi e momenti pubblici; lo saluta e lo ringrazia per il suo quotidiano impegno per riconoscere la dignità, i diritti e la libertà di ogni persona.

"Prete di strada", è stato tra i primi in Italia a dare risposta a chi aveva un problema di dipendenza, negli anni in cui si sosteneva che la dipendenza fosse una colpa, un reato da punire.

Convinto sostenitore della centralità della sanità pubblica, ha lavorato sempre in collaborazione con i servizi per le dipendenze, contribuendo a difenderli e a farli sviluppare.

Don Luigi Ciotti sabato 25 maggio, prima del rito delle esequie, ha affermato che don Andrea "ha sempre inteso saldare il cielo con la terra, spiritualità ed impegno civile, il messaggio del vangelo e le pagine della costituzione".

Esprimiamo la nostra vicinanza ai suoi collaboratori della comunità di San Benedetto al Porto di Genova, che hanno una eredità ricca ed impegnativa da portare avanti, in questi tempi difficili.

L'esecutivo nazionale di FeDerSerD

Contaminazioni

Maurizio Fea

I pennacchi di San Marco e la cura del tossicomane

“a maggior forza e a miglior natura
liberi soggiacete...”
(Purgatorio, XVI, 79-80)

Il concetto di destino e la relazione che intratteniamo con esso è profondamente mutata dopo Darwin.

Dalle inquietudini che per migliaia di anni hanno guidato alla magia i pensieri e le azioni di Homo Sapiens e dalle primitive forme culturali animiste che hanno reso ricca la nostra preistoria, siamo passati al determinismo giudaico eterodiretto e alle forme evolute del pensiero greco che allo strapotere delle divinità ha affiancato ὕβρις, la quale pur conservando in parte il valore giuridico originale di reato e poi di peccato di orgoglio, diventa lo strumento dell'uomo per tentare di sottrarsi al destino voluto dagli dei.

Tentare di sottrarsi al destino rimane pur sempre una colpa, una dismisura che qualcuno, νέμεσις, prima o poi dovrà pagare, tuttavia introduce una possibilità di governare il proprio futuro, desiderio che da sempre accompagna la storia degli umani.

Questa possibilità, rimane tuttavia a lungo sottomessa alle visioni teleologiche che hanno condizionato la storia del pensiero filosofico e scientifico fino a Galileo, che ha dato forma compiuta al metodo scientifico, e a Darwin che ha sottratto lo sviluppo delle forme viventi sia al determinismo che al finalismo, senza tuttavia assegnare all'uomo il potere incondizionato di determinare il proprio destino.

Il primo indica gli strumenti e il secondo svela quali siano le condizioni nelle quali, l'uomo cerca di indirizzare la propria esistenza.

Strumenti e condizioni che sono profondamente mutati nel corso della storia del mondo, fino a consentire ad una particolare specie di esercitare una potente forza influenzante sul proprio ed altrui destino con i prodotti della sua cultura.

Nella logica evolucionistica il destino non è comunque determinabile perché i processi che ne dovrebbero/potrebbero indirizzare gli esiti, sono intrinsecamente imprevedibili e irripetibili, benché ciò non escluda che l'intero processo sia retrospettivamente intellegibile, e questa è una delle ragioni della nostra affezione al concetto di destino.

I meccanismi darwiniani del cambiamento evolutivo sono noti: la mutazione, la selezione, la deriva genetica, la migrazione e gli schemi evolutivi su larga scala.

Questi meccanismi stanno alla base del procedere casuale della natura, mediante la selezione naturale in un mondo caratterizzato dalla contingenza.

Su questa combinazione si fonda la possibilità di molteplici configurazioni che tuttavia si riducono a quelle poche o tante, dipende dai punti di vista, soluzioni adattative che prendono vigore e successo biologico, grazie alla coincidenza di **fattori**

ambientali favorevoli (pressioni selettive), **vincoli interni strutturali** degli organismi biologici, ed **eventi storici peculiari**.

Ovvero se il mondo è quello che è e non quell'altro o quegli altri che avrebbe anche potuto essere, non è né la finalizzazione di una intenzione, né il risultato di una serie casuale di estrazioni di biglietti vincenti della lotteria, bensì la conseguenza sempre provvisoria e mutabile dell'intreccio tra queste tre forze (Pievani T. 2011).

La contingenza, cioè quell'attributo che da Aristotele in poi, si associa agli enti la cui esistenza non è necessaria ma possibile, in quanto né giustificata né negata da alcunché di necessario ad essa.

Dunque una categoria di possibilità e autonomia.

La contingenza è la scienza del dettaglio e come tale possiede una accezione epistemologica che dipende dalle nostra capacità di osservazione (a quale livello di dettaglio riusciamo ad entrare).

Da questo punto di vista le forme di terapia, che è il livello di osservazione che ci interessa in questo contesto, sono scienze di dettagli fortemente correlate e dipendenti dal livello di coerenza con la quale riescono ad entrare nel dettaglio dei singoli individui, a partire dalle condizioni che hanno concorso a farli quello che sono e quello che potrebbero forse diventare.

Conosciamo da tempo le omologie – uso il concetto di omologia nella accezione biologica che sottolinea la condivisione di vincoli di sviluppo – (Boniolo 2008) nella evoluzione della specie e nella evoluzione degli individui.

Filogenesi ed ontogenesi sono caratterizzate da processi e sequenze di eventi che replicano, con possibili variazioni, su scala diversa le potenzialità di sviluppo individuali e di specie.

Il modello generale della evoluzione basato su questi tre fattori, ambiente, struttura e storia si presenta con evidenza e con un elevato potere esplicativo, anche quando osserviamo l'evoluzione delle persone e il loro farsi storia, grande o piccola, nel mondo.

Questo è il paradigma cui faccio riferimento per ragionare intorno al destino del tossicomane e alla sua riparabilità.

A differenza di tutti gli altri viventi, noi siamo macchine per trasformare la contingenza in natura individuale o personalità e questo ci conferisce sia maggior potere sia maggiore responsabilità verso noi stessi e verso gli altri.

Trasformare la contingenza in natura individuale è dunque il compito che ciascuno di noi ha fin dalla nascita o forse dal concepimento, ma non sta scritto da nessuna parte quale potrà essere la personalità che emergerà dall'assunzione di questo compito, e neanche quelli che a posteriori in genere consideriamo indizi e predittori, sono in grado di spiegare compiutamente e giustificare come sono andate le cose.

“Ciò che conta non sono i fatti, ma solo ciò che grazie a quei fatti noi siamo diventati” (Hillesum H.) ovvero come ambiente,

struttura e storia si sono combinati a creare quelle contingenze che hanno consentito a ciascuno di assumere quella forma personale che lo caratterizza.

Negli anni della mia esperienza, sono stato indotto a pensare che, la forma personale che l'uso precoce e protratto di sostanze induce ad assumere e sviluppare in molte persone le quali per particolari contingenze diventano addicted, avesse caratteristiche tali da farla assimilare ad un vero e proprio destino, un abito appariscente e caratteristico, che una volta indossato è difficile dismettere.

Sono stato criticato per aver enfatizzato nel mio libro *Riparatori di destini*, l'azione delle sostanze d'abuso come fattore biologicamente importante e talora decisivo nella costruzione del destino del tossicomane, attraverso l'azione specifica esercitata sui processi metabolici e cellulari dei sistemi neuronali implicati nei processi cognitivi e decisionali.

Riconosco di aver assegnato un peso determinante, alle prove di manipolazione dei vincoli strutturali che vengono condotti dal tossicomane nel tentativo di migliorare le proprie risposte adattative all'ambiente.

Lo stagliarsi di figure emotivamente impegnative di pazienti sullo sfondo della esperienza clinica, la ridondanza di risposte adattative stereotipe, finali di storie troppo note e drammaticamente prevedibili, hanno indubbiamente giocato un ruolo importante nella costruzione di questa ipotesi e nell'assegnare una visione quasi deterministica al destino del tossicomane.

Ciò ha influito nel assegnare un ruolo determinante alla manipolazione dei vincoli strutturali, sottovalutando il peso della combinazione di questi con la pressione ambientale e gli eventi storici peculiari, come cardine dei percorsi evolutivi individuali. L'uso protratto di sostanze in virtù delle loro proprietà e dei loro effetti biologici, agisce sì sui vincoli strutturali degli individui, tuttavia le pressioni selettive e soprattutto gli eventi storici peculiari possono giocare un ruolo decisivo nell'indirizzare ed orientare quello che sarà la trama e la storia effettiva del soggetto.

Non tutti i vincoli sono ugualmente costrittivi, come non tutte le relazioni disfunzionali sono ugualmente dolorose; come non tutte le possibilità sono ugualmente fruibili per un determinato tossico-dipendente all'interno di un preciso contesto biografico e affettivo: centrale resta la persona che interpreta e decide nel complesso organizzativo della sofferenza che ha costruito dentro di sé.

Con la persona rimane il nucleo della libertà, ovvero di quella esperienza che le persone fanno degli altri e di se stesse come tali, cioè del loro essere persona e del loro essere quelle persone. Roberta De Monticelli usa tre immagini per descrivere le forme della libertà: uomo che spezza le catene e dunque libertà come assenza di costrizione, predicato dell'agire; l'uomo che si trova ad un bivio e dunque libertà come potere di autodeterminazione, predicato del volere; e infine la danzatrice nel mezzo di una evoluzione armoniosa, esempio esteticamente realizzato di trasformazione di vincoli strutturali, predicato dell'essere.

Spesso l'immagine dell'addicted (lo suggerisce la parola stessa, inglese mutuato dal latino giuridico) è associata al soggetto incatenato, prigioniero, che si deve liberare o deve essere liberato dalla sua stessa costrizione, dunque non libero di agire, ma comunque libero di decidere.

Complessa è la relazione tra queste condizioni di libertà e De Monticelli impiega 400 pagine del suo libro – *La novità di ognuno* – per argomentare e spiegare, ma per quanto ci riguarda nel contesto delle addiction mi sembra di poter dire che il nucleo delle sue argomentazioni sta nel passaggio dalla vita biologica come successione di stati, alla vita personale come connessione motivazionale e di atti.

Anche nella condizione di addiction, la coscienza della successione di stati, fa emergere un soggetto capace sì di prendere posizione rispetto ai suoi stati, e quindi di trovare le connessioni motivazionali che lo fanno emergere sui propri stati, mediante atti e decisioni, che tuttavia tendono a riproporre le stesse motivazioni e sequenze di azioni.

Dunque non sembra alterata la volontà intesa come disposizione a prendere decisioni, ma i dati che si usano per avallare le ragioni di azione.

Su questi dati, come si producono, dove vengono raccolti e classificati, come vengono richiamati ed utilizzati, le neuroscienze stanno aprendo spiragli di comprensione inediti e assolutamente illuminanti, che mi pare vadano nella direzione di sostanziare queste riflessioni.

Rimane però la natura del danno che si produce, soprattutto, perché è impedito il cambiamento: è questo il punto cruciale.

Se l'oggetto avvolge il Sé come una struttura (chimica, comportamentale, psichica, relazionale), la persona non può scoprire e mettere a frutto le proprie risorse, non può confrontarsi con la diversità rappresentata dagli altri, con le sfide che il rapporto aperto con loro le propone (Rigliano P. 2009).

Se vengono neutralizzate le differenze che gli altri sono (e che ognuno di noi è per gli altri), allora tutto rimanda ancora di più a quell'unico obiettivo che tutte le annienta.

Sono dunque aboliti l'arricchimento, l'autoriflessione e la crescita.

Dice Rigliano che il circuito tossicomano rivela il danno mortale che ogni dipendenza provoca alla dimensione temporale: ritornare ciclicamente alla stessa soluzione distruttiva provoca la morte del tempo.

Nulla di nuovo è possibile e nessun nuovo significato viene prodotto: il pendolo interiore si è fermato, ogni movimento vitale è abolito.

C'è solo un presente sempre identico: un identico stato interiore, una identica relazione, un identico significato.

Detto in altri termini dal punto di vista evolutivistico, si indebolisce, a volte fino al punto di perderla, la capacità di trasformare le contingenze in opportunità, di provare nuove risposte in situazioni ambientali sfavorevoli.

Alla radice di ciò non c'è tuttavia mancanza di libertà, né quella di agire né quella di volere, il destino non è pre-scritto se il lavoro sulle contingenze per trasformarle in natura e caratteristiche individuali non si pietrifica e mantiene pur nel suo consolidarsi temporale, quella capacità di riconoscere la novità.

Certo sarebbe sbagliato pensare che le alterazioni strutturali indotte da lunghi stati di addiction non influenzino le capacità di discriminare, di valutare le salienze, di rappresentare le conseguenze, potendo quindi configurare dei veri e propri deficit.

Tuttavia anche il difetto è un elemento della contingenza, al pari della opportunità e della condizione ambientale.

Mettere al centro della riflessione il concetto di contingenza, permette di dare un senso compiuto e legittimità anche teorica, a quella molteplicità di atti grandi e piccoli, ma in generale piuttosto di dettaglio che caratterizzano il lavoro dell'artigiano nel correggere difetti o riparare i danni.

Lavoro di dettaglio che tuttavia comincia sempre da uno sguardo complessivo, da lontano, sguardo che vuole sapere di storia e di impressioni, che contiene anche una opinione e un giudizio di piacere e interesse verso gli oggetti.

Uno sguardo per capire come il dolore psichico si apra la sua strada dentro ciascuna persona, come incontri le droghe, come queste saldino pezzi prima sparsi, come ne derivi una nuova architettura mentale fondata sull'uso continuato della sostanza (Rigliano).

Questa architettura mentale a volte assume forme così compiute da apparire immodificabile in primo luogo agli occhi stessi del soggetto e talora di conseguenza agli occhi degli artigiani terapeuti.

Il ricorso alla idea di architettura ci permette di andare, per via analogica, ad un lavoro fondamentale di Gould e Lewontin, eminenti naturalisti e paleoantropologi, che scrissero un articolo divenuto famoso anche per la stranezza del titolo, oltretutto per la rilevanza fondamentale del contenuto *The Spandrels of San Marco and the Panglossian Paradigm*, nel quale per confutare le teorie adattazioniste, gli autori usano un'efficace metafora architettonica desunta dalla celebre basilica veneziana.

La costruzione della cattedrale di San Marco prevede che una cupola circolare poggi su un corpo quadrato la cui sommità è costituita da quattro archi sui lati; in tal modo necessariamente si ottengono ai quattro angoli degli spazi triangolari, affusolati verso il basso.

Questi, chiamati "pennacchi", sono delimitati dagli archi di sostegno e dal bordo inferiore della cupola.

Ciascun pennacchio contiene un mosaico perfettamente adattato allo spazio disponibile, che raffigura un evangelista nella parte superiore mentre al di sotto un uomo, simboleggiante i fiumi biblici, versa acqua da una brocca nello spazio che si restringe sino a chiudersi ai suoi piedi.

Il disegno è così armonioso che si è tentati di vederlo come il punto culminante di qualsiasi analisi, come la causa di tutta l'architettura circostante.

L'argomentazione finalistica, contestata da Gould, è che i pennacchi siano stati concepiti e progettati per garantire la rappresentazione degli evangelisti e della profusione dell'acqua.

Le regole architettoniche di costruzione della cattedrale impongono vincoli alla ripartizione dello spazio, per cui si formano necessariamente dei luoghi interstiziali fra le componenti maggiori della costruzione, i quali vengono riutilizzati con ingegno dai mosaicisti che sfruttano la regolarità delle quattro lunette per le composizioni allegoriche, che a loro volta ricadono sull'intera struttura perché, per simmetria di composizione, il motivo su base quattro si allarga ad altre rappresentazioni.

Come i mosaicisti di San Marco noi lavoriamo su contingenze date dall'intreccio di elementi strutturali, elementi ambientali e storie peculiari delle persone.

Questo ci pone a volte di fronte a dei pennacchi frutto di fatti costruttivi a quel punto immodificabili, ma sui quali è possibile operare anche con eleganza, traendone effetti positivi, senza tuttavia intervenire in alcun modo sulla architettura.

Nel caso delle addiction, gli effetti di tipo strutturale potenzialmente indotti dall'uso protratto di sostanze, limitano i possibili margini di intervento artigiano e riducono gli effetti positivi di contesti ambientali favorevoli o di eventi significativi che potrebbero introdurre forti spinte al cambiamento.

Tuttavia considerarci come artigiani di fronte ai pennacchi di San Marco ci toglie dalla imbarazzante situazione di sentirci o capomastri impotenti o architetti palingenetici, e offre alcune opportunità: essere competenti di fatti strutturali per non correre il rischio di fare interventi che potrebbero indebolire la cupola e magari farla crollare, quindi conoscere e dare il giusto peso alle basi biologiche dei comportamenti, cercando di guidare i tentativi delle persone di cambiare chimicamente l'ambiente interno per sfuggire all'alternativa tra cambiare se stessi o l'ambiente esterno.

Essere responsabili di ambienti per la cura pensati e gestiti non solo come erogatori di prestazioni, ma come botteghe artigiane capaci di ospitare in sicurezza e trattare con cura per il tempo necessario, quei soggetti il cui destino appare vulnerato.

Pensare che, se c'è potenza dell'atto terapeutico, è quella di favorire l'emergenza di possibilità che qualcun altro dovrà attuare, e da questo punto di vista molti sono gli atti terapeutici possibili, il cui valore e significato è connesso ed intrecciato con le condizioni strutturali della persona nel momento storico in cui la incontriamo.

Quindi fattori ambientali favorevoli, vincoli interni strutturali degli organismi biologici, ed eventi storici peculiari, disegnano le caratteristiche contingenti del lavoro di cura e in questo ambito va collocata la possibilità di intervenire, non sul destino ma sul pennacchio.

Riferimenti essenziali

- Boniolo G., Giaimo S. (a cura di) (2008), *Filosofia e Scienze Della Vita*, Bruno Mondadori.
- de Monticelli R. (2010), *La novità di ognuno*, Raffaello Cortina.
- Etty H. (2005), *Lettere. 1942-1943*, Adelphi 2005.
- Fea M. (2009), *Riparatori di destini*, FrancoAngeli.
- Gould S.J., Lewontin R. (1979), *The Spandrels of San Marco and the Panglossian Paradigm*, Proceedings of the Royal Society of London.
- Pievani T. (2011), *La vita inaspettata. Il fascino di un'evoluzione che non ci aveva previsto*, Raffaello Cortina
- Rigliano Paolo (2005), "La Protesi e La Bacchetta Magica", in *Percorsi di carcere e di giustizia*, n. 7, Supplemento a *Servir Centro Astalli*, n. 5 (maggio).

NOTIZIE IN BREVE

Il 5 per mille ad ALT Onlus

Associazione per la formazione e la ricerca nel settore del disagio giovanile, delle dipendenze patologiche e dell'abuso da sostanze. Fondata nel 1991, ONLUS dal 1998

Sede Legale: Via Giotto n. 3, 20144, Milano

Sostegno del volontariato, delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale, delle associazioni e fondazioni.

Basta inserire nell'apposito spazio il codice fiscale e firmare

Codice fiscale 97103240152

LE RUBRICHE

Ad maiora

Raffaele Lovaste

Soprattutto in questo periodo di spending review e tagli lineari dell'assistenza diventa indispensabile riflettere su i modelli organizzativi per cercare di ottimizzare le risorse sempre più contenute ed avere argomenti di discussione nelle negoziazioni sulle "riorganizzazioni delle reti assistenziali" che troppo spesso coinvolgono i nostri servizi.

Ribadisco il concetto che i job profile definiscono, per ciascuna figura professionale, una situazione di eccellenza, un obiettivo a cui tendere attraverso la formazione continua di tutti gli operatori dei Ser.D.

In questo numero, con la presentazione dei job profile dell'area psico-sociale, termina la trilogia dedicata all'argomento.

Per ragioni di sintesi verrà presentata una scheda per i dirigenti psicologi ed una scheda per assistente sociale/educatore professionale anche se sarebbe auspicabile anche: una scheda differenziata per lo psicologo che ricopre l'incarico di coordinatore d'area; una scheda per l'assistente sociale che ricopre l'incarico di coordinatore d'area e una scheda specifica per gli educatori professionali.

	JOB PROFILE Dirigente psicologo	
REALIZZATO DA	APPROVATO DA:	UNITÀ ORGANIZZATIVA: Ser.D. di

TITOLO DELLA POSIZIONE: DIRIGENTE PSICOLOGO

REQUISITI PROFESSIONALI RICHIESTI	
TITOLO DI STUDIO	Laurea in psicologia
FORMAZIONE SPECIFICA	Non richiesta ma gradita
ABILITAZIONI/ISCRIZIONI	All'esercizio della professione dello psicologo ed alla psicoterapia
ANNI DI ESPERIENZA NEL RUOLO	Non richiesti ma graditi
ANNI D ESPERIENZA NEL SETTORE	Non richiesti ma graditi

DIMENSIONE DELLA POSIZIONE	
POSIZIONE DEL RESPONSABILE AL QUALE RIPORTA	Responsabile articolazione semplice psicologi Ser.T. qualora presente o in assenza al Direttore del Ser.D.
NUMERO COLLABORATORI DIRETTI E LORO INQUADRAMENTO	Non previsti
NUMERO COLLABORATORI INDIRETTI E LORO INQUADRAMENTO	Non previsti
BUDGET MEDIO GESTITO	Non previsto

SCOPO DELLA POSIZIONE
Gestire le prestazioni e gli interventi d'area psicologica relativamente ai pazienti assegnati. La sua attività clinica è focalizzata prevalentemente sulla costruzione di un rapporto terapeutico che consiste nel cogliere le esigenze del paziente, interpretarle correttamente e trasferirle in un contesto in cui è definito il setting, il ruolo svolto dal terapeuta, il contributo richiesto al paziente, l'obiettivo dell'intervento terapeutico e quali indicatori saranno ricercati, scelti fra quelli predefiniti, per la valutazione d'esito.

Questa prima parte della scheda serve a declinare i requisiti di legge necessari per svolgere questa mansione e a posizionare il professionista nell'ambito della gerarchia interna del Ser.D.

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ E RESPONSABILITÀ	
MACRO AREE DI ATTIVITÀ	ATTIVITÀ E RESPONSABILITÀ
Attività clinica	Nell'attuazione di tutte le attività previste è responsabile: del rispetto della legislazione corrente, di tutti gli atti terapeutici e a valenza legale attuati e della corretta e completa compilazione e tenuta del fascicolo personale del paziente.
Accoglienza e valutazione delle persone che rivolgono al Ser.D.	L'attività di accoglienza si riferisce a tutte le persone che accedono al servizio per sé o per altri, portando una generica o specifica richiesta d'aiuto Nello specifico del Ser.D. si realizza nella raccolta e prima lettura della domanda, e nell'acquisizione di dati preliminari utili per un iniziale e provvisorio inquadramento del problema psicologico
Assessment psicologico	Strutturazione di una diagnosi funzionale psicologica secondo le indicazioni della letteratura specifica di settore
Psicoterapia individuale, familiare e di coppia	Strutturazione di una psicoterapia individuale, familiare e di coppia secondo le indicazioni della letteratura specifica di settore
Psicoterapia di gruppo	Strutturazione di una psicoterapia di gruppo secondo le indicazioni della letteratura specifica di settore
Sostegno psicologico individuale, familiare e di coppia	Strutturazione di un sostegno psicologico individuale, familiare e di coppia secondo le indicazioni della letteratura specifica di settore

Questa parte della scheda serve a declinare le macro aree di attività a cui il professionista verrà assegnato.

Descrive inoltre il ruolo che occupa all'interno della suddivisione del lavoro nel Ser.D.

RESPONSABILITÀ ACCESSORIE
È responsabile, per la parte di competenza, degli obiettivi, di budget o di ricerca in cui è coinvolto. È responsabile della compilazione della reportistica richiesta dal responsabile di articolazione semplice

RELAZIONI INTERFUNZIONALI, INTERNE ED ESTERNE	
RUOLI E U.O CON CUI SI TENGONO COLLEGAMENTI	OBIETTIVO - RISULTATO - SCOPO DEI COLLEGAMENTI
Collegamento con l'area medica infermieristica, sociale ed educativa del Ser.D.	L'obiettivo è la strutturazione di un'efficiente lavoro d'equipe Il risultato è l'integrazione degli interventi delle figure professionali Lo scopo è la condivisione degli obiettivi dei trattamenti per singolo paziente delle varie figure professionali
Collegamento con le altre U.O. dell'USL e con le altre agenzie territoriali con cui sono attivi interventi di collaborazione	L'obiettivo è la strutturazione di interventi di rete intra aziendali e territoriali Il risultato è la collaborazione con le altre U.O. dell'USL e con le agenzie territoriali Lo scopo è l'integrazione delle competenze

Questa parte della scheda delinea ulteriori aspetti del ruolo non legati direttamente alla erogazione di interventi specialistici.

PROFILO CONOSCENZE (sapere)	
Le forme di trattamento psicologico, validate dalla letteratura di settore dei pazienti con dipendenze	Buona conoscenza dei trattamenti psicologici individuati dalla letteratura di settore specifici delle dipendenze
Disposizioni legislative nazionali e locali	Conoscenza delle disposizioni legislative sulle dipendenze a valenza nazionale e locale
Conoscenza delle gerarchie aziendali	Conoscenza dell'organigramma aziendale
Conoscenza del funzionamento del Ser.D.	Conoscenza dell'organigramma del Ser.D. e dei documenti sul funzionamento del servizio
Conoscenza dei programmi gestionali	Conoscenza dell'applicativo per la gestione informatizzata del servizio se presente
Conoscenza del pacchetto Office	Buona conoscenza di base del pacchetto office
Conoscenza generale degli effetti farmacologici delle sostanze d'abuso più comuni	Conoscenza generale degli effetti farmacologici e della neurobiologia delle sostanze d'abuso più comuni

Questa parte della scheda elenca le conoscenze indispensabili che un dirigente psicologo deve avere per lavorare in un Ser.D. Valutare se è opportuno, a seconda del livello medio di preparazione dei professionisti, fornire in aggiunta dei riferimenti bibliografici da cui attingere queste nozioni.

PROFILO SKILL ESSENZIALI (saper fare)	
Su richiesta possono essere fornite le indicazioni bibliografiche di supporto	
Somministrazione e valutazione di test	Buona conoscenza sulla somministrazione e valutazione dei test per l'assessment diagnostico individuati dal servizio
Gestione di un colloquio di psicoterapia	Rispetto delle indicazioni riportate dalla letteratura di settore
Gestione di un colloquio di sostegno psicologico	Rispetto delle indicazioni riportate dalla letteratura di settore

PROFILO SKILL GRADITE (saper fare)	
Su richiesta possono essere fornite le indicazioni bibliografiche di supporto	
Gestione dei conflitti	Conoscenza e applicazione delle tecniche per la gestione dei conflitti
Conoscenza di altri test proiettivi e di personalità	Buona conoscenza sulla modalità di somministrazione e valutazione
Tecniche di comunicazione negli interventi di prevenzione primaria	Conoscenza delle tecniche più accreditate sulla strutturazione e sulla comunicazione dei messaggi di prevenzione primaria rivolta ad una popolazione target adulta ed adolescente
Tecniche per la gestione dei gruppi	Rispetto delle indicazioni riportate dalla letteratura di settore

Questa parte della scheda descrive le skill indispensabili per poter lavorare in un Ser.T. e le gradite che rappresentano il valore aggiunto del professionista.

PROFILI COMPETENZE (saper essere)	
PA Pensiero analitico	<i>Comprendere una situazione scomponendola in parti più piccole o individuare le implicazioni di una situazione procedendo passo dopo passo. Riconosce relazioni multiple; scompone il problema in più parti. Fa più collegamenti causali: Individua le diverse cause potenziali di un evento e le svariate conseguenze di azioni o concatenazioni di un evento. Anticipa gli ostacoli e pensa in anticipo ai passi successivi.</i>
PS Pensiero sintetico	<i>Identificare schemi e connessioni tra situazioni non collegate tra loro in modo ovvio ed individuare gli aspetti cruciali di situazioni complesse o che sono ad esse sottostanti. Implica il ragionamento creativo, concettuale o induttivo. Chiarisce dati o situazioni complesse: rende idee o situazioni complesse chiare, semplici e/o comprensibili. Assembla idee, questioni e osservazioni in chiare ed utili spiegazioni. Riformula conoscenze precedenti per spiegare situazioni in modi più semplici.</i>
INTEL Intelligenza relazionale	<i>Implica il voler comprendere le persone e la capacità di ascoltare e capire gli interlocutori. Comprendere le domande e le preoccupazioni anche non apertamente e completamente espresse. Comprende le questioni sottostanti: comprende i problemi anche più nascosti degli altri e le ragioni che sono alla base dei loro comportamenti. Ha una visione equilibrata dei punti di forza e dei punti di debolezza degli altri (pazienti e colleghi)</i>
AUC Autocontrollo	<i>La capacità di controllare le proprie emozioni ed evitare azioni negative a fronte di provocazioni o di ostilità da parte di altri, oppure in condizioni di stress. Gestisce con efficacia lo stress: continua a lavorare e a rispondere alle domande nonostante lo stress relazionale. Utilizza tecniche per gestire le emozioni e lo stress da impotenza /onnipotenza</i>
TC team work e Cooperazione	<i>Implica l'intenzione di lavorare in modo cooperativo con altri, di far parte di un team, di lavorare insieme, piuttosto che lavorare individualmente e in modo competitivo. Cooperazione. Ad esempio partecipa di buon grado al lavoro collettivo; supporta le decisioni dei team; è un "buon giocatore di squadra"; fa la sua parte di lavoro. Come membro dei team tiene gli altri informati e aggiornati sul processo, sulle attività individuali, sugli eventi che hanno un'influenza sul team; condivide tutte le informazioni pertinenti o utili.</i>

Questa parte della scheda delinea il profilo delle competenze che, evidenziate dai comportamenti assunti dal professionista nelle diverse situazioni, evidenzia l'immagine che il professionista ha di se stesso all'interno dell'organizzazione e la distanza dal profilo ideale.

JOB PROFILE Assistente sociale Educatore professionale		
REALIZZATO DA :	APPROVATO DA:	UNITÀ ORGANIZZATIVA: Ser.D.

TITOLO DELLA POSIZIONE: ASSISTENTE SOCIALE

REQUISITI PROFESSIONALI RICHIESTI	
TITOLO DI STUDIO	Laurea in Servizio Sociale - Laurea in Educatore Professionale
FORMAZIONE SPECIFICA	Non richiesta
ABILITAZIONI/ISCRIZIONI	Abilitazione all'esercizio della professione e iscrizione all'albo professionale
ANNI DI ESPERIENZA NEL RUOLO	Non richiesti ma graditi
ANNI D ESPERIENZA NEL SETTORE	Non richiesti ma graditi

DIMENSIONE DELLA POSIZIONE	
POSIZIONE DEL RESPONSABILE AL QUALE RIPORTA	Coordinatore area sociale/educazionale se previsto, in assenza al Direttore Ser.D.
NUMERO COLLABORATORI DIRETTI E LORO INQUADRAMENTO	Non previsti
NUMERO COLLABORATORI INDIRETTI E LORO INQUADRAMENTO	Non previsti
BUDGET MEDIO GESTITO	Non previsto

SCOPO DELLA POSIZIONE	
Gestire le prestazioni e gli interventi d'area sociale/educazionale relativamente ai pazienti assegnati. La sua attività è focalizzata prevalentemente nella costruzione di un rapporto terapeutico/relazionale che consiste nel cogliere i bisogni della persona che si rivolge ai servizi, interpretarli correttamente e trasferirli in un contesto in cui è definito il setting, il ruolo svolto dal professionista, il contributo richiesto alla persona, l'obiettivo dell'intervento sociale/educazionale e quali indicatori saranno ricercati, scelti fra quelli predefiniti, per la valutazione d'esito.	

Questa prima parte della scheda serve a declinare i requisiti di legge necessari per svolgere questa mansione e a posizionare il professionista nell'ambito della gerarchia interna del Ser.D.

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ E RESPONSABILITÀ	
MACRO AREE DI ATTIVITÀ	ATTIVITÀ E RESPONSABILITÀ
Attività clinica e sociale	Nell'attuazione di tutte le attività previste è responsabile: del rispetto della legislazione corrente e del Codice deontologico dell'assistente sociale/educatore all'interno di tutti gli atti terapeutici e a valenza legale attuati secondo una corretta applicazione delle metodologie ed una corretta strutturazione del processo d'aiuto.
Accoglienza e valutazione delle persone che rivolgono al Ser.D.	L'attività di accoglienza si riferisce a tutte le persone che accedono al servizio per sé o per altri, portando una generica o specifica richiesta d'aiuto. Nello specifico del Ser.D. si realizza nella raccolta e prima lettura della domanda, e nell'acquisizione di dati preliminari utili per un iniziale e provvisorio inquadramento del problema nella sua dimensione sociale/educativa e per l'individuazione dei bisogni delle persone.
Assessment/ valutazione sociale Inquadramento bisogni educativi	Raccolta di tutte le informazioni, dati ed elementi utili per una valutazione complessiva anche attraverso l'utilizzo di test specifici. Costante attenzione alla valutazione in itinere e finale.
Lavoro di rete	Strutturazione, attuazione e monitoraggio degli interventi di rete attuati
Misure alternative alla detenzione	Predisposizione e monitoraggio delle misure alternative alla detenzione in rete con gli organi giudiziari preposti
Sostegno sociale individuale, familiare e di coppia	Strutturazione di un sostegno sociale/educazionale individuale, familiare e di coppia secondo le indicazioni della letteratura specifica di settore
Segnalati NOT	Predisposizione e monitoraggio dei segnalati art.75 / 121 DPR 309/90 e succ. modifiche in base alle disposizioni di legge e al protocollo operativo se predisposto
Follow up inserimenti in C.T.	Predisposizione e monitoraggio degli inserimenti in Comunità terapeutica
Follow up inserimenti lavorativi	Predisposizione e monitoraggio degli inserimenti lavorativi protetti
Gestione del fascicolo personale	Gestione e aggiornamento corretto del fascicolo personale del paziente per la parte di competenza e corretta e completa compilazione dei documenti cartacei ed informatici relativi al paziente ed interni al servizio.

Questa parte della scheda serve a declinare le macro aree di attività a cui il professionista verrà assegnato. Descrive inoltre il ruolo che occupa all'interno della suddivisione del lavoro nel Ser.D.

RESPONSABILITÀ ACCESSORIE
È responsabile, per la parte di competenza, degli obiettivi di budget o di ricerca in cui è coinvolto È responsabile della compilazione della reportistica richiesta dal coordinatore d'area o dal Direttore

RELAZIONI INTERFUNZIONALI, INTERNE ED ESTERNE	
RUOLI E U.O. CON CUI SI TENGONO COLLEGAMENTI	OBIETTIVO – RISULTATO – SCOPO DEI COLLEGAMENTI
Collegamento con l'area medica, infermieristica e psicologica del Ser.D.	L'obiettivo è la strutturazione di un'efficiente ed efficace lavoro d'equipe. Il risultato è l'integrazione degli interventi delle figure professionali Lo scopo è la condivisione degli obiettivi e dei rispettivi trattamenti /interventi per singolo utente da parte delle diverse figure professionali
Collegamento con le altre U.O. dell'USL e con le altre agenzie territoriali con cui sono attivi interventi di collaborazione	L'obiettivo è la strutturazione di interventi di rete intra aziendali e territoriali Il risultato è la collaborazione con le altre U.O. dell'USL e con le altre agenzie territoriali Lo scopo è l'integrazione delle attività

Questa parte della scheda delinea ulteriori aspetti del ruolo non legati direttamente alla erogazione di interventi specialistici.

PROFILO CONOSCENZE (sapere)	
Le forme di trattamento sociale, validate dalla letteratura di settore dei pazienti con dipendenze	Buona conoscenza delle metodologie previste dal corso di laurea in servizio sociale e/o educatore professionale validate dalla letteratura di settore specifiche delle dipendenze
Disposizioni legislative nazionali e locali	Conoscenza delle disposizioni legislative sulle dipendenze a valenza nazionale e locale e conoscenza del codice deontologico degli assistenti sociali.
Rete assistenziale	Conoscenza delle principali agenzie territoriali della rete assistenziale del territorio e delle risorse del terzo settore ed informali
Conoscenza delle gerarchie aziendali	Conoscenza dell'organigramma aziendale
Conoscenza del funzionamento del Ser.T.	Conoscenza dell'organigramma del Ser.D. e dei documenti accessibili sul funzionamento del servizio
Conoscenza del programma gestionale Ippocrate	Conoscenza dell'applicativo gestionale del Servizio se presente
Conoscenza del pacchetto Office	Buona conoscenza di base del pacchetto office
Conoscenza generale degli effetti delle sostanze d'abuso più comuni	Conoscenza generale degli effetti farmacologici e della neurobiologia delle sostanze d'abuso più comuni Conoscenza dei fattori psico-sociali di rischio e protettivi legati all'uso di sostanze psicotrope e stupefacenti come da letteratura specifica di settore

Questa parte della scheda elenca le conoscenze indispensabili che un assistente sociale/educatore deve avere per lavorare in un Ser.D.

Valutare se è opportuno, a seconda del livello medio di preparazione dei professionisti, fornire in aggiunta dei riferimenti bibliografici da cui attingere queste nozioni.

PROFILO SKILL ESSENZIALI (saper fare)	
Su richiesta possono essere fornite le indicazioni bibliografiche di supporto	
Valutazione sociale	Buona conoscenza e capacità di somministrazione e valutazione delle tecniche e degli strumenti a disposizione per l'assessment
Gestione di un colloquio di sostegno	Buona conoscenza e capacità di gestione del colloquio nel rispetto delle indicazioni riportate dalla letteratura di settore e dal codice deontologico
Gestione di un intervento di rete	Rispetto delle indicazioni riportate dalla letteratura di settore e dal codice deontologico

PROFILO SKILL GRADITE (saper fare)	
Su richiesta possono essere fornite le indicazioni bibliografiche di supporto	
Informatizzazione	Conoscenza approfondita e capacità di utilizzo degli strumenti informatici per l'elaborazione dei dati statistici e di controllo di gestione
Tecniche di comunicazione negli interventi di prevenzione primaria	Conoscenza e capacità di utilizzo delle tecniche più accreditate sulla strutturazione dei progetti e sulla comunicazione dei messaggi di prevenzione primaria rivolta ad una popolazione target adulta ed adolescente
Tecniche per la gestione dei gruppi	Conoscenza e capacità di utilizzo delle tecniche riportate dalla letteratura di settore per la gestione dei gruppi

Questa parte della scheda descrive le skill indispensabili per poter lavorare in un Ser.D. e le gradite che rappresentano il valore aggiunto del professionista.

PROFILO COMPETENZE (saper essere)	
Il profilo delle competenze è ad uso esclusivo del valutatore e rappresenta un riferimento culturale	
PA Pensiero analitico	Comprendere una situazione scomponendola in parti più piccole o individuare le implicazioni di una situazione procedendo passo dopo passo. Riconosce relazioni multiple; analizza situazioni complesse e multi problematiche nei loro aspetti diversi e le loro connessioni. Fa più collegamenti causali: Individua le diverse cause potenziali di un evento e le svariate conseguenze di azioni o concatenazioni di un evento. Anticipa gli ostacoli e pensa in anticipo ai passi successivi.
INTEL Intelligenza relazionale	Implica il voler comprendere le persone e la capacità di ascoltare e capire gli interlocutori. Comprendere le domande e le preoccupazioni anche non apertamente e completamente espresse. Comprende i significati correnti, non o poco espresi. Comprende pensieri, preoccupazioni e sentimenti esistenti e non detti.
AUC Autocontrollo	La capacità di controllare le proprie emozioni ed evitare azioni negative a fronte di provocazioni o di ostilità da parte di altri, oppure in condizioni di stress. Gestisce con efficacia lo stress: continua a lavorare e a rispondere alle domande nonostante lo stress relazionale. Utilizza tecniche per gestire le emozioni e lo stress da impotenza /onnipotenza
TC team work e Cooperazione	Implica l'intenzione di lavorare in modo cooperativo con altri, di far parte di un team, di lavorare insieme, piuttosto che lavorare individualmente e in modo competitivo. Coopera, partecipa di buon grado, supporta le decisioni dei team, è un buon giocatore di squadra. Come membro del team tiene gli altri informati e aggiornati sul processo, sulle attività individuali, sugli eventi che hanno un'influenza sul team, condivide tutte le informazioni pertinenti o utili
INF 3 Ricerca informazioni	Implica il porre domande al di là di quelle routinarie o strettamente insite nel lavoro. Esplora l'ambiente o la situazione ad ampio raggio, alla ricerca di potenziali opportunità o informazioni eterogenee utilizzabili in futuro. Indagare a fondo: fa approfondite domande per arrivare alla radice di un problema o individuare opportunità potenziali nascoste sotto la superficie delle questioni presentate.

Questa parte della scheda delinea il profilo delle competenze che, evidenziate dai comportamenti assunti dal professionista nelle diverse situazioni, evidenzia l'immagine che il professionista ha di se stesso all'interno dell'organizzazione e la distanza dal profilo ideale.

Bibliografia per approfondimenti

- Argentero P., *L'intervista di selezione*, FrancoAngeli.
 Levati W., Saraò M.V., *Il modello delle competenze*, FrancoAngeli.
 Malaguti D., *Fare squadra*, Il Mulino.
 Marini M.G., Castelli N. (a cura di), *Le organizzazioni aperte in sanità*, Istud Il sole 24 ore.
 Mariani M., *Decidere e Negoziare*, Istud Il sole 24 ore.
 Casati G., *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill.
 Boldizzoni D. (a cura di), *Management delle risorse umane*, Istud Il sole 24 ore.
 Wright J., Hill P., *La governance clinica*, McGraw-Hill.

La valutazione dell'outcome nel trattamento residenziale della doppia diagnosi: un'esperienza di Cascina Verde

Francesca Farina*, Semira Tagliabue**, Nicoletta Sasso***

■ *Despite the interest in the double diagnosis communities, still little research has been done on the characteristics of people hosted and the outcome of the treatment. Cascina Verde Onlus is a community in which a multidisciplinary treatment aims to take care of people with double diagnosis, in collaboration with Ser.T. mostly of the Lombardy. In the present research, the characteristics of people hosted from 2004 and 2010 are presented, and the outcomes of a follow up research are investigated. Main results highlighted that more than 80% of the people hosted in the community present a multiple diagnosis, including both drug and psychiatric problems from quite a half of the life. 60% of them stay in the community more than 4 months, confirming findings of past research. The follow up research is aimed to investigate the long-term outcome in people who left the community treatment from about a year, showed a long-term positive outcome, above all in the areas of drug, psychological and family relational problems. The collaboration with Ser.T. has been also discussed in the paper. ■*

Keywords: *Follow up, double diagnosis, community, outcome, treatment*

Parole chiave: *Follow up, doppia diagnosi, comunità, esito, trattamento*

Introduzione

Negli ultimi anni l'associazione Cascina Verde ha voluto focalizzarsi, in modo particolarmente attento, sulla valutazione del proprio progetto terapeutico.

Questo accento, già presente peraltro nella mission dell'associazione fin dalle origini, ha portato oggi a sviluppare l'attenzione su differenti aspetti della valutazione.

Si sono quindi affiancate alle abituali pratiche cliniche e di ricerca delle comunità, differenti modifiche strutturali volte a favorire la possibilità di valutare gli interventi nelle diverse fasi e dai diversi punti di vista.

Il presente articolo vuole esporre gli esiti di un processo di valutazione dell'outcome dei pazienti che sono stati ospitati nelle comunità residenziali terapeutiche di Milano e Azzate dal 2004 al 2010. L'indagine e l'analisi dei dati è stata effettuata tra il 2011 e il 2012.

Parliamo di processo di valutazione perché per arrivare agli esiti che verranno esposti in seguito sono stati necessari differenti passaggi di definizione degli obiettivi, degli strumenti e dei metodi, per nulla scontati e completamente concertati con l'intera équipe coinvolta nella cura del paziente (è peraltro in programma un'integrazione del presente progetto che comprenda una partecipazione più attiva nell'autovalutazione del percorso anche da parte dei pazienti stessi).

* *Psicologa, psicoterapeuta, responsabile del Centro studi e ricerche dell'associazione Cascina Verde spes ONLUS.*

** *Psicologa, ricercatrice presso il Dipartimento di Psicologia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Brescia.*

*** *Psicologa, consulente dell'associazione Cascina Verde spes ONLUS.*

Per valutare l'outcome di un tipo di trattamento occorre inizialmente definirne l'obiettivo e testarne la verificabilità.

Serpelloni e Simeoni (2003) suggeriscono di distinguere tra:

- "risultante comportamentale globale" (outcome globale) che spesso non dipende solo dal trattamento in corso ma si orienta più sugli obiettivi a lungo termine (es., reintegrazione sociale, autonomia);
- "esito comportamentale specifico" (outcome trattamento-specifico) che è più in stretta relazione con il trattamento e che si orienta più sugli obiettivi a breve termine dei trattamenti (es. modificazione del comportamento tossicomano, stabilizzazione della patologia).

La valutazione globale di un trattamento per le tossicodipendenze non può limitarsi alla valutazione della modificazione del sintomo tossicomano ma deve prevedere anche valutazioni altre di comportamento.

Ad oggi risulta molto complicato individuare predittori d'esito validi e misurabili che possano essere confrontabili soprattutto alla luce delle differenti tipologie di intervento, delle differenti categorizzazioni della patologia e delle differenti posizioni teoriche degli interventi.

Per quanto riguarda la specificità delle problematiche di doppia diagnosi, ad esempio, da oltre 15 anni si è evidenziato l'emergere del fenomeno sia a livello nazionale (Carrà e Clerici, 2006), che internazionale (es. Kessler, 2004), ma non esiste ad oggi una definizione condivisa di doppia diagnosi e, anche laddove si converge in una definizione, si tende a distinguere diverse categorie di doppia diagnosi (es. Krausz, 1996).

Questo ha portato da un lato ad una sostanziale assenza di ricerche specifiche nella realtà italiana e dall'altro ad una impossibilità di verificare se esistano studi confrontabili su un piano internazionale (Paddi study, 2005).

Il presente lavoro pertanto non comprenderà un comunque auspicabile confronto con altri studi in quanto non si sono trovati studi comparabili.

Si è tuttavia ritenuto utile procedere nella valutazione dell'intervento che rimane il veicolo fondamentale per poter garantire un servizio sempre più efficiente ed in grado di ascoltare e rispondere alle esigenze dei pazienti.

Come sostiene infatti anche Ezio Manzato, è prioritariamente opportuno concentrarsi in modo specifico sulla valutazione e sulla diagnosi (valutazione diagnostica) del paziente dipendente da sostanze psicoattive e sulla valutazione del suo trattamento riabilitativo (Serpelloni & Simeoni, 2002 a, b; Fiocchi, Bellini, & Gobbo, 2003).

La valutazione è infatti lo strumento fondamentale per dare una forte impronta scientifica al sapere, per ridurre la confusione e per capire quanto di gravità è presente nella complessità, caratteristica fondamentale sia della "patologia" dipendenza da sostanze psicoattive che del Sistema di Cura (Fiocchi *et al.*, 2003).

L'Associazione Cascina Verde ha promosso l'attività di raccolta dati e di ricerca sin dalla sua fondazione, nel 1974: questo ha permesso negli anni la realizzazione di un sistema di raccolta dati informatico gestito dal centro studi e ricerche dell'associazione stessa.

I dati raccolti riguardano informazioni anagrafiche, diagnosi, relazioni dei servizi invianti, e diverse informazioni ricavabili dai test che vengono somministrati agli utenti all'ingresso in comunità.

La modificazione nel processo di cura dei pazienti avvenuta negli anni (con particolare riferimento al cambiamento di utenza avvenuto dal 2000 quando da una tipologia di pazienti con problemi di tossicodipendenza si è passati a pazienti in doppia diagnosi) ha comportato anche una modifica della tipologia di dato ritenuto utile da raccogliere, per cui, mentre alcune informazioni sono state raccolte fin dalle origini, altre sono state ritenute nel tempo trascurabili ed altre ancora sono state inserite solo negli ultimi anni.

In particolare dal 2001 si è notevolmente incrementata la mole di informazioni raccolta proveniente dalla somministrazione di test di valutazione diagnostica.

Si consideriamo il momento della valutazione diagnostica, come suggerisce Fea (2001), un incontro tra il paziente ed un professionista della salute, che hanno sistemi cognitivi diversi, costituiti per ciascuno, da conoscenze, credenze, valori, attitudini ed aspettative che riguardano le malattie, i farmaci ed i trattamenti assistenziali (Fea, 2001).

Tra i test da allora somministrati citeremo nel presente report gli esiti provenienti dalla somministrazione di SCID I e II ed EuropASI.

Obiettivi della ricerca

La presente ricerca vuole quindi partire dall'esperienza del centro studi e ricerche dell'associazione Cascina Verde in ambito di follow up facendo particolare riferimento alle ricerche coordinate dal professor Gori E. (follow up del periodo 1991-94 e del periodo 1995-96) per impostare un progetto di valutazione del trattamento che consenta di:

1. osservare lo stato della popolazione che ha avuto accesso alle comunità di Cascina Verde nel periodo 2004-2010 con l'obiettivo di contribuire alla conoscenza epidemiologica del fenomeno e dei trattamenti erogati dai servizi nel settore della "doppia diagnosi";

2. indagare gli esiti del trattamento relativamente all'esito del processo di cura.

Metodo

Procedura

Per quanto riguarda l'obiettivo di conoscenza epidemiologica della popolazione si è fatto riferimento al database in possesso del centro studi e ricerche dell'associazione (con particolare attenzione ad alcuni dati anamnestici e diagnostici).

Per raccogliere i dati necessari alla realizzazione dell'obiettivo di valutazione dell'esito, invece, si è ritenuto di confrontare i dati sopra citati con quelli che si potevano ottenere grazie ad una ricerca di follow up appositamente ideata.

Per far questo è stata realizzata un'intervista semi-strutturata (in **allegato A**) da somministrare per via telefonica agli operatori di riferimento dei pazienti presso Servizi Territoriali invianti (NOA, Ser.T., CPS).

Partecipanti

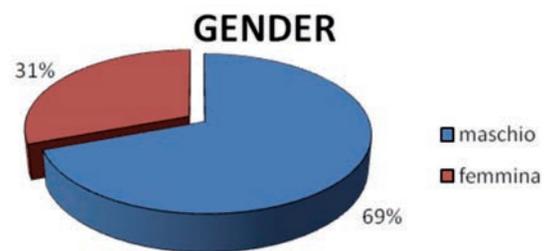
La presente ricerca comprende la popolazione che ha partecipato al percorso terapeutico residenziale proposto dall'Associazione Cascina Verde dal 2004 al 2010.

Tale periodo di tempo è stato considerato sufficientemente lungo perché le modalità di intervento interno alle comunità e gli strumenti di valutazione diagnostica somministrati fossero sufficientemente omogenei e confrontabili.

Per quanto riguarda l'obiettivo di conoscenza epidemiologica della popolazione si è selezionata la popolazione degli individui che sono entrati in una delle due comunità a partire dal 1 gennaio 2004 fino al 31 dicembre 2010 e che fossero rimasti in trattamento per un tempo minimo di 30 giorni.

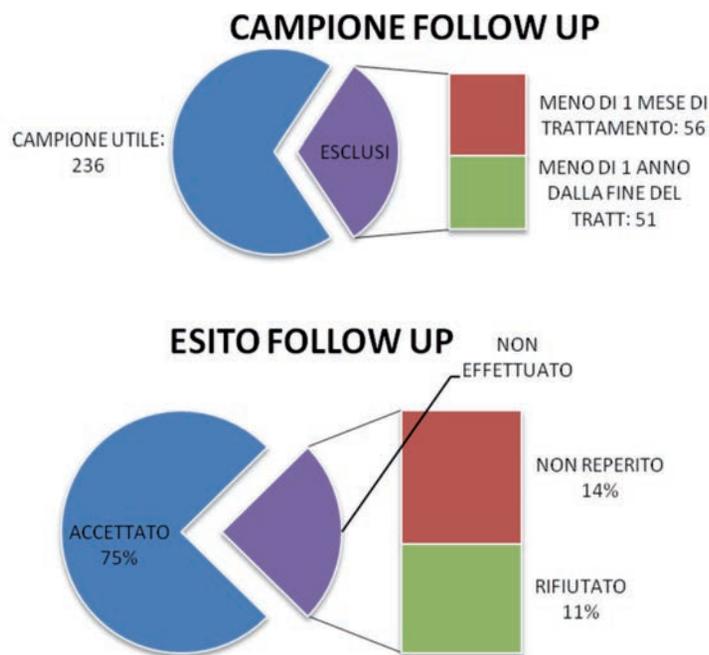
Alla ricerca hanno partecipato 343 persone che sono state inviate dai Ser.T. a Cascina Verde nel periodo dal 2004 al 2010.

Di questi sono 69.4% maschi e 30.6% femmine, l'età media è 33.78 anni (DS = 6.48).



Delle 343 persone inviate a Cascina Verde dai Ser.T., il 16.3% (56 soggetti) è uscita dalla comunità dopo meno di 30 giorni di trattamento, il 14.9% (51 soggetti) è ancora presente in comunità o comunque uscito da meno di un anno e pertanto non è stato coinvolto nel follow up, mentre, il restante 68.8% (236 soggetti) ha partecipato al follow up attraverso il contatto con il Ser.T. di riferimento per avere informazioni a distanza di un anno.

Di questi 236 soggetti, si hanno dati riferiti al follow up per un 75.42%, mentre in 11.02% dei casi il Ser.T. si è rifiutato di fornire dati e nel 13.56% dei casi non è stato possibile reperire il servizio inviante.



Strumenti

Per la ricerca anamnestica sono stati utilizzati principalmente 3 strumenti: Scid I e II ed EuropASI. I primi due test sono un'intervista strutturata (SCID I) ed un test di valutazione della personalità (SCID II) finalizzati alla formulazione di una diagnosi standardizzata secondo i cinque assi del DSM-IV-ter.

L'EuropASI (Addiction Severity Index - McLellan *et al.*, 1980a, b; McLellan, Kushner, Metzger, Peters, Smith, Grissom, Pettinati, & Argeriou, 1992; Consoli & Bennardo, 1995), è uno degli strumenti più diffusamente conosciuti e utilizzati nell'ambito delle dipendenze (Carrà *et al.*, 2000; Fiocchi *et al.*, 2003; Movalli *et al.*, 2004a, b; Manzato & Fea, 2004) che comprende nella sua strutturazione il focus della diagnosi, della valutazione e del trattamento riabilitativo con pazienti con problemi di dipendenza da sostanze psicoattive.

Si tratta di un'intervista semi-strutturata che pone il fuoco sulla seguente serie di aree critiche:

1. Area medico-sanitaria
2. Area del lavoro e del sostentamento
3. Area dell'uso di sostanze psicoattive
4. Area della situazione legale
5. Area delle relazioni sociali e familiari
6. Area psichica

Si farà qui riferimento alla diagnosi come valutazione multiprofessionale e multidimensionale.

Si considera infatti questo dato la base della pratica clinica nel Sistema delle Dipendenze ed è inoltre un requisito funzionale per l'accreditamento dei Servizi Pubblici per le Tossicodipendenze (Ser.T.) e delle Strutture Riabilitative del Privato Sociale (Giannotti, 2001, 2004a).

La diagnosi infatti non si riferisce semplicemente allo stato di "tossicodipendenza", ma deve configurarsi come diagnosi globale e complessa, per individuare la reale condizione clinica, i bisogni, i problemi, le carenze, le debolezze e le "patologie" della persona con dipendenza da sostanze psicoattive (unità psicofisica e relazionale), per partire da questi ed utilizzare gli interventi terapeutici più adeguati.

La diagnosi che è stata raccolta è stata attuata con strumenti idonei per la scelta del trattamento riabilitativo più adeguato.

Come continua Giannotti, infatti, la diagnosi deve essere completa, accurata e condivisa: attualmente lo strumento più idoneo è il DSM-IV e TR, adottato a livello internazionale, riconosciuto e validato, che permette di superare la discrezionalità soggettiva e che può favorire lo sviluppo di un linguaggio e di una cultura comuni degli operatori dei Ser.T., verso un Sistema delle Dipendenze più efficiente ed interventi terapeutici più efficaci (Giannotti, 2001, 2004a).

Nel presente studio abbiamo poi anche considerato che la valutazione diagnostica nella comorbidità psichiatrica associata alla dipendenza da sostanze psicoattive è spesso difficile e richiede un'osservazione clinica prolungata nel tempo e disponibilità del clinico a rivedere costantemente le sue conclusioni.

L'intervista di follow-up è stata ideata a partire dalle interviste utilizzate nelle precedenti esperienze di follow up del centro studi e ricerche (Gori E., 1994, 1996, 1999) ed adeguatamente modificata sulla base dei cambiamenti nella tipologia dell'utenza.

La modalità di contatto è stata modificata perché si è verificato che il contatto telefonico con l'utente o con un suo entourage aveva portato ad una notevole perdita dei dati ed ad una molto precaria affidabilità dei già scarsi dati reperiti.

Si è ritenuto pertanto più utile verificare l'esito del trattamento attraverso il confronto con i servizi territoriali inviati con i quali si è da sempre concertata la necessità di una collaborazione attiva sia prima che durante che dopo il trattamento presso una comunità di Cascina Verde.

L'intervista investiga:

- la situazione del soggetto rispetto all'attuale aderenza ai trattamenti che gli sono stati proposti sia per le dipendenze che per le problematiche psichiatriche;
- la situazione del soggetto rispetto all'attuale uso/abuso di sostanze;
- la verifica degli indicatori proposti dall'EuropASI.

In chiusura all'intervista è stato proposto, ad esclusivo scopo esplorativo, uno strumento: la Clinical Global Impression, una intervista nata nell'ambito della schizofrenia e presto adattata a molteplici patologie (Cassano, Conti, Levine, 1999 e ad es. nella patologia borderline di personalità, Perez, Barrachina, Soler *et al.*, 2007; nella depressione, Kadouri, Corruble e Falissard, 2007; nei disturbi psicotici, Leucht, Engel 2006; nei disturbi d'ansia, Zaider, Heimberg, Fresco *et al.*, 2003; nelle dipendenze, Cifelli, Manzato, Biasin 2003).

Tale intervista viene somministrata al medico che esprime un parere rispetto alla gravità della malattia (item1), al miglioramento del paziente relativamente alla patologia psichiatrica (item2) e al miglioramento globale tenuto conto degli effetti collaterali dei farmaci.

Per la tipologia di utenza, è stato aggiunto un item all'intervista che chiedeva al medico di considerare il miglioramento anche sotto il profilo dell'uso delle sostanze.

Ci si rende conto delle limitazioni metodologiche che l'uso di una scala modificata (e non validata) comporta, tuttavia si è deciso ugualmente di citarne i risultati, che sono parsi un'interessante suggestione per considerarlo in futuro come possibile indice di esito nel follow up.

Risultati

Primo obiettivo

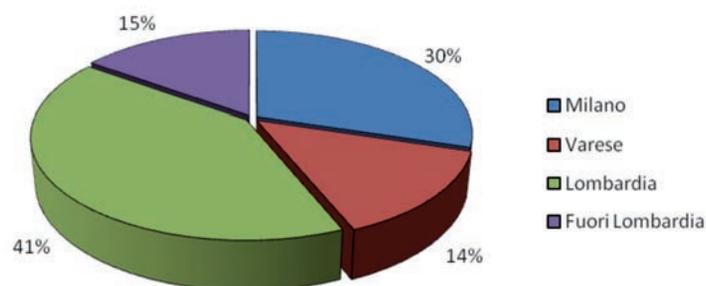
Per quanto riguarda il primo obiettivo abbiamo preso in considerazione la popolazione delle persone inviate dai Ser.T. dal 2004 al 2010: 343 persone.

Di queste il 59.5% è stato assegnato alla comunità di Cascina Verde di Milano, mentre il 40.5% a quella di Azzate.

I Ser.T. che hanno fatto l'invio sono soprattutto Ser.T. di Milano (29.7%) o di altre province della Lombardia (41.1%).

Gli invii da Ser.T. di Milano vengono soprattutto accolti nella comunità di Milano, mentre viceversa gli invii da Ser.T. di Varese vengono soprattutto accolti nella comunità di Azzate ($\chi^2(3) = 11.530, p < .05$).

SERVIZI DI PROVENIENZA



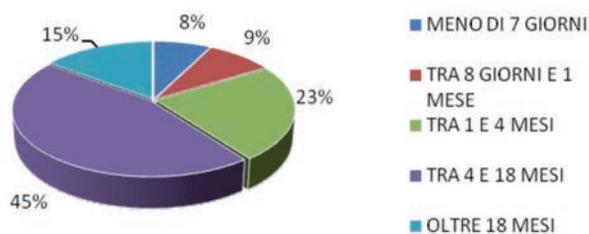
Si è posta particolare attenzione ad alcuni dati tra i quali la **ritenzione in trattamento** che rappresenta un indicatore conveniente di diversi fattori (personali, ambientali e terapeutici) che contribuiscono al mantenimento ed all'efficacia del trattamento riabilitativo.

Si è verificato infatti come sia collegata direttamente all'esito: un indice maggiore di ritenzione corrisponde ad una maggiore aspettativa di successo terapeutico (Simpson *et al.*, 1997; Simpson, 2003).

Nel nostro caso il tempo di permanenza medio delle persone in comunità è di 263.80 giorni (DS = 255.81).

In particolare si osserva che il 60,4% delle 343 persone entrate in comunità sono rimaste per più di 4 mesi (il 14.6% più di 18 mesi) e il 23.3% tra 1 e 4 mesi.

TEMPI DI PERMANENZA



Da un confronto dei tempi di permanenza relativamente ai Ser.T. invianti non emergono differenze significative ($F(3, 339) = .212, p = .888$), mentre emergono delle differenze significative relative alla comunità ospitante ($t(333,154) = 2,107, p < .05$).

In particolare, a Milano le persone rimangono in media più di quanto rimangono ad Azzate (media giorni di permanenza Milano = 286.70, DS = 276,249; media giorni di permanenza Azzate = 230,18, DS = 219,093).

Le successive analisi verranno condotte sulle 287 persone che sono rimaste in trattamento per almeno 30 giorni.

Di queste il 68.6% sono maschi e 31.4% femmine, l'età media è 33.93 anni (DS = 6.50).

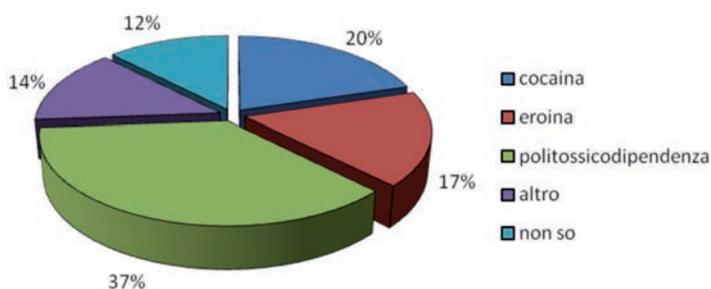
Di queste persone, il 59.6% ha fatto il trattamento nella comunità di Cascina Verde di Milano, mentre il 40.4% in quella di Azzate.

I Ser.T. che hanno fatto l'invio sono soprattutto Ser.T. di Milano (32.8%), di Varese (13.2%) o di altre province della Lombardia (39%), mentre i restanti 15% vengono da Ser.T. di altre regioni.

Nella maggioranza assoluta dei casi (nel 50.5%) si osserva una situazione di politossicodipendenza mentre nel 20.6% dei casi la sostanza di abuso primaria è la cocaina.

I tempi di permanenza non risultano associati alla sostanza di abuso primaria ($\chi^2(4) = 5.096, p = .278$).

SOSTANZA DI ABUSO



L'età media di inizio dell'abuso di droga è 16.37 anni (DS = 4.58), mentre la durata media di abuso di droga è, per i 130 di cui si ha questo dato, di 15.72 anni (DS = 5.93).

L'età anagrafica risulta debolmente associata ai tempi di permanenza ($r = .146, p < .05$), pertanto all'aumentare dell'età anagrafica aumentano leggermente i tempi di permanenza.

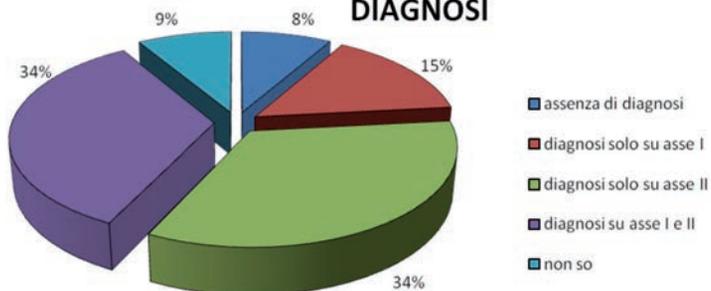
L'età di inizio dell'abuso di droga non risulta significativamente associata ai tempi di permanenza ($r = .096, p = .151$).

Al contrario, gli anni di abuso della sostanza sono negativamente associati ai tempi di permanenza ($r = -.211, p < .05$): all'aumentare del numero di anni di abuso, diminuisce il tempo di permanenza in comunità.

Particolare interesse è stato rivolto poi alla raccolta ed all'analisi dei dati relativamente alla **diagnosi** formulata. Nell'analisi che segue la diagnosi è considerata l'esito di questa osservazione e la sintesi delle diagnosi effettuate in diversi momenti del programma.

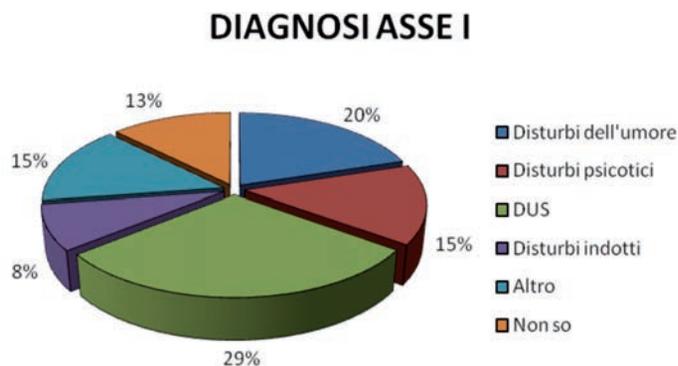
Nel campione considerato dalla presente ricerca, si osserva che solo l'8,4% dei casi non ha una diagnosi aggiuntiva oltre a quella connessa all'uso di sostanze, mentre nel 34.1% dei casi oltre alla diagnosi di disturbo da uso di sostanze sono state formulate ulteriori diagnosi sia su asse I che su asse II.

DIAGNOSI



I tempi di permanenza risultano associati alla diagnosi in modo significativo ($\chi^2(6) = 13.037, p < .05$), in particolare si segnala un trend che dice che chi ha una diagnosi solo sul I asse tende a rimanere meno in comunità, mentre chi ha ricevuto una diagnosi su entrambi gli assi tende a rimanere di più in comunità.

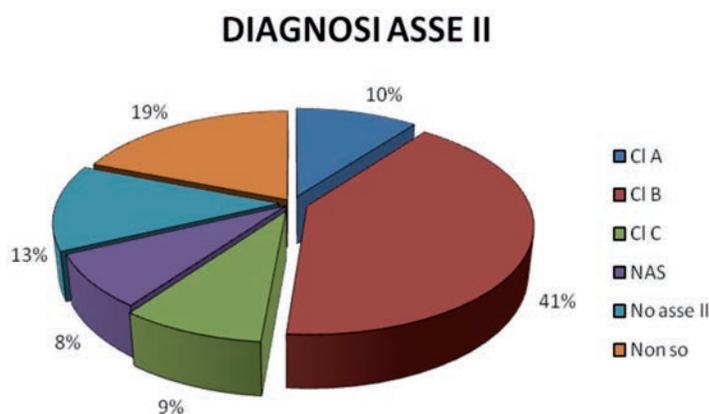
Nello specifico, sull'asse I le diagnosi più frequenti sono in particolare: nel 28.6% disturbi connessi all'uso di sostanze, nel 20.2% dei casi disturbi dell'umore e nel 14.6% dei casi disturbi psicotici.



I tempi di permanenza risultano significativamente associati alla diagnosi ricevuta su asse I ($\chi^2(8) = 16.551, p < .05$).

In particolare, è più probabile che chi ha ricevuto una diagnosi di disturbo dell'umore, se supera i primi 4 mesi di trattamento, tenda a rimanere in comunità oltre i 18 mesi previsti in media per il trattamento.

Sull'asse II le diagnosi più frequenti sono su Cluster B (40.8%), mentre la restante parte della popolazione si divide equamente tra le altre diagnosi.



I tempi di permanenza non sono risultati essere significativamente associati al tipo di diagnosi ricevuta su asse II ($\chi^2(8) = 8.084, p = .425$).

In tabella, la media di punteggio sull'EuropASI:

EuropASI all'ingresso				
	Minimo	Massimo	Media	Deviazione std.
Area sit. medica	0	9	1,46	2,144
Area scuola-lavoro	0	9	3,08	2,808
Area alcool	0	9	3,53	3,315
Area altre sostanze psicoattive	0	9	5,22	3,241
Area legale	0	9	1,09	2,048
Area relazioni sociali e famigliari	0	9	5,15	2,970
Area psichica	0	9	4,53	3,168

Relativamente ai punteggi sull'EuropASI, solamente l'indice relativo alla gravità della situazione scuola-lavoro è risultato essere significativamente associato al tempo di permanenza ($r = -.220, p < .01$). Nello specifico all'aumentare dei punteggi dell'indice diminuisce il tempo di permanenza.

Secondo obiettivo

Per quanto riguarda la valutazione d'esito di follow up ad almeno un anno dalla fine del trattamento è stato considerato un campione selezionato come segue.

Delle 287 persone che hanno usufruito del trattamento di Cascina Verde per almeno un mese, 224 sono uscite da più di 1 anno, pertanto costituiscono la popolazione che è stata contattata per il FU. Di queste, il 69.1% sono maschi e 30.9% femmine, l'età media è 33.68 anni (DS = 6.59).

Di queste persone, il 57.6% ha fatto il trattamento nella comunità di Cascina Verde di Milano, mentre il 42.4% in quella di Azzate.

Nel 20.8% dei casi la sostanza di abuso primaria è la cocaina, nel 17.8% è l'eroina, mentre nel 51.7% dei casi sono più sostanze (per il 9.7% dei casi non si ha traccia della sostanza primaria di abuso).

L'età media di inizio dell'abuso di droga è 16.3 anni (DS = 4.7), mentre la durata media di abuso di droga è, per i 124 di cui si ha questo dato, di 15.73 (DS = 5.81).

Per quanto riguarda la diagnosi, nel 6,4% dei casi non si ha una diagnosi su nessuno dei due assi, nel 15.7% c'è diagnosi solo su asse I, nel 34.3% dei casi solo su asse II, nel 36.4% dei casi si ha diagnosi su entrambi gli assi (nel 7.2% dei casi non è stato possibile recuperare la diagnosi).

Nello specifico, sull'asse I le diagnosi più frequenti sono le seguenti: nel 30.9% disturbi da abuso di sostanze, nel 21.6% dei casi disturbi dell'umore e nel 16.5% dei casi disturbi psicotici.

Sull'asse II le diagnosi più frequenti sono su Cluster B (43.2%).

Come detto, il follow up è stato effettuato su 224 persone contattando i Ser.T. di riferimento. In 58 casi non è stato possibile reperire dati relativi allo stato delle persone in quanto o il Ser.T. non ha risposto alle diverse chiamate effettuate, oppure si è rifiutato di rispondere alle domande.

In particolare, tra quelli che non hanno risposto il 21.9% è un Ser.T. di Milano, il 21.9% uno di Varese, il 37.5% uno di un'altra provincia della Lombardia e il 18.8% uno di provincia non lombarda; mentre tra chi ha rifiutato di fornire i dati, l'80,8% è un Ser.T. di Milano, l'11.5% uno di Varese e il 7.7% uno di un'altra provincia della Lombardia.

È stata effettuata un'analisi statistica per verificare se il fatto che il 25% del campione non avesse partecipato all'indagine poteva essere considerato fattore di disturbo rispetto ai dati raccolti. L'analisi ha dimostrato che non sono state riscontrate differenze significative tra le caratteristiche di chi ha partecipato al FU e chi non vi ha partecipato perché il Ser.T. non ha risposto o non ha voluto partecipare per quanto riguarda: l'età ($t(233) = 1,974, p = .050$), il tempo di permanenza in comunità ($t(234) = 1,431, p = .154$), l'età in cui si è iniziato l'abuso di droga ($t(191) = -.015, p = .988$), il tipo di sostanza principale ($\chi^2(2) = 1.836, p = .399$) gli anni di abuso di sostanze ($t(122) = .612, p = .542$), la diagnosi ricevuta su asse I ($\chi^2(4) = 3.828, p = .430$), su asse II ($\chi^2(4) = .480, p = .975$), su quali assi si è ricevuta la diagnosi ($\chi^2(3) = 1.539, p = .673$), i punteggi all'EUROP-ASI relativi alle aree scuola-lavoro ($t(31.784) = -1,013, p = .318$), alcool ($t(150) = .279, p = .780$), altre sostanze psicoattive ($t(150) = 1,612, p = .109$), legale ($t(116) = -1,081, p = .282$), relazioni sociali e famigliari ($t(148) = .916, p = .361$), psichica ($t(150) = .655, p = .514$).

Si può pertanto ritenere il campione che ha partecipato sufficientemente rappresentativo del campione totale che si voleva contattare.

Sono state riscontrate invece differenze significative per l'area del Ser.T. ($\chi^2(3) = 7.977, p < .05$), con una minor risposta da parte dei Ser.T. di Milano rispetto a quanto atteso e una maggior risposta da parte dei Ser.T. lombardi e di altre regioni rispetto a quanto atteso.

Il dato conferma il fatto che i Ser.T. della città di Milano abbiano mostrato meno interesse a partecipare alla ricerca mentre maggiore disponibilità e interesse è giunta dai servizi di altre città lombarde o fuori regione.

Delle 178 persone delle quali si hanno i dati del FU, il 68% sono maschi e 32% femmine, l'età media è 33.2 anni (DS = 6.47).

Di queste persone, il 56.7% ha fatto il trattamento nella comunità di Cascina Verde di Milano, mentre il 43.3% in quella di Azzate.

Nella valutazione che avevano avuto in comunità all'ingresso, si era visto che nel 19.7% dei casi la sostanza di abuso primaria è la cocaina, nel 19.1% è l'eroina, mentre nel 55.1% dei casi sono più sostanze (per il 6.2% dei casi non si ha traccia della sostanza primaria di abuso).

L'età media di inizio dell'abuso di droga è 16.3 anni (DS = 5.03), mentre la durata media di abuso di droga è di 15.6 (DS = 5.5).

Per quanto riguarda la diagnosi, nel 6,7% dei casi non si ha una diagnosi su nessuno dei due assi, nel 14.6% c'è diagnosi su asse I, nel 35.4% dei casi su asse II, nel 38.8% dei casi si ha diagnosi su entrambi gli assi (nel 4.5% dei casi non è stato possibile recuperare la diagnosi).

Nello specifico, sull'asse I le diagnosi più frequenti sono le seguenti: nel 32.6% disturbi da abuso di sostanze, nel 20.8% dei casi disturbi dell'umore e nel 16.9% dei casi disturbi psicotici. Sull'asse II le diagnosi più frequenti sono su Cluster B (45.5%), seguito da 99 (14.6%) e cluster A (11.8%).

In tabella, la media di punteggio sull'EuropASI:

EuropASI al follow up				
	Minimo	Massimo	Media	Deviazione std.
Area sit. medica	0	9	1,69	2,260
Area scuola-lavoro	0	9	3,22	2,880
Area alcool	0	9	3,54	3,273
Area altre sostanze psicoattive	0	9	4,96	3,259
Area legale	0	9	1,16	2,129
Area relazioni sociali e famigliari	0	9	4,99	3,010
Area psichica	0	9	4,50	3,195

Le interviste di FU, hanno evidenziato che il 6.2% delle persone sono decedute, mentre per il 16.3% non si ha questo dato, i restanti sono in vita.

Dall'uscita dalla comunità sono passati in media 867.28 giorni (DS = 339.53).

Sono stati raccolti i dati relativi ad aderenza ed astinenza ma soltanto una piccola parte del campione ha fornito un dato attendibile.

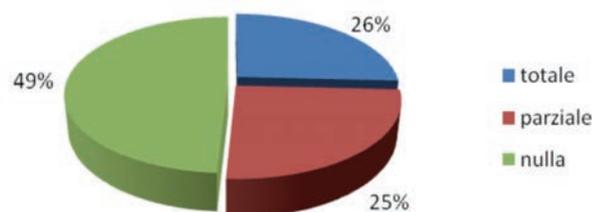
In particolare per quanto riguarda l'astinenza ha risposto il 37% degli intervistati.

Questi hanno descritto un campione per il 72% astinente al momento dell'intervista.

Per quanto riguarda l'aderenza al trattamento proposto al momento dell'intervista, ha risposto il 45% del campione descrivendo un campione aderente in modo completo e continuativo per il 30% mentre il restante 70% aderisce solo ad alcune iniziative in modo discontinuo.

Ha fornito un dato per l'EuropASI circa il 50% degli intervistati (il dato varia dal 45% dell'area medica al 75% dell'area psichica).

PRESA IN CARICO



Dal confronto tra i punteggi in ingresso in comunità e al follow up all'EuropASI emergono differenze significative per i seguenti indici: area altre sostanze psicoattive ($t(69) = 2.693, p < .01$), area relazioni sociali e famigliari ($t(68) = 2,739, p < .01$) e area psichica ($t(110) = 7,555, p < .001$). In tutti e tre gli indici i punteggi risultano minori al FU rispetto all'ingresso in comunità.

La diminuzione maggiore è relativa all'area psichica.

Il dato descrive quindi un interessante significativo miglioramento della situazione dei pazienti presi in considerazione nell'area dell'uso di sostanze psicoattive, delle relazioni famigliari e sociali e dell'area psichica (con particolare accento su quest'ultima).

Le altre aree non mostrano differenze significative in nessuna direzione.

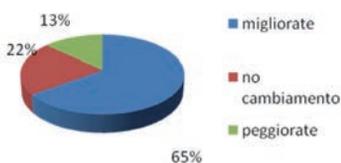
Il dato sopra evidenziato trova ulteriore conferma nei dati raccolti dalla somministrazione della CGI (cui hanno risposto 82 servizi pari al 44% degli intervistati).

CGI	STATO DEL PZ AL MOMENTO DEL FU	
	Frequenza	
No malattia	7	
Solo marginalmente	15	
Lievemente	5	
Moderatamente	30	
Notevolmente	1	
Gravemente	9	
Tra i più gravi	2	
Tot	82	

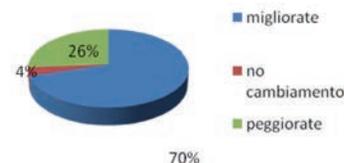
Alla richiesta di indicare le variazioni rilevate nella situazione psichiatrica e nei comportamenti legati all'uso di sostanze dal momento dell'inserimento in una comunità di Cascina Verde al momento della valutazione di follow up, gli operatori dei servizi intervistati hanno risposto come segue:

CGI	VAR PSI	VAR SOST
	Frequenza	Frequenza
molto migliorate	4	24
moderatamente migliorate	22	12
lievemente migliorate	27	21
no cambiamento	18	3
lievemente peggiorate	6	4
moderatamente peggiorate	5	17
molto peggiorate	0	1
Tot	82	82

Situazione psichica



Situazione sostanze



Discussione

Per quanto riguarda l'obiettivo di descrizione della popolazione, volevamo verificare la tipologia dei pazienti accolti dalle comunità residenziali di Cascina Verde.

In generale si osserva come il lavoro effettuato negli anni orientato alla stabilizzazione di un sistema di osservazione e valutazione del percorso in itinere coadiuvato da strumenti di osservazione e registrazione adeguati, abbia consentito di consolidare una tradizione di raccolta di dati da parte di tutti gli operatori delle comunità di Cascina Verde che ha permesso oggi di effettuare un'indagine sufficientemente ampia e completa della popolazione.

Si osserva una popolazione che ha caratteristiche anagrafiche e diagnostiche non significativamente differenti nelle due strutture osservate.

Nel complesso pare caratterizzata nella quasi totalità dalla presenza di una diagnosi multipla, l'età media è di circa 33 anni con una problematica psichiatrica e tossicomana che caratterizza quasi la metà della loro vita.

Si osserva in particolare come i punteggi medi più elevati nelle aree indagate dall'EuropASI siano, oltre a quelli delle aree relative all'uso di sostanze e ai problemi psicologici e psichiatrici quelli relativi alle relazioni sociali e familiari.

Interessante il dato relativo alla ritenzione in trattamento dove si osserva una ritenzione media di 263,8 giorni che si può ritenere essere un dato piuttosto positivo in quanto dice della capacità delle strutture osservate di accogliere i pazienti per un tempo sufficientemente lungo ed utile per sperimentare un trattamento (obiettivo di un approfondimento futuro sarà l'osservazione dei trend di ritenzione in trattamento delle comunità di Cascina Verde e confrontarlo con i tempi di permanenza di altre strutture residenziali per la doppia diagnosi).

Sarà utile poi per migliorare le pratiche cliniche delle due strutture osservare con attenzione le caratteristiche di quel 40% della popolazione che ha lasciato il trattamento prima dei 4 mesi considerati il tempo necessario per la formulazione di un progetto terapeutico condiviso.

Facendo invece riferimento all'obiettivo di valutazione di follow up pare utile sottolineare prima di tutto quanto il presente progetto avesse come finalità l'osservazione di una parte del trattamento per la doppia diagnosi, in particolare la parte relativa al trattamento residenziale.

Non si volevano infatti osservare dei risultati definitivi ma verificare l'andamento del trattamento.

Il trattamento per la doppia diagnosi è infatti, come già si è sottolineato in apertura, un trattamento lungo e complesso di cui il periodo residenziale non può che essere solo un capitolo.

In questo senso è stata centrale la collaborazione con i servizi invianti e la comunicazione dei presenti risultati vorrebbe proporsi anche come spunto per una riflessione comune sul trattamento nella sua globalità di cui si riconosce nei servizi invianti la titolarità.

Si osserva a questo proposito come la maggior parte dei servizi invianti abbia mostrato una grande disponibilità senza la quale non sarebbe stato possibile effettuare la ricerca.

Si deve però anche osservare la necessità di migliorare la comunicazione soprattutto con alcuni servizi che hanno rifiutato la collaborazione, si verificherà in prossime edizioni della ricerca la possibilità di risolvere le questioni che hanno impedito una collaborazione per poter aprire una collaborazione anche con loro.

La scelta di contattare i servizi invece che i pazienti stessi o il loro entourage si è comunque rivelata utile a garantire una sufficiente ed affidabile mole di informazioni.

Per quanto riguarda i risultati ottenuti si può osservare un'interessante trend di miglioramento nelle aree precedentemente citate come le maggiormente problematiche per la popolazione che ha usufruito del trattamento presso le strutture indagate.

Pare utile a questo proposito sottolineare come siano proprio le aree relative alla dipendenza, alle problematiche psichiche ed alle relazioni familiari e sociali il fuoco principale dell'intervento che viene qui indagato e si osserva come i cambiamenti statisticamente significativi si siano verificati proprio in queste aree.

Il dato viene confermato dalle informazioni provenienti dall'indagine sugli esiti delle scale CGI, che, anche se introdotte solo a scopo esplorativo, vanno comunque a confermare i dati descritti precedentemente.

Bibliografia

- Carrà G., Clerici M. (2006), "Dual diagnosis-policy and practice in Italy", *American Journal of Addictions*, 15: 125-30.
- Carrà G., Scioli R., Gioni M., Barale F. (2000), "Profili di gravità ed esiti di Trattamento dei pazienti di un servizio di consultazione per la comorbilità psichiatrica nei disturbi da uso di sostanze", in Clerici M., Sacchetti E. (Eds.), *Doppia diagnosi. Disturbi correlati a sostanze e comorbilità psichiatrica*. Noos, 2: 157-177.
- Cassano C.B., Conti L., Levine J., "Clinical Global Impressions", in Conti L., *Repertorio delle Scale di Valutazione in Psichiatria*, Tomo Primo, SEE, Firenze, 1999.
- Cifelli G., Manzato E., Biasin C. (2003), "L'assessment diagnostico nella pratica clinica", *Mission*, 7: 8-12.
- Consoli A., Bennardo A. (1995), *Diagnosi e valutazione nelle tossicodipendenze e nell'alcolismo. Addiction Severity Index*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- De Angeli M., Serpelloni G. (2003), "La scelta degli strumenti per la valutazione del processo terapeutico e per la valutazione degli esiti", in Serpelloni G., De Angeli M., Ramazzo L. (Eds.), *La valutazione dell'outcome nei trattamenti della tossicodipendenza*, La Grafica, Verona: 153-300.
- Fea M. (2001), "Diagnosi e sistema di cura", in Lucchini A. (Eds.), *Diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, FrancoAngeli, Milano: 367-385.
- Fiocchi A., Bellini C., Gobbo S. (2003), "Epistemologia, metodologia e operatività in un percorso di valutazione multidimensionale in centri terapeutici semiresidenziali e residenziali per tossicodipendenti", in Fiocchi A., Madeddu F., Maffei C. (Eds.), *La valutazione nel trattamento delle dipendenze*, FrancoAngeli, Milano: 118-166.
- Giannotti C.F. (2001), "Presentazione del Seminario", in Lucchini A. (Eds.), *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, FrancoAngeli, Milano: 13-15.
- Giannotti C.F. (2004a), "Osservazione e diagnosi", in Giannotti C.F. (Eds.), *Dipendenze: la qualità della cura nei Servizi*, FrancoAngeli, Milano: 90-119.
- Giannotti C.F. (2004b), "Trattamento", in Giannotti C.F. (Eds.), *Dipendenze: la qualità della cura nei Servizi*, FrancoAngeli, Milano: 120-148.
- Gori E. (1994), "Relazione conclusiva: Formulazione e sperimentazione di una scheda di follow-up per strutture residenziali e ambulatoriali al fine di ottimizzare l'assistenza riabilitativa".
- Gori E. (1996), "Relazione conclusiva sul progetto: Valutazione quantitativa comparata e coordinata tra Enti Pubblici (Ser.T.) ed Enti Privati (Comunità terapeutiche) degli esiti a distanza (follow-up) di tossicodipendenti sottoposti a differenti modalità di trattamento individualizzato: impianto metodologico, raccolta informatica dei dati, loro analisi biometrica".



- Gori E., Vittadini G. (1999), "La valutazione dell'efficienza ed efficacia dei servizi alla persona. Impostazione e metodi", in *Qualità e valutazione nei servizi di pubblica utilità*, a cura di Gori e Vittadini, Etas.
- Kessler R. (2004), "The epidemiology of dual diagnosis", *Biological Psychiatry*, 56, 10: 730-7.
- Krausz M. (1996), "Old problems-new perspectives", *European Addiction Research*, 2: 1-2.
- Kadouri A., Corruble E., Falissard B. (2007), "The improved Clinical Global Impression Scale (iCGI) development and validation in depression", *BMC Psychiatry*, 7:7.
- Leucht S., Engel R.R. (2006), "The relativity sensitivity of the Clinical Global Impressions Scale and the Brief Psychiatric Rating Scale in Antipsychotic Drug Trials", *Neuropsychopharmacology*, 31, 406-412.
- Manzato E., Cifelli G., Biasin C., Gianfilippi G., Lucchini A., D'Egidio, P. (2003). La valutazione del trattamento riabilitativo. In E. Manzato (Eds.), *La tossicodipendenza. Il trattamento riabilitativo integrato e l'intervento psicoterapeutico*. Vol II. *Psicoterapia e Psicosomatica*, 2, 182-201.
- Manzato E., Fea M. (2004), "Gravità e intensità assistenziale. Modelli di integrazione a confronto", *Mission*, 10: 3-19.
- McLellan A.T., O'Brien C.P., Kron R. (1980a), "Matching substance abuse patients to appropriate treatment: a conceptual and methodological approach", *Drug and Alcohol Dependence*, 5: 189-195.
- McLellan A.T., Luborky L., Woody G.E., O'Brien C.P. (1980b), "An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168: 26-33.
- 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", *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9: 199-213.
- Movalli M. (2004a), "La valutazione interdisciplinare integrata dell'assuntore multiplo", in Pinamonti H., Rossin R. (Eds.), *Polidipendenze. L'assunzione multipla di sostanze in una prospettiva interdisciplinare di clinica integrata*, FrancoAngeli, Milano: 101-114.
- Movalli M. (2004b), "La costruzione interdisciplinare del percorso di presa in cura", in Pinamonti H., Rossin R. (Eds.), *Polidipendenze. L'assunzione multipla di sostanze in una prospettiva interdisciplinare di clinica integrata*, FrancoAngeli, Milano: 179-192.
- Paddi Study - Psychiatric and Addictive Dual Disorders in Italy Study epidemiologico sulla comorbilità tra disturbi mentali e disturbi correlati all'uso di sostanze (droghe e/o alcool) nei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) italiani - Anno 2005.
- Perez V., Barrachina J., Soler J., Pascual J.C., Camps M.J., Puigdemont D., Alvarez E. (2007), "The clinical global impression for borderline personality disorder patients (CGI-BPD): a scale sensible to detect changes", *Actas Esp Psiquiatr*, 35(4): 229-235.
- Serpelloni G., Simeoni E. (2002a), "Quality management e principi per la valutazione applicata al sistema di erogazione dei Servizi per le Tossicodipendenze", in Serpelloni G., Simeoni E., Rampazzo L. (Eds.), *Quality management. Indicazioni per le Aziende Socio Sanitarie e il Dipartimento delle Dipendenze*, La Grafica, Verona: 51-91.
- Serpelloni G., Simeoni E. (2002b), "La valutazione dell'outcome dei trattamenti delle tossicodipendenze nella pratica clinica", in Serpelloni G., Simeoni E., Rampazzo L. (Eds.), *Quality management. Indicazioni per le Aziende Socio Sanitarie e il Dipartimento delle Dipendenze*, La Grafica, Verona: 117-161.
- Simpson D.D., Joe G.W., Rowan-Owan-Szal G.A. (1997), "Drug abuse treatment retention and process effects on follow-up outcomes", *Drug and Alcohol Dependence*, 47: 227-235.
- Simpson D.D. (2003), "Come la comprensione del processo terapeutico contribuisce a migliorare gli esiti del trattamento", in Serpelloni G., De Angeli M., Ramazzo L. (Eds.), *La valutazione dell'outcome nei trattamenti della tossicodipendenza*, La Grafica, Verona: 9-17.
- Stinson F.S., Grant B.F., Dawson D.A., Ruan W.J., Huang B., Saha T. (2005), "Comorbidity between DSM-IV alcohol and specific drug use disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions", *Drug and Alcohol Dependence*, 80: 105-116.
- Zaidere T.I., Heimberg R.G., Fresco D.M., Schneider F.R., Liebowitz R. (2003), "Evaluation of Clinical Global Impression Scale among individuals with social anxiety disorder", *Psychological Medicine*, 33: 611-622.

ALLEGATO A:

Intervista telefonica Follow up 2007_2010

CODICE PAZIENTE

DATA INTERVISTA:/...../.....

SERVIZIO E RIF. TELEFONICO:

NOME INTERVISTATO:

PROFESSIONE INTERVISTATO:

- Assistente sociale
- Educatore professionale
- Psicologo
- Medico

ESITO INTERVISTA:

- Accettata
- Rifiutata
- Irreperibile




QUALITÀ DEL CONTATTO:

- completa TUTTE + CGI
- quasi completa TUTTE NO CGI
- parziale MENO DI 4 RISPOSTE
 - perché in comunità
 - perché in carcere
 - perché in opg
 - altro:
- Nulla
 - perché deceduto
 - perché ha interrotto i rapporti
 - altro:

1. Il paziente dall'uscita dalla comunità ad oggi è sempre stato in carico al servizio? Se ci sono state interruzioni nella presa in carico, a quale periodo ci si riferisce? a cosa sono dovute?
ATTUALE PRESA IN CARICO DEL PZ:

- Totale
- Parziale
 - QUANDO HA INTERROTTO (mese e anno)/.....
 - PERCHÉ
 - Abbandonato
 - Deceduto
 - Carcere
 - Opg
 - Ha concordato la chiusura
- Mai
 - PERCHÉ
 - Abbandonato
 - Deceduto
 - Carcere
 - Opg
 - ha concordato la chiusura

2. Sempre dall'uscita dalla comunità ad oggi che tipo di trattamenti sono stati proposti al paziente?
TRATTAMENTI EFFETTUATI

- farmacologico
- ambulatoriale
- residenziale
- carcere
- opg
- altro:

3. In che modo il paziente ha risposto alle proposte di trattamento in termini di ADERENZA e di MOTIVAZIONE?
ADERENZA AL TRATTAMENTO

- assente* (no attività e no continuità)
- buona* (partecipa a tutte o alla maggior parte delle attività proposte con continuità)
- parziale* (partecipa a tutte o alla maggior parte delle attività proposte ma solo sull'urgenza e senza continuità o aderisce solo ad una parte delle proposte seppure con continuità)

MOTIVAZIONE AL TRATTAMENTO

- molto motivato*: (vuole fare il programma perché preoccupato per se stesso in termini di salute, dipendenza da sostanze, fragilità personologica)
- abbastanza motivato*: (vuole fare il programma per motivi esterni personali come mancanza di lavoro, mancanza di abitazione, necessità di risparmiare soldi)
- poco motivato*: (vuole fare il programma perché si sente costretto ma non lo è realmente (es. dalla famiglia))
- non motivato*: (fa il programma perché costretto dalle forze dell'ordine)

4. Attualmente vi risulta che il paziente faccia uso di sostanze? Quali? E nel periodo dall'uscita dalla comunità ad oggi vi risulta ci siano state ricadute significative? A quale periodo risalgono?
ASTINENZA

- presente da più di 6 mesi
- presente da meno di 6 mesi
- assente

SOSTANZA DI ABUSO:

5. Profilo di gravità attuale: facendo riferimento alla scala dell'ASI (Addiction Severity Index) se dovesse dare un profilo di gravità al pz per quanto riguarda le seguenti aree quale darebbe?


PROBLEMI	Nessun problema: trattam. non indicato		Problema live: trattam. prob non necessario		Problema moderato: indicato qualche trattam.		Problema notevole: trattam necessario		Prob estremam. grave: trattam assolutam necessario	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
MEDICI										
LAVORO										
ALCOOL										
DROGA										
LEGALI										
FAM. – SOC.										
PSICHIATRICI										

6. C.G.I. (Clinical Global Impression) – da somministrare (se possibile) al medico di riferimento

Gravità della malattia: In base alla sua esperienza con questo tipo di pazienti, quanto è ammalato, dal punto di vista psichico, il paziente in questo momento?

0	1	2	3	4	5	6	7
Non è stato valutato	Normale (assenza di malattia psichica)	Solo marginalmente ammalato	Lievemente ammalato	Moderatamente ammalato	Notevolmente ammalato	Gravemente ammalato	È tra i pazienti più gravi

6.2 Cambiamento situazione psichiatrica: In che misura sono cambiate le condizioni psichiatriche del paziente rispetto all'inizio del trattamento?

0	1	2	3	4	5	6	7
Non è stato valutato	Molto migliorate	Moderatamente migliorate	Lievemente migliorate	Nessun cambiamento	Lievemente peggiorate	Moderatamente peggiorate	Molto peggiorate

6.3 Cambiamento situazione tossicomania: In che misura sono cambiate le condizioni tossicomane del paziente rispetto all'inizio del trattamento?

0	1	2	3	4	5	6	7
Non è stato valutato	Molto migliorate	Moderatamente migliorate	Lievemente migliorate	Nessun cambiamento	Lievemente peggiorate	Moderatamente peggiorate	Molto peggiorate

Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno IV, n. 13

MISSION n. 37

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)

Poliabuso e doppia diagnosi nelle residenzialità alcolologiche ospedaliere: caratteristiche dei pazienti e dei percorsi terapeutici/riabilitativi

S.P. Soares Pinto¹, A. Zambon¹, M. Cibin², D. Agostini³, F. Aliotta³, F. Biondini⁴, P. Bizzi⁵, G. Cerizza⁶, A. Dattola⁷, M. Forghieri¹⁴, I. Giorgi⁸, F. Girardi⁹, I.M. Hinnenthal¹⁰, A. Jaretti Sodano¹¹, L. Liberto⁹, E. Majolino¹², D. Mioni¹³, M. Movalli⁴, L. Pedretti L.¹⁴, A. Marmora⁷, P. Ranaletti⁶, G. Spolaor G.¹⁵, P. Vizzuso¹¹, G. Zucchi⁵, G. Vittadini¹⁶, G. Corrao¹

1. Dipartimento di Statistica e Metodi Quantitativi, Università degli Studi di Milano Bicocca, Milano.

2. Dipartimento per le Dipendenze, Az. Ulss 13 del Veneto, Mirano Venezia, www.cocaina-alcol.org.

3. Casa di Cura Villa Silvia, Senigallia.

4. Servizio per le Alcoldipendenze, Ospedale San Raffaele Turro, Milano.

5. Ospedale Privato Accreditato Villa Maria Luigia, Parma.

6. U.O. Riabilitazione Alcolologica, Ospedale S. Marta, A.O. Ospedali Maggiori, Crema.

7. Centro di Riabilitazione Alcolologica - Fondazione Stella Maris Mediterraneo - Chiaromonte (Pz).

8. Servizio di Psicologia, Fondazione S. Maugeri IRCCS, Istituto Scientifico di Pavia.

9. U.O. Ospedale San Pancrazio, Istituto di Riabilitazione S. Stefano, Trento.

10. Economia e Gestione Aziende Sanitarie, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; ASL 1, Regione Liguria, Imperia

11. U.O. Alcolfarmacodipendenze Presidio Ospedaliero, Fatebenefratelli, Torino.

12. Centro Terapeutico Dipendenze, Ospedale Bad Bachgart Comprensorio Sanitario, Bressanone.

13. Casa di Cura Parco dei Tigli, Padova.

14. Centro di Riabilitazione Alcolologica Villa Rosa, Modena.

15. Comunità Terapeutica Villa Soranzo, Venezia.

16. U.O. Riabilitazione Alcolologica, Fondazione S. Maugeri IRCCS, Istituto Scientifico di Pavia.

Introduzione

L’astensione dall’uso di alcol e sostanze psicoattive costituisce il fulcro del trattamento della Dipendenza; tale obiettivo è raggiungibile attraverso interventi medico/farmacologici, psicologici e sociali, abitualmente combinati in processi terapeutici complessi, sia in setting ambulatoriale, che residenziale e semiresidenziale (Cibin, Hinnenthal, 2012).

Tra i Disturbi da Uso di Sostanze Psicoattive i Problemi Alcolcorrelati e la Dipendenza da Alcol costituiscono, insieme con la dipendenza da nicotina, la parte più drammatica per mortalità e disabilità (Innamorati e coll., 2012; McArtney e coll., 2010), contribuendo in maniera significativa alla spesa sanitaria del mondo occidentale (Miller e coll., 1998).

In questo contesto, accanto al fondamentale apporto dei gruppi di auto-mutuo aiuto (Alcolisti Anonimi, Club Alcolologici Territoriali) (Edwards, 2002; Hudolin e coll., 1994, Zavan, 2011) e a quello dei Servizi per le Dipendenze (Ser.T./Ser.D.) e dei Nuclei Operativi Alcolologici (NOA), si è andato affermando il contributo delle Unità di Riabilitazione Alcolologica (URA).

È questo un approccio presente da circa trent’anni in Italia che trae spunto sia dall’esperienza del “Minneso-

ta Model” statunitense (Anderson e coll., 1999), sia dagli studi dello psichiatra croato Vladimir Hudolin (Hudolin, Corlito, 2008), sia dalle “Cliniche psicosomatiche” tedesche e austriache (Hinnenthal, Cibin, 2011).

Sintetizzando, le caratteristiche specifiche di questo modello (che lo rende ben diverso dalle comunità terapeutiche “tradizionali”) sono:

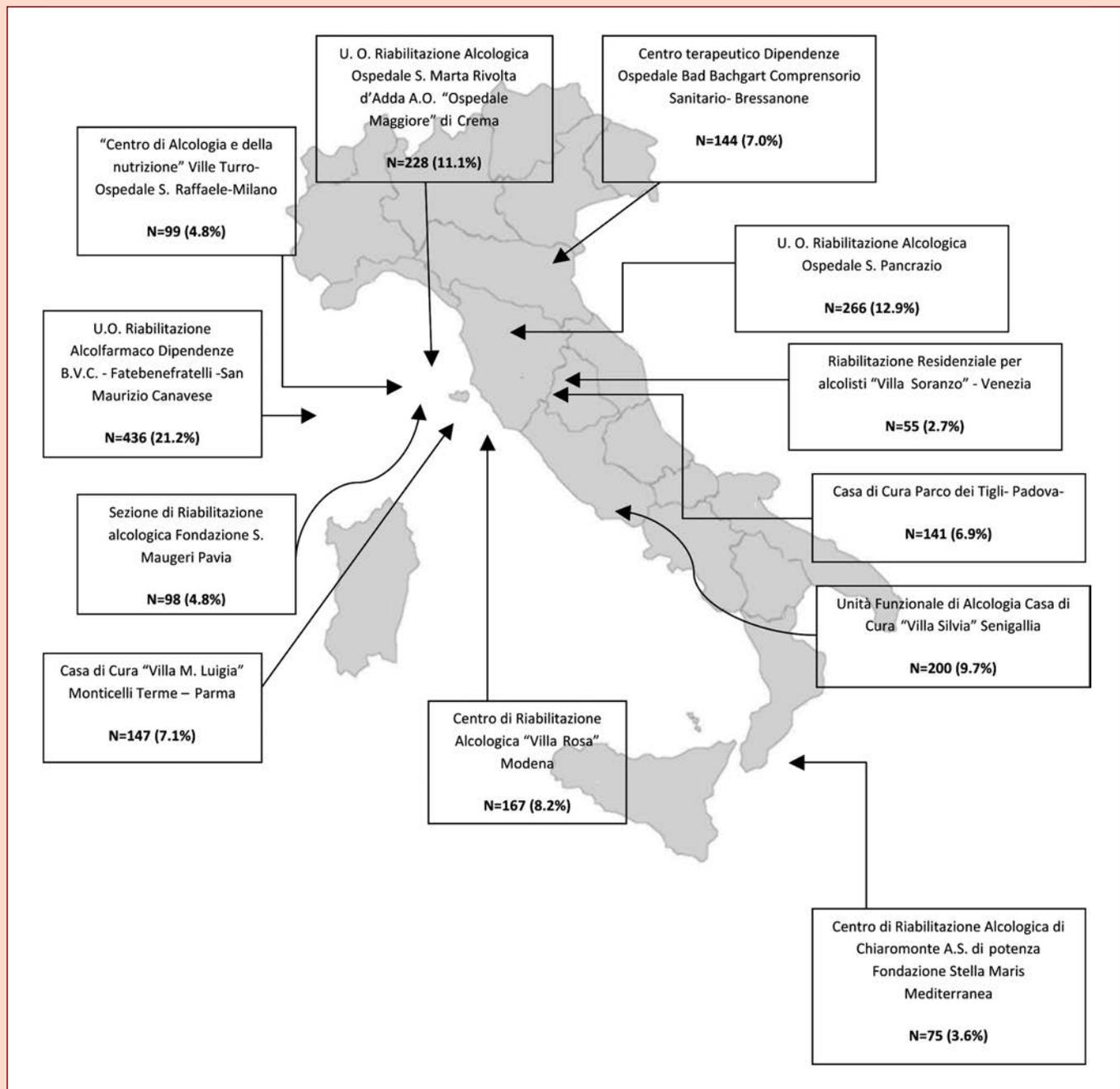
1. Brevità del ricovero (mediamente 30 giorni).
2. Intensità dell'intervento (si opera a livello fisico, psichico, familiare).
3. Complessità dell'intervento stesso (vengono erogate prestazioni di tipo medico, psicologico ed educativo).
4. Elaborazione di un progetto aftercare.

Questo tipo di gestione delle problematiche alcol-correlate seppure utilizzato da tempo e presente in circa venti strutture sparse per l'Italia, non era mai stato oggetto di un'analisi approfondita delle caratteristiche socio-demografiche e gestionali.

I dati qui presentati fanno parte di uno studio multicentrico che si propone di colmare tale lacuna, analizzando in dettaglio le variabili dell'utenza che afferisce alle principali unità che fanno parte del Coordinamento Residenziale Alcolologico Italiano (Gruppo CORRAL, 2011).

Scopo del presente lavoro è evidenziare e discutere i dati dello studio Corral (Zambon e coll., in press) riferiti in particolare alla presenza di fenomeni di poliabuso di

Fig. 1 - Distribuzione spaziale dei centri CORRAL



sostanze e di comorbidità psichiatrica, ed evidenziare le caratteristiche dei percorsi terapeutico/riabilitativi.

Materiali e metodi

Il campione in studio è costituito da tutti i pazienti dimessi durante il 2009 dalle 12 Unità Residenziali Alcolologiche Italiane (URA) partecipanti al CORRAL.

I pazienti che hanno avuto più ricoveri durante il 2009 sono stati inclusi nel campione in occasione del loro primo episodio di ricovero.

Per ogni paziente, il referente delle URA presso il quale il paziente era ricoverato, ha raccolto, mediante un questionario strutturato di 26 item, alcune caratteristiche riguardanti gli aspetti socio-demografici e clinico-diagnostici, le caratteristiche del percorso assistenziale che ha portato al ricovero, le caratteristiche del percorso terapeutico sperimentato presso l'URA e il percorso assistenziale programmato dopo la dimissione.

Tutte le variabili continue sono state riportate come valori medi (\pm deviazione standard) mentre le variabili categoriche sono state considerate sia in termini di frequenze assolute che relative.

Il confronto tra i valori medi di due (o più gruppi) è stato effettuato mediante la statistica test T (o l'analisi della varianza).

L'indipendenza tra variabili categoriali è stata valutata mediante il test χ^2 .

Tutte le analisi statistiche sono state realizzate utilizzando il software SAS v.9.2.

Si sono considerati solo test a due code e i p-value inferiori a 0.05 sono stati considerati significativi (Garrett e coll., 2011).

Risultati

Al momento del ricovero

Alla ricerca hanno partecipato 12 URA che hanno ricoverato complessivamente 2061 pazienti durante il 2009. La figura 1 evidenzia come la maggior parte dei centri (83%) si trovi al nord con qualche isolata presenza al centro (Marche) e al sud (Basilicata) (figura 1).

Anche i pazienti ricoverati presso i diversi centri non sono uniformemente distribuiti, ad esempio si può notare che il 21% dell'intera casistica appartenga al solo centro piemontese "U.O. Riabilitazione Alcolfarmaco Dipendenze B.V.C. - Fatebenefratelli San Maurizio Canavese".

Dei 2061 pazienti iniziali, cinque sono stati esclusi dalle analisi a causa di dati mancanti (60% delle variabili). Le caratteristiche dei pazienti sono sintetizzate nella tabella I.

Il paziente "medio" afferente ad una URA durante il 2009 è risultato essere: maschio (69% dei dimessi),

adulto (età media 46 anni), con un livello di istruzione medio/bassa (il 61% possiede solo la licenza media), senza evidenti problemi occupazionali (solo il 36% non è occupato o lavora occasionalmente), con diagnosi di dipendenza dall'alcol (93% dei dimessi), non astinente nell'ultimo mese prima del ricovero (79% dei dimessi), con una diagnosi psichiatrica e/o di altra dipendenza o abuso da sostanze (65%).

Dei 934 pazienti con co-patologie fisiche/organiche, l'8% risulta affetto da cirrosi, il 60% da altre patologie (come ad esempio patologie cardiologiche o malattie del metabolismo), e il 5% da polineuropatia (Vittadini e coll., 2001).

In tabella II sono riportate in dettaglio le principali patologie psichiche di cui sono affetti 1327 pazienti. Il 44% ha una dipendenza/abuso da altre sostanze e/o farmaci, mentre il 41% presenta disturbi di personalità.

Caratteristiche significativamente associate alla presenza di una diagnosi psichiatrica sono (tabella III): genere Maschile ($\chi^2 = 50.2$, p-value = <0.0001), età inferiore a 50 anni ($\chi^2 = 10.5$, p-value = 0.0012); basso livello di istruzione ($\chi^2 = 21.5$, p-value = <0.0001); durata dell'abuso/dipendenza ($\chi^2 = 23.9$, p-value = <0.0001); consumo di alcol nel mese prima del ricovero ($\chi^2 = 16.6$, p-value = <0.0001); uso di altre sostanze, comportamento patologico ($\chi^2 = 25.5$, p-value = <0.0001); presenza di patologie organiche ($\chi^2 = 20.6$, p-value = <0.0001); precedenti ricoveri per alcolismo ($\chi^2 = 36.1$, p-value = <0.0001).

La comorbidità psichiatrica sembra essere indipendente dallo stato occupazionale ($\chi^2 = 2.8$, p-value = 0.0954), dalla durata del ricovero ($\chi^2 = 0.3$, p-value = 0.6156) e dalla durata di altro uso/abuso, comportamento patologico.

La maggior parte dei pazienti sono giunti all'URA poiché inviati da un Sert.T./Ser.D. (40% dei dimessi), dal medico di base/specialista (17%), e infine da altri servizi alcolologici territoriali (15%).

In tabella IV è riportata la distribuzione delle figure professionali/assistenziali che hanno ritenuto necessario il ricovero del paziente.

Durante il ricovero

Una volta ricoverato, un paziente rimane in URA mediamente 30 giorni (± 23.5).

Durante la loro permanenza i soggetti possono svolgere diversi percorsi riabilitativi.

Nella figura 2 sono raffigurati i percorsi con le rispettive percentuali di partecipazione.

Ogni paziente poteva intraprendere più di un percorso durante il suo ricovero.

Al momento della dimissione è stato dato un giudizio inerente l'esito del percorso riabilitativo del paziente (figura 3): il 77% manifesta un livello motivazionale medio/alto nel seguire il percorso riabilitativo (e una

Tab. 1 - Caratteristiche socio-demografiche e diagnostiche dei 2056 pazienti inclusi nell'analisi

Variabili	Totale (n=2056)
Socio-demografiche	
Maschi, n (%)	1411 (68.6)
Età (anni \pm SD)	46.3 \pm 10.8
Titolo di studio	
Nessun titolo, n (%)	8 (0.4)
Licenza elementare, n (%)	279 (13.7)
Licenza media, n (%)	945 (46.4)
Licenza superiore, n (%)	661 (32.5)
Laurea, n (%)	141 (6.9)
Occupazione	
Occupato stabile, n (%)	862 (42.2)
Occupato non stabile, n (%)	111 (5.4)
Non occupato, n (%)	637 (31.2)
Pensione di invalidità, n (%)	224 (10.9)
Pensione di anzianità, n (%)	91 (4.5)
Studente, n (%)	
Casalinga, n (%)	6 (0.3)
112 (5.5)	
Diagnostiche	
Dipendenza/Abuso da alcol	
Dipendenza, n (%)	1906 (92.8)
Abuso, n (%)	147 (7.2)
Consumo di alcol nell'ultimo mese prima del ricovero	
Astinente, n (%)	436 (21.2)
Non astinente, n (%)	1619 (78.8)
Durata della dipendenza/abuso da alcol	
< 5 anni, n (%)	327 (16.1)
5 - 10 anni, n (%)	496 (24.5)
> 10 anni, n (%)	1203 (59.4)
Presenza di altre diagnosi (psichiatriche e dipendenza/abuso da altre sostanze)	
No, n (%)	729 (35.5)
Sì, n (%)	1327 (64.5)
Co-patologie fisiche/organiche	
No, n (%)	1122 (54.6)
Sì, n (%)	934 (45.4)

Tab. II - Analisi descrittive riguardanti la presenza di altre diagnosi (psichiatriche e dipendenza/abuso da altre sostanze)

Altre diagnosi	Totale (n=1327)
Dipendenza o abuso di altre sostanze e/o farmaci, n (%)	584(44.0)
Disturbo di personalità, n (%)	547(41.2)
Sindrome Affettiva, n (%)	385(29.0)
Sindrome ansiosa, n (%)	155(11.7)
Psicosi, n (%)	60 (4.5)
Disturbo del controllo degli impulsi, n (%)	35 (2.6)
Disturbo del comportamento alimentare, n (%)	24 (1.8)
Demenze, n (%)	19 (1.4)
Oligofrenia, n (%)	12 (0.9)

Tab. III - Confronto tra le caratteristiche dei pazienti con assenza o presenza di diagnosi psichiatrica

	Diagnosi psichiatrica		χ^2	P-value
	Sì	No		
Genere				
Femmina	23.6	38.2	50.2	<0.0001
Maschio	76.4	61.8		
Età				
< 50 anni	62.3	69.1	10.5	0.0012
> 50 anni	37.7	30.9		
Istruzione				
Medio alta	34.1	44.1	21.5	<0.0001
Bassa	65.9	55.9		
Occupazione				
Non occupato	50.4	54.1	2.8	0.0954
Occupato	49.6	45.9		
Abuso/dipendenza da alcol				
Abuso	5.7	8.4	5.8	0.0161
Dipendenza	94.3	91.6		
Durata abuso/dipendenza da alcol				
< 5 anni	11.9	19.9	23.9	<0.0001
5-10 anni	25.7	23.4		
> 10 anni	62.4	56.7		
Consumo di alcol nel mese prima del ricovero				
Astinente	25.1	17.8	16.6	<0.0001
Non astinente	47.9	82.2		
Altro uso/abuso/comportamento patologico				
No	75.3	65.1	25.5	<0.0001
Sì	24.7	34.9		
Durata altro uso/abuso/comportamento patologico				
< 5 anni	24.4	31.8	4.0	0.1337
5-10 anni	31.2	27.1		
> 10 anni	44.4	41.1		
Patologie organiche				
No	49.3	59.2	20.6	<0.0001
Sì	50.7	40.8		
Durata del ricovero				
< 30 giorni	73.8	74.8	0.3	0.6156
> 30 giorni	26.2	25.2		
Ricoveri precedenti				
0	63.9	50.8	36.1	<0.0001
≥1	36.1	49.2		



Tab. IV - Distribuzione dei pazienti in funzione della figura che ha ritenuto necessario il ricovero

Struttura che ha ritenuto necessario il ricovero	Totale (n=2044)
Comunità terapeutica, n (%)	7 (0.3)
Familiare (specificare), n (%)	158 (7.7)
Gruppi di auto-aiuto, n (%)	28 (1.4)
Medico di base/specialista, n (%)	338 (16.5)
Nessuno, n (%)	102 (5.0)
Reparto ospedaliero, n (%)	105 (5.1)
Sert, n (%)	809 (39.6)
Servizi alcolologici (NOA/centro di alcologia), n (%)	312 (15.3)
Servizi sociali, n (%)	14 (0.7)
Servizi territoriali privati, n (%)	54 (2.6)
Servizio psichiatrico, n (%)	117 (5.8)

Fig. 2 - Distribuzione dei pazienti in funzione del numero di percorsi riabilitativi effettuati durante il ricovero

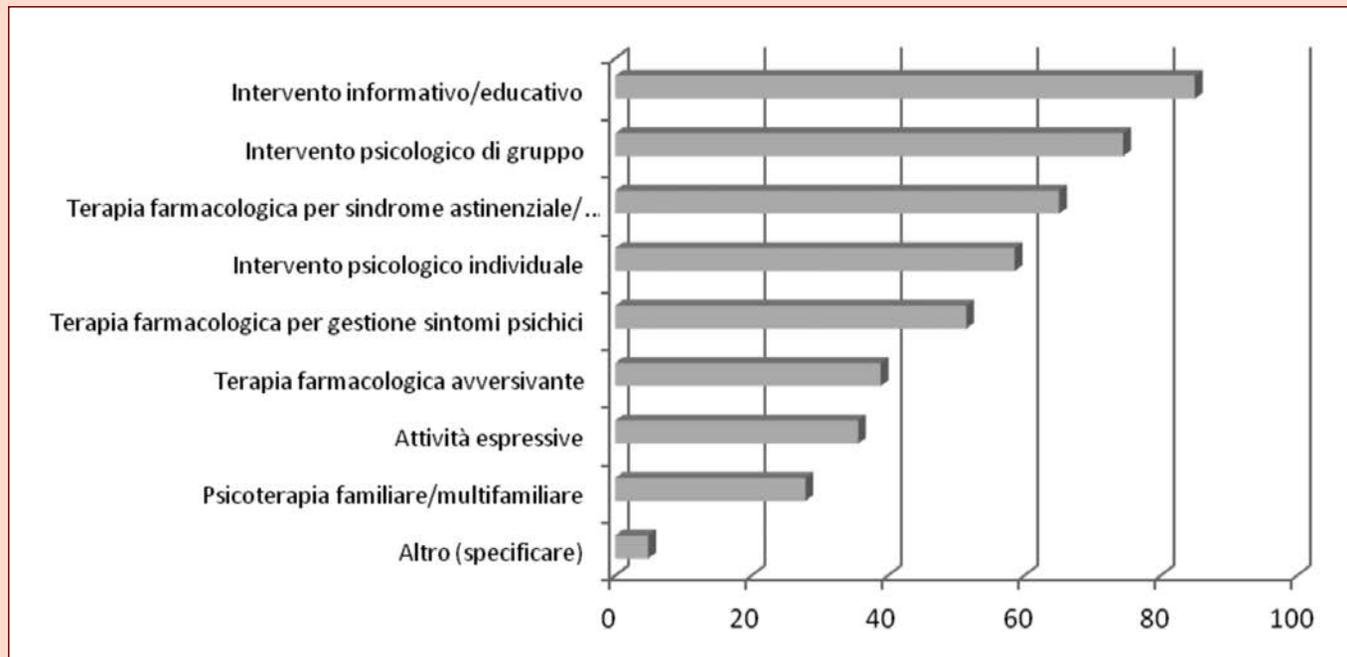
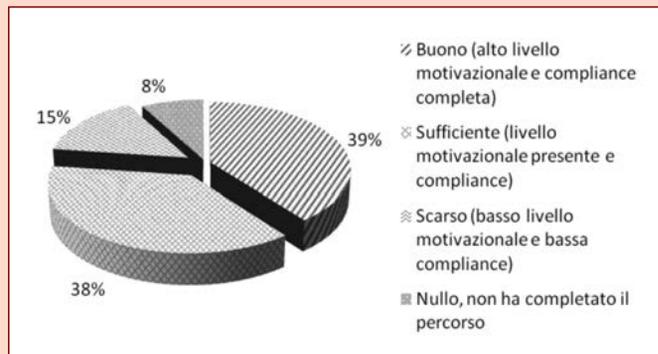


Fig. 3 - Distribuzione dei pazienti in funzione del giudizio sull'esito del percorso riabilitativo alla dimissione



compliance completamente il 15% ha un livello motivazionale e una bassa compliance.

Il rimanente 8% è rappresentato da quei soggetti che si sono auto dimessi o che hanno un decadimento del contratto terapeutico.

Prima che il paziente venga dimesso viene fatta una valutazione anche sul supporto familiare (figura 4): il 74% dei pazienti al termine del percorso all'interno del centro ha una famiglia presente e disponibile, il 19% ha rari contatti sociali e familiari ed un 7% di individui non ha alcun tipo di rapporto sociale/familiare.

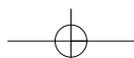
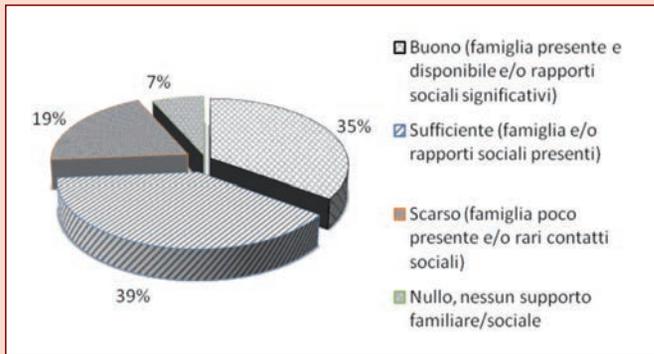


Fig. 4 - Distribuzione dei pazienti in funzione della valutazione dell'operatore del supporto familiare e sociale alla dimissione



Dopo il ricovero

L'89% dei pazienti ha concluso il percorso riabilitativo stabilito dall'URA presso la quale era ricoverato.

Il restante 11% è costituito dai pazienti che si sono auto-dimessi (5.7%), per i quali si è verificato il decadimento del contratto terapeutico (3.9%) e che hanno interrotto il ricovero per l'insorgenza di complicanze (1.8%).

Al momento della dimissione il paziente era inviato a una struttura/figura di riferimento per la presa in carico e il prosieguo della riabilitazione.

Dalla tabella V si evidenzia come quasi la metà dei pazienti era inviata ai Ser.T. (44%).

Discussione

Dall'analisi delle caratteristiche del campione dei pazienti afferenti alle U.O. di riabilitazione alcolica si rileva un profilo "medio" caratterizzato da una evidente complessità clinica e psichica; prevale una diagnosi di dipendenza alcolica, in fase attiva prima del ricovero che si accompagna ad una patologia organica prevalen-

temente a carico del fegato (Carto, Addolorato, 2010) ed un'altra patologia psichica in quasi la metà dei casi.

È inoltre presente, per una metà del campione, l'uso di altre sostanze psicoattive.

Tale dato conferma la tendenza registrata già da anni riguardo al progressivo cambiamento di tipologia dell'alcolista italiano medio che passa da quella del forte bevitore quotidiano, soprattutto di vino, a quella dell'abusatore del fine settimana e del binge drinker con finalità "tossicomane" (e quindi con contemporaneo ricorso ad altre sostanze) o di autoterapia a problemi emotivi o di adattamento sociale (Janiri, 2006; Sanfilippo e coll., 2004, Cerbini e coll., 2008).

Una delle funzioni più importanti della Residenzialità alcolica è la formulazione di una corretta diagnosi sia rispetto all'uso di sostanze, che alla presenza di problematiche fisiche e psichiche associate, che alle risorse sociali, familiari ed ambientali.

Un aspetto particolarmente delicato del processo diagnostico di questi pazienti riguarda gli aspetti psicologico/psichiatrici, al punto alcuni autori propongono che ansia, depressione e impulsività siano considerati elementi strutturali dell'addiction stessa piuttosto che situazioni di per sé comorbili (Pani e coll., 2010).

È noto come la individuazione dei disturbi mentali "primitivi" vada fatta a paziente astinente da almeno 20 giorni; la intossicazione da alcol/sostanze infatti è in grado di "mimare" praticamente tutti i disturbi mentali.

Ove l'uso di sostanze sia in fase di attività i tratti psicopatologici riscontrati dovrebbero essere inquadrati nella categoria "Disturbi mentali Indotti da Sostanze" (APA, 2007).

La distinzione tra disturbi mentali "primitivi" e disturbi indotti da sostanze ha importanti implicazioni terapeutiche: nel primo caso infatti il focus terapeutico è sul disturbo mentale, nel secondo sulla Dipendenza stessa, la cui remissione condiziona anche la sintomatologia psichiatrica (Brady, Malcom, 2006; Schuckit, 2009).

Tab. V - Distribuzione dei pazienti in funzione della struttura a cui vengono inviati per il prosieguo del programma

Figura/struttura a cui viene mandato il paziente per il prosieguo del programma	Totale N(2039)
Altro, n (%)	2 (0.1)
Comunità terapeutica, n (%)	83 (4.1)
Day-hospital/semi-residenzialità presso la stessa struttura, n (%)	85 (4.2)
Gruppi di auto-aiuto, n (%)	102 (5.0)
Medico di base/specialista, n (%)	324 (15.9)
Nessuno, n (%)	29 (1.4)
Reparto ospedaliero, n (%)	37 (1.8)
Sert, n (%)	890 (43.6)
Servizi alcolologici (noa/centro di alcolologia), n (%)	367 (18.0)
Servizi sociali, n (%)	8 (0.4)
Servizi territoriali privati, n (%)	29 (1.4)
Servizio psichiatrico, n (%)	83 (4.1)

Nel presente studio si riscontra una maggiore prevalenza di disturbi mentali comorbili nei soggetti che hanno assunto alcol nel mese precedente al ricovero: questo dato ci richiama all'importanza di una corretta tempistica nella effettuazione della diagnosi, ed alla opportunità in alcuni casi di prolungare la degenza per giungere ad una maggior chiarezza diagnostica.

Analizzando le caratteristiche della comorbidità psichiatrica si evidenzia come il 41% del campione presenti una diagnosi di Disturbo di Personalità e come questa sia la diagnosi di gran lunga più rappresentata.

Le situazioni comorbili sono a loro volta significativamente associate a sesso maschile, età inferiore a 50 anni, basso livello di istruzione; maggiore durata dell'abuso/dipendenza; uso di sostanze diverse dall'alcol; consumo di alcol il mese prima del ricovero, presenza di patologie organiche; ricoveri precedenti per alcolismo.

La presenza o meno di fenomeni di poliabuso di sostanze, l'età di esordio della Dipendenza e la associazione con disturbi di personalità o a tratti impulsivi e caratteristiche "sensation seeeker" sono gli elementi centrali per distinguere i pazienti con Dipendenza secondo la tipologia di Cloninger (Cloninger e coll. 1981; Cloninger, 1987; Cloninger, Svrakic, 2009; Leggio e coll., 2009).

Il tipo I di Cloninger corrisponde a quello che un tempo si sarebbe chiamato "modello postraumatico": i pazienti di tipo I sono divenuti dipendenti nell'età adulta in seguito ad eventi di vita ed hanno una componente genetica minore; sono persone in cui la dipendenza si configura come un "episodio", per quanto lungo e grave, in un contesto di vita per altri aspetti "normale".

Nei soggetti di tipo II invece la componente genetica è più forte, la dipendenza inizia precocemente ed impronta tutta la vita, è caratterizzata dall'uso di più sostanze ed è spesso associata con Disturbi di Personalità (Cibin e coll., 2011; Hinnenthal e coll., 2010); questi soggetti più frequentemente presentano una storia di problematiche scolastiche e lavorative e deterioramento sociale grave: è quello che un tempo si sarebbe detto modello "costituzionale" o "diatesico".

Nello specifico del campione considerato si può concludere che la distribuzione tra le due tipologie sia rispettivamente del 50% circa.

Questo dato può essere rilevante nell'orientamento rispetto alla impostazione del programma terapeutico durante la residenzialità e nell'aftercare.

I pazienti di tipo I infatti rispondono bene ad un intervento relativamente "leggero": si tratta di soggetti che una volta messi nelle condizioni di affrontare il loro problema con le sostanze e le situazioni di vita connesse, stanno globalmente bene e sono nella maggior parte dei casi in grado di riprendere la propria vita sociale e familiare.

Si tratta dei pazienti che rispondono meglio alla residenzialità breve, specie se comprendete interventi miranti a superare il congelamento emotivo causato dalle sostanze e dalle situazioni traumatiche e l'appoggio a gruppi di auto aiuto (Alcolisti Anonimi, Club Alco-

logici Territoriali) (Cerizza e coll., 2008; Cibin e coll., 2009; Hinnenthal, Cibin, 2011).

Per i pazienti di tipo II invece il discorso è più complesso: essi richiedono interventi multipli e continuativi nel tempo, cui spesso è necessario affiancare anche il supporto sociale.

Accanto al programma finalizzato alla inibizione del potus, analogo a quello previsto per il tipo uno, per questi pazienti è necessario prevedere interventi sia di tipo medico che psicologico mirati alla stabilizzazione della emotività disfunzionale; possono essere indicati per programmi residenziali lunghi (Hinnenthal e coll., 2011).

La applicazione di questi principi al setting residenziale breve dovrebbe prevedere dunque la possibilità di differenziare gli interventi in base alla tipologia, ed in particolare:

- per il tipo I la applicazione di tecniche "postraumatiche", cioè di tecniche nate per il trattamento del Disturbo Postraumatico e miranti allo "sblocco emotivo" ed al riequilibrio tra funzioni emotive e cognitive (Cibin e coll., 2012; Hinnenthal e coll., 2011);
- per il tipo II: la impostazione di interventi terapeutici specifici per i disturbi di personalità, sia di tipo farmacologico che psicoterapico (Dimeff, Linehan, 2008; Linehan, 2011; Hinnenthal e coll., 2010).

Per entrambe le situazioni è fondamentale la motivazione alla continuazione del trattamento in setting territoriale e la formulazione di un programma aftercare sulla base delle informazioni emerse nel corso del ricovero (Cibin, Hinnenthal, 2012; Rossi, 2013).

La forte presenza di soggetti di tipo II nel campione oggetto del presente studio può essere spiegata dagli stessi criteri di accoglienza che caratterizzano le U.O. riabilitative.

Pur non avendo ancora le Unità Operative CORRAL elaborato formali e comuni criteri di inclusione, tuttavia hanno adottato negli anni una modalità di selezione dei ricoveri in cui si privilegia un paziente "complicato" e probabilmente di più difficile gestione in un setting ambulatoriale²¹.

Rispetto al percorso ambulatoriale che precede e segue la degenza riabilitativa, si rileva come siano prevalentemente Ser.T./Ser.D. e NOA i principali invianti ed a queste stesse strutture i pazienti tornano dopo la dimissione. Il ricovero si configura pertanto come uno spazio riabilitativo di alta intensità assistenziale, che accoglie e rinvia pazienti che mantengono una presa in carico ambulatoriale presso le strutture territoriali e che si pone come una parentesi per il trattamento delle complicanze cliniche della dipendenza alcolica, garantendo un periodo di sobrietà protetta in cui affrontare il disagio psichico, relazionale e sociale correlato alla dipendenza.

Il fatto che l'89% dei pazienti abbia completato il percorso riabilitativo e che tale percorso sia stato giudicato dal responsabile del servizio buono o sufficiente in circa il 75% dei casi sembra configurare un soddisfacente esito del programma.

Tab. VI - La Tipologia di Cloninger

Tipo I:

Inizio tardivo, reattivo a eventi accaduti nel corso della vita (traumi lutti, situazioni "di passaggio").

Comportamento prevalente: evitamento (harm avoidance)

Base neurobiologica: deficit serotoninergico

Effetto ricercato: ansiolitico/ antidepressivo, rilassamento psicofisico

Craving: relief craving (desiderio di ridurre la tensione)

Capacità di gratificazione: Buona

Capacità di contatto con gli altri: Buona

Storia di vita: "vita vissuta" in cui l'alcolismo appare come un incidente o una complicità

Tipo II:

Geneticamente determinato

Inizio precoce, evoluzione rapida

Prevalenza maschile

Comportamento prevalente: ricerca sensazioni intense (Novelty Seeking)

Neurobiologia: deficit del sistema dopaminergico

Effetto ricercato: gratificazione

Craving: reward craving (desiderio di ricompensa)

Maggiore risposta ai potenziali auditivi evocati

Storia di ADHD infantile

Associazione con disturbi antisociale e borderline di personalità

Capacità di gratificazione: Scarsa (csd. Reward Deficiency Syndrome)

Capacità di contatto con gli altri: Scarsa e problematica

Storia di vita: Vita improntata dal rapporto con l'alcol e le sostanze

Conclusioni

A nostro parere la ricerca appare sufficientemente precisa nella descrizione della tipologia di utenza afferente agli URA sia per la vastità del campione sia per l'accuratezza nella raccolta dei dati (su 2061 casi solo 5 sono stati scartati per scadente compilazione del questionario).

Questa precisione consente di avere una chiara visione delle caratteristiche sia della tipologia di alcolisti trattati sia delle modalità di trattamento.

Ciò permette la formulazione delle seguenti osservazioni conclusive:

1. L'approccio riabilitativo alcologico ospedaliero offre una gestione efficace dei problemi alcol correlati poiché garantisce una presa in carico globale del paziente ed un suo ritorno rapido alle strutture territoriali invianti.
2. La degenza alcologica può essere centrale per una corretta importazione diagnostica in quanto consente di osservare il paziente in assenza di alcol e sostanze, e di distinguere le situazioni comorbili "primitive" da quelle "indotte da sostanze".
3. Le situazioni comorbili sono più frequenti in soggetti maschi con poliuso di sostanze; la diagnosi più frequente è di Disturbo di Personalità. Queste caratteristiche, che richiamano quelle del tipo II di Cloninger, fanno pensare alla opportunità di strutturare percorsi parzialmente differenziati sulla base della tipologia di Dipendenza.
4. Si riscontra la crescente presenza di soggetti ormai "fossilizzati" nella loro carriera di alcolisti, dimenticando soggetti relativamente giovani i quali, pur nella loro gravità, vengono considerati (non sempre a ragione) meglio gestibili con un approccio solo ambulatoriale.
5. Da parte loro le URA dovrebbero dotarsi di strumenti di valutazione oggettivi (anche se questo risulta difficile data la particolare tipologia del problema) per verificare sia l'esito del percorso riabilitativo sia, eventualmente, le varie fasi di esso.
6. Pur riscontrandosi una forte presenza in entrata ed in uscita dei Servizi per le Dipendenze e per l'alcologia, permangono modalità di invio varie e disparate, che spaziano dal reparto ospedaliero al medico di famiglia per arrivare all'auto invio. Questa situazione, che deriva in buona parte dalla eterogeneità della assistenza alcologica nei vari territori, risulta essere ancora troppo confusa e "spontaneista" dovendosi, a nostro parere, riservare un simile approccio, complesso e quindi costoso, a casi ben selezionati all'interno di chiari percorsi terapeutici durante la degenza e nel territorio.

7. Poiché la riabilitazione alcolica ospedaliera, con le sue caratteristiche di brevità, intensità e complessità, soddisfa i principali requisiti della moderna riabilitazione andrebbe, a nostro parere, potenziata sia in termini quantitativi che qualitativi.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2007), DSM IV-TR Masoon, Milano.
- Anderson D.J., McGovern J.P., Dupont L. (1999), "The Minnesota Model", *J Addict Dis*, 18: 107-14.
- 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. (eds.), *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*, seconda edizione, Masson, Milano.
- Carto F., Addolorato G. (2010), "L'epatopatia cronica alcolica", *Mission*, 25: 45-51.
- Cerbini C., Biagianni C., Travaglini M., Dimauro P.E. (2008), *Alcolologia oggi: nuove tendenze fra clinica ed ecologia*, FrancoAngeli, Milano.
- Cerizza G., Cibin M., Hinnenthal I., Ranalletti M.P., Dondi E., Vittadini G. (2008), "La Residenzialità Riabilitativa Alcolica come opportunità terapeutica", *Mission*, VII, 27: 27-31.
- Cibin M., Hinnenthal I., Lugato E. (2009), "I programmi residenziali brevi", *Medicina delle Tossicodipendenze*, dic., 65: 39-46.
- Cibin M., Hinnenthal I. (2012), "Trattamento integrato dell'alcolismo: gli strumenti ed i luoghi dell'intervento", *Noos*, 18, 3: 189-2011.
- Cibin M., Cibin M., Hinnenthal I., Nava F., Ferdico M. (2011), "Focus su Disturbi di personalità, schizofrenia, Paranoia ed Isteria", in Gasbarrini G., *Trattato di medicina Interna*, Verduci Editore, Roma.
- Cibin M., Bettamin S., Spolaor G., Hinnenthal I. (2012), "Il piacere ed il corpo nel trattamento delle Dipendenze: dagli approcci 'cognitive' alle tecniche 'emotive'", *MDD - Medicina delle Dipendenze*, II, 8: 31-42.
- Cloninger C.R., Bohmann M., Sigvardsson S. (1981), "Inheritance of alcohol abuse, Cross-fostering analysis of adopted men", *Arch. Gen Psychiat*, 38: 861-868.
- Cloninger C.R. (1987), "Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism", *Science*, 236: 410-416.
- Cloninger C.R., Svrakic D.M. (2009), "Personality Disorders, in Comprehensive textbook of psychiatry", Sadok B.J., Sadok V.A., Ruiz P. (eds.), Lippinkot Williams and Wilkins, Philadelphia.
- Dimeff L.A., Linehan M.M. (2008), "Dialectical behavior therapy for substance abusers", *Addict Sci Clin Pract*, Jun, 4(2): 39-47.
- Garrett M.F., Nan M.L., James H.W. (2011), *Applied Longitudinal Analysis*, Wiley, Boston.
- Edwards G. (2002), *Alcohol the word's favorite drug*, Thomas Dunne Books, New York.
- Gruppo CORRAL (2011), "La riabilitazione ospedaliera in alcolologia", *Alcolologia*, 12: 44-48.
- Hinnenthal I., Asam C., Gallo S., Spolaor G., Cibin M. (2011), "Trauma: aspetti terapeutici nelle dipendenze da alcol e cocaina", *Alcolologia*, 10: 13-23.
- Hinnenthal I., Nava F., Ferdico M., Cibin M. (2010), "Personalità Borderline ed Alcolismo: Aspetti Neurobiologici e Clinici", *Mission*, 31: 29-39.
- Hinnenthal, Cibin (a cura di) (2011), *Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da Alcol e Cocaina: il modello Soranzo*, SEED, Torino.
- Hudolin V., Ciullini A., Corlito G., Dellavia M., Dimauro P.E., Guidoni G. et al. (1994), *L'approccio ecologico-sociale ai problemi alcol-correlati e complessi*, Erikson, Trento.
- Hudolin V., Corlito G. (1996), *Psichiatria, Alcolologia, Riabilitazione*, Erikson, Trento.
- Innamorati M., Pompili M., Martinotti G., Serafini G., Amore M., Lester D., De Vita O., Hatzigiakoumis D.S., Quatralo G., Girardi P., Janiri G. (2012), "Andamento dei decessi per problematiche potus-relate nei paesi dell'Unione Europea nel periodo 1980-2003", *Mission*, 35: 27-35.
- Janiri L. (2006), "Comorbilità psichiatrica dell'alcol dipendenza e del poliabuso: una sinossi", *Dip Pat*, 3: 43-44.
- Leggio L., Kenna G.A., Fenton M., Bonenfant E., Swift R.M. (2009), "Typologies of alcohol dependence. From Jellinek to genetics and beyond", *Neuropsychol Rev.*, 19(1): 115-29.
- Linehan M.M. (2011), *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*, Raffaello Cortina.
- Miller N.S., Gold M.S. (1998), "Comorbid cigarette and alcohol addiction: epidemiology and treatment", *J Addict Dis.*, 17(1): 55-66.
- McArtney G., Mahamood L., Leyland A., Batty G.D., Hunt K. (2010), "Contribution of smoking and alcohol related deaths to the gender gap in mortality evidence from 30 european countries", *Tob Control*, 10: 1136.
- Pani P.P., Maremmanni I., Trogu E., Gessa G.L., Ruiz P., Aki-skal H.S. (2010), "Delineating the psychic structure of substance abuse and addictions: should anxiety, mood and impulse-control dysregulation be included?", *J Affect Disord*, May, 122(3).
- Rossi A. (2013), "Gli interventi possibili nel setting della medicina Generale", in Cibin M., Lucchini A., Rossi A. (a cura di), *La gestione delle Dipendenze da Alcol in Medicina Generale*, Pacini editore, Pisa.
- Sanfilippo B., Galimberti G.L., Lucchini A. (2004), *Alcol, Alcolismi: Cosa cambia*, FrancoAngeli, Milano.
- Schuckit M.A., "Alcohol related Disorders", in Saddok B.J., Sadok V.A., Ruiz P. (2009), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Lippinkot, William & Wilkins (eds.), Philadelphia.
- Vittadini G., Buonocore M., Colli G., Terzi M., Fonte R., Biscaldi G. (2001), "Alcoholic polyneuropathy: a clinical and epidemiological study", *Alcohol Alcohol.*, 36(5): 393-400.
- Zambon A., Soares Pinto S.P., Agostini D.², Aliotta F., Biondini F., Bizzi P., Cerizza G., Dattola A., Forghieri M., Giorgi I., Girardi F., Hinnenthal I.M., Jaretti Sodano A., Liberto L., Majolino E., Mioni D., Movalli M., Pedretti L., Propato A., Ranaletti P., Spolaor G., Vizzuso P., Zucchi G., Vittadini G., *La residenzialità alcolica ospedaliera: caratteristiche dei pazienti e dei percorsi terapeutici/riabilitativi*, Minerva Medica, in corso di pubblicazione.
- Zavan V. (2011), "Il mondo dell'autoaiuto", in Hinnenthal I.M., Cibin M. (2011), *Il trattamento residenziale breve delle Dipendenze da Alcol e Cocaina: Il modello Soranzo*, Seed Editore, Torino.

Il trattamento dei disturbi depressivi nell'alcolismo

*E. Manzato**, *F. Nava***, *C. Biasin**, *G. Cifelli**, *G. Manzato*****, *S. Rosa**, *G. D'Agostini****

I tipi di disturbi dell'umore

I disturbi dell'umore considerati nel Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR dell'American Psychiatric Association (APA, 2000a) comprendono il disturbo depressivo maggiore (episodio singolo o disturbo ricorrente), il disturbo distimico, i disturbi bipolari (I e II, disturbo ciclotimico, disturbo bipolare non altrimenti specificato-a cicli rapidi o misto e mania negli adolescenti-mascherata da abuso di sostanze e/o alcol e da comportamento antisociale), i disturbi dell'umore dovuti a condizione medica, il disturbo dell'umore indotto da sostanze e i disturbi depressivo e bipolare non altrimenti specificato (Kaplan & Sadock, 2001a; Sadock & Sadock, 2003a).

Anche la decima revisione dell'International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10-OMS, 1992) distingue diverse categorie classificative di disturbi dell'umore: episodio depressivo (compreso singolo episodio e depressione maggiore senza sintomi psicotici), disturbo depressivo ricorrente, disturbi dell'umore persistenti (distimia e ciclotimia), altri disturbi dell'umore e disturbi dell'umore non specificati oltre a episodio maniacale singolo e disturbo affettivo bipolare con almeno due episodi (comprende disturbo, psicosi o reazione maniaco-depressivi) (Kaplan & Sadock, 2001a; Sadock & Sadock, 2003a).

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

Nel National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Condition (NESARC) sponsorizzato dal National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) è stato evidenziato che nella popolazione generale la prevalenza a 12 mesi di disturbi dell'umore indipendenti era di 9,21% (con 7,06% per depressione maggiore e 1,83% per distimia), quella dei disturbi da uso di sostanze era del 9,35% e quella dei disturbi da uso di alcol era dell'8,46%; la prevalenza dei disturbi dell'umore e d'ansia indotti è risultata piccola, meno dell'1,0%.

* Ser.D1 - Servizio Alcolologia Azienda ULSS 21 Legnago (Verona).

** Sanità Penitenziaria Azienda ULSS 16 Padova

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

**** Collaboratore di ricerca Verona.

Nei soggetti con qualsiasi disturbo da uso di alcol il 18,85% presentava almeno un disturbo dell'umore (con 13,70% per depressione maggiore e 2,93% per distimia) e nei soggetti con dipendenza da alcol il 27,55% presentava almeno un disturbo dell'umore (con 20,48% per depressione maggiore e 4,63% per distimia).

Nei soggetti con qualsiasi disturbo dell'umore nei 12 mesi precedenti il 17,30% presentava almeno un disturbo da uso di alcol e 11,38% dipendenza da alcol; nei soggetti con depressione maggiore il 16,40% presentava almeno un disturbo da uso di alcol e 11,03% dipendenza da alcol; nei soggetti con distimia il 13,54% presentava almeno un disturbo da uso di alcol e 9,62% dipendenza da alcol.

Tali dati clinici, suggeriscono che ai soggetti con disturbi da uso di sostanze e/o alcol non dovrebbe essere rifiutato il trattamento per i disturbi dell'umore comorbili (Grant e coll., 2004).

Il NESARC ha evidenziato una prevalenza lifetime e a 12 mesi di abuso di alcol rispettivamente del 17,8% e 4,7% e di dipendenza da alcol del 12,5% e del 3,8%, con maggiore prevalenza tra i maschi, i soggetti più giovani e non sposati; inoltre ha segnalato una significativa disabilità nella dipendenza da alcol.

Per quanto riguarda l'associazione con altri disturbi psichiatrici, l'abuso di alcol a 12 mesi è risultato fortemente e significativamente associato con i disturbi da uso di sostanze, ma non con altri disturbi di Asse I del DSM-IV-TR (APA, 2000a), ugualmente è risultato per l'abuso di alcol lifetime.

La dipendenza da alcol a 12 mesi è risultata fortemente associata con i disturbi da uso di sostanze, con i disturbi bipolari I e II, ma debolmente e significativamente con solo due disturbi di Asse II (disturbi di personalità-PD), in particolare i disturbi di personalità istrionico (HPD) e antisociale (ASPD); la dipendenza da alcol lifetime è risultata correlata, anche se meno fortemente, con i disturbi da uso di sostanze, maggiormente con i disturbi dell'umore (disturbi bipolari I e II, disturbo depressivo maggiore e distimia) e d'ansia e con i disturbi di personalità paranoide (PPD), istrionico e antisociale (Hasin e coll., 2007).

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%.

In particolare, nei servizi di salute mentale la prevalenza dei disturbi dell'umore è risultata del 16,53%, mentre nelle comunità terapeutiche tradizionali la percentuale di disturbi dell'umore è stata del 43,5% e nelle comunità terapeutiche per doppia diagnosi è risultata del 45,6%; nel complesso la comorbilità psichiatrica per disturbi di Asse I e II del DSM IV-TR (APA, 2000a) 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, 2000a) 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 depressione primaria e quella secondaria e l'eventuale sintomatologia ansiosa associata sono risultate predire un tempo più breve di successiva assunzione di alcol come primo bicchiere e come ricaduta completa (Greenfield e coll., 1998).

È stato osservato che i pazienti alcolisti con depressione primaria o secondaria associata rimangono depressi se non ricevono una terapia antidepressiva, anche quando si astengono dal bere (Goldsmith, 1999).

Alcolisti con disturbi depressivi e/o d'ansia moderati o severi sono stati associati con un maggior rischio di ricaduta e con necessità di trattamento specifico anche dopo la dimissione da un trattamento di disintossicazione attuato in ricovero ospedaliero (Driessen e coll., 2001).

I sintomi depressivi in alcolisti sono risultati in modo evidente aumentare il rischio di ricaduta sia come cue per il bere che come causa di abbandono del trattamento con successiva ricaduta (Crome & Myton, 2004).

Il trattamento dei disturbi depressivi: psicofarmacoterapia e interventi psicosociali

Le raccomandazioni delle linee guida

Le indicazioni terapeutiche della Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder. Second Edition (2005) per il trattamento del disturbo depressivo maggiore prevedono interventi nella fase acuta, con l'obiettivo terapeutico della remissione sintomatologica, cui seguono interventi finalizzati alla stabilizzazione della remissione dei sintomi psicopatologici; il paziente che non ha ricadute nella fase precedente entra nella fase di mantenimento.

Per ogni fase è necessario che gli interventi siano gestiti mediante un management psichiatrico (APA, 2005; Fochtmann & Gelenberg, 2005).

Il trattamento della depressione, che è attuato sia dai servizi specialistici che dai medici delle cure primarie, è basato su: terapia farmacologica, psicoterapia e interventi di comunità ambientale.

La psicoterapia e la farmacoterapia combinate sono il trattamento più efficace per il disturbo depressivo maggiore (DDM), anche se la sola farmacoterapia o la psicoterapia possono essere efficaci nei pazienti con episodi depressivi maggiori lievi (Kaplan & Sadock, 2001a, b; Sadock & Sadock, 2003a, b; Dubovsky & Buzan, 2003; Fochtmann & Gelenberg, 2005).

La terapia psicofarmacologica

La terapia farmacologica è indicata in tutti i casi di disturbo depressivo maggiore e disturbo distimico (DD). Le molecole introdotte successivamente nel tempo sono classificate come antidepressivi di prima, seconda e terza generazione. Gli antidepressivi di prima generazione sono gli inibitori delle monoamino ossidasi (MAO) (iproniazide, fenelzina e tranilcipromina) e i tricyclici (TCA) (imipramina, clomipramina, amitriptilina, nortriptilina, desipramina, ...).

Quelli di seconda generazione sono il tetraciclico maprotilina, gli inibitori selettivi del reuptake della serotonina (SSRI) (fluoxetina, sertralina, paroxetina, fluvoxamia, citalopram e escitalopram), gli inibitori del reuptake della dopamina e della noradrenalina (NDRI) (bupropione), gli inibitori selettivi del reuptake della noradrenalina (NARI) (reboxetina) e l'antagonista/inibitore specifico del reuptake della serotonina e più debolmente della noradrenalina e della dopamina (SARI) trazodone.

Gli antidepressivi di terza generazione sono gli inibitori del reuptake della serotonina e della noradrenalina (SNRI) (venlafaxina e duloxetina), il SARI nefazodone e l'inibitore combinato serotoninergico noradrenergico (NaSSA) mirtazapina.

Nel trattamento di un disturbo depressivo la maggior parte dei clinici utilizza come prima scelta un antidepressivo SSRI per la sua efficacia farmacologica e per il profilo di effetti indesiderati favorevole; la compliance farmacologica a tale gruppo di farmaci inoltre può essere migliorata con l'educazione del paziente sulla natura autolimitante di alcuni effetti indesiderati come ansia, sintomi gastrointestinali e cefalea.

La disfunzione sessuale è un effetto collaterale comune e persistente che risponde al cambio di farmaco o alla riduzione del dosaggio o all'aggiunta del NDRI bupropione o della non benzodiazepina (Non-BDZ) buspirone; gli effetti ansiogeni possono essere trattati con riduzione della dose o con aggiunta di un ansiolitico; l'in-

sonnia può essere trattata con una benzodiazepina (BDZ) o con la Non-BDZ zolpidem o con il SARI trazodone o con il NaSSA mirtazapina (Kaplan & Sadock, 2001a).

Gli SSRI sono inoltre più sicuri circa la letalità in caso di sovradosaggio accidentale o volontario rispetto ai TCA (Henry e coll., 1995; Anderson & Edwards, 2001; Sadock & Sadock, 2003a, b).

Inoltre i casi di sovradosaggio non sono risultati associati a convulsioni o ad alterazioni all'elettrocardiogramma (ECG) (Anderson & Edwards, 2001). Durante il trattamento con gli SSRI è stato osservato che gli effetti collaterali debolezza/affaticamento, sensazioni sconosciute/inspiegabili, disturbi infettivi, iperventilazione respiratoria, sono associati con la non remissione sintomatologica, a causa della bassa aderenza al trattamento, del precoce logoramento, della difficoltà di aumentare le dosi del farmaco e della riduzione dell'efficacia terapeutica (Daly e coll., 2011).

Gli outcome del trattamento

I principali risultati del trattamento dei pazienti con disturbi dell'umore sono il riequilibrio di uno stato di benessere psicologico e il ripristino di un buon funzionamento generale; ma sebbene molti pazienti depressi migliorino con un'adeguata terapia antidepressiva, una proporzione significativa non raggiunge un accettabile livello di funzionamento e di benessere: tale condizione clinica viene definita come depressione resistente al trattamento (DRT) (Maina e coll., 2003).

La più semplice definizione di resistenza è il fallimento del raggiungimento e del mantenimento dell'eutimia con un'adeguata terapia antidepressiva, intesa come dose adeguata di farmaco per un tempo sufficiente per la risposta terapeutica (Fava & Davidson, 1996; Shelton & Papakostas, 2008). Depressione resistente inoltre è definito un quadro clinico di depressione che non abbia risposto a due antidepressivi con differente meccanismo d'azione, ciascuno dei quali usato a dosaggio adeguato per un sufficiente periodo di tempo (Nelson, 2003).

A tale riguardo è stato segnalato che un 50-70% di pazienti con depressione da moderata a severa (sia come disturbo depressivo maggiore che come disturbo distimico) non risponde o risponde in modo inadeguato alla terapia antidepressiva (Anderson, 2003).

Il numero di pazienti che raggiunge la remissione sintomatologica a un'iniziale terapia antidepressiva è non più del 35% (Daly & Trivedi, 2007). Nel National Institute of Mental Health's Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression trial (STAR-D) è stato indicato che circa il 50% dei pazienti con disturbo depressivo maggiore non risponde dopo un trattamento di prima linea con SSRI (Lenox-Smith & Jiang, 2008).

Il trattamento della depressione resistente

Mentre può essere non realistico aspettarsi che una monoterapia con un farmaco antidepressivo possa favorire la remissione sintomatologica in pazienti con comorbilità psichiatrica e significativi stress psicosociali, invece è ragionevole supporre che una terapia con un farmaco antidepressivo in dosi adeguate e per un tempo corretto possa essere efficace in pazienti che soffrono di disturbo depressivo maggiore.

Oltre alle dosi adeguate e al tempo sufficiente altri due fattori sono stati indicati influenzare la risposta antidepressiva: la compliance farmacologica (cioè la reale assunzione da parte del paziente del farmaco prescritto) e l'appropriatezza dei livelli plasmatici del farmaco (solo per i TCA).

Anche se non vi è accordo sugli standard e il range di trattamento richiesti prima di definire la resistenza al trattamento, il tempo che è stato considerato come adeguato è costituito da un periodo di 4-6 settimane e la dose suggerita è invece diversa anche nella stessa classe di antidepressivi (fino alle dosi massime) (Fava & Davidson, 1996).

Le opzioni di trattamento della depressione resistente sono quattro: ottimizzazione della terapia in atto, sostituzione (switch) con un altro farmaco antidepressivo, associazione (combination) con due o più antidepressivi e potenziamento (augmentation) con farmaci non antidepressivi (Trivedi & Kleiber, 2001; Nelson, 2003; Maina e coll., 2003).

Nel caso di una risposta terapeutica non completa innanzitutto è necessario ottimizzare il trattamento antidepressivo in corso, valutando il dosaggio e i tempi di latenza della risposta terapeutica; tale strategia è la prima scelta nei pazienti che hanno presentato buona tollerabilità e adesione con dosaggi medio-bassi, tenendo presente di evitare il prolungamento della terapia oltre le 6 settimane (Maina e coll., 2003).

In alcuni pazienti i tempi di latenza della risposta terapeutica possono essere più prolungati: soggetti con ripetuti episodi depressivi, con disturbi di personalità ed eventi di vita stressanti e pazienti anziani (anche 7-8 settimane per ritardo del raggiungimento dei livelli plasmatici dei farmaci) (Boyer & Feighner, 1994; Maina e coll., 2003).

La sostituzione viene attuata con un antidepressivo della stessa classe farmacologica o con uno appartenente a una classe diversa: da un TCA o un tetraciclico (maprotilina) a un SSRI, da un SSRI a un altro SSRI, da un SSRI all'SNRI venlafaxina, da un SSRI al NDRI bupropione, da un SSRI al SARI nefazodone o trazodone, da un SSRI al NaSSA mirtazapina e da un SSRI a un TCA o a un IMAO (Nelson, 2003; Maina e coll., 2003; Cowen, 2005).

La strategia di associazione di più antidepressivi per migliorare la risposta al trattamento riguarda diverse

classi farmacologiche: IMAO + TCA, SSRI + TCA/HCA, SSRI + SSRI, RIMA + SSRI/TCA, bupropione + SSRI, mirtazapina + SSRI e reboxetina + SSRI (Kennedy e coll., 2001; Maina e coll., 2003).

La strategia di potenziamento prevede in associazione all'antidepressivo l'impiego di un altro farmaco non antidepressivo, che ne dovrebbe potenziare l'effetto terapeutico: litio, ormoni tiroidei, buspirone, pindolo, antipsicotici atipici (APA), agenti dopaminergici e psicostimolanti (Nelson, 2003; Maina e coll., 2003).

Le strategie di trattamento non farmacologico per la depressione resistente sono rappresentate dalla terapia elettroconvulsivante (TEC-ECT), dalla stimolazione del nervo vago (Vagus Nerve Stimulation-VNS) e dalla psicoterapia cognitivo-comportamentale (CBT) (Maina e coll., 2003).

La psicoterapia

La psicoterapia di sostegno non specifica senza terapia farmacologica può essere efficace per la depressione lieve acuta, mentre i pazienti più gravemente depressi ottengono risultati terapeutici migliori con la farmacoterapia antidepressiva.

Nel trattamento della depressione grave l'efficacia delle psicoterapie specifiche (terapia cognitivo-comportamentale e terapia interpersonale) nel National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program multicentrico è risultata intermedia tra il placebo e i farmaci antidepressivi (Elkin e coll., 1989; Hollon & Fawcett, 1995).

Il trattamento combinato tra terapia cognitivo-comportamentale (CBT) e farmacoterapia è risultato presentare effetti terapeutici positivi nei confronti della depressione cronica e in caso di prevenzione della ricaduta; la decisione di attuare il trattamento combinato dovrebbe essere fatta durante l'intervento in funzione del livello di gravità e della cronicità del disturbo o della fase del decorso clinico (acuta o di prevenzione della ricaduta) (Otto e coll., 2006). Una review ha messo in risalto l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale nel trattamento di giovani adulti depressi relativamente alla riduzione di sintomi e pensieri depressivi, anche se i risultati clinici non sono conclusivi (Para, 2008).

La terapia cognitiva (CT), rivolta a correggere le percezioni negative, i pregiudizi inconsci e le distorsioni cognitive del pensiero che conducono alla depressione, come sentimenti di impotenza e di disperazione riferiti a se stessi o alle circostanze, ha evidenziato nel disturbo depressivo maggiore un tasso complessivo di efficacia del 46,6% ed è apparsa del 30,1% più efficace dell'assenza di terapia in controlli, ma è risultata solo del 9,4% più efficace del placebo più trattamento clinico nello studio collaborativo del National Institute of Mental Health (NIMH).

Per la depressione moderata la terapia cognitiva è risultata equivalente alla farmacoterapia, mentre nella depressione grave la farmacoterapia è risultata più efficace (Elkin e coll., 1989; Hollon e coll., 1992).

La terapia cognitiva individuale ha presentato tassi di risposta terapeutica superiori a quella di gruppo (50,1% rispetto a 39,2%) (Stuart & Thase, 1994). La terapia interpersonale (IPT), attuata per migliorare la depressione potenziando la qualità delle relazioni interpersonali del paziente in 12-16 sedute settimanali che lavorano sui quattro problemi interpersonali di base (lutti irrisolti, dispute di ruolo, transizioni verso nuovi ruoli e carenze di capacità sociali), nello studio collaborativo del National Institute of Mental Health, è stata confrontata con la terapia cognitiva, il TCA imipramina più il trattamento clinico e il placebo più il trattamento clinico, dimostrandosi equivalente all'imipramina e alla terapia cognitiva entro le 16 settimane, ma l'imipramina aveva un'azione terapeutica più veloce (Elkin e coll., 1989; Watkins e coll., 1993).

In pazienti con disturbo depressivo maggiore trattati in ricovero ospedaliero per un periodo di 5 settimane, la combinazione di farmacoterapia e psicoterapia interpersonale, in confronto con la farmacoterapia associata al management clinico (CM) ha ridotto in modo simile i sintomi depressivi in una fase precoce del follow-up e anche a 5 anni; la combinazione di terapia farmacologica e psicoterapia ha cambiato più velocemente i sintomi depressivi, ma a 5 anni la differenza tra i due tipi di trattamento è risultata non significativa; comunque il 28% dei soggetti trattati con psicoterapia interpersonale ha presentato una remissione sintomatologica continuativa contro l'11% dei pazienti in trattamento con management clinico (Zobel e coll., 2011).

La psicoterapia psicodinamica prolungata e spesso non strutturata è sempre stata la modalità standard del trattamento della depressione; tale psicoterapia introspettiva è rivolta a raggiungere la comprensione dei conflitti e delle motivazioni inconscie che possono alimentare e mantenere la depressione, migliorando la fiducia interpersonale, l'intimità, i meccanismi di sostegno, la capacità di provare dolore e di sperimentare un'ampia gamma di emozioni (Gabbard, 1995).

Le psicoterapie psicodinamiche brevi sono state applicate ai disturbi depressivi (Luborsky, 1984; Strupp & Binder, 1984), ma non sono state studiate rigorosamente come la terapia interpersonale (Gabbard, 1995).

La gestione clinica e le fasi del trattamento

Il trattamento antidepressivo si articola in diverse fasi con obiettivi terapeutici specifici: fase iniziale, acuta, di continuazione e di mantenimento (APA, 2000b, 2005; Boland & Keller, 2005; Hansen e coll., 2008).

La fase iniziale (prima dell'effetto terapeutico: latenza terapeutica) della durata di alcune settimane è compre-

sa tra il momento in cui la terapia antidepressiva è iniziata e quello in cui si manifestano i primi benefici della risposta terapeutica; l'obiettivo terapeutico di questa fase è di gestire ogni effetto avverso e mantenere l'aderenza al programma terapeutico (APA, 2000b, 2005; Boland & Keller, 2005; Hansen e coll., 2008).

La seconda fase è quella di risposta terapeutica o fase acuta di trattamento e dura da 2 a 4 mesi dall'inizio della risposta terapeutica fino al massimo effetto terapeutico; l'obiettivo terapeutico di questa fase è il completo controllo dei sintomi depressivi.

Un trattamento corretto prevede dosi adeguate raccomandate per i diversi antidepressivi e tempo adeguato con la continuazione dell'antidepressivo per almeno 4-6 settimane, anche se il range suggerito è di 8-12 settimane prima che una mancata risposta clinica possa essere considerata un insuccesso terapeutico (APA, 2000b, 2005; Boland & Keller, 2005; Hansen e coll., 2008).

La fase di continuazione (4-9 mesi) è quella in cui il paziente entra dopo il raggiungimento della risposta terapeutica; l'obiettivo terapeutico di tale fase è quello di prevenire la ricaduta (ritorno di sintomi depressivi durante l'episodio depressivo in corso) (APA, 2000b, 2005; Boland & Keller, 2005; Hansen e coll., 2008).

Relativamente alla sospensione del trattamento, nei pazienti con un singolo episodio di depressione maggiore il farmaco antidepressivo può essere sospeso dopo la fase di continuazione (Boland & Keller, 2005; Hansen e coll., 2008).

Nel decidere se continuare la terapia antidepressiva dopo un primo episodio di depressione occorre tenere conto del rapporto rischio-beneficio connesso con la prosecuzione del trattamento.

Se l'episodio è stato lieve e facile da trattare, il rischio legato all'interruzione della terapia farmacologica è basso, viceversa se l'episodio è stato grave o ha presentato conseguenze importanti (tentativi di suicidio, incapacità di lavorare o disgregazione della famiglia), il rischio di un nuovo episodio può essere maggiore degli inconvenienti legati al proseguimento della terapia (Dubovsky & Buzan, 2003).

Dopo tre o più episodi la sospensione del trattamento entro 5 anni dalla remissione clinica è risultata associata a un aumento di rischio di recidiva (Frank e coll., 1990; Kupfer e coll., 1992).

Il rischio di ricadute nella depressione unipolare è ridotto dal proseguimento della terapia antidepressiva (Frank e coll., 1990; Kupfer e coll., 1992). Relativamente alla cessazione della terapia antidepressiva, nel caso di farmaci a emivita breve, per evitare sintomi da sospensione è richiesto un periodo di diminuzione posologica graduale; gli antidepressivi TCA possono determinare un rebound colinergico se interrotti bruscamente; l'antidepressivo TCA clomipramina e quello SNRI venlafaxina e gli SSRI in particolare quelli a più breve emivita paroxetina e fluvoxamina, ma anche sertralina

e citalopram possono causare una sindrome da sospensione con faticabilità, vertigine, cefalea, insonnia, depressione, scarsa concentrazione, tensione addominale e sintomi simil-influenzali.

L'antidepressivo SSRI fluoxetina è meno probabilmente associato a questa sindrome, poiché l'emivita del suo metabolita è di oltre 1 settimana e di fatto si riduce progressivamente da solo (Coupland e coll., 1996; Boland & Keller, 2005).

La fase di mantenimento fino a 5 anni di durata è specificatamente prevista per quei pazienti per i quali non è auspicabile una sospensione della terapia psicofarmacologica.

Per la durata consigliata le raccomandazioni cliniche e le linee guida variano da 5 anni a un trattamento a tempo indeterminato per prevenire le ricadute e le recidive/ricorrenze nella depressione ricorrente o cronica (APA, 2000b, 2005; Boland & Keller, 2005; Hansen e coll., 2008).

Una review e metanalisi di ventisette studi randomizzati controllati su antidepressivi di seconda e terza generazione (fluoxetina, fluvoxamina, sertralina, paroxetina, trazodone, venlafaxina e duloxetina) ha dimostrato i benefici terapeutici delle fasi di continuazione e mantenimento del trattamento della depressione con tali antidepressivi senza differenze statisticamente significative sugli outcome clinici (Hansen e coll., 2008).

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 (MET), terapia comportamentale, programma dei 12 Passi (TSF) e terapia interpersonale. 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 (terapia motivazionale, terapia cognitivo-comportamentale, terapia interpersonale e programma dei 12 Passi) (APA, 2006).

Il naltrexone e il disulfiram

Il naltrexone da solo, il disulfiram da solo o in associazione con il naltrexone sono stati prescritti per un trattamento di 12 settimane in confronto con placebo a pazienti con disturbo depressivo maggiore gestiti in servizi ambulatoriali.

L'outcome primario era rappresentato dalle misure dell'uso di alcol; gli outcome secondari erano basati su: sintomi depressivi misurati con una rating scale per la depressione, *craving* per l'alcol, livelli di gamma-glutamyltransferasi (GGT) ed effetti indesiderati.

Sono risultate significative interazioni tra diagnosi, farmaci e *craving* nel senso che i soggetti depressi trattati con disulfiram hanno riportato un *craving* minore rispetto a quelli trattati con naltrexone; mentre non sono state evidenziate relazioni circa gli outcome d'uso di alcol, i sintomi psicopatologici e gli effetti indesiderati.

L'associazione di naltrexone e disulfiram non ha mostrato vantaggi terapeutici.

I due farmaci infine sono risultati sicuri nel trattamento dell'alcolismo in tali pazienti con disturbo depressivo maggiore (Petrakis e coll., 2007).

Il naltrexone (50 mg) è stato utilizzato in confronto con placebo per 12 settimane in alcolisti con comorbidità per disturbi dell'umore e d'ansia con possibile prescrizione di antidepressivi (in particolare SSRI, SARI trazodone e TCA); è stata fatta una valutazione relativa all'abitudine alcolica e il primo giorno di bere pesante (6 o più bicchieri per gli uomini e 4 o più bicchieri per le donne) è stato definito come misura di outcome primario.

La valutazione dei disturbi dell'umore e d'ansia è stata fatta con una rating scale psichiatrica.

Riguardo alla percentuale di giorni di bere e al numero di *drink* per giorno di bere è stata evidenziata una significativa correlazione tra prescrizione antidepressiva e trattamento con naltrexone o placebo.

Nei soggetti trattati con placebo è stato evidenziato che la prescrizione di antidepressivi era associata a una significativa maggiore percentuale di giorni di bere.

Nei soggetti trattati con naltrexone non è risultata una significativa differenza nella percentuale di giorni di bere in funzione della somministrazione di antidepressivi.

Tra i pazienti trattati con antidepressivi quelli in trattamento con naltrexone hanno presentato una percentuale minore di giorni di bere rispetto a quelli trattati con placebo.

Nei soggetti senza terapia antidepressiva le differenze tra naltrexone e placebo non sono risultate significative.

La presenza di disturbi dell'umore e d'ansia nel mese precedente al trattamento è risultata significativamente correlata con la prescrizione farmacologica antidepressiva, ma non sono state osservate significative interazioni tra i disturbi dell'umore e d'ansia e la terapia antidepressiva riguardo alla percentuale di giorni di bere e di *drink* per giorno di bere. Complessivamente riguardo all'efficacia del naltrexone nel trattamento dell'alcolismo è risultato che l'antagonista degli oppiacei era associato con riduzione dell'assunzione di alcol nei pazienti che ricevevano terapia antidepressiva per sintomi dell'umore significativi e, pertanto, il naltrexone sembrerebbe avere efficacia maggiore nel ridurre il bere tra i pazienti depressi rispetto ai non depressi, inoltre la combinazione tra naltrexone e antidepressivi sarebbe maggiormente efficace dei farmaci somministrati separatamente.

In ogni caso, risultano necessarie ulteriori indagini per determinare se il naltrexone sia efficace negli alcolisti depressi e se il naltrexone e gli antidepressivi possano avere un'efficacia aggiuntiva per il trattamento dell'alcolismo (Krystal e coll., 2008).

Gli antidepressivi nella depressione associata ai disturbi da uso di alcol

Aspetti gestionali del trattamento integrato della doppia diagnosi

Nei disturbi depressivi associati ai disturbi da uso di sostanze e/o alcol è stato raccomandato di somministra-

re contemporaneamente sia la terapia farmacologica per i disturbi depressivi che i farmaci per la disintossicazione e per il mantenimento dell'astinenza protratta; durante il trattamento di mantenimento la terapia farmacologica per i due disturbi è opportuno sia associata a interventi psicosociali all'interno di un trattamento riabilitativo integrato (APA, 2000b; Lingford-Hughes e coll., 2004). I farmaci antidepressivi hanno evidenziato nei soggetti con disturbo depressivo maggiore copresente a disturbi da uso di sostanze e/o alcol analogo effetto terapeutico che nei soggetti senza tali problemi, con miglioramento dell'umore e, inoltre, con significativo beneficio clinico nel self-report delle sostanze, benché le percentuali di astinenza siano state basse (Nunes & Levin, 2004).

D'altra parte è stato osservato che questi farmaci antidepressivi presenterebbero un effetto benefico modesto nei confronti dell'uso di alcol o di altre sostanze in soggetti con disturbi da uso di sostanze e/o alcol e disturbi depressivi in comorbidità, anche se un effetto terapeutico positivo sulla depressione aiuta a diminuire la quantità dell'uso delle sostanze e/o dell'alcol. Proprio per queste evidenze cliniche, gli antidepressivi non dovrebbero essere somministrati da soli, ma è necessario un piano di trattamento globale che preveda in combinazione interventi psicosociali o farmacologici per la specifica dipendenza chimica (Nunes & Levin, 2004).

Le raccomandazioni cliniche indicano di portare i pazienti all'astinenza dalle sostanze e/o dall'alcol e di iniziare la terapia antidepressiva quando c'è una buona evidenza che la depressione è indipendente dall'abuso e/o è severa e necessita di un immediato trattamento.

Gli SSRI sono considerati i farmaci di prima scelta per la buona sicurezza e tollerabilità e il basso livello di sedazione e per i bassi rischi di interazioni con le sostanze; se gli SSRI falliscono è indicato utilizzare altri antidepressivi come l'NDRI bupropione, gli SNRI venlafaxina e duloxetina, il NaSSA mirtazapina o i TCA (Nunes & Levin, 2008).

Una metanalisi di centonovantacinque studi randomizzati controllati (di cui undici focalizzati sul disturbo depressivo maggiore e sul disturbo distimico) riguardanti l'uso di antidepressivi in monoterapia in pazienti depressi con comorbidità per disturbi da uso di alcol ha evidenziato che la terapia antidepressiva è più efficace del placebo in tali soggetti; in particolare alcuni antidepressivi (i TCA e il SARI nefazodone) sarebbero sicuramente utili nel trattamento della depressione dei pazienti con comorbidità per disturbi da uso di alcol, mentre sono necessari ulteriori dati clinici sui nuovi antidepressivi, inclusi gli SSRI (Iovieno e coll., 2011).

È stato indicato che gli antidepressivi sono più efficaci nel migliorare i sintomi depressivi che nel ridurre il bere pesante nei pazienti duali (Pettinati, 2004).

Nel caso di pazienti depressi con ideazione suicidaria è necessario considerare l'induzione di farmaci antidepressivi prima del raggiungimento dell'astinenza, per

controllare il rischio di comportamenti suicidari evidenziati in percentuali non trascurabili negli alcolisti depressi (Crome & Myton, 2004).

Per quanto riguarda gli SSRI è stato rilevato che tali antidepressivi non avrebbero efficacia nell'alcolismo primario, ma invece sarebbero utili negli alcolisti depressi (Garbutt e coll., 1999).

Nel trattamento dell'alcolismo l'efficacia degli SSRI sembrerebbe derivare dal miglioramento della sintomatologia depressiva (Johnson, 2000; Mann, 2004).

L'utilizzo degli SSRI, in aggiunta a efficacia terapeutica, sicurezza e tollerabilità, ha dimostrato effetti terapeutici su impulsività, ansia e difficoltà del sonno che sono sintomi psicopatologici molto comuni nei pazienti depressi con alcolismo (Salloum e coll., 2000).

Gli SSRI sono stati utilizzati nel trattamento di pazienti alcolisti depressi in associazione con interventi psicosociali per la prevenzione della ricaduta (Schaffer & Naranjo, 1998).

Gli SSRI sono stati prescritti nel trattamento di alcolisti depressi all'interno di un programma terapeutico riabilitativo a medio-lungo termine a tre fasi: acuta (reclutamento, disintossicazione e stabilizzazione dei sintomi), di continuazione (sostegno alla sobrietà e remissione dei sintomi depressivi) e di mantenimento (supporto al recupero e prevenzione delle ricadute e delle ricorrenze di entrambi i disturbi).

Il trattamento prevedeva un approccio integrato con interventi per la dipendenza chimica e il disturbo psichiatrico e la partecipazione a gruppi di auto-aiuto specifici per la comorbidità psichiatrica ("double trouble"-DTR). Durante la fase acuta (di circa 2 mesi) il trattamento prevedeva l'inizio della terapia antidepressiva, in particolare gli SSRI come prima scelta per la migliore tollerabilità e sicurezza in caso di eventuale overdose (a causa del possibile rischio di suicidalità) e per la specifica azione nei confronti di impulsività, compulsività, ansia, irritabilità o aggressività; in caso di mancata risposta terapeutica agli SSRI era considerata l'opzione o del potenziamento con levotiroxina (T₄) o triiodotironina (T₃) o litio o buspirone (Non-BDZ) o switch con un secondo SSRI o un TCA (imipramina o desipramina) o l'SNRI venlafaxina o il NaSSA mirtazapina o il SARI nefazodone.

Il trattamento di base prevedeva l'uso di disulfiram 125-500 mg/die o naltrexone 50-100 mg/die e interventi psicosociali.

Come conseguenza dei risultati positivi di tale esperienza clinica è stato suggerito che un piano di trattamento ottimale dovrebbe prevedere:

1. terapia psicofarmacologica,
2. farmacoterapia anti-*craving* o avversativa,
3. programma di auto-aiuto,
4. counselling individuale o di gruppo,
5. psicoterapia.

La psicofarmacoterapia è stata raccomandata nella fase di continuazione (di circa 6-9 mesi) per il frequente rischio di ricadute.

La fase di mantenimento (con decorso indefinito) è stata raccomandata per i soggetti con episodi di recidiva depressiva che potrebbero persistere anche per 3 anni e 1/2.

In conclusione, nei soggetti con storia di ricadute multiple per problemi alcol-correlati è stato raccomandato un decorso parallelo di mantenimento di terapia farmacologica per l'alcolismo, di psicofarmacoterapia con antidepressivi e di psicoterapia (Thase e coll., 2001).

Gli antidepressivi

L'SSRI fluoxetina (20-40 mg/die), in associazione a sessioni di terapia di gruppo, in alcolisti con disturbo depressivo maggiore in confronto con il placebo in doppio cieco per 12 settimane ha mostrato una buona efficacia riducendo in modo significativo i sintomi depressivi e l'assunzione di alcol e, anche, nel lungo periodo (a 1 anno di distanza) ha mostrato di determinare un'assunzione minore di alcol, un più lungo tempo di sobrietà e un miglioramento contemporaneo della sintomatologia depressiva alle rating scale per la depressione.

In ogni caso malgrado questi benefici terapeutici significativi, solo il 25% dei soggetti in terapia con fluoxetina è rimasto astinente totalmente durante le 12 settimane, contro il 15% del placebo (Cornelius e coll., 1997).

La fluoxetina (20-40 mg/die) è stata utilizzata per un periodo di 12 settimane anche in associazione con il naltrexone (50 mg/die) nel trattamento di alcolisti depressi per le proprietà farmacologiche rispettivamente antidepressive e anti-alcol.

Con tale associazione farmacologica alcolisti depressi resistenti alla sola terapia con SSRI hanno manifestato una significativa diminuzione dell'uso eccessivo di alcol e un miglioramento dei sintomi depressivi (Salloum e coll., 1999).

La fluoxetina (20-40 mg/die) è stata utilizzata con l'obiettivo terapeutico di migliorare i sintomi depressivi e di ridurre l'uso di alcol in uno studio naturalistico per 1 anno in alcolisti con depressione associata.

Durante tale prosecuzione del trattamento, dopo il primo periodo di 3 mesi di trattamento di confronto con placebo in cui la fluoxetina è risultata efficace e superiore al placebo nel ridurre significativamente l'assunzione di alcol e il numero di giorni di intossicazione alcolica e nel migliorare i sintomi depressivi, non vi è stato miglioramento tra il 3° e il 12° mese di terapia, anche se la fluoxetina ha continuato a presentare pochi sintomi depressivi e minore quota di bere.

Pertanto la continuazione della terapia antidepressiva per 12 mesi risulta essere raccomandabile nella pratica clinica (Cornelius e coll., 2000).

L'SSRI sertralina (100-200 mg/die) è stata utilizzata in confronto con il placebo per 14 settimane in alcolisti con o senza disturbo depressivo lifetime (disturbo depressivo maggiore o disturbo distimico); i soggetti con distur-

bo depressivo lifetime nel 54,7% presentavano un contemporaneo disturbo depressivo attuale e, inoltre, presentavano storia familiare di depressione. Il trattamento prevedeva per gli alcolisti partecipazione a un programma dei 12 Passi e a gruppi di supporto.

È stato osservato che la sertralina procura un vantaggio terapeutico nel ridurre il bere nei soggetti senza depressione lifetime, come minore percentuale di giorni di bere, maggior tempo per la ricaduta e maggiore proporzione di soggetti astinenti, mentre ha evidenziato un basso risultato sullo stato depressivo attuale come rating scale per la depressione.

Comunque la sertralina non è risultata migliore rispetto al placebo negli alcolisti con diagnosi lifetime di depressione comorbile e, inoltre, la depressione attuale non è stata modificata.

In conclusione la sertralina potrebbe essere utile in alcolisti senza depressione e la suddivisione in soggetti senza o con disturbo depressivo lifetime potrebbe aiutare a risolvere la conflittualità dei risultati presenti in letteratura rispetto alla terapia della dipendenza alcolica con farmaci serotonergici (Pettinati e coll., 2001).

La sertralina (50-150 mg/die) è stata utilizzata per 24 settimane in confronto con placebo in alcolisti depressi astinenti da 2 settimane dopo la disintossicazione.

Al termine del periodo di trattamento, la percentuale di astinenza è risultata alta (72%) durante i 6 mesi di trattamento, anche per l'esclusione di soggetti con probabile outcome scarso (soggetti con abuso di sostanze, con poca motivazione o con altri problemi psichiatrici).

La percentuale di risposta antidepressiva (come miglioramento o remissione sintomatologica alle rating scale per la depressione) è stata superiore per la sertralina, specialmente per i soggetti con depressione più grave rispetto a quelli con depressione più leggera; il miglioramento della sintomatologia depressiva è coerente con la teoria che i sintomi depressivi migliorano con la sospensione del bere. Pertanto questa tipologia di alcolisti era rappresentata da pazienti con depressione secondaria (sintomatica) e alcolismo primario.

In conclusione, è stato possibile sottolineare che la depressione secondaria migliora anche solamente con la sospensione del bere e tale depressione non beneficia della psicofarmacoterapia con sertralina, mentre tale antidepressivo presenta risultati positivi sulla depressione primaria, specie quella severa. Oltre a tali considerazioni terapeutiche è stato raccomandato ai clinici di aspettare circa 4 settimane, per verificare se la sintomatologia depressiva si risolve spontaneamente, prima di iniziare la terapia antidepressiva (Gual e coll., 2003).

La sertralina (100-200 mg/die) è stata utilizzata per 10 settimane in confronto con placebo in doppio cieco in alcolisti con disturbo depressivo maggiore stratificati per gravità a rating scale per la depressione.

In entrambi i gruppi i sintomi depressivi sono diminuiti sostanzialmente come pure l'assunzione alcolica senza differenze.

Ma le alte risposte al placebo non hanno permesso di supportare l'uso della sertralina nel trattamento del disturbo depressivo maggiore comorbile all'alcolismo (Kranzler e coll., 2006).

L'SSRI fluvoxamina (150 mg/die) è stata utilizzata in confronto con placebo in un trattamento per l'alcolismo della durata di 1 anno in alcolisti disintossicati e astinenti per 10-30 giorni, per ridurre le ricadute nel bere incontrollato; i soggetti sono stati valutati per la gravità dell'alcolismo e per la sintomatologia depressiva e ansiosa con rating scale specifiche e per i tratti temperamentali. I soggetti, dopo l'assessment iniziale, sono stati valutati a 2, 4, 6, 8, 12, 16, 24, 32, 40 e 52 settimane con verifica anche relativamente al bere incontrollato.

Al termine del trattamento il 14,5% dei soggetti in terapia con fluvoxamina non ha mostrato ricadute, senza diversità tra maschi e femmine (Willinger e coll., 2002).

L'SSRI escitalopram (20 mg/die) in confronto con la memantina (20 mg/die), bloccante non competitivo dei recettori NMDA del glutammato, è stato utilizzato nel trattamento di alcolisti con disturbo depressivo maggiore per un periodo di 26 settimane.

In entrambi i gruppi di trattamento la depressione si è ridotta significativamente alla rating scale per la depressione; al termine del trattamento sono risultate delle differenze cliniche tra i soggetti in remissione sintomatologica e non responder.

Tali risultati clinici erano significativamente differenti rispetto ai soggetti in memantina.

In complesso è risultato evidente che l'inizio del primo episodio depressivo maggiore ha una rilevanza clinica come predittore di risposta terapeutica (outcome negativo) all'escitalopram nei pazienti con depressione maggiore e comorbilità per dipendenza da alcol (Muhonen e coll., 2009).

Il NaSSA mirtazapina (30-60 mg/die) è stato utilizzato in soggetti alcolisti in aggiunta a un trattamento standard e confrontato rispetto allo stesso; l'utilizzo aveva l'obiettivo terapeutico di controllare i sintomi ansiosi e depressivi nella fase post-disintossicazione da alcol proprio per facilitare il processo di disintossicazione (con durata di 7-10 giorni) e l'avvio del percorso terapeutico di mantenimento per l'astinenza; il periodo di trattamento era di 4-5 settimane.

La mirtazapina è stata associata a terapia cognitivo-comportamentale a breve termine in questa prima fase del percorso di recupero.

La valutazione dei sintomi depressivi e ansiosi con rating scale specifiche, come pure del funzionamento generale, è stata eseguita al basale (entro 48 ore dall'inserimento nel programma), settimanalmente e al termine delle 4 settimane.

La mirtazapina ha ridotto maggiormente rispetto al trattamento standard l'ansia e la depressione, ha minimizzato il disagio psicofisico favorendo il processo di disintossicazione, migliorando la compliance e favorendo

l'avvio del programma per l'*addiction*, mantenendo l'astinenza dall'alcol.

La mirtazapina ha anche dimostrato un buon profilo circa gli effetti collaterali (anticolinergici, antiadrenergici e di disfunzione sessuale), alleviando la dolorabilità e facilitando il sonno, con risparmio di utilizzo di ansiolitici e ipnotici in pazienti potenzialmente ad alto rischio di sviluppare dipendenza nei confronti di tali farmaci (Liappas e coll., 2004).

La mirtazapina (30-60 mg/die) è stata utilizzata in aperto per 8 settimane nel trattamento di pazienti con dipendenza da alcol e comorbilità per disturbo depressivo maggiore.

Le misurazioni sono state effettuate al tempo basale e a 4 e 8 settimane. Al termine del periodo di trattamento (8 settimane) è stata osservata una riduzione statisticamente significativa degli score delle rating scale per ansia, depressione e funzionamento generale e delle scale del *craving*; il numero di pazienti con una riduzione del 50% o oltre degli score per depressione e ansia erano rispettivamente del 72% e del 74,1%.

In conclusione la mirtazapina è risultata migliorare l'umore e il *craving* in questi alcolisti con disturbi depressivi (Yoon e coll., 2006).

Il SARI trazodone (75-300 mg/die con dose media 135 mg/die) è stato utilizzato in un trattamento in aperto di 3 mesi in alcolisti disintossicati (periodo di disintossicazione di 10-14 giorni) all'interno di un'unità ospedaliera per la cura della tossicodipendenza e dell'alcolismo; l'obiettivo terapeutico era quello di ridurre il *craving* per l'alcol, la depressione e i sintomi ansiosi.

Il 60% dei pazienti trattati è risultato astinente al termine del trattamento e un 30% ha ripreso un uso limitato (<40 g alcol/die).

Il trazodone pertanto è risultato ridurre le ricadute alcoliche in alcolisti dopo una disintossicazione acuta e ha mostrato efficacia ansiolitica, antidepressiva e anti-*craving* e la sua attività sul *craving* non è risultata indipendente dall'azione su umore e affettività.

In conclusione il trazodone può essere consigliato come farmaco adiuvante nel trattamento standard dell'alcolismo (Janiri e coll., 1998).

Il SARI nefazodone (200-600 mg/die) è stato utilizzato in un trattamento di 10 settimane in confronto con placebo in doppio cieco in alcolisti con disturbo depressivo maggiore in corso (52% femmine); i soggetti erano anche trattati con psicoterapia supportiva.

I pazienti durante il periodo di trattamento hanno presentato una significativa riduzione dei sintomi depressivi e ansiosi, anche se la maggiore riduzione dei trattati con nefazodone non ha raggiunto la significatività statistica, relativamente agli outcome del bere i soggetti in nefazodone hanno mostrato una riduzione significativamente maggiore dei giorni di bere pesante e di *drink* totali.

A dispetto del campione poco numeroso (41 soggetti) il nefazodone ha ridotto significativamente le misure di

assunzione alcolica negli alcolisti depressi e la mancanza di significativi effetti sui sintomi depressivi e ansiosi può riflettere il limitato potere statistico (Hernandez-Avila e coll., 2004).

Il TCA imipramina (150-300 mg/die) nel corso di un trattamento di depressione primaria associata ad alcolismo, per 12 settimane in confronto con placebo, si è dimostrata efficace nel migliorare sia la sintomatologia depressiva che il bere, con un 45% di soggetti migliorati e con un altro 13% di soggetti responder a un ulteriore aumento di dosaggio o con aggiunta dell'avversativo disulfiram.

In un successivo periodo di 6 mesi il 31% degli alcolisti ha avuto ricadute durante la terapia con imipramina mentre il 70% le ha avute con il placebo. Pertanto l'imipramina è stata suggerita come potenziale terapia antidepressiva nel trattamento del sottogruppo di alcolisti ad alto rischio (Nunes e coll., 1993).

L'imipramina (150-300 mg/die) è risultata efficace e sicura durante un periodo di 12 settimane in confronto con placebo in alcolisti depressi durante un trattamento della sintomatologia depressiva al primo episodio di depressione primaria (depressione maggiore o distimia). Il TCA è stato associato a terapia di prevenzione della ricaduta settimanale. L'imipramina ha migliorato la sintomatologia depressiva e, relativamente all'uso eccessivo di alcol (quantità di assunzione alcolica giornaliera e giorni di bere), ha migliorato gli outcome alcolici nei soggetti che hanno presentato una risposta terapeutica positiva alla depressione.

Pertanto l'imipramina è risultata efficace come terapia farmacologica della depressione primaria in alcolisti attivi o ha dimostrato di migliorare gli outcome alcolici per i soggetti la cui depressione ha risposto alla terapia antidepressiva (McGrath e coll., 1996).

Il TCA desipramina (dose media 200 mg/die e massimo dosaggio 300 mg/die in caso di non risposta) è stata utilizzata in programma di trattamento ambulatoriale in confronto col placebo in doppio cieco per 6 mesi (ritenuti opportuni in un tale tipo di trattamento) in alcolisti astinenti da un minimo di 1 settimana a un massimo di 3 mesi; tali soggetti sono stati stratificati per presenza o assenza di depressione (primaria o secondaria) essendo stati reclutati in modo da verificare se l'imipramina avesse un effetto sulla percentuale di ricadute o se agisse per le sue proprietà antidepressive.

I soggetti partecipavano 2 volte la settimana a riunioni di Alcolisti Anonimi (AA).

La desipramina ha evidenziato un significativo beneficio terapeutico rispetto al placebo nella percentuale di ricadute (8,3% vs 40%) e anche nel tempo di ricaduta, per cui il farmaco è risultato associato in modo significativo a un'astinenza prolungata dall'alcol; la percentuale di ricadute tra i soggetti depressi e i non depressi non è risultata significativamente differente.

In conclusione la desipramina è risultata diminuire il disturbo depressivo maggiore secondario degli alcolisti

astinenti da un breve periodo di tempo e tale risultato positivo ha ridotto il rischio di ricadute (Mason e coll., 1996).

L'antagonista dei recettori NMDA del glutammato, solitamente utilizzata nella demenza di Alzheimer, memantina (20 mg/die), è stata paragonata con l'SSRI escitalopram (20 mg/die) in un trattamento prospettico di 26 settimane in pazienti con disturbo depressivo maggiore e dipendenza da alcol; i soggetti partecipavano anche alle attività di un programma riabilitativo ambulatoriale. Con entrambi i farmaci si è evidenziata una significativa riduzione di sintomi depressivi e ansiosi alle rating scale specifiche, senza una significativa differenza tra memantina ed escitalopram, come è risultato anche per la qualità di vita.

Le percentuali di completamento sono state alte in entrambi i gruppi di trattamento, specialmente tra i pazienti che all'inizio erano astinenti, ma tra quelli che non erano astinenti al basale il 47% ha interrotto il trattamento.

Il numero di giorni di astinenza per settimana è risultato alto in entrambi i gruppi; la quantità/frequenza dell'assunzione alcolica è significativamente diminuita con entrambi i farmaci; i giorni di bere pesante e il *craving* sono diminuiti in entrambi i gruppi.

Nei pazienti trattati con escitalopram l'età precoce del primo episodio depressivo ha predetto outcome alcolici peggiori (punteggi più alti della scala del *craving*) e analogamente è risultato per l'età precoce della prima intossicazione; gli stessi effetti predittivi non sono stati riscontrati nei pazienti in terapia con memantina.

Complessivamente sia la memantina che l'escitalopram sono risultate utili come farmaci aggiuntivi al trattamento della dipendenza da alcol con comorbilità per depressione maggiore; riguardo al bere la memantina è risultata almeno efficace quanto l'escitalopram e in particolare sarebbe utile nel trattamento di alcolisti con età precoce di inizio (early onset) con comorbilità con depressione, mentre l'età precoce del primo episodio depressivo sarebbe un predittore negativo per l'escitalopram (Muhonen e coll., 2008).

L'agomelatina (25-50 mg/die), agonista dei recettori MT1 e MT2 della melatonina coinvolti nella regolazione fisiologica del ritmo circadiano e antagonista dei recettori 5-HT2C e 5-HT2B della serotonina, è stata utilizzata in confronto a due SSRI, sertralina 50 mg/die o paroxetina 20 mg/die, in pazienti con disturbo correlato a uso di alcol e disturbo depressivo maggiore ricorrente, secondo i criteri diagnostici del DSM-IV-TR (APA, 2000a), inseriti in un trattamento multimodale di recupero psico-sociale.

I pazienti sono stati valutati con scale per l'abuso di alcol, per il *craving* alcolico e per la sintomatologia depressiva nel post-disintossicazione/inizio della terapia antidepressiva e dopo 3 mesi; è stata evidenziata una correlazione tra la dimensione psicopatologica dell'anedonia, il *craving* e la remissione dei disturbi psichiatrici

comorbili (da alcol e depressivo maggiore ricorrente). In particolare nel gruppo dei pazienti trattati con agomelatina è stata dimostrata significativa la correlazione tra la dimensione dell'anedonia e quella del *craving* e nel gruppo dei pazienti trattati con i due SSRI si è dimostrata significativa la correlazione fra la dimensione ansia/somatizzazione e quella del *craving*. In conclusione l'agomelatina si è dimostrata efficace sulla dimensione dell'anedonia, condizione psicopatologica di incapacità a provare piacere correlata all'iposensibilità dei meccanismi cerebrali di ricompensa causata da una disfunzione dopaminergica mesolimbica; il miglioramento della dimensione di anedonia ridurrebbe l'intensità del *craving* alcolico, in particolare di quello ossessivo compulsivo secondo la classificazione psicobiologica di Verheul e colleghi (1999), grazie al bilanciamento dopamina/serotonina con ristabilimento della connessione tra corteccia prefrontale e nucleus accumbens da parte dell'agomelatina (Fertonani Affini e coll., 2012).

Bibliografia

- American Psychiatric Association (APA) (2001), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali 4° Ed. TR. (DSM-IV-TR, American Psychiatric Press, Washington DC, 2000a)*, Masson, Milano.
- American Psychiatric Association (APA) (2000b), "Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision)", *American Journal of Psychiatry*, 157, suppl.: 1-45.
- American Psychiatric Association (APA) (2005), *Practice guideline for the treatment of patients with Major Depressive Disorder. Second Edition*, American Psychiatric Press, Washington DC.
- American Psychiatric Association (APA) (2006), *Practice guideline for the treatment of patients with Substance Use Disorder. Second edition*, American Psychiatric Press, Washington DC.
- Anderson I.M. (2003), "Drug treatment of depression: reflections on the evidence", *Advances in Psychiatric Treatment*, 9: 11-20.
- Anderson I.M., Edwards J.G. (2001), "Guidelines for choice of selective serotonin reuptake inhibitor in depressive illness", *Advances in Psychiatric Treatment*, 7: 170-180.
- Boland R.J., Keller M.B. (2005) "Trattamento della depressione", 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: 847-864.
- Boyer W.F., Feighner J.P. (1994), "Clinical significance of early non-response in depressed patients", *Depression*, 2: 32-35.
- 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 Addictive Dual Diagnosis in Italy) Study", *Dipendenze Pastologiche*, 5: 9-16.
- Cornelius J.R., Salloum I.M., Ehler J.G., Jarret P., Cornelius M.D., Perel J.M., Thase M.E., Black A. (1997), "Fluoxetine in depressed alcoholics: A double-blind, placebo-controlled trial", *Archives of General Psychiatry*, 54: 700-705.
- Cornelius J.R., Salloum I.M., Haskett R.F., Daley D.C., Cornelius M.D., Thase M.E., Perel J.M. (2000), "Fluoxetine versus placebo in depressed alcoholics: a 1-year follow-up study", *Addictive Behaviors*, 25: 307-310.
- Coupland N.J., Bell C.J., Potokar J.P. (1996), "Serotonin reuptake inhibitor withdrawal", *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 16: 356-362.
- Cowen P.J. (2005), "New drugs, old problems. Revisiting pharmacological management of treatment-resistant depression", *Advances in Psychiatric Treatment*, 11: 19-27.
- Crome I.B., Myton T. (2004), "Pharmacotherapy in dual diagnosis", *Advances in Psychiatric Treatment*, 10: 413-424.
- Daly E.J., Trivedi M.H. (2007), "A review of quetiapine in combination with antidepressant therapy in patients with depression", *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 3: 855-867.
- Daly E.J., Trivedi M.H., Fava M., Shelton R., Wisniewski S.R., Morris D.W., Stegman D., Preskorn S.H., Rush A.J. (2011), "The relationship between adverse events during selective serotonin reuptake inhibitor treatment for major depressive disorder and nonremission in the Suicide Assessment Methodology Study", *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 31: 31-38.
- Driessen M., Meier S., Hill A., Wetterling T., Lange W., Junghanns K. (2001), "The course of anxiety, depression and drinking behaviours after completed detoxification in alcoholics with and without comorbid anxiety and depressive disorders", *Alcohol and Alcoholism*, 36: 249-255.
- Dubovsky S.L., Buzan R. (2003), "Disturbi dell'umore", in Hales R.E., Yudofsky S.C., Talbott J.A. (a cura di), *Psichiatria, 3° Ed. (Textbook of Psychiatry, American Psychiatric Press, Washington DC), Vol. 1*, Cento Scientifico Editore, Torino: 479-565.
- Elkin I., Shea M.T., Watkins J.T., Imber S.D., Sotosky S.M., Collins J.F., Glass D.R., Pilkonis P.A., Leber W.R., Docherty J.P. (1989), "National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: general effectiveness of treatments", *Archives of General Psychiatry*, 46: 971-982.
- Fava M., Davidson K.G. (1996), "Definition and epidemiology of treatment-resistant depression", *Psychiatric Clinics of North America*, 19: 179-195.
- Fertonani Affini G., Affaticati A., Zaltieri S., Giustina L., Savi E., Antonioni M.C., Pellegrini P. (2012), "L'agomelatina nel trattamento dell'anedonia nel paziente alcolista con disturbo dell'umore: correlazioni con il craving" *FeDerSerD Informa*, 18: 40-41.
- 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.

- Fochtmann L.J., Gelenberg A.J. (2005), "Guideline Watch: Practice Guideline for the treatment of patients with major depressive disorders, 2nd Edition", *Focus*, 3: 34-42.
- Frank E., Kupfer D.J., Perel J.M., Cornes C., Jarrett D.B., Mallinger A.G., Thase M.E., McEachran A.B., Grochocinski V.J. (1990), "Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression", *Archives of General Psychiatry*, 47: 1093-1099.
- Gabbard G.O. (1995), "Psychodynamic Psychotherapies", in Gabbard G.O. (ed.), *Treatment of psychiatric disorder*, American Psychiatric Press, Washington DC: 1205-1220.
- Garbutt J.C., West S.L., Carey T.S., Lohr K.N., Crews F.T. (1999), "Pharmacological treatment of alcohol dependence", *JAMA*, 281: 1318-1325.
- Goldsmith R.J. (1999), "Overview of psychiatric comorbidity. Practical and theoretic consideration", *Psychiatric Clinics of North America*, 22: 331-349.
- Grant B.F., Stinson F.S., Dawson D.A., Chou S.P., Dufour M.C., Compton W., Pickering R.P., Kaplan K.F. (2004), "Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions", *Archives of General Psychiatry*, 61: 807-816.
- Greenfield S.F., Weiss R.D., Muenz L.R., Vagge L.M., Kelly J.F., Bello L.R., Michael J. (1998), "The effect of depression on return to drinking: a prospective study", *Archives of General Psychiatry*, 55: 259-265.
- Gual A., Balcells M., Torres M., Madrugal M., Diez T., Serrano L. (2003), "Sertraline for the prevention of relapse in detoxicated alcohol dependent patients with a comorbid depressive disorder: a randomized controlled trial", *Alcohol and Alcoholism*, 6: 619-625.
- Hansen R., Gaynes B., Thieda P., Gartlehner G., Deveaugh-Geiss A., Krebs E., Lohr K. (2008), "Meta-analysis of major depressive disorder relapse and recurrence with second-generation antidepressants", *Psychiatric Services*, 59: 1121-1130.
- Hasin D.S., Stinton F.S., Ogburn E., Grant B.F. (2007), "Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States. Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions", *Archives of General Psychiatry*, 64: 830-842.
- Henry J.A., Alexander C.A., Sener E.K. (1995), "Relative mortality from overdose of antidepressants", *British Medical Journal*, 310: 221-224.
- Hernandez-Avila C.A., Modesto-Lowe V., Feinn R., Kranzler H.R. (2004), "Nefazodone treatment of comorbid alcohol dependence and major depression", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28: 433-440.
- Hollon S.D., Fawcett J. (1995), "Combined medication and psychotherapy", in Gabbard G.O. (ed.), *Treatment of psychiatric disorder*, American Psychiatric Press, Washington DC: 1221-1236.
- Hollon S.D., DeRubeis R.J., Evans M.D., Wiemer M.J., Garvey M.J., Grove W.M., Tuason V.B. (1992), "Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: singly and in combination", *Archives of General Psychiatry*, 49: 774-781.
- Iovieno N., Tedeschini E., Bentley K.H., Evins A.E., Papakostas G.I. (2011), "Antidepressants for major depressive disorder and dysthymic disorder in patients with comorbid alcohol use disorder: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials", *Journal of Clinical Psychiatry*, 72: 1144-1151.
- Janiri L., Hadjichristos A., Buonanno A., Rago R., Mannelli P., de Risio S. (1998), "Adjuvant trazodone in the treatment of alcoholism: an open study", *Alcohol and Alcoholism*, 33: 262-365.
- Johnson B.A. (2000), "Serotonergic agents and alcoholism treatment: rebirth of the subtype concept and hypothesis", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24: 1597-1601.
- Kaplan H.J., Sadock B.J. (2001a) *Psichiatria. Manuale di scienze del comportamento e psichiatria clinica. Vol. 1*, Centro Scientifico Internazionale, Torino: 525-580.
- Kaplan H.J., Sadock B.J. (2001b) *Psichiatria. Manuale di scienze del comportamento e psichiatria clinica. Vol. 2*, Centro Scientifico Internazionale, Torino: 963-1127.
- Kennedy S.H., Lam R.W., Cohen N.L., Ravindran A.V., CANMAT Depression Work Group (2001), "Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders, 4: medications and other biological treatments", *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, suppl. 1: 38S-58S.
- Kranzler H.R., Mueller T., Cornelius J., Pettinati H.M., Moak D., Martin P.R., Anthenelli R., Brower K.J., O'Malley S., Mason B.J., Hasin D., Keller M. (2006), "Sertraline treatment of co-occurring alcohol dependence and major depression", *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 26: 13-20.
- Krystal J.H., Gueorguieva R., Cramer J., Collins J., Rosenheck R. (2008), "Naltrexone is associated with reduced drinking by alcohol dependent patients receiving antidepressants for mood and anxiety symptoms: Results from VA Cooperative Study no. 425, Naltrexone in the treatment of alcoholism", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32: 85-91.
- Kupfer D.J., Frank E., Perel J.M. (1992), "Five-year outcome for maintenance therapies in recurrent depression", *Archives of General Psychiatry*, 49: 769-773.
- Lenox-Smith A.J., Jiang Q. (2008), "Venlafaxine extended release versus citalopram in patients with depression unresponsive to a selective serotonin reuptake inhibitor", *International Clinical Psychopharmacology*, 23: 113-119.
- Liappas J., Paparrigopoulos T., Malitas P., Tzavellas E., Christodoulou G. (2004), "Mirtazapine improves alcohol detoxification", *Journal of Psychopharmacology*, 18: 88-93.
- Lingford-Hughes A.R., Welch S., Nutt D.J. (2004), "Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance misuse, addiction and comorbidity: recommendations from the British Association for Psychopharmacology", *Journal of Psychopharmacology*, 18: 293-335.
- Luborsky L. (1984), *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment*, Basic Books, New York.
- Maina G., Portaleone F., Picco C., Bogetto F. (2003), "Definizione e strategie terapeutiche della depressione resistente al trattamento: una revisione della letteratura", *Rivista di Psichiatria*, 38: 225-240.
- Mammana G. (2010), "La clinica nelle comunità terapeutiche", *Sestante*, 33: 2-7.

- Mann K. (2004), "Pharmacotherapy for alcohol dependence: a review of the clinical data", *CNS Drug*, 18: 485-504.
- Mason B.J., Koosis J.H., Ritvo E.C., Cutler R.B. (1996), "A double-blind, placebo controlled trial of desipramine for primary alcohol dependence stratified on the presence or absence of major depression", *JAMA*, 275: 761-767.
- McGrath P.J., Nunes E.V., Stewart J.W., Goldman D., Agosti V., Ocepek-Welikson F.M., Quitkin F.M. (1996), "Imipramine treatment of alcoholics with primary depression: a placebo-controlled clinical trial", *Archives of General Psychiatry*, 53: 232-240.
- 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.
- Muhonen L.H., Lönnqvist J., Juka K., Alho H. (2008), "Double-blind, randomized comparison of memantine and escitalopram for the treatment of major depressive disorder comorbid with alcohol dependence", *Journal of Clinical Psychiatry*, 69: 392-399.
- Muhonen L.H., Lönnqvist J., Lathi J., Alho H. (2009), "Age at onset of first depressive episode as a predictor for escitalopram treatment of major depression comorbid with alcohol dependence", *Psychiatry Research*, 167: 115-122.
- Nelson J.C. (2003), "Managing treatment-resistant major depression", *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, suppl. 1: 5-12.
- Nunes E.V., Levin F.R. (2004), "Treatment of depression in patients with alcohol or other drug dependence: a meta-analysis", *JAMA*, 291: 1887-1896.
- Nunes E.V., Levin F.R. (2008), "Treatment of co-occurring depression and substance dependence: using meta-analysis to guide clinical recommendations", *Psychiatric Annals*, 38: 1-13.
- Nunes E.V., McGrath P.J., Quitkin F.M., Stewart J.P., Harrison W., Tricamo E., Ocepek-Welikson K. (1993), "Imipramine treatment of alcoholism with comorbid depression", *American Journal of Psychiatry*, 150: 963-965.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (1992) *ICD 10: sindromi e disturbi psichici e comportamentali. Descrizioni cliniche e direttive diagnostiche*, Masson, Milano.
- Otto M.W., Smits J.A., Reese H.E. (2006), "Combined psychotherapy and pharmacotherapy for mood and anxiety disorders in adults: a review and analysis", *Focus*, 4: 204-214.
- Para E.A. (2008), "CBT for the treatment of depression in young adults: a review and analysis of the empirical literature", *Graduate Journal of Counseling Psychology*, 1: 159-169.
- Petrakis I.L., Ralevski E., Nich C., Levinson C., Carroll K., Poling J., Rounsaville B.J., VA VISN I MIRECC Study Group (2007), "Naltrexone and disulfiram in patients with alcohol dependence and current depression", *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 27: 160-165.
- Pettinati H.M. (2004), "Antidepressant treatment of co-occurring depression and alcohol dependence", *Biological Psychiatry*, 56: 785-792.
- Pettinati H., Volpicelli J., Luck G., Kranzler H.R., Rulstalis M.R., Cnaan A. (2001), "Double-blind clinical trial of sertraline treatment for alcohol dependence", *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21: 143-153.
- Sadock B.J., Sadock V.A. (2003a), *Psichiatria Clinica, Kaplan e Sadock's Pocket Handbook*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Sadock B.J., Sadock V.A. (2003b), *Farmaci in Psichiatria, Kaplan e Sadock's Pocket Handbook*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Salloum I.M., Cornelius J.R., Daley D.C., Kirisci L., Spotts C.R. (1999), "Naltrexone fluoxetine medication interaction in depressed alcoholics: Preliminary results", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23: 47A.
- Salloum I.M., Daley D.C., Thase M.E. (2000), *Male depression, alcoholism and violence* London: Martin Dunitz Ltd.
- Schaffer A., Naranjo C.A. (1998), "Recommended drug treatment strategies for alcoholic patient", *Drugs*, 56, 571-585.
- Shelton R.C., Papakostas G.I. (2008), "Augmentation of antidepressants with atypical antipsychotics for treatment-resistant major depressive disorder", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117: 253-259.
- Strupp H.H., Binder J.L. (1984), *Psychotherapy in a New Key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy*, Basic Books, New York.
- Stuart S., Thase M.E. (1994), "Inpatient application of cognitive behavior therapy: a review of recent developments", *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 3: 284-299.
- Thase M.E., Salloum I.M., Cornelius J.D. (2001), "Comorbid alcoholism and depression: treatment issues", *Journal of Clinical Psychiatry*, 62: 32-41.
- Trivedi M.H., Kleiber B.A. (2001), "Using treatment algorithms for the effective management of treatment-resistant depression", *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, suppl. 18: 25-29.
- Verheul R., Van Den Brink W., Geerlings P. (1999), "A three-pathway psychological model of craving for alcohol", *Alcohol and Alcoholism*, 34: 197-222.
- Watkins J.T., Leber W.R., Imber S.D., Collins J.F., Elkin I., Pilkonis P.A., Sotsky S.M., Shea M.T., Glass D.R. (1993), "Temporal course of change depression", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61: 858-864.
- Willinger U., Lenzinger E., Hornik K., Fischer G., Schönbeck G., Aschauer H.N., Meszaros K. (2002), "Anxiety as a predictor of relapse in detoxified alcohol-dependent patients", *Alcohol and Alcoholism*, 37: 609-612.
- Yoon S.J., Pae C.U., Kim D.J., Namkoong K., Lee E., Oh D.-Y., Lee Y.S., Shin D.H., Jeong Y.C., Kim J.H., Choi S.B., Hwang I.B., Shin Y.C., Cho S.N., Lee H.K., Lee C.T. (2006), "Mirtazapine for patients with alcohol dependence and comorbid depressive disorder: A multicentre, open label study", *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30: 1196-1201.
- Zobel I., Kech S., van Calker D., Dykierek P., Berger M., Schneibel R., Schramm E. (2011), "Long-term effect of combined interpersonal psychotherapy and pharmacotherapy in a randomized trial of depressed patients", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123: 276-282.

L'associazione di più farmaci per il trattamento dell'alcoldipendenza

T. Vignoli*

Premesse

I farmaci approvati dall'AIFA per il trattamento dell'alcoldipendenza sono: Disulfiram (DSF), Sodio Oxibato (SO), Acamprosato (ACP) e Naltrexone (NTX).

In aggiunta a questi farmaci, tra la vasta gamma di molecole sperimentate per la prevenzione delle ricadute e il mantenimento dell'astinenza da alcol, alcune hanno mostrato risultati promettenti e sono correntemente utilizzate nei nostri servizi: topiramato, ondansetron, gabapentin, baclofene.

Secondo l'attuale stato dell'arte, non esiste un Gold Standard per il trattamento farmacologico della alcoldipendenza (Johnson B.A., 2008; Schuckit M.A., 2009; Garbutt J.C., 2009; Paille, 2011). Inoltre, negli ultimi anni, alla luce della notevole differenza tra i meccanismi di azione dei farmaci conosciuti e alla eterogeneità dei pazienti alcolisti (in termini di tipologia di craving prevalente (tabella 1), pattern di consumo, età, comorbidità, caratteristiche genetiche ecc.) sono stati pubblicati parecchi studi scientifici mirati a identificare il target ideale di pazienti per ogni singolo farmaco (Johnson B.A., 2010; Kranzler H.R., 2012; Addolorato, 2005; Cibin, Caputo, 2013).

In tale prospettiva, che in sintesi chiamerei "personalizzazione della terapia farmacologica", non esiste un Gold Standard assoluto ma esistono categorie di pazienti, che negli studi più avanzati sono addirittura identificati in base alle varianti genetiche di particolari alleli (Kranzler, 2012), che rispondono in maniera elettiva a specifici farmaci.

È necessario inoltre evidenziare che, negli studi clinici sul trattamento farmacologico dell'alcoldipendenza, l'efficacia del gruppo che assume placebo è mediamente elevata, e la differenza di efficacia con il farmaco studiato è spesso modesta (Leone, 2010; Rösner, 2010; Rösner, 2010b).

Tale fenomeno è verosimilmente correlato all'importanza che riveste la presa in carico e il medical management nel trattamento dell'alcoldipendenza.

Razionali scientifici

Fatte queste premesse di carattere generale, i razionali scientifici che giustificano il tentativo di associare più farmaci per il trattamento dell'alcoldipendenza, ipotiz-

* U.O. Dipendenze Patologiche Lugo - AUSL Ravenna.

Tab. 1 - Tipologie di craving

- **Reward-craving:** desiderio compulsivo di alcol ricercato per ottenere un godimento, un piacere, un senso di euforia.
- **Relief-craving:** desiderio compulsivo di alcol ricercato per ridurre tensione, angoscia e ansia.
- **Effetto avversivante:** effetto tipico del DSF grazie al quale il paziente è disincentivato a consumare alcolici perché consapevole della intossicazione da acetaldeide che si svilupperebbe.

zandone una efficacia superiore alla monoterapia, sono principalmente due:

1. L'assenza di un Gold standard farmacologico e l'efficacia globalmente modesta delle terapie farmacologiche al momento approvate, inducono a valutare l'ipotesi che l'associazione di più farmaci possa determinare un effetto di sommazione dell'efficacia delle monoterapie.
2. La complessità dei pazienti che accedono ai servizi (presenza contemporanea di diversi tipi di craving per l'alcol e di diversi pattern di abuso sovrapposti), associata alla varietà e in taluni casi complementarietà del meccanismo di azione dei farmaci noti, giustificano l'ipotesi che l'associazione di due farmaci, rispondendo ad un numero maggiore di esigenze e problematiche del paziente, possa essere più efficace della monoterapia.

Disulfiram + Naltrexone

Razionale: effetto avversivante + effetto anti craving.

Studi: 4 trial clinici randomizzati con placebo eseguiti rispettivamente su pazienti con comorbidità psichiatrica, disturbo post-traumatico da stress, depressione e disturbi psicotici, per un totale di circa 200 pazienti (Petrakis, 2005/2006/2006b/2007); 1 trial clinico su pazienti con dipendenza da alcol e da cocaina (Pettinati, 2007).

Risultati: gli studi della Petrakis, che stabiliscono come end-point principale i giorni consecutivi di astinenza da alcol, sono univoci nell'evidenziare una maggior efficacia delle monoterapie e della terapia combinata rispetto al placebo, mentre non evidenziano differenze significative tra monoterapia e terapie combinate.

Lo studio di Pettinati non evidenzia differenze significative tra monoterapia e terapia combinata per quanto riguarda gli end point principali, ma evidenzia che nel

gruppo con terapia combinata una maggior percentuale di pazienti è stata in grado di mantenere almeno 3 settimane di completa astinenza da alcol e cocaina. In tutti gli studi gli effetti collaterali dei gruppi con terapia combinata non sono stati clinicamente gravi e non hanno determinato un aumento significativo dei drop-out.

Conclusioni: la terapia combinata DSF + NTX è una terapia efficace ma non superiore alla monoterapia con DSF o con NTX.

Considerando che il Disulfiram è un farmaco già sperimentato per la dipendenza da cocaina per il suo effetto centrale sui recettori dopaminergici, è interessante l'ipotesi, per ora non dimostrata, che l'associazione NTX + DSF possa avere una indicazione specifica in pazienti con dipendenza da alcol e cocaina.

Disulfiram + Acamprosato

Razionale: effetto avversivante + effetto anti craving.

Studio: 1 solo trial non randomizzato con placebo, con adesione volontaria alla terapia con disulfiram per un totale di 110 pazienti (Besson, 1998).

Risultati: solo la terapia combinata ha mostrato di essere significativamente superiore rispetto al placebo.

Gli effetti collaterali nel gruppo con terapia combinata non sono stati clinicamente gravi e non hanno determinato un aumento significativo del drop-out.

Conclusioni: la terapia combinata DSF + ACP è efficace ma i limiti dello studio impediscono di definirne la superiorità rispetto alla monoterapia.

Disulfiram + Sodio Oxibato

Razionale: effetto avversivante + effetto anti craving.

Studio: 1 solo trial non randomizzato senza placebo di 52 pazienti che avevano ricevuto in passato un trattamento fallimentare con SO in monoterapia e a cui è stata sottoposta la terapia combinata per 6 mesi (Maremmani, 2011).

Risultati: il trattamento combinato si è dimostrato superiore in maniera statisticamente significativa rispetto al solo SO in termini di ritenzione in trattamento e giorni di astinenza. Gli effetti collaterali dei gruppi con terapia combinata non sono stati clinicamente gravi e non hanno determinato un aumento significativo dei drop-out.

Conclusioni: le limitazioni metodologiche e di numerosità del campione non permettono di trarre conclusioni definitive, ma i risultati incoraggianti e il coinvolgimento dei due farmaci più utilizzati in Italia per il trattamento dell'alcoldipendenza ha portato all'elaborazione di un trial randomizzato che partirà nel corrente anno (protocollo DIXIT) per confrontare le due monoterapie tra di loro e con la terapia combinata.

Sodio Oxibato + Naltrexone

Razionale: effetto anti reward-craving del NTX (per inibizione della via oppioidergica di stimolazione del

circuito dopaminergico) + effetti anti craving del SO (per azione alcol-mimetica sulla via dopaminergica e per azione anti relief-craving con l'azione sui recettori GABA_B).

Studio: trial randomizzato senza placebo di 55 pazienti di confronto tra SO e NTX in associazione e in monoterapia (Caputo, 2007).

Risultati: la associazione dei due farmaci si è dimostrata superiore in maniera statisticamente significativa rispetto alle due monoterapie.

Gli effetti collaterali del gruppo con terapia combinata non sono stati clinicamente gravi e non hanno determinato un aumento significativo dei drop-out.

Inoltre nel gruppo che ha ricevuto sia SO che NTX non sono stati evidenziati casi di craving per il SO.

Tale rilevazione, che farebbe presupporre una inibizione del craving per SO da parte del NTX, è supportata anche dalla segnalazione di 3 case reports nei quali la aggiunta di NTX in pazienti in trattamento con SO, ha determinato la soppressione del craving per SO che avevano sviluppato (Caputo, 2005).

Conclusioni: l'assenza del placebo e la scarsa numerosità del campione impediscono di trarre conclusioni definitive sebbene lo studio metta in luce la concreta possibilità che l'associazione di questi due farmaci possa determinare un aumento dell'efficacia rispetto alla monoterapia, permettendo inoltre una soppressione del craving per SO che costituisce una delle principali limitazioni cliniche al suo utilizzo clinico.

Naltrexone + Acamprosato

Razionale: effetto anti reward-craving del NTX + effetto anti relief-craving del ACP (per inibizione del circuito glutamatergico).

Studi: sono stati pubblicati parecchi studi su questa associazione, tra cui i più significativi sono 3 (Kiefer, 2003; Feeney, 2006; Anton, 2006): lo studio di Kiefer et Al, randomizzato con placebo, di confronto tra monoterapie e terapia combinata (160 pazienti); lo studio di Feeney et Al, randomizzato senza placebo, con confronto tra terapia cognitivo-comportamentale (CBT) da sola o in associazione con le monoterapie, e con la terapia combinata (236 pazienti); lo studio di Anton caratterizzato da un complesso protocollo randomizzato con placebo nel quale vengono confrontate le monoterapie con la terapia combinata, sia in associazione alla CBT che senza (1383 pazienti).

Risultati: complessivamente dagli studi emerge una superiorità della terapia combinata rispetto alle monoterapie e rispetto al placebo, ma tale risultato non è statisticamente significativo nei confronti della monoterapia con NTX.

Controverso è il confronto con CBT.

In tutti gli studi gli effetti collaterali dei gruppi con terapia combinata non sono stati clinicamente gravi e non hanno determinato un aumento significativo dei drop-out.

Si segnala che ACP, in associazione con NTX presenta una biodisponibilità aumentata del 30% verosimilmente per un rallentamento dello svuotamento gastrico (Mason, 2002; Johnson, 2003).

Conclusioni: la elevata quantità di pazienti studiati e il buon livello metodologico degli studi danno valore alle conclusioni.

La terapia combinata ACP + NTX è efficace e maneggevole.

Sebbene non sia stata evidenziata una superiorità statisticamente significativa rispetto al NTX, il trend confermato in tutti gli studi è a favore della terapia combinata.

Altre combinazioni

Le tre seguenti associazioni farmacologiche partono dal medesimo razionale clinico: l'associazione dell'effetto anti reward-craving del NTX con l'effetto anti relief-craving dell'altro farmaco.

Naltrexone + Ondansetron: alcuni studi hanno evidenziato la superiorità della combinazione rispetto al placebo in termini di riduzione dei consumi alcolici e di riduzione del craving, ma non sono stati eseguiti studi di comparazione con la monoterapia (Johnson, 2000).

Naltrexone + Gabapentin: un trial di confronto tra terapia combinata, placebo e monoterapia con NTX nel quale la terapia combinata è risultata superiore in maniera statisticamente al NTX ma non al placebo (Anton, 2011).

Naltrexone + Baclofene: sperimentato per ora solo sui ratti, l'associazione pare superiore rispetto alla monoterapia in maniera statisticamente significativa nel ridurre i consumi alcolici (Colombo, 2004; Stromberg, 2004).

In nessuno di tali studi gli effetti collaterali nel gruppo con terapia combinata sono stati clinicamente gravi o hanno determinato aumento significativo del drop-out.

Conclusioni

Al momento attuale non esistono evidenze scientifiche sufficienti per sostenere che una combinazione di due farmaci sia più efficace della monoterapia per il mantenimento dell'astinenza da alcol o per la riduzione dei consumi alcolici.

Infatti, pur essendoci alcune associazioni farmacologiche che hanno dato risultati interessanti in termini di efficacia clinica e per le quali i razionali scientifici sono solidi, i dati sperimentali per ora raccolti non sono sufficienti per trarre conclusioni definitive (in alcuni casi per scarsa qualità degli studi e in altri per bassa quantità del campione esaminato).

La logica conclusione sarebbe simile a quella che possiamo trovare nella maggior parte delle review sistematiche: "more studies are warranted".

Tab. 2 - Linee di ricerca

- È ancora inesplorata la associazione ACP + SO (alcuni studi sono in corso) che ritengo interessante in quanto fornirebbe una copertura anti-craving molto completa sotto il profilo neurorecettoriale.
- Sono ancora inesplorate dal punto di vista scientifico le associazioni di tre farmaci che invece sappiamo essere tentativi terapeutici non così rari nella pratica clinica.

In altre parole, sono necessari ed auspicati ulteriori studi per poter trarre conclusioni scientifiche e identificare differenze statisticamente significative (tabella 2): conclusione ineccepibile, che sottoscrivo, ma che ritengo insufficiente.

Come alcolisti dobbiamo fare un uso pragmatico delle conoscenze scientifiche per poterle trasferire nella pratica clinica quotidiana: propongo una riflessione sulla opportunità di utilizzare alcune associazioni farmacologiche nei pazienti resistenti alla monoterapia.

Alla luce delle seguenti considerazioni:

- Non esistono linee guida per la prosecuzione del trattamento dei pazienti alcolodipendenti che rispondono solo parzialmente alla monoterapia. Nel caso in cui il singolo farmaco ottenga una efficacia incompleta, rispetto all'obiettivo che è stato condiviso tra medico e paziente, non esistono in letteratura studi clinici a sostegno della sostituzione del farmaco parzialmente efficace con un altro farmaco. In altre parole non è dimostrato che sostituendo un farmaco parzialmente efficace con un altro farmaco, si possa ottenere un incremento di efficacia.
- Tutte le associazioni farmacologiche, eccezion fatta per l'associazione DSF + NTX, si sono dimostrate superiori in termini di efficacia rispetto alle monoterapie, sebbene in molti casi non sia stata raggiunta la significatività statistica.
- Le terapie combinate per ora studiate non hanno determinato effetti collaterali clinicamente gravi, o un incremento di effetti collaterali tale da determinare un aumento significativo dei drop-out.

Si conclude che la associazione di più farmaci per il trattamento della alcolodipendenza non può essere considerata una scelta preferibile alla monoterapia ma, dopo il fallimento di un trattamento con singolo farmaco, nella misura in cui sia stato ottenuto un risultato parziale in termini di benessere del paziente, riduzione del craving o riduzione dei consumi alcolici, non è indicato sostituire il farmaco iniziato, bensì associarlo ad un altro, secondo le combinazioni studiate e descritte dalla letteratura, tenendo presente le caratteristiche specifiche del paziente (tabella 3).

A scopo di esemplificazione propongo alcuni casi clinici paradigmatici.

Tab. 3 - Raccomandazioni

Raccomandazione n. 1

Il trattamento farmacologico dell'alcoldipendenza deve essere iniziato con una monoterapia, la cui scelta deve essere personalizzata in base alle caratteristiche del paziente.

Raccomandazione n. 2

In caso di efficacia incompleta del farmaco rispetto agli obiettivi che sono stati condivisi tra medico e paziente, il farmaco non deve essere sospeso ma deve essere associato ad un altro, tenendo presente le evidenze di efficacia prodotte in letteratura.

Esempi clinici*Paziente in Disulfiram*

La Sig.ra Prima, alcoldipendente senza dipendenza fisica, ha iniziato un trattamento con DSF, prescritto dal medico curante, grazie al quale riferisce astinenza da alcol da circa 1 mese. Dopo le prime settimane nelle quali la motivazione all'astinenza era alta e la percezione di benessere era forte, è prevalso un craving ingravescente per l'alcol per cui il medico curante l'ha inviata al nostro servizio: la paziente chiede se è possibile sospendere il DSF durante il weekend per potersi concedere una bevuta a settimana.

Lungi dall'accettare la proposta della paziente per ovvi motivi, alla luce delle evidenze scientifiche attuali, riteniamo che non sia indicato sospendere un farmaco che ha garantito l'astinenza per un mese e che la paziente dimostra di utilizzare in maniera responsabile (non ha bevuto durante il trattamento).

Dovrebbe invece essere associata una terapia anti craving che permetta alla paziente di dominare il desiderio di alcol per riuscire a proseguire con costanza il trattamento avversivante.

La scelta del farmaco dovrà essere guidata dalla tipologia di craving che manifesta la paziente (Addolorato 2005) tenendo presente che l'associazione DSF + SO e DSF + ACP hanno dimostrato efficacia clinica mentre i risultati dell'associazione DSF + NTX sono più controversi.

Pazienti in Sodio Oxibato

Il Sig Secondo, alcoldipendente, inizia un trattamento con SO e nei primi 3 mesi di trattamento riduce consumi alcolici del 70%, con normalizzazione della franca ipertransaminasemia che era stata rilevata all'inizio del trattamento.

Nonostante questo permangono abusi alcolici nel weekend che risultano fortemente problematici perché il paziente, quando intossicato da alcol, diventa violento con la famiglia. Il Sig. Secondo, che all'inizio del trattamento non si era reso disponibile ad un trattamento con DSF perché temeva di bere durante il trattamento e

rischiare una grave intossicazione da acetaldeide (trattamento che peraltro avrebbe presentato una controindicazione relativa per ipertransaminasemia), dopo i tre mesi di trattamento con SO, si dichiara disponibile a iniziare il trattamento con DSF, somministrato della moglie, per eliminare anche gli abusi alcolici del weekend.

In questo caso, alla luce delle conoscenze scientifiche, non è indicata la sospensione del SO a favore del DSF, che rischierebbe di determinare un incremento del craving e che il paziente non accetterebbe perché la adesione al trattamento avversivante è condizionata dalla garanzia di proseguire il trattamento anticraving.

È quindi indicata una associazione tra SO e DSF.

Il signor Terzo è un paziente alcoldipendente con sintomi astinenziali.

Viene iniziato un trattamento con SO con il quale il paziente riesce a raggiungere e mantenere l'astinenza da alcol per il primo mese.

Sviluppa però un forte craving per SO che blocca il percorso riabilitativo: il paziente, a cui non viene affidato il SO per rischio di abuso, è costretto a recarsi al servizio quotidianamente. In questa situazione, alla luce delle evidenze scientifiche non è indicato sostituire il SO, che ha favorito il mantenimento dell'astinenza da alcol, bensì tentare una associazione con NTX, con l'intento di sopprimere il craving per SO, evitando così la sospensione di un farmaco efficace e garantendo la prosecuzione del percorso riabilitativo.

Paziente in Acamprosato

Il Sig. Quarto è un abusatore di alcol (8 unità alcoliche circa 2 volte a settimana) per il quale viene prescritto un trattamento con ACP grazie al quale riesce a ridurre notevolmente i consumi alcolici (fino a circa 2 unità alcoliche/settimana) per circa 6 mesi.

Dopo tale periodo, in seguito alla perdita del lavoro, ripresenta episodi di abuso alcolico 1-2 volte a settimana. In tale situazione, alla luce delle evidenze scientifiche, non riteniamo opportuno interrompere il trattamento con acamprosato, che ha dimostrato di giovare al paziente in termini di riduzione dei consumi e che verosimilmente continua a costituire un freno all'abuso.

Inoltre, la sospensione del farmaco priverebbe il paziente del verosimile effetto neuroprotettivo dell'ACP, mediato dall'azione di rimodellamento neuronale (De Witte *et al.*, 2005).

È piuttosto consigliabile associare un altro trattamento che, a seconda delle caratteristiche del paziente, può essere un altro farmaco anti-craving (in particolare si è dimostrata efficace l'associazione ACP + NTX) oppure un trattamento avversivante (anche l'associazione DSF + ACP ha dimostrato efficacia).

Paziente in Naltrexone

La Sig.ra Quinta è una abusatrice di alcol che accede al servizio dopo forti pressioni della famiglia.

La paziente rifiuta di raggiungere l'astinenza da alcol ma ammette la problematicità dell'abuso occasionale per cui concordiamo come obiettivo la riduzione dei consumi alcolici: accetta un trattamento con NTX.

Nel corso del primo mese ha una riduzione degli episodi di abuso del 50%.

In seguito, a causa del ritiro della patente conseguente ad un episodio di abuso alcolico, decide di raggiungere la completa astinenza ma richiede aiuto farmacologico.

In questo caso, alla luce delle evidenze scientifiche, non riteniamo opportuno interrompere il trattamento con NTX che ha permesso una significativa riduzione dei consumi alcolici.

È invece opportuno associare uno dei trattamenti anti-craving che si è dimostrato efficace in associazione: SO o ACP.

Bibliografia

- Addolorato G., Abenavoli L., Leggio L., Gasbarrini G. (2005), "How many cravings? Pharmacological aspects of craving treatment in alcohol addiction: a review", *Neuropsychobiology*, 51(2): 59-66. Epub 2005 Feb 28.
- Anton R.F., O'Malley S.S., Ciraulo D.A., Cisler R.A., Couper D., Donovan D.M., Gastfriend D.R., Hosking J.D., Johnson B.A., LoCastro J.S., Longabaugh R., Mason B.J., Mattson M.E., Miller W.R.
- Anton R.F., Myrick H., Wright T.M., Latham P.K., Baros A.M., Waid L.R., Randall P.K. (2011), *Am J Psychiatry. Gabapentin combined with naltrexone for the treatment of alcohol dependence*, Jul, 168(7): 709-17.
- Besson J., Aeby F., Kasas A., Lehert P., Potgieter A. (1998), "Combined efficacy of acamprosate and disulfiram in the treatment of alcoholism: a controlled study", *Alcohol Clin Exp Res*, May, 22(3): 573-9.
- Caputo F., Vignoli T., Lorenzini F., Ciuffoli E., Del Re A., Stefanini G.F., Addolorato G., Trevisani F., Bernardi M. (2005), "Suppression of craving for gamma-hydroxybutyric acid by naltrexone administration: three case reports", *Alcoholism Treatment Study Group. Clin Neuropharmacol.*, Mar-Apr, 28(2): 87-9.
- Caputo F., Addolorato G., Stoppo M., Francini S., Vignoli T., Lorenzini F., Del Re A., Comaschi C., Andreone P., Trevisani F., Bernardi M. (2007), "Alcohol Treatment Study Group. Comparing and combining gamma-hydroxybutyric acid (GHB) and naltrexone in maintaining abstinence from alcohol: an open randomised comparative study", *Eur Neuropsychopharmacol*, Dec 17(12): 781-9.
- Cibin M., Caputo F. (2013), "Farmacoterapia dell'Alcolismo", in Cibin M., Lucchini A., Rossi A. (a cura di), *La gestione delle Dipendenze da Alcol in Medicina Generale*, Pacini editore, Pisa.
- Colombo G., Serra S., Vacca G., Carai M.A., Gessa G.L. (2005), "Effect of the combination of naltrexone and baclofen, on acquisition of alcohol drinking behavior in alcohol-preferring rats", *Drug Alcohol Depend*, Jan 7, 77(1): 87-91.
- De Witte P., Littleton J., Parot P., Koob G. (2005), "Neuroprotective and abstinence-promoting effects of acamprosate: elucidating the mechanism of action", *CNS Drugs*, 19(6): 517-37.
- Feeney G.F., Connor J.P., Young R.M., Tucker J., McPherson A. (2006), *Alcohol Alcohol. Combined acamprosate and naltrexone, with cognitive behavioural therapy is superior to either medication alone for alcohol abstinence: a single centres' experience with pharmacotherapy*, May-Jun, 41(3): 321-7.
- Garbutt J.C., West S.L., Carey T.S., Lohr K.N., Crews F.T. (1999), "Pharmacological treatment of alcohol dependence. A review of the evidence", *JAMA*, 281(14): 1318-1325.
- Kiefer F., Jahn H., Tarnaske T., Helwig H., Briken P., Holzbach R., Kämpf P., Stracke R., Baehr M., Naber D., Wiedemann K. (2003), "Comparing and combining naltrexone and acamprosate in relapse prevention of alcoholism: a double-blind, placebo-controlled study", *Arch Gen Psychiatry*, Jan, 60(1): 92-9.
- Kranzler H.R., McKay J.R. (2012), "Personalized treatment of alcohol dependence", *Curr Psychiatry Rep*, Oct, 14(5): 486-93.
- Johnson B.A., Ait-Daoud N., Prihoda T.J. (2000), "Combining ondansetron and naltrexone effectively treats biologically predisposed alcoholics: from hypotheses to preliminary clinical evidence", *Alcohol Clin Exp Res*, May, 24(5): 737-42.
- Johnson B.A., O'Malley S.S., Ciraulo D.A., Roache J.D., Chambers R.A., Sarid-Segal O., Couper D. (2003), "Dose-ranging kinetics and behavioral pharmacology of naltrexone and acamprosate, both alone and combined, in alcohol-dependent subjects", *J Clin Psychopharmacol*, Jun, 23(3): 281-93.
- Johnson B.A. (2008), "Update on neuropharmacological treatments for alcoholism: scientific basis and clinical findings", *Biochem Pharmacol*, Jan 1, 75(1): 34-56. Epub 2007 Aug 9.
- Johnson B.A. (2010), "Medication treatment of different types of alcoholism", *Am J Psychiatry*, Jun, 167(6): 630-9.
- Leone M.A., Vigna-Taglianti F., Avanzi G., Brambilla R., Faggiano F. (2010), "Gamma-hydroxybutyrate (GHB) for treatment of alcohol withdrawal and prevention of relapses", *Cochrane Database Syst Rev*, Feb, 17(2).
- Maremmani A.G., Pani P.P., Rovai L., Pacini M., Dell'Osso L., Maremmani I. (2011), "Long-term γ -hydroxybutyric acid (GHB) and disulfiram combination therapy in GHB treatment-resistant chronic alcoholics", *Int J Environ Res Public Health.*, Jul, 8(7): 2816-27.
- Mason B.J., Goodman A.M., Dixon R.M., Hameed M.H., Hulot T., Wesnes K., Hunter J.A., Boyeson M.G. (2002), "A pharmacokinetic and pharmacodynamic drug interaction study of acamprosate and naltrexone", *Neuropsychopharmacology*, Oct, 27(4): 596-606.
- Paille F. (2011), "Misuse of alcohol and new drug treatments", *Rev Prat.*, Dec, 61(10): 1386-91.
- Petrakis I.L., Poling J., Levinson C., Nich C., Carroll K., Rounsaville B., VA New England VISN I MIRECC Study Group (2005), "Naltrexone and disulfiram in patients with alcohol dependence and comorbid psychiatric disorders", *Biol Psychiatry*, May 15, 57(10): 1128-37.
- Petrakis I.L., Poling J., Levinson C., Nich C., Carroll K., Ralevski E. (2006), "Naltrexone and disulfiram in patients

- with alcohol dependence and comorbid post traumatic stress disorder”, *Biol Psychiatry*, 60(7): 777-783.
- Petrakis I.L., Nich C., Ralevski E. (2006b), *Schizophr Bull. Psychotic spectrum disorders and alcohol abuse: a review of pharmacotherapeutic strategies and a report on the effectiveness of naltrexone and disulfiram*, Oct, 32(4): 644-54.
- Petrakis I., Ralevski E., Nich C., Levinson C., Carroll K., Poling J., Rounsaville B., VA VISN I MIRECC Study Group (2007), “Naltrexone and disulfiram in patients with alcohol dependence and current depression”, *J Clin Psychopharmacol*, Apr, 27(2): 160-5.
- Pettinati H.M., Randall C.L., Swift R., Weiss R.D., Williams L.D., Zweben A., COMBINE Study Research Group (2006), “Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial”, *JAMA*, May 3, 295(17): 2003-17.
- Pettinati H.M., Kampman K.M., Lynch K.G., Xie H., Dackis C., Rabinowitz A.R., O’Brien C.P. (2008), “A double blind, placebo-controlled trial that combines disulfiram and naltrexone for treating co-occurring cocaine and alcohol dependence”, *Addict Behav*, May, 33(5): 651-67. Epub 2007 Nov 17.
- Protocollo Clinico: “An open, randomized, multicenter, parallel-group, adaptive design study to compare the efficacy of Sodium Oxybate and Disulfiram combination therapy versus Sodium Oxybate monotherapy and Disulfiram monotherapy in the treatment of alcohol dependence. DISulfiram and sodium oXybate Italian Trial (DIXIT)”. Promotore: Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche - Area Dipartimentale Ser.T. UOSD - Ser.T. Est, Azienda AUSL di Bologna (BO).
- Rösner S., Hackl-Herrwerth A., Leucht S., Vecchi S., Srisurapanont M., Soyka M. (2010), “Opioid antagonists for alcohol dependence”, *Cochrane Database Syst Rev*.
- Rösner S., Hackl-Herrwerth A., Leucht S., Lehert P., Vecchi S., Soyka M. (2010b), “Acamprosate for alcohol dependence”, *Cochrane Database Syst Rev*.
- Schuckit M.A. (2009), “Alcohol-use disorder”, *Lancet*, 373: 492-501.
- Stromberg M.F (2004), “The effect of baclofen alone and in combination with naltrexone on ethanol consumption in the rat”, *Pharmacol Biochem Behav*, Aug, 78(4): 743-50.

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

lofexidina ● DIMATEX® ● compressa detox da oppiacei

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1 DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE

DIMATEX® 0,2 mg compresse rivestite con film.

2 COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA

Ogni compressa contiene: lofexidina cloridrato 0,2 mg. Eccipienti: lattosio monoidrato, giallo tramonto
Per l'elenco completo degli eccipienti vedere paragrafo 6.1.

3 FORMA FARMACEUTICA

Compressa rivestita con film.

4 INFORMAZIONI CLINICHE

4.1 Indicazioni terapeutiche Trattamento dei sintomi da astinenza in corso di detossificazione da oppiacei

4.2 Posologia e modo di somministrazione La via di somministrazione è quella orale.

ADULTI Il dosaggio deve essere adattato alla risposta dei pazienti. Il dosaggio iniziale è di una compressa da 0,2 mg per due volte al giorno, che può essere aumentata, con incrementi giornalieri di 0,2-0,4 mg, fino ad un massimo di 2,4 mg al giorno (12 compresse). Si raccomanda una durata di trattamento di 7-10 giorni, nel caso in cui non si verifichi l'assunzione di oppiacei durante la detossificazione. Un trattamento di più lunga durata può essere stabilito caso per caso dal medico.

BAMBINI Non sono state stabilite la sicurezza e l'efficacia di lofexidina nei bambini.

ANZIANI Non ci sono esperienze, derivanti da studi clinici, sulla posologia da usare negli anziani. La lofexidina negli anziani dovrebbe essere usata, se necessario, con particolare cautela in presenza di malattie cardiache o di terapia antiipertensiva.

4.3 Controindicazioni DIMATEX® è controindicato nei casi di ipersensibilità alla lofexidina o ad altri derivati dell'imidazolina o ad uno qualsiasi degli eccipienti.

4.4 Avvertenze speciali e precauzioni d'impiego Come con altri agenti ipotensivi la terapia con lofexidina non deve essere interrotta bruscamente. La sospensione del trattamento deve perciò avvenire con una riduzione graduale del dosaggio nell'arco di 2-4 giorni o più, per ridurre al minimo l'aumento della pressione sanguigna e i segni ed i sintomi associati. La lofexidina deve essere usata con cautela in pazienti con grave insufficienza coronaria, infarto miocardico recente, malattia cerebrovascolare o insufficienza renale cronica ed in pazienti con bradicardia o ipotensione. La pressione e la frequenza cardiaca devono essere controllate frequentemente. Pazienti con una storia di depressione devono essere osservati attentamente durante una terapia a lungo termine con lofexidina. Sono stati riportati casi di prolungamento dell'intervallo QT durante il trattamento con lofexidina. Sebbene la relazione tra la lofexidina e queste modificazioni dell'ECG non è ancora chiara, sarebbe prudente evitare l'uso di lofexidina in pazienti a rischio di prolungamento dell'intervallo QT, per esempio quelli con una storia pregressa di prolungamento dell'intervallo QT, pazienti con disturbi metabolici o preesistenti disturbi cardiovascolari o con storia familiare accertata, ed in pazienti che assumono altri farmaci che possono causare un prolungamento dell'intervallo QT. **Informazioni importanti su alcuni eccipienti** DIMATEX® contiene lattosio quindi i pazienti affetti da rari problemi ereditari di intolleranza al galattosio, da deficit di lattasi o da malassorbimento di glucosio-galattosio, non devono assumere questo medicinale. DIMATEX® contiene E110 (giallo tramonto) che può causare reazioni allergiche.

4.5 Interazione con altri farmaci ed altre forme di interazione La lofexidina può esaltare gli effetti depressivi sul SNC dell'alcol, dei barbiturici e di altri sedativi. La lofexidina può aumentare gli effetti dei farmaci antiipertensivi. L'uso concomitante di antidepressivi triciclici può ridurre l'efficacia della lofexidina. Deve essere evitato l'uso concomitante di farmaci che possano prolungare l'intervallo QT o causare sbilanciamento elettrolitico.

4.6 Gravidanza ed allattamento **Gravidanza** La sicurezza della lofexidina nelle donne in gravidanza non è stata stabilita. Alte dosi di lofexidina somministrate a cagne ed a coniglie gravide hanno causato una diminuzione del peso fetale ed aumentato il numero di aborti. La lofexidina dovrebbe essere somministrata in gravidanza solo se il beneficio è maggiore del rischio sia per la madre che per il feto.

Allattamento Non è noto se questo farmaco sia escreto nel latte materno quindi deve essere somministrato con cautela alle madri che allattano.

4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari La lofexidina può avere effetti sedativi. I pazienti che presentano tali effetti dovrebbero essere avvisati di non guidare veicoli o usare macchinari.

4.8 Effetti indesiderati Gli effetti collaterali del farmaco sono principalmente correlati ai suoi effetti antagonisti centrali alfa-adrenergici e la loro frequenza è così definita: Molto comune ($\geq 1/10$) Comune ($\geq 1/100$ e $< 1/10$) Poco comune ($\geq 1/1.000$ e $< 1/100$) Rara ($\geq 1/10.000$ e $< 1/1.000$) Molto rara ($< 1/10.000$) Non nota (la frequenza non può essere definita sulla base dei dati disponibili) **Disturbi del sistema immunitario:** *Frequenza non nota:* reazione allergica può essere causata dalla presenza di E110 (giallo tramonto). **Patologie del sistema nervoso:** *Molto comune:* vertigini, assopimento e sintomi correlati inclusi sedazione e sonnolenza **Patologie cardiache:** *Molto comune:* bradicardia *Frequenza non nota:* sono stati segnalati casi di prolungamento dell'intervallo QT **Patologie vascolari:** *Molto comune:* ipotensione **Patologie sistemiche e condizioni relative alla sede di somministrazione:** *Molto comune:* secchezza delle mucose, specialmente della bocca, gola e naso.

4.9 Sovradosaggio Il sovradosaggio può causare ipotensione, bradicardia e sedazione. Quando appropriato si può eseguire una lavanda gastrica. Nella maggioranza dei casi tutto ciò che si richiede sono misure generali di assistenza.

5 PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE

5.1 Proprietà farmacodinamiche Categoria farmacoterapeutica: farmaci usati nella dipendenza da oppioidi Classificazione ATC: N07BC04 La lofexidina cloridrato è una sostanza derivata dall'imidazolina, attiva per via orale, agonista dei recettori alfa 2 adrenergici; si crede abbia una alta affinità per il sottotipo 2A del recettore, ciò comporta una minore attività antiipertensiva rispetto agli agonisti non selettivi del recettore alfa 2. Ipotensione può comunque manifestarsi in soggetti suscettibili, accompagnata da una diminuzione della frequenza cardiaca. L'interruzione improvvisa del trattamento con lofexidina è stata, in alcuni casi, associata ad un momentaneo incremento della pressione arteriosa rispetto ai livelli pre-trattamento.

5.2 Proprietà farmacocinetiche La lofexidina è ben assorbita e raggiunge la concentrazione plasmatica di picco dopo 3 ore dalla somministrazione di una singola dose. L'emivita è di 11 ore con accumulo dopo 4 giorni di dosaggio ripetuto. La lofexidina è ampiamente metabolizzata dal fegato ed eliminata principalmente per via renale.

5.3 Dati preclinici di sicurezza Tossicologia animale. La lofexidina, in studi di tossicità su animali in dose singola, è tollerata ad alte dosi, la DL₅₀ è maggiore di 77 mg/kg. Con dosaggi ripetuti in topi, ratti e cani sono comparsi sintomi correlati all'effetto farmacologico della sostanza quali atassia, sedazione, tremori, aspetto apatico, spossatezza. Gli studi di mutagenicità sono incompleti ma la lofexidina non ha mostrato mutagenicità nel test di Ames. Studi a lungo termine in ratti non mostrano alcuna evidenza di cancerogenicità. Alte dosi di lofexidina somministrate a ratte e a coniglie gravide hanno causato una diminuzione del peso fetale ed aumentato il numero di aborti. Non sono stati rilevati effetti teratogeni.

6 INFORMAZIONI FARMACEUTICHE

6.1 Elenco degli eccipienti Lattosio monoidrato, acido citrico monoidrato, cellulosa microcristallina, calcio stearato, povidone (kollidon 30), sodio laurilsolfato. **Rivestimento:** Opadry OY-S-9480 contenente: ipromellosa, titanio diossido, glicole propilenico, indigo carmine (E132), giallo tramonto (E110).

6.2 Incompatibilità Nessuna nota.

6.3 Periodo di validità 2 anni

6.4 Precauzioni particolari per la conservazione Conservare a temperatura non superiore a 25°C. Conservare nella confezione originaria.

6.5 Natura e contenuto del contenitore Blister Al/Al. Confezione contenente 60 compresse rivestite con film.

6.6 Precauzioni particolari per lo smaltimento e la manipolazione Dopo l'uso non disperdere i contenitori nell'ambiente. Per l'eliminazione del prodotto utilizzare gli appositi contenitori per la raccolta differenziata dei medicinali.

7 TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO LABORATORIO FARMACEUTICO C.T. Srl Strada Solaro, 75/77 – 18038 Sanremo (IM)

8 NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO DIMATEX® 0,2 mg compresse rivestite con film - AIC: 037323019

9 DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE / RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE 11/02/2011

10 DATA DI REVISIONE DEL TESTO Determinazione del 11/02/2011

I “ragazzi della panchina”. Una possibile via d’uscita dalla tossicodipendenza

Alessandro Zamai*, Ada Moznich**, Andrea Picco**, Stefano Venuto**, Chiara Zorzi**, Roberta Sabbion*

SUMMARY

■ *This paper contains the narration of the birth and growth of a group of drug addicts who founded, as a group, an association which uses cultural programmes to treat their condition. The association was born in Pordenone (North East Italy) in 1995 around a bench in the public street in front of the Addiction Clinic of the Hospital in Pordenone (thus the name: I Ragazzi della Panchina, in English The Bench Guys). In the long hours spent around that bench, death was an issue often discussed and feared. A poetry recital was then organized by a doctor of the Clinic, inviting a famous poet of the Region who often spoke of death in his poems. This was the first of a number of cultural programmes and events (theatric plays, conferences, books, journals, and so on) organized by the association. The addition treatment strategy is based on the acceptance of the person as she/he is, without asking a complete withdrawal before involvement in the cultural programmes. Rather, the efforts aim at the recovery from deviance. In other terms, focus is on the person, and not on the addiction. Also, it is an added value to be and act as a group. ■*

Keywords: *Drug addiction, alternative treatments, addiction clinics, cultural programmes.*

Parole chiave: *Dipendenza da sostanze, terapia non farmacologica, clinica delle dipendenze, programmi culturali.*

Premessa

Nei primi anni Novanta il Ser.T. di Pordenone trattava un gran numero di ragazzi che usavano incontrarsi per lo spaccio e il consumo di droga attorno ad una panchina nei pressi dell’Ospedale, e che per questo venivano chiamati dalla cittadinanza “i ragazzi della panchina”.

Erano considerati dall’opinione pubblica come casi cronici, al di là di ogni possibilità di recupero.

Fu più volte chiesto che i ragazzi fossero allontanati dalla zona. Un provvedimento dell’amministrazione ospedaliera impedì loro di entrare nell’ospedale se non in caso di necessità per cure immediate.

Pure i gestori dei bar limitrofi osteggiavano la loro presenza con una maggiorazione dei prezzi sulle loro consumazioni.

Molti di questi ragazzi morivano.

Erano gli anni in cui l’Aids mieteva molte vittime e non se ne conosceva alcuna terapia efficace.

Altre morti erano dovute allo stato di abbandono e solitudine in cui essi vivevano.

* Dipartimento delle Tossicodipendenze, ASS6 Friuli occidentale, Pordenone.

** Associazione I Ragazzi della Panchina, Pordenone.

Gli autori ringraziano il dr. Paolo Piergentili, già Direttore sanitario dell’ASS6, per il suo contributo alla revisione del testo.

L’opinione pubblica era del tutto indifferente e al loro funerale a volte non si presentava nessuno, neppure i familiari.

I ragazzi del gruppo cominciarono a rendersi conto del loro dramma e cercarono di ridare un senso alle loro esistenze attraverso lo stare insieme.

Nacquero “I Ragazzi della Panchina”.

In questo articolo si raccontano i loro primi anni di attività e di come l’idea di riunirsi abbia innescato un meccanismo virtuoso che ha coinvolto non solo il gruppo, ma anche le persone che ne hanno condiviso la sfida e la stessa opinione pubblica.

1. L’esperienza

1.1. La situazione di partenza

Pur in assenza di dati precisi relativi al primo periodo dell’esistenza del gruppo, possiamo tracciare un quadro generale dei componenti: età compresa tra i 28 e i 41 anni, molti avevano cominciato a usare sostanze durante l’adolescenza, spesso con dipendenze multiple.

La maggior parte di essi veniva trattata farmacologicamente con metadone, molti avevano trascorso un periodo in comunità, e quasi tutti avevano un generale rifiuto verso qualsiasi tipo di trattamento non farmacologico.

Erano tutti passati attraverso tentativi plurimi di recupero, con esito negativo, e avevano perciò sviluppato un rifiuto verso ulteriori tentativi di terapia.

Quasi tutti avevano avuto almeno un arresto per spaccio e detenzione di stupefacenti, furto e rapina, ed altro ancora. Molti risultavano positivi al test dell'Hiv. La sieropositività, unita alle condizioni di vita precarie, minava il loro stato di salute: erano debilitati e fragili, i ricoveri per varie patologie infettive erano frequenti. Nessuno aveva un'attività lavorativa stabile. Sentivano la società intorno a loro come nemica, ostile, refrattaria ad aiutarli loro nel momento del bisogno o anche solamente disposta ad ascoltarli.

1.2. L'inizio del percorso

La morte era un tema sempre presente fra i ragazzi che si riunivano attorno alla panchina.

D'altra parte molti di loro, effettivamente, morivano.

Erano gli anni in cui l'AIDS cominciava a mietere le sue vittime. Questa paura comune divenne evidente nei colloqui che i ragazzi avevano presso il Ser.T.

Uno dei medici prese allora l'iniziativa di proporre ad una ventina di loro una qualche iniziativa per discuterne.

Il medico conosceva il poeta Andrea Zanzotto, che nelle sue poesie parla esplicitamente proprio della morte.

Al poeta fu allora chiesto di incontrare i ragazzi e di parlarne con loro.

L'incontro ebbe luogo nell'autunno del '95 al Ridotto del Teatro Verdi di Pordenone, aperto a tutta la cittadinanza, con il titolo *L'uomo di fronte ai fatti estremi*.

È stata la prima iniziativa di quelli che poi diventarono I Ragazzi della Panchina.

La sera dell'incontro la sala era gremita di ragazzi, non solo tossicodipendenti, ma anche genitori e comuni cittadini.

Molti dei ragazzi si presentarono "fatti", altri andavano a "farsi" nei bagni durante l'incontro.

Era un continuo via vai di gente che entrava e usciva, gente che stava male, gente che parlava.

Non certo la tipica serata di lettura di poesie.

Eppure tutti prestavano una grande attenzione al poeta e le domande che gli furono rivolte dopo la lettura erano numerose e partecipative, soprattutto sulla dignità dell'uomo di fronte alla morte.

Insomma, ci si cominciava a render conto che era possibile trovare modi diversi di stare insieme, e che alcuni temi, se pur molto personali, potevano essere condivisi da tutti e discussi con persone esterne al gruppo. Emerse la voglia di incontrarsi di nuovo e di avviare un gruppo terapeutico.

Il successivo incontro ebbe luogo nei locali del Ser.T. dove si presentarono dieci ragazzi.

Il tema scelto questa volta era l'eutanasia.

Tutti parlavano contemporaneamente, gli interventi erano caotici e difficili da gestire, venivano raccontate storie personali, opinioni, paure, angosce.

Però, da quel giorno il gruppo cominciò a riunirsi sistematicamente e ad auto-organizzarsi, sviluppando modalità di gestione interna attraverso ritualità di aggregazione, che servivano a ritrovare la loro identità.

In modo democratico furono stabilite alcune semplici regole, per esempio non ammettere alla seduta chi si fosse presentato "fatto" o ubriaco.

I comportamenti inopportuni venivano redarguiti.

Tutto il primo periodo fu contraddistinto da discussioni incentrate sulla morte e sul concetto di dignità. Nacque gradualmente

nei ragazzi il desiderio di lasciare dopo di sé qualcosa di utile e di concreto che li facesse ricordare come esseri umani.

Il loro atteggiamento smise pian piano di essere lamentoso e divenne propositivo, si scambiavano idee su ciò che gli sarebbe piaciuto realizzare tra loro.

È stato un processo lento reso difficile dall'impulsività che li caratterizzava.

Qualsiasi difficoltà si presentasse produceva frustrazione e ricadute in stati d'umore rassegnati e arrendevoli.

Nacquero altre iniziative come per esempio la pubblicazione del libro "I ragazzi della panchina. Poesie, lettere, interviste e testimonianze" a cura di Letterio Scopelliti, che raccoglieva scritti brevi, poesie, considerazioni e opinioni intorno ai temi della droga, dell'AIDS e della morte.

Il libro apriva una finestra sui pensieri di quelle stesse persone che, incontrate per strada, venivano evitate e ne fece conoscere il loro lato umano.

Ha costituito il riconoscimento sociale di un'identità.

Il libro ottenne un tale successo che li sovraespose all'opinione pubblica.

I ragazzi erano emotivamente fragili e non riuscivano ad accettare completamente questa nuova realtà. Soprattutto non volevano essere ricordati come i "tossici buoni" contrapposti alla gran massa di "tossici cattivi", sostituendo uno stereotipo con un altro.

Volevano mostrare l'essere umano che c'è nel tossicodipendente come in ogni altra persona.

Nel complesso il libro costituisce un importante attestato che permette all'opinione pubblica di superare in parte lo stereotipo e di vedere nella persona con problemi di droga non solo i "problemi", ma anche la "persona".

In altri termini, l'assunto secondo cui il valore del tossicodipendente come individuo sarebbe potuto emergere solo da un ben preciso "riscatto", ovvero l'abbandono della tossicodipendenza, comincia ad essere posto in dubbio.

Si comincia a sospettare che il tossicodipendente, come ogni altro, possa avere un suo valore intrinseco e possa essere in grado di dimostrarlo nelle sue azioni di pubblica utilità indipendentemente dalla persistenza o meno del suo problema di droga. Aiutati dal successo della pubblicazione "I Ragazzi della Panchina" sono riusciti anche ad entrare in contatto diretto con i giovanissimi cominciando ad andar nelle scuole per parlare della loro esperienza, raccontando direttamente cos'è la droga, cosa provoca e in quanti modi uccide.

Gli studenti si mostravano molto interessati.

Gli insegnanti e genitori lodavano la qualità dei loro interventi, li ringraziavano per la loro partecipazione e scrivevano loro lettere partecipative.

Gli inviti da parte di istituzioni scolastiche iniziarono a giungere da tutta Italia, tant'è che dal successo di questa iniziativa ne seguì nel '96 un documentario intitolato *Casella postale 121* di Mercuri e Rubini.

Il titolo si riferiva ad un recapito postale temporaneo del gruppo e il racconto si svolgeva con una serie di interviste che fotografavano l'avvento della malattia, la mancanza di sensibilità da parte della società, l'esigenza di avere un luogo più appropriato per incontrarsi.

Il documentario ottenne un premio internazionale.

Nell'aprile 1999 i ragazzi si costituirono come libera associazione registrata formalmente.

Tra gli obiettivi dello statuto possiamo leggere:

a) il recupero della dignità della persona tossicodipendente o sieropositiva;

- b) il coinvolgimento del sociale nelle problematiche inerenti alla tossicodipendenza e alla sieropositività;
- c) attraverso forme aggregative, il coinvolgimento della persona tossicodipendente o sieropositiva, valorizzandone la soggettività e il ruolo nella società;
- d) la tutela del gruppo "I Ragazzi della Panchina", per quanto riguarda qualsiasi aspetto adesso inerente anche marginalmente.

Nel 2000 l'associazione ottenne finalmente una propria sede, grazie all'appoggio della pubblica amministrazione e della curia vescovile.

È attiva ancora oggi nella vita civica e svolge la sua attività di ascolto e informazione, anche grazie al sito internet.

2. Il metodo

2.1. Il valore del gruppo

L'interpretazione sociale degli avvenimenti che hanno caratterizzato la storia del gruppo non può che cogliere una parte della realtà.

La necessità di porre attenzione ed interpretare anche dal punto di vista individuale i processi psichici che possono aver accompagnato l'evolversi del gruppo è suggerita da due fattori.

In primo luogo, per quanto il gruppo fosse preesistente e per quanto la motivazione alla reintegrazione possa essere interpretata in chiave sociale, il processo di cambiamento non è avvenuto in maniera del tutto spontanea; la manifestazione esplicita del desiderio di cambiamento e lo sviluppo delle capacità per realizzarlo sono in parte legate allo sforzo di rielaborazione personale di ciascun individuo, sforzo che sarebbe stato difficile in mancanza di un punto di riferimento esterno, come il medico del Ser.T. che li seguiva, che offriva ai ragazzi ascolto e comprensione.

In secondo luogo, in ogni fase della loro storia i ragazzi hanno mostrato una grande autoconsapevolezza di ciò che stava avvenendo loro; i "fattori sociali" sono stati sentiti, percepiti e a modo loro descritti come vissuti individuali dai ragazzi.

Il gruppo non si è mosso come un'astratta entità superordinata, seguendo vie e perseguendo scopi in qualche maniera "distanti" dalla realtà psicologica dei suoi appartenenti.

La dimensione sociale e quella individuale, piuttosto, tendono a trovare un punto di incontro nel vissuto soggettivo dei ragazzi.

Il progredire psicologico dei Ragazzi della Panchina, nel loro primo decennio di esistenza, si è svolto non come una ricostruzione, ma piuttosto come una rivalutazione della loro identità.

Filo conduttore di tutto il processo di cambiamento è stato infatti la volontà di dimostrare il proprio valore, riguadagnare la propria dignità, affermarsi come esseri umani con o senza la droga. Paradossalmente si può sostenere, senza essere lontani dal vero, che l'obiettivo principale dell'intervento non sia stato il recupero dalla tossicodipendenza intesa come uso di droga, ma piuttosto il recupero dalla devianza che la tossicodipendenza aveva creato.

Il successo nella riduzione della dipendenza da sostanze, in alcuni casi con remissione completa e senza recidive, è da considerarsi strumentale rispetto all'obiettivo primario che è il recupero del valore e dell'identità del tossicodipendente in quanto persona.

Il primo passo verso l'integrazione è stato la ricerca di una rappresentanza sociale.

Quello che ha determinato il cambiamento negli atteggiamenti verso l'offerta di trattamento è stato il cambiamento dei termini dell'offerta stessa.

Fino a che l'offerta si è mantenuta come "offerta di terapia" implicava l'assunzione dello stato di malattia e quindi di uno stigma.

L'obiettivo primario dei ragazzi era invece quello di uscire da esso.

Il cambiamento dell'offerta di trattamento è avvenuto in due modi:

a) cambiando l'obiettivo dei fruitori dell'intervento: da "uscita dalla tossicodipendenza" a "uscita dalla devianza"; l'uscita dalla tossicodipendenza è la strategia adottata dai trattamenti istituzionali tipici come la comunità o le terapie classiche; tale prospettiva non era percorribile perché i ragazzi avevano ampia pratica di terapie comunitarie e avevano sviluppato la convinzione, in parte corretta, che con l'uscita dalla tossicodipendenza non si recuperi uno status di non-deviante, ma solo un nuovo ruolo di ex-deviante, che per essere mantenuto deve essere associato alla continua svalutazione di "ciò che si era prima" per dare spazio alla valutazione di "ciò che si è ora", una sorta di frattura nell'identità, che poco si accordava con i desideri di rivalutazione dei ragazzi;

b) cambiando il modo in cui viene formulata l'offerta per andare incontro agli obiettivi reali dei fruitori: l'offerta era quella di discutere i temi a loro cari, lasciando a ciascuno il pieno diritto di esporre il proprio parere su un piano paritario; credere nel valore e nella dignità di ogni individuo è stato il primo passo per fare effettivamente sviluppare il valore e la dignità nell'individuo, non più solo nei pensieri, ma anche negli atti e nei comportamenti.

In particolare la tematica della morte è stata un punto di inizio che ha consentito di esprimere le fortissime angosce che i ragazzi provavano e cercare insieme una soluzione.

Ai ragazzi non interessava dimostrare a se stessi il proprio valore, interessava piuttosto dimostrarlo a una società che li rifiutava.

Tutto quello che hanno fatto, la pubblicazione del libro, il documentario, gli interventi in scuole e convegni, era motivato dalla ricerca di ammirazione e accettazione pubblica: solo attraverso di essa hanno potuto guadagnare l'autostima di cui avevano bisogno.

E questo ha segnato l'inizio di un nuovo dialogo con la società: la giunta comunale, la curia, le forze dell'ordine, alcuni esponenti politici.

2.2. Gli elementi positivi del trattamento di gruppo

Ecco un elenco degli elementi positivi che potrebbero rivelarsi altrettanto utili in altri contesti.

a) Uscita dalla tossicodipendenza versus uscita dalla devianza

Le terapie classiche precedenti non hanno avuto successo con questo tipo di pazienti.

Queste forme di trattamento si sono poste l'obiettivo esplicito di ottenere l'abbandono della dipendenza da sostanze stupefacenti.

Focalizzando l'attenzione sulla tossicodipendenza, gli interventi la mantengono nel ruolo di entità centrale nelle vite dei fruitori. Tali terapie riescono nell'eliminare la tossicodipendenza, ma non riescono ad eliminare la devianza, in quanto l'individuo continuerà a costruire l'immagine di sé in base a concetti diversi da quelli di tutti gli altri individui.



Visto a posteriori, l'intervento sui Ragazzi della Panchina si differenzia dagli interventi di tipo tradizionale soprattutto nel suo obiettivo: uscita dalla devianza secondaria, più che da quella primaria. In altri termini recupero della qualità della vita, della dignità personale, del senso di competenza e di valore che dovrebbero caratterizzare intrinsecamente ogni persona.

Ponendosi con questo obiettivo, il trattamento è stato accettato da un gruppo estremamente resistente alle terapie e in una significativa percentuale di casi si è verificato l'abbandono della tossicodipendenza.

b) Importanza del trattare un gruppo preconstituito

Il gruppo nel suo complesso, dal momento della sua costituzione, ha accettato il trattamento e l'ha proseguito unito. In questa maniera tutto il sistema di valori che teneva aggregati gli elementi del gruppo ha subito un processo di trasformazione graduale che ne ha aumentato la coesione, impedito le defezioni ed evitato le recidive.

Il trattare il gruppo come unità ha permesso a sua volta di trattare i tossicodipendenti senza sradicarli dai loro legami amicali e affettivi, elemento indispensabile per recuperare il loro valore di individui.

c) Gratificazione al valore degli individui

Ciò che caratterizza il deviante è lo stigma che egli si porta appresso.

I Ragazzi della Panchina erano realmente "assetati" di riconoscimento della loro umanità: il discutere problemi di morte, di amicizia, di dignità e di poesia è stato un modo, tra i tanti possibili, per non discutere direttamente ed esplicitamente di problemi di droga.

In tal modo è stato possibile togliere dal focus dell'attenzione lo stigma e cominciare a superare la barriera della devianza.

d) L'integrazione nella società e il riconoscimento pubblico

Quest'ultimo fattore è stato importantissimo, anche se forse è il meno replicabile in altre situazioni. L'integrazione, permettendo

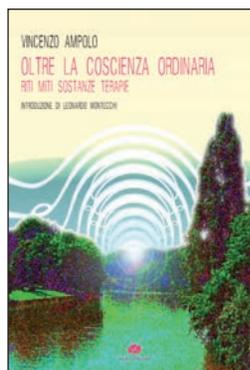
un graduale recupero della devianza secondaria, ha avuto un effetto altamente positivo sul recupero dalla tossicodipendenza ed è comunque sensato suggerire che i tentativi di riabilitazione comincino a valutare strategie di integrazione dirette piuttosto che l'usuale strategia della segregazione-reinserimento.

Questi sono i fatti dei primi anni di attività dei Ragazzi della Panchina, nel tempo questo progetto di recupero si è evoluto, ancora oggi continua il suo lavoro sul territorio, ma di questo ne parleremo nella prossima puntata.

Bibliografia

- Aa.Vv. (1997), *Atti della seconda conferenza nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope e sull'alcoldipendenza*, Napoli, 13-15 marzo. A cura della presidenza del Consiglio dei Ministri, Divisione Affari Sociali.
- Aa.Vv. (1997), *Riassunti dell'XI convegno nazionale su Aids e sindromi correlate*, Pisa 13-15 novembre, a cura dell'Associazione Nazionale per la Lotta contro l'Aids.
- Aa.Vv. (1998), *Nei giardini che nessuno sa: esperienze di promozione della salute nella scuola*, Ministero della Pubblica Istruzione e della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Divisione Affari Sociali, Roma.
- Becker H.S. (1963), *Outsider. Saggi di sociologia della devianza*, edizioni Gruppo Abele, Torino, trad. it. 1987.
- Leonardi F., Melosi S., Salvini A., Zanin M. (1998), "Stabilità e cambiamento dell'identità: l'interazione tra tossicodipendente e terapia comunitaria", in Salvini A., Zanellato L. (a cura di), *Psicologia clinica delle tossicodipendenze*, Lombardo editore, Roma.
- Mercuri B., Rubini I. (1996), *Casella Postale 121: i ragazzi della panchina*, Videe, Pordenone. Documentario video.
- Merlo F. (2008), *Noi!! Viviamo. La nuova strada dei Ragazzi della Panchina*, Edizioni RDP, Pordenone.
- Milanese R. (1998), "La costruzione e il mantenimento dell'identità deviante", in Salvini A., Zanellato L. (a cura di), *Psicologia clinica delle tossicodipendenze*, Lombardo editore, Roma.
- Ravenna M. (1997), *Psicologia delle tossicodipendenze*, Il Mulino, Bologna.
- Scopelliti L. (1996), *I ragazzi della panchina*, Videe, Pordenone.

RECENSIONE



Vincenzo Ampolo

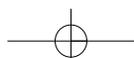
OLTRE LA COSCIENZA ORDINARIA Ritmi miti sostanze terapie

pp. 152, € 15,00
Editore: Kurumuny

Una cartografia degli stati di coscienza non ordinari, quasi un diario di viaggio, un resoconto di esplorazioni in territori sconosciuti. Le regioni del viaggio sono quelle della mente. L'immaginazione che si apre a spazi di realtà e a forme di coscienza che combattono il pensiero unico, producendo numerose linee di fuga che rompono gli

stereotipi che imprigionano il pensiero. Gli stati modificati di coscienza sono risorse per ritrovare strade, aprire varchi, allargare la coscienza che poi diventa conoscenza.

Vincenzo Ampolo, Psicologo-Psicoterapeuta di formazione analitica e umanistico-esistenziale, saggista e formatore. Tra i più attivi collaboratori della rassegna internazionale di psicologia L'Immaginario, ha diretto riviste di pedagogia, psicologia e studi interdisciplinari, pubblicato numerosi saggi di psicoterapia analitica e psicologia sociale, in volumi collettivi e riviste di settore. Dal 1982 coordina le attività dell'Ente Morale di Ricerca, Formazione e Terapia "Perseo" e collabora con Istituti di formazione e con le Università di Lecce, Bari e Genova per progetti di ricerca, attività didattiche e divulgazione scientifica. Tra i testi curati dall'autore: *La pratica del creativo* (1988); *Extasy e dimmi che non vuoi morire* (1997); *Musica droga e transe Materiali di ricerca* (1999); *Diario e Dintorni* (2001); *Voci dell'anima. Scrittura narrazione e pratica analitica* (2004); *Dissociazione e creatività. La transe dell'artista* (2005); *Martha Nieuwenhuijs tra eros e logos* (2009).





Analisi del capello

una scelta appropriata ed innovativa

Migliora la compliance del paziente ⁽¹⁾

Contribuisce ad aumentare l'efficacia terapeutica

Rappresenta il sistema di monitoraggio più adatto per i pazienti stabilizzati

Risolve i dubbi legati alla provenienza del campione biologico

Evidenzia l'eventuale consumo occasionale

Riduce i costi organizzativi, sociali e di analisi ⁽¹⁾

⁽¹⁾ C. Leonardi et al "Studio multicentrico nazionale per la valutazione della potenza analitica di un metodo di dosaggio delle sostanze d'abuso in matrice cheratinica" MISSION n° 28 - Gennaio 2010

Semplicità analitica con i nuovi prodotti VMA-T e M3 di Comedical.

Comedical s.a.s.
via della Cooperazione , 29 - 38123 Mattarello (TN)
tel. +39 0461 945 876 - fax +39 0461 944 570 - www.comedicaltrento.it



La linea VMA-T Comedical è distribuita in Italia da:
B.S.N., via del Lavoro, 18/20 - 26012 Castelleone (CR)
tel. +39 0374 351 005 - fax +39 0374 579 65 - www.bsn-srl.it



IX Premio Nazionale FeDerSerD

La diagnosi di gravità nei pazienti in cura con metadone

La diagnosi di gravità nei pazienti eroinomani appare, in questo ultimo anno, essere al centro delle riflessioni degli operatori e della interpretazione dei dati delle principali ricerche scientifiche.

Siamo ormai consapevoli dei limiti non solo del DSM IV ma anche dell'ICD 9 e dell'ICD 10 a tal riguardo.

Siamo ancora alla ricerca di un percorso diagnostico utile per una diagnosi più raffinata della patologia che curiamo.

Solo partendo da una diagnosi di gravità della patologia da eroina possiamo porre in essere interventi terapeutici più efficaci; rispondendo a domande del tipo:

- Perché lo stesso programma di cura produce risultati così diversi?
- Abbiamo indicatori che ci aiutano a predire i risultati delle nostre cure?
- Quali indicatori ci guidano nel personalizzare i programmi di cura?
- Quali percorsi di valutazione ci guidano per riconsiderare il nostro lavoro nell'ottica del miglioramento continuo?

FeDerSerD indice per l'anno 2013 il IX premio nazionale su

“La diagnosi di gravità nei pazienti in cura con metadone”

Il premio si articola in due settori: [settore A](#) e [settore B](#).

Nel [settore A](#) si promuove [la raccolta di casi clinici](#) centrata sugli aspetti e sugli strumenti diagnostici e sulla valutazione di gravità della condizione clinica dei pazienti in cura con metadone.

Questa raccolta ha come obiettivo quello di [valorizzare la esperienza dei servizi e dei centri di cura](#).

Nello specifico i lavori valorizzeranno:

- [la peculiarità del caso o della casistica presentati](#);
- [l'attenzione anche a situazioni specifiche quali policonsumo e/o modalità di consumo per via inalatoria](#);
- [gli strumenti diagnostici e terapeutici utilizzati](#)

Nel [settore B](#) si accoglieranno [ricerche scientifiche](#) che abbiano come oggetto il tema del premio.

Saranno [valorizzate le ricerche tendenti a individuare il più efficace percorso diagnostico, gli elementi da porre in evidenza per una diagnosi di gravità che si esprima con un indicatore](#) (come ad esempi la classe NYHA per lo scompenso cardiaco congestizio o l'asse V del DSM IV).

L'elaborato di cui al [settore A](#) dovrà avere una [lunghezza di 8-14 mila battute, oltre ad eventuali 2-4 tabelle e/o grafici](#).

L'elaborato di cui al [settore B](#) potrà avere una [lunghezza fino a 20.000 battute e fino a n. 10 tabelle e/o grafici](#).

Tutti i lavori inviati saranno pubblicati in un volume con evidenza di tutti gli autori partecipanti e segnalati. È ammessa la partecipazione fino a 4 lavori per ciascuno autore.

Una commissione composta da membri del Comitato Scientifico Nazionale di FeDerSerD selezionerà 5 lavori di cui 2 del settore A e 3 del settore B a cui sarà assegnato un premio di 2.000,00 euro ciascuno. Il giudizio è insindacabile.

Le premiazioni avverranno nel corso del congresso nazionale che FeDerSerD terrà a Roma in ottobre 2013.

I lavori devono pervenire entro il [20 settembre 2013](#) all'indirizzo federserd@expopoint.it

La formazione sulle dipendenze patologiche: possono i Ser.D. avere una funzione didattica vicariante nei confronti dell'Università? Alcune opportunità da non tralasciare

Fabio Lugoboni*, Marco Faccini*, Rebecca Casari*, Patrizia Guadagnini*, Paolo Delaini*

SUMMARY

■ *The substance use disorder is probably the most prevalent disease in our country. Adding smokers, heavy drinkers and illicit drug users, the numbers come out relevant and the impact on health and society, dramatic. Yet such prevalence, morbidity and mortality do not draw attention they deserve, despite a good availability of effective treatments. The training of health workers is undeniably a crucial issue in order to deliver to those who suffer from an addiction an useful treatment. Unfortunately, in the case of addiction, it does not. This lack of academic specific training involving all levels of medical education and other health professionals (nurses, psychologists, social workers etc.). Also in other countries, such as the United States, have been noted a profound discrepancy between the significant public health problem of substance abuse and the access to treatment for addicted individuals. Part of the insufficient access to treatment is a function of relatively low levels or professional experts in addiction medicine.*

This gap too often causes a lack of involvement in the processes of care (with a partial exception perhaps for alcoholism), considering the doctors to quit smoking, drinking, using drugs, a private affair of the patient, linked more to his bad habit rather than to a "normal brain disease", deserving to be diagnosed and treated like any other illness. In the case of addiction to illicit drugs competence is entirely delegated to the Addiction Clinics (Ser.D.), possibly lifetime. Such a narrow view will encounter increasingly difficult to sustain over a period of severe restrictions of investments, such as the current one. Faculty development programs are needed to overcome the stigma, poor attitudes, and deficient skills among physicians who provide education and leadership for medical students and residents. This article illustrates a decade of intense training activity undertaken by a small group of physicians, sourced from Ser.D., which has been able to play a significant role in the local University and, therefore, in other important formative events connected. ■

Keywords: drug dependence, addiction, education, treatment, university, training.

Parole chiave: dipendenza da sostanze, addiction, formazione, trattamento, università, training.

"Everything in Health is complicated
and nothing is simple".
(Grimshaw)

Introduzione

Ogni processo medico-sanitario non può trascurare due elementi di fondamentale importanza: la diagnosi ed il trattamento. È innegabile che questi 2 elementi, che si affineranno poi con l'esperienza individuale nata dalla pratica, debbano entrare a far parte dell'iter formativo universitario di ogni operatore di salute.

* Unità di Medicina delle Dipendenze, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona (AOUIV).

La formazione dei medici, in particolare, è innegabilmente un problema cruciale per poter erogare alla popolazione le cure di cui necessita.

Purtroppo nel caso della dipendenza da sostanze (pur essendo la prima causa di morte evitabile nei paesi medicalmente più sviluppati), ciò non avviene come dovrebbe [1-3].

Questa mancanza di formazione specifica coinvolge tutti i gradi formativi che un medico e altri operatori di salute (infermieri, psicologi, assistenti sociali, educatori professionali ecc.) devono affrontare per poter ricoprire un ruolo curativo, sia a livello dei corsi di laurea che di quelli di specializzazione.

La maggior parte dei medici non si sentono competenti nel trattare le dipendenze e questo comporta che raramente i medici trattano le dipendenze.

Il trattamento dell'abuso di sostanze è generalmente considerato una patologia al limite della medicina, particolarmente poco gratificante.

Naturalmente non si tratta di un problema limitato al nostro paese bensì diffuso in molti paesi medicalmente avanzati [4-6]. Molte sono le patologie studiate in medicina che non si vedranno mai nel corso della vita professionale, a scapito di patologie veramente frequenti e letali come la dipendenza da eroina, cocaina, sempre per non parlare dei *big killer* alcol e fumo.

L'assenza di formazione specifica comporta una significativa mancanza di coinvolgimento nei processi di cura (nel senso ampio del termine), ritenendo troppo spesso l'uscita da una dipendenza più un evento che un processo, più un fatto privato del paziente, legato ad una sua cattiva abitudine, piuttosto che "una normale malattia mentale" codificata e con precise linee-guida nella cura.

Questi sono i motivi per cui le *addiction* dovrebbero essere parte integrante dell'insegnamento universitario [1-7].

È ritenuto assodato da una corposa letteratura scientifica che un'efficace azione per promuovere un affrancamento dalle dipendenze patologiche debba prevedere quasi sempre una duplice azione di counseling e di trattamento farmacologico (quando disponibile), poiché i tentativi individuali del paziente senza adeguato sostegno sono spesso destinati a fallire nel breve termine.

I medici oppongono a queste osservazioni generalmente 3 obiezioni: la mancanza di tempo da dedicare al paziente con questo tipo di patologia, la mancanza di formazione specifica e la presenza di strutture specialistiche come i Ser.D. [5,6,9,10].

Una tale visione a compartimenti stagni presenta sempre più difficoltà a reggere in un periodo di forti restrizioni di investimenti come quello attuale e sempre più frequentemente, e da più parti, viene ipotizzato che la medicina territoriale potrebbe (o dovrebbe) occuparsi dei casi meno complicati di dipendenza e/o di quelli stabilizzati dopo cure specialistiche.

Avviene così per quasi tutte le patologie croniche, dal diabete mellito all'ipertensione, dalla BPCO alla cardiopatia ischemica. La formazione degli studenti non viene fatta per un motivo molto semplice: mancano gli insegnanti preparati a questo [5,6].

È ovvio che non si può insegnare quello che non si conosce.

Anche in un campo molto meno stigmatizzante come il tabagismo, con riferimento alle Scuole di Specialità di Pneumologia Italiane, è desolante osservare la carenza di formazione denunciata dai medici (Tab. 1).

Il processo rischia di diventare un circolo vizioso che va necessariamente interrotto.

Una valida formazione universitaria e post-laurea dovrebbe avere 3 obiettivi: superare lo stigma negativo nei confronti dei pazienti affetti da queste patologie, fornire le basi fisiopatologiche e far conoscere i trattamenti e le risorse esistenti [4,5,6].

L'articolo illustra un decennio di intensa attività formativa intrapresa da un piccolo gruppo di medici ospedalieri, provenienti da lunghi periodi d'attività presso Ser.D. del Veneto, che è riuscito a ritagliarsi un ruolo significativo all'interno dell'Università locale e, di conseguenza, in altri importanti spazi formativi.

Obiettivi

Abbiamo voluto descrivere in questo articolo in modo dettagliato tutti i momenti formativi legati in modo diretto ed indiretto all'*addiction*, dalla fenomenologia, alla diagnosi, alle patologie correlate ed alle cure, effettuati nel corso dell'ultimo decennio dall'Unità Semplice Organizzativa di Medicina delle Dipendenze (MDD) dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata (AOUI) di Verona.

Obiettivo dichiarato di questo articolo è di invogliare altri servizi che si occupano di dipendenze patologiche, i Ser.D. *in primis*, a percorrere strade analoghe nel tentativo di disseminare sempre più conoscenze sull'*addiction* per completare l'azione terapeutica e permettere ad un maggior numero possibile di soggetti migliori *chances* di trattamento.

Una più adeguata formazione permetterebbe ai Ser.D. di acquisire personale più motivato e più conscio della propria *mission* come avviene in tutti i centri specialistici, invece del "salto nel buio" di cui tutti, credo, conserviamo memoria [11,12].

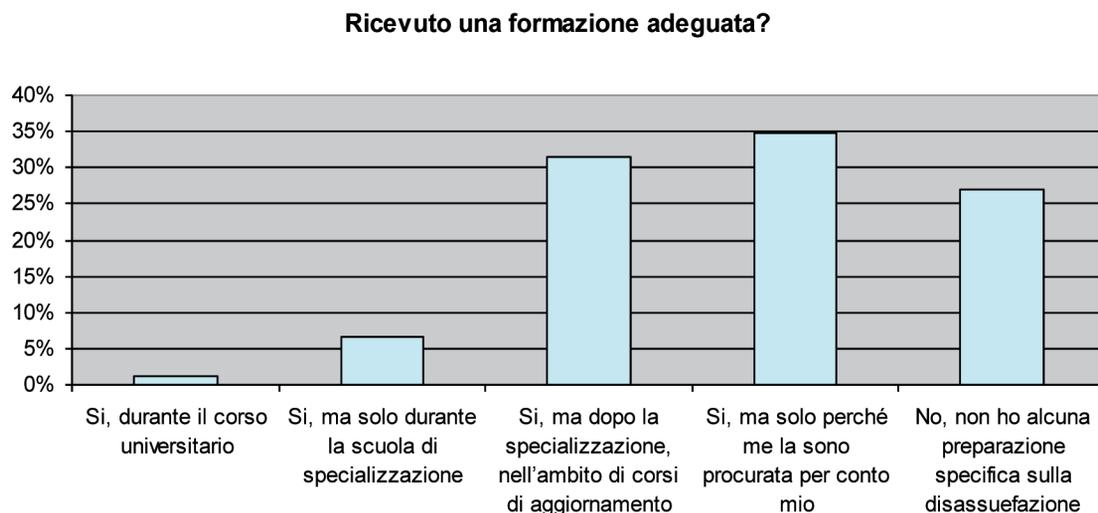
Dove è stato possibile sono stati valutati anche i risultati dell'azione educativa.

Metodi

MDD è un'unità semplice organizzativa, aggregata ad una delle 3 Medicine del Policlinico GB Rossi dell'AOUI di Verona [13].

Questo ha permesso a MDD di avere una larga autonomia operativa ed un *budget* autonomo. Attualmente l'unità consta di 1 medico responsabile, 1 medico titolare di incarico di alta specialità in alcologia, 1 dirigente medico a tempo determinato, tutti 3 di formazione internistica, 2 con lunga esperienza nei Ser.D.

Tab. 1 - Formazione ricevuta in ambito pneumologico; dati nazionali



Il servizio dispone inoltre di 1 amministrativo a tempo indeterminato e di 1 psicologo borsista, con esperienza acquisita in comunità terapeutica.

Intorno al servizio ruotano solitamente 1-3 psicologi tirocinanti. MDD dispone di 4 letti di degenza, interamente dedicati alla disintossicazione da sostanze.

I medici di MDD sono normalmente coinvolti nell'attività ambulatoriale divisionale, di consulenza ai reparti, di guardia attiva notturna e festiva interdivisionale.

Nell'assistenza ai degenti sono coinvolti gli infermieri dell'adiacente reparto di Malattie Infettive.

Storia di un'esperienza formativa

La prevalenza di medici d'inquadramento ospedaliero all'interno di un policlinico universitario impone spesso un loro frequente impiego nell'attività didattica, essendo solitamente difficile per i medici universitari adempiere ai loro doveri di assistenza, didattica e ricerca senza il supporto dei colleghi ospedalieri.

Anche MDD è stata cooptata nel processo d'insegnamento ma, visto il campo di interessi ritenuto sicuramente cadetto rispetto ad altri temi, è sempre stato chiesto molto poco a livello didattico.

All'inizio, circa 10 anni fa, le sole opportunità di didattica erano un corso elettivo sulle droghe d'abuso di 6 ore ed 1 ora di lezione, ogni 2-3 anni, alla scuola di Specialità in Medicina Interna. L'opportunità di questi 2 filoni d'insegnamento esistenti ha portato MDD ad autocandidarsi per nuovi corsi elettivi (CE) per gli studenti di medicina.

I CE costituiscono parte integrante del curriculum formativo dello studente di medicina, fornendo almeno 15 crediti sui 360 solitamente richiesti.

Essi sono stati pensati per la personalizzazione del curriculum dello studente e per un allargamento culturale.

Si richiamano esplicitamente a principi di multidisciplinarietà e di inclusione di argomenti normalmente non compresi nel *core curriculum* dei Corsi ad Insegnamento Integrato.

La tipologia dei CE può essere basata su:

- Corsi monografici
- Seminari
- Internati clinici e di laboratorio
- Partecipazione certificata a Convegni e Congressi
- Frequenza in ambulatori di medicina generale
- Internati elettivi in cliniche accreditate
- Frequenza di Corsi Integrati presso altre facoltà
- Attività culturali promosse dalle associazioni studentesche

A ben vedere i CE si prestano a non poche soluzioni e proposte anche al di fuori dallo stretto ambito accademico.

Attualmente, presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Verona, i CE tenuti da MDD sono 9 con la presenza studentesca numericamente più significativa tra tutti gli altri innumerevoli corsi proposti dalla facoltà.

Infatti, contro una media di 10-15 studenti, i CE di MDD contano una presenza molto più alta.

Gli argomenti trattati nei CE sono (Tab. 2):

- Storia d'uso, abuso e dipendenza dalle droghe (di 6 ore, per 60 studenti)
- Droghe d'abuso (di 8 ore, 2 ore dedicate a spiegare il funzionamento di un Ser.D., per 60 studenti)
- Alcolismo (di 6 ore, per 60 studenti)
- Dipendenza da psicofarmaci (di 4 ore, per 60 studenti)
- Tabagismo (di 6 ore, per 60 studenti)

Tab. 2 - Attività didattica annuale di MDD

- **Corsi Elettivi Universitari annuali: 9 (46 ore/anno)**
- **Corso di Perfezionamento e Master Universitari: (8 ore/anno)**
- **Lezioni frontali c/o Scuole di specialità:**
 - **Scuola di spec. Medicina Interna (4 ore/anno)**
 - **Scuola di spec. Psichiatria (4 ore/anno)**
 - **Scuola di Formazione medicina Generale (6 ore/anno)**
 - **Scuola di spec. Medicina d'Urgenza (4 ore/anno)**

- Conduzione di gruppi terapeutici (interattivo, di 6 ore per massimo 40 studenti)
- Colloquio motivazionale (interattivo, di 6 ore per massimo 15 studenti)
- Aspetti psicopatologici delle dipendenze (di 4 ore, per 60 studenti)
- Aspetti clinici e sociali della prostituzione (di 4 ore, per 60 studenti)
- Problematiche d'abuso dei *pain killer* oppioidi (di prossima istituzione)

I CE, negli ultimi anni, hanno sempre fatto il tutto esaurito come presenze.

Il limite numerico è imposto dalla capienza delle aule e, se interattivi, da esigenze di didattica.

Le lezioni di specialità sono cresciute più gradualmente ma, essendo rivolte a medici laureati, offrono una formazione potenzialmente più incisiva.

Attualmente le scuole di specializzazione interessate dall'attività didattica sono 4 (Medicina Interna, Psichiatria, Scuola di Formazione in Medicina Generale e Medicina D'Urgenza).

Le lezioni consistono in 4-6 ore di lezione frontale per anno.

Di particolare rilievo il rapporto con la Scuola di Psichiatria.

Grazie al nuovo ordinamento delle scuole di specializzazione, gli specializzandi, nell'ambito del cosiddetto "tronco comune", fanno un periodo di 2 mesi (durante il primo ed il secondo anno) dove, oltre alla corsia, frequentano i nostri letti ed ambulatori imparando a diagnosticare ed trattare in urgenza le dipendenze, come avviene in alcune esperienze pilota americane [14-15].

Particolarmente utile per gli specializzandi si è rivelata la conduzione con tutor delle consulenze nei reparti per i casi di dipendenza.

È cosa nota infatti che lo psichiatra venga messo maggiormente in difficoltà dai casi acuti con doppia diagnosi [16,17].

L'iter prevede anche la visita ad un Ser.D.

MDD ha inoltre stipulato 3 convenzioni con altrettante Università per tirocinanti psicoterapeuti di formazione cognitivo-comportamentale, una presenza significativa perché si tratta solitamente di psicologi con buone capacità di lavoro, se ben integrati nelle attività cliniche.

Per il corso di laurea in Scienze Infermieristiche, MDD ha insegnato da anni dipendenza dalle droghe e da benzodiazepine.

Da quest'anno, su richiesta della scuola stessa, verrà incluso anche il tabagismo.

L'insegnamento presso Scienze Infermieristiche è uno dei più proficui, interessando circa 300 studenti per seminario.

Nonostante sia noto e radicato uno stigma negativo anche per gli infermieri nei confronti dei pazienti dipendenti da sostanze [4], è da questo ramo d'insegnamento che sono giunte più frequentemente richieste di tesi di laurea, normalmente 4-5 per anno.

Ma il ramo formativo più incisivo è un altro ancora: quello dei medici tirocinanti per l'esame di stato.

MDD ha visto inizialmente con scarso favore la presenza di questi giovani medici inviati per un mese a frequentare, tra gli altri, un reparto di medicina o assimilati, per il fatto che insegnare loro l'attività di corsia è molto impegnativo in termini di tempo; mentre gli specializzandi sono autorizzati a svolgere mansioni effettive, i tirocinanti no.

L'esperienza ci ha insegnato che questi neolaureati, quasi sempre assegnati in modo casuale alle strutture che ne fanno richiesta, mostrano vivo interesse per le tematiche inerenti alle dipendenze. Lo stesso discorso può essere esteso ai tirocini post laurea in Psicologia.

L'esperienza accumulata e la presenza di altre realtà legate alla ricerca in neuroscienze dell'Università di Verona, prima fra tutte quella portata avanti dal prof. Christian Chiamulera, ci ha permesso di tenere lezioni sulla dipendenza da benzodiazepine nel master universitario, organizzato dalla Facoltà di Farmacologia dell'Università di Verona sulle "Reazioni avverse ai farmaci", giunto alla sua terza edizione e di organizzare un Corso di Perfezionamento Universitario in Tabagismo, che vede quest'anno la sua seconda edizione e che, nelle intenzioni del suo comitato scientifico, dovrebbe diventare permanente ed abbracciare tutte le sostanze.

Risultati

È difficile portare dei risultati concreti sull'intensa attività formativa svolta.

Possiamo farlo in modo parziale, valutando la partecipazione ai vari eventi, sempre molto elevata.

Nel caso dei CE è stata fatta una ricerca specifica, oggetto di una tesi di laurea in Medicina e Chirurgia.

Ad un campione di studenti di medicina è stato somministrato un questionario su conoscenza e training relativi alle tecniche di cessazione del tabagismo.

Allo studio hanno aderito 100 studenti del 4° anno (66% degli iscritti).

Una buona conoscenza delle tematiche legate al fumo (dalla diagnostica alla terapia) è stata riscontrata dal 47% al 61% dei casi [A. Canello. Dati non pubblicati].

Altre 2 tesi in Scienze Infermieristiche hanno evidenziato un elevato indice di apprendimento, sia a livello interno (pre-post test al primo ed al terzo anno), sia nei confronti di un gruppo infermieristico strutturato, formato all'esterno del Policlinico, su tematiche spesso trascurate dai medici stessi come la dipendenza dalle benzodiazepine, oggetto di uno specifico seminario attivato da alcuni anni da MDD per gli studenti di Scienze Infermieristiche [B. Tonin, S. Serra. Dati non pubblicati].

Il risultato delle lezioni di specialità è senza dubbio legato al notevole incremento delle richieste di consulenza per dipendenza presso i vari reparti, richieste più che raddoppiate negli ultimi 3 anni.

MDD ha ospitato numerosi convegni e congressi sulle dipendenze, nel corso degli anni.

Discussione

La formazione sulle dipendenze patologiche deve diventare un punto qualificante per portare l'offerta terapeutica ad un buon livello.

Organizzare dei CE sulle dipendenze è piuttosto facile.

L'importante è autocandidarsi.

Pensare che un professore universitario chiami di sua iniziativa un medico operante in un Ser.D. è cosa piuttosto remota.

Il medico (ma vale anche per altre figure professionali) deve iniziare a pensarsi come depositario di un bagaglio di conoscenze peculiari, clinicamente e socialmente rilevanti che altri intuiscano come utili ma non pensano di poter utilizzare.

Un collaboratore esterno, con titoli adeguati, secondo noi ha buone probabilità di suscitare l'interesse di qualche docente universitario attento. In fondo sono collaborazioni a costo zero, estremamente apprezzate attualmente.

I CE elettivi su temi così d'attualità, se ben condotti, trovano sicura attenzione da parte degli studenti che partecipano per libera scelta e senza sostenere esami.

Un po' più complessa è l'attività nelle scuole di specializzazione. Anche in questo caso però, essendo attività gratuite, è possibile col tempo dare un contributo che verrà senz'altro apprezzato e reiterato: l'importante, come sempre, è iniziare.

Lo stesso vale per le Scuole di Formazione in Medicina Generale, un'ibrida via di mezzo tra tirocinio e scuola di specialità a tutti gli effetti.

In questo caso i docenti sono medici di medicina generale, sicuramente più abordabili dei docenti universitari.

Anche in questo caso bisogna candidarsi.

Spesso questi corsi prevedono lezioni sull'alcolismo: si tratta solo di allargare la visuale didattica.

E questi potenziali discenti saranno i medici di medicina generale di un domani molto prossimo.

Lo stesso dicasi per le scuole di Scienze Infermieristiche.

L'insegnamento porta inoltre frequentemente la possibilità di richiesta di tesi che, apparentemente gravose, rappresentano un'opportunità per fare studi da cui originano pubblicazioni che andranno ad incrementare i titoli con cui poi ci si potrà andare a candidare dai docenti universitari, molto sensibili a questi aspetti.

Un circolo virtuoso.

Da non trascurare infine la presenza dei tirocini post-laurea, sia per medici che per psicologi.

Portare questi giovani laureati negli ambulatori dove si curano le dipendenze significa far vivere loro una situazione di apprendimento preziosa, superiore a qualsiasi formazione teorica.

La possibilità di istituire corsi *on-line* può essere allettante e costo-efficace, come dimostrato negli Stati Uniti [18-20], ma se non si riesce a suscitare un interesse precocemente nel corso di studi, sarà più difficile creare un coinvolgimento in professionisti già affermati, spesso con limitate disponibilità di tempo e con le già citate barriere mentali attivate.

La nostra esperienza dimostra che è possibile "catturare" l'attenzione dei giovani studenti su questi temi. L'importante è creare uno spazio per farlo.

"È necessaria una grande professionalità quando si ha a che fare con le vite degli altri".

(Chalmers)

Bibliografia

- [1] Friedmann P.D., McCullough D., Saitz R. (2001), "Screening and intervention for illicit drug abuse: a national survey of primary care physicians and psychiatrists", *Archives of Internal Medicine*, 161: 248-251.

- [2] Rasyidi E., Wilkins J.N., Danovitch I. (2012), "Training the next generation of providers in addiction medicine", *Psychiatr Clin North Am*, 35: 461-480.
- [3] Isaacson J.H., Fleming M., Kraus M. (2000), "A national survey of training in substance use disorders in residency programs", *J Stud Alcohol*, 61: 912-915.
- [4] Cadiz D.M., O'Neill C., Butell S.S., Epeneter B.J., Basin B. (2012), "Quasi-experimental evaluation of a substance use awareness educational intervention for nursing students", *Journal of Nursing Education*, 51: 411-415.
- [5] Miller N.S., Sheppard L.M., Colenda C.C., Magen J. (2001), "Why physicians are unprepared to treat patients who have alcohol- and drug-related disorders", *Academy Medicine*, 76: 410-418.
- [6] Tontchev G.V., Housel T.R., Callahan J.F., Kunz K., Miller M.M., Blondell R.D. (2011), "Specialized Training on Addictions for Physicians in the United States", *Substance Abuse*, 32: 84-92.
- [7] Stolz D., Langewitz W., Meyer A., Pierer K., Tschudi P., S'ng C.T., Strobel W., Perruchoud A.P., Fagerstrom K., Tamm M. (2012), "Enhanced Didactic Methods of Smoking Cessation Training for Medical Students - A Randomized Study", *Nicotine & Tobacco Research*, 14: 224-228.
- [8] Pretti G., Roncarolo F., Bonfanti M., Bettinelli E., Invernizzi G., Ceccarelli M., Carreri V., Tenconi M. (2012), "Survey among GP's about their smoking habits, opinions and behaviours in smoking prevention in Lombardy (Northern Italy)", *Epidemiologia e Prevenzione*, 30: 343-347.
- [9] Nocks J.J. (1980), "Instructing medical students on alcoholism: what to teach with limited time", *J Med Educ*, 55: 858-864.
- [10] Lugoboni F. (a cura di) (2012), *Aiutare a smettere di fumare è più facile di quanto pensi*, SEED, Torino.
- [11] Soyka M., Gorelick D.A. (2009), "Why should addiction medicine be an attractive field for young physicians?", *Addiction*, 104: 169-172.
- [12] Polydorou S., Gunderson E.W., Levin F.R. (2008), "Training Physicians to Treat Substance Use Disorders", *Current Psychiatry Report*, 10: 399-404.
- [13] Lugoboni F., Quaglio G.L., Faccini M., Pajusco B., Casari R., Albiro A., Mezzelani P. (2010), "Una Unità di Degenza interamente dedicata alle dipendenze da sostanze: i primi 10 anni di attività di Medicina delle Dipendenze del Policlinico di Verona", *Mission*, 31: 10-15.
- [14] Galanter M., Dermatis H., Calabrese D. (2002), "Residencies in addiction psychiatry: 1990 to 2000, a decade of progress", *American Journal on Addictions*, 11: 192-199.
- [15] Galanter M., *Addiction Psychiatry Fellowships*, Center for Medical Fellowships in Alcoholism and Drug Abuse at NYU, New York [Accessed May 13, 2010]. Available at: www.med.nyu.edu/substanceabuse/assets/07FellowshipsWeb.pdf.
- [16] Tinsley J.A. (2004), "Workforce information on addiction psychiatry graduates", *Academy Psychiatry*, 28: 56-59.
- [17] Renner J.A. (2004), "How to train residents to identify and treat dual diagnosis patients", *Biological Psychiatry*, 56: 810-816.
- [18] Parish S.J., Ramaswamy M., Stein M.R. (2006), "Teaching about substance abuse with objective structured clinical exams", *Journal of General Internal Medicine*, 21: 453-459.
- [19] Burke T. (2002), "Implementation of the ABPN maintenance of certification program. ABPN diplomate", *Newsletter of the American Board of Psychiatry and Neurology*, 1: 1-3.
- [20] Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) The Drug Addiction Treatment Act of 2000 (DATA 2000) [Accessed May 7, 2008]. Available at: www.buprenorphine.samhsa.gov.

FeDerSerD/ORGANIZZAZIONE

L'assemblea nazionale di FeDerSerD è convocata il giorno 6 giugno 2013, alle ore 12 presso la sede legale c/o Studio Mancini, via Giotto n. 3 a Milano e se necessario in seconda convocazione il giorno 7 giugno 2013 alle ore 16,30 a Milano presso il Centro Congressi dell'Hotel Michelangelo (di fronte alla stazione centrale FS), per discutere e deliberare sul seguente ODG:

- Approvazione verbale seduta precedente
- Relazione annuale del Presidente

- Ratifica ammissione nuovi soci
- Approvazione bilancio consuntivo 2012
- Approvazione bilancio preventivo 2013
- Approvazione modifiche statutarie (a seguito proposte del direttivo nazionale)
- Approvazione regolamento elettorale
- Varie ed eventuali

Il Presidente Nazionale - Prof. Alfio Lucchini

NOTIZIE IN BREVE



Amarcord Associazione ONLUS in campo alcologico

www.amarcord.info

AIUTACI AD AIUTARE CON IL TUO 5 x Mille

C.F. 97230910156



Oggi la serenità
è più vicina



MOLTENI
FARMACEUTICI



Utilizzo di Acamprosato in paziente con Disturbo Bipolare NAS

Fabio Attilia, Claudia Rotondo

SUMMARY

■ *Use of acamprosate in a young patient, suffering from bipolar disorder NAS, in previous sodium oxybate therapy. The patient has an active use of alcohol.*

■ *Increased compliance in psychiatric patients under good control.* ■

Keywords: *alcohol dependence, bipolar disorder NAS, compliance in patients with psychiatric disorders, Acamprosate.*

Parole chiave: *dipendenza da alcol, disturbo bipolare NAS, compliance in pazienti con disturbi psichiatrici, Acamprosato.*

Descrizione del caso

Paziente uomo, di anni 43, impiegato, si presenta alla nostra osservazione per problematiche correlate alla dipendenza da alcol.

Paziente già noto al personale sanitario del Servizio in seguito a percorso di disintossicazione e riabilitazione da alcol eseguito nel 2010 con ripresa delle assunzioni dopo circa 4 mesi.

All'ingresso il paziente presentava stato di agitazione psicomotoria caratterizzata da disforia ed ipereccitazione.

Anamnesi familiare

Familiarità positiva per abuso di alcol nella linea paterna (avo e padre).

Non altre patologie degne di nota.

Anamnesi fisiologica

Sviluppo psicofisico regolare.

Alimentazione irregolare per ritmo, ipocalorica, riduzione dell'appetito.

Alvo tendenzialmente diarroico (3-4 evacuazioni di feci non formate/die) diuresi regolare, minzione fisiologica.

Forte fumatore (30 sigarette al dì dall'età di 15 anni); beve 3 tazze di caffè al giorno; pregresso uso di sostanze stupefacenti (vedi anamnesi tossicologica).

Anamnesi alcolologica

Primo contatto con l'alcol a circa 13 anni.

Dai 15 ai 22 anni assumeva circa 6 UA di birra al giorno, tutti i giorni della settimana con picchi di 8-10 UA di birra, vino o superalcolici durante il fine settimana.

Dai 23 ai 43 anni riferiva di aver aumentato le assunzioni di bevande alcoliche a 8 UA di vino, 6-8 UA di birra e 10 UA di superalcolici al giorno, iniziando le assunzioni dal mattino.

Periodo di totale astensione nel 2010 durante altro ricovero per la durata di 5 mesi.

Successivamente riprendeva le assunzioni suddette.

Ultima assunzione riferita la mattina stessa del ricovero.

All'ingresso BAC 0.49 g/L.

Anamnesi tossicologica

Dipendenza da oppiacei in remissione, ultima assunzione circa un anno fa.

Abuso di cannabinoidi e depressori attuale.

Dipendenza da alcol in fase attiva (secondo criteri DSM-IV Tr).

Anamnesi patologica remota

Diagnosi da circa 6 anni di positività per il virus dell'epatite C, mai trattata con terapia farmacologica.

Diagnosi da circa due anni di disturbo bipolare NAS, con prescrizione per Sodio Valproato assunto con discontinuità da parte del paziente (all'ingresso dosaggio ematico non terapeutico).

Assumeva inoltre Alprazolam 0.5 mg 2 cp al giorno; Sodio Oxiato 30 ml al giorno.

Centro di Riferimento Alcolologico Regione Lazio, Policlinico Umberto I, Roma.

Esami strumentali

Rx torace

Non apprezzabili alterazioni parenchimali a focolaio in atto. Seni costofrenici liberi. Immagine cardiaca nella norma.

Ecotomografia addome superiore

Fegato regolare per morfologia, di dimensioni ai limiti superiori, ad ecostruttura addensata ed iperecogena come per steatosi, esente da lesioni focali solide parenchimali ultrasonograficamente apprezzabili.

Vena porta di calibro regolare.

Vie biliari intra- ed extra-epatiche non dilatate.

Colecisti normodistesa, normoconformata, alitiasica.

Pancreas morfo-volumetricamente nei limiti per quanto ultrasonograficamente apprezzabile.

Milza nei limiti volumetrici (DL 11 cm), con ecostruttura omogenea.

Non versamento libero addomino-pelvico.

Esegua prelievi biochimici in regime di Day Hospital che evidenziavano uno stato di ipertransaminasemia (GOT vn x3; GPT vn x2; GGT vn x 9).

Normale funzionalità renale.

Non ulteriori elementi patologici.

Decorso clinico e gestione terapeutica

Durante la degenza il paziente è stato trattato con vitamine del gruppo B e benzodiazepine a dosaggio scalare (sostituendo l'alprazolam con clonazepam) per il trattamento della crisi astinenziale.

Il monitoraggio quotidiano dei sintomi della Sindrome Astinenziale sono avvenuti mediante esecuzione del Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, Revised (CIWA-Ar).

È stata inoltre modificata terapia con sodio oxibato con riduzione e successiva sospensione della stessa ed introdotta terapia con Acamprosato al dosaggio di 333 mg 2 cp tre volte al giorno. Il paziente ha inoltre ripreso in maniera costante assunzione di sodio valproato a rilascio prolungato 500 mg con induzione ad 1 cp/die e successivi aggiustamenti dopo dosaggio ematico del farmaco ad un mese di terapia.

Durante il ricovero è stato inoltre effettuato quotidianamente rilevamento dei parametri vitali, del BAC (Blood Alcohol Concentration mediante Breath test) risultato positivo solo il giorno dell'ingresso.

Sono stati inoltre effettuati test psicologici (OCDS, SCL-90, TCI, VAS, ASI, SADQ, MMSE) che mostravano un profilo complessivo caratterizzato dalla tendenza alla perseverazione nei comportamenti adottati (indice di maggiore rischio di ricaduta in pazienti con dipendenza da alcol) e dalla difficoltà di controllo autonomo dei pensieri e delle compulsioni alcol correlate.

Videat psichiatrico che confermava precedente diagnosi ed introduzione stabilizzatore dell'umore.

Follow-up

Il paziente ha eseguito controlli medici e biochimici di follow-up con cadenza mensile, fino al terzo mese.

I valori di CAD e CTD erano uguali (giorni di astinenza cumulativa e giorni di terapia identici, paziente astinente).

Il quadro ematochimico presentava un miglioramento dei valori di funzionalità epatica già al primo mese con normalizzazione dello stesso al secondo.

Permanenza di normalità degli indici di funzionalità pancreatica e renale.

Nessuna comparsa di affetti avversi collegabili alla terapia farmacologica.

Stato di benessere psico-fisico con ottimo compenso della patologia psichiatrica.

Discussione

La gestione di questo paziente mostra due aspetti fondamentali, che possono essere oggetto di discussione e che possono essere di facile riscontro in un Centro di Alcolologia dove accedono paziente molto eterogenei con alta frequenza di comorbidità psichiatrica e non.

La prima è il trattamento della patologia psichiatrica, necessaria nell'aumentare la compliance al percorso riabilitativo.

La seconda invece è la necessità di una terapia anti-craving pura, nel lungo periodo in questa tipologia di pazienti, dove l'acamprosato si rivela essere un valido supporto nel mantenimento dell'astinenza e nella prevenzione delle ricadute.

La sua capacità di non interferire con l'assunzione di altri farmaci, fondamentale nei pazienti politrattati, lo rende di facile gestione e maneggevolezza.

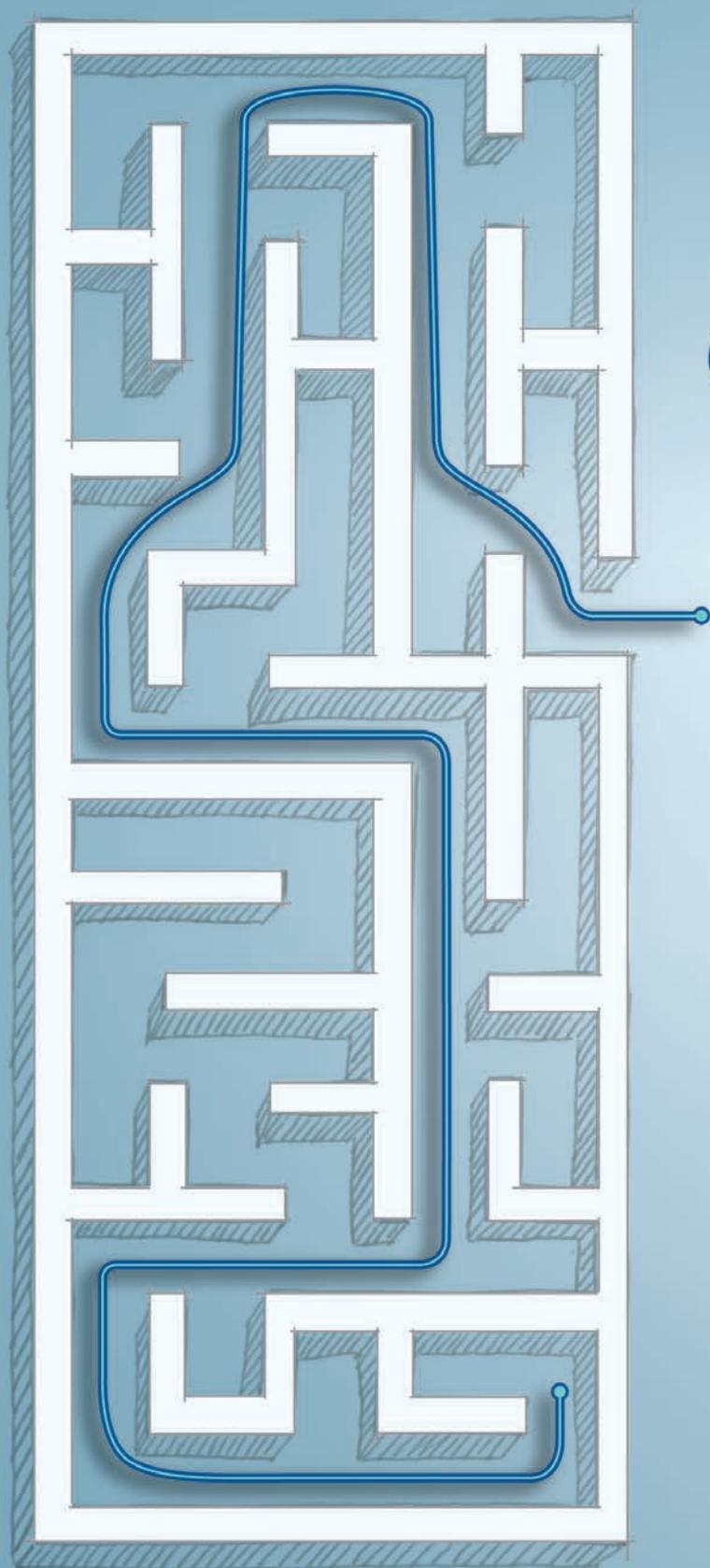
Il mancato metabolismo epatico facilita inoltre l'assunzione da parte di pazienti con patologia epatica cronica (infezione da virus B o C, patologie epatiche avanzate in fase di compenso). Il miglioramento del tono dell'ansia ed il riequilibrio del sistema GABAergico aiutano i pazienti nell'affrontare il decorso della disintossicazione e della successiva riabilitazione in maniera più compliant e con minori complicanze di natura organica.

Nel paziente in oggetto non è risultata invece vincente la scelta effettuata in altro istituto dell'utilizzo del sodio oxibato, proprio per la comorbidità psichiatrica presentata in anamnesi.

La gestione della sindrome astinenziale è stata inoltre effettuata mediante uso di benzodiazepine con un rilevante alleggerimento dei costi a carico del SSN.

Bibliografia

- Sullivan J.T., Sykora K., Schneiderman J., Naranjo C.A., Sellers E.M. (1989), "Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar)", *Br J Addict*, Nov, 84(11): 1353-7.
- Prisciandaro J.J., DeSantis S.M., Chiuza C., Brown D.G., Brady K.T., Tolliver B.K. (2012), "Impact of depressive symptoms on future alcohol use in patients with co-occurring bipolar disorder and alcohol dependence: a prospective analysis in an 8-week randomized controlled trial of acamprosate", *Alcohol Clin Exp Res*, Mar, 36(3): 490-6.
- Kalk N., Lingford-Hughes A. (2012), "The Clinical Pharmacology of Acamprosate", *Br J Clin Pharmacol*, Dec 25.
- Witkiewitz K., Saville K., Hamreus K. (2012), "Acamprosate for treatment of alcohol dependence: mechanisms, efficacy, and clinical utility", *Ther Clin Risk Manag*, 8: 45-53.
- Cagnin A., Pompanin S., Manfioli V., Briani C., Zambon A., Saladini M., Dam M. (2011), "γ-Hydroxybutyric acid-induced psychosis and seizures", *Epilepsy Behav*, Jun, 21(2): 203-5.
- EASL clinical practical guidelines: management of alcoholic liver disease, European Association for the Study of Liver (2012), *J Hepatol*, Aug, 57(2): 399-420.
- Walker L., Brown P., Beeching N.J., Beadsworth M.B. (2009), "Managing alcohol withdrawal syndromes: the place of guidelines", *Br J Hosp Med (Lond)*, Aug, 70(8): 444-5, 448-9.



*C'è tutta
una vita, fuori.*



Nel mantenimento
dell'**astinenza**
da **alcol**





333 mg compresse rivestite gastroresistenti

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE

CAMPRAL 333 mg compresse rivestite gastroresistenti.

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA

Ogni compressa rivestita gastroresistente contiene:

Principio attivo:

Acamprosato di calcio 333 mg, equivalenti a 299,7 mg di acamprosato.

Ogni compressa rivestita gastroresistente contiene 33,3 mg di calcio.

Per l'elenco completo degli eccipienti, vedere paragrafo 6.1.

3. FORMA FARMACEUTICA

Compresse rivestite gastroresistenti.

4. INFORMAZIONI CLINICHE

4.1 Indicazioni terapeutiche

L'acamprosato è indicato per il mantenimento dell'astinenza nel paziente alcol-dipendente. Deve essere associato ad un sostegno psicologico.

4.2 Posologia e modo di somministrazione

La posologia è di 6 compresse al giorno ripartite in 3 somministrazioni (2 compresse al mattino, 2 a mezzogiorno e 2 alla sera), per un soggetto di un peso superiore a 60 kg. La posologia è di 4 compresse al giorno ripartite in 3 somministrazioni (2 compresse al mattino, una a mezzogiorno e una alla sera), per un soggetto di peso inferiore a 60 kg.

La durata di trattamento raccomandata è di un anno.

4.3 Controindicazioni

Campral è controindicato nei pazienti con ipersensibilità all'acamprosato o ad uno qualsiasi degli eccipienti.

L'acamprosato è controindicato:

- Nei pazienti con compromissione renale (creatinina sierica >120 micromol/l);
- Nelle donne che allattano (vedere paragrafo 4.6).

4.4 Avvertenze speciali e precauzioni di impiego

- La sicurezza e l'efficacia di Campral non sono state stabilite nei pazienti di età inferiore ai 18 anni e superiore ai 65 anni. L'uso di Campral non è pertanto raccomandato in queste popolazioni.
- Dato che l'interrelazione fra dipendenza dall'alcool, depressione e suicidalità è ben riconosciuta e complessa, si raccomanda che i pazienti alcol-dipendenti, inclusi quelli trattati con acamprosato, vengano monitorati per i rispettivi sintomi.
- La sicurezza e l'efficacia di Campral non sono state stabilite nei pazienti con insufficienza epatica grave (classificazione di Child-Pugh C).

Abuso e dipendenza

Gli studi preclinici suggeriscono che acamprosato ha un potenziale di abuso basso o nullo. In nessuno studio clinico si è avuta evidenza di dipendenza dovuta ad acamprosato e ciò dimostra che acamprosato non ha un significativo potenziale di indurre dipendenza.

4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione

L'uso concomitante di acamprosato con disulfiram, oxazepam, tetrabamato o meprobamato non ha evidenziato alcuna modifica della frequenza delle reazioni avverse cliniche e/o biologiche.

Negli studi clinici l'acamprosato è stato somministrato in modo sicuro in associazione ad antidepressivi, ansiolitici, ipnotici e sedativi ed analgesici non oppiacei.

L'assunzione contemporanea di alcool e di acamprosato non modifica la farmacocinetica dell'acamprosato né quella dell'alcol.

La somministrazione dell'acamprosato con gli alimenti diminuisce la biodisponibilità del farmaco rispetto alla sua somministrazione a digiuno.

4.6 Fertilità, gravidanza e allattamento

Gravidanza

Non vi sono dati adeguati sull'uso di Campral in donne in gravidanza. Gli studi nell'animale non hanno messo in evidenza alcuna fetotossicità né alcun effetto teratogeno. Durante la gravidanza l'acamprosato deve pertanto essere usato solo dopo un'attenta valutazione del rapporto rischio/beneficio qualora la paziente non riesca ad astenersi dal bere alcool senza essere trattata con Campral e qualora sussista pertanto il rischio di fetotossicità o teratogenicità dovuta all'alcol.

Allattamento

È noto che Campral è escreto nel latte di animali che allattano. Non è noto se l'acamprosato sia escreto nel latte materno. Non vi sono dati adeguati sull'uso dell'acamprosato nei lattanti. L'acamprosato non deve perciò essere utilizzato nelle donne che allattano.

Se una donna che allatta non riesce ad astenersi dal bere alcool senza essere trattata con acamprosato, si deve decidere se interrompere l'allattamento o interrompere Campral, tenendo in considerazione l'importanza del medicinale per la donna.

Fertilità

Negli studi sugli animali non sono stati osservati effetti sulla fertilità. Non è noto se l'acamprosato abbia o meno impatto sulla fertilità umana.

4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari

Campral non altera la capacità di guidare veicoli o di usare macchinari.

4.8 Effetti indesiderati

Secondo le informazioni raccolte durante studi clinici e segnalazioni spontanee successive all'autorizzazione all'immissione in commercio, i seguenti eventi avversi si possono verificare in corso di trattamento con Campral. Le seguenti definizioni si applicano alla terminologia relativa alla frequenza utilizzata qui di seguito: (vedi tabelle I e II).

4.9 Sovradosaggio

Il sovradosaggio acuto è generalmente lieve. Nei casi riportati l'unico sintomo che può essere ragionevolmente correlato al sovradosaggio è la diarrea. Non è mai stato riportato alcun caso di ipercalcemia. Il trattamento del sovradosaggio è sintomatico.



Tabella I - Effetti indesiderati

Molto comune	≥1/10
Comune	≥1/100, <1/10
Non comune	≥1/1.000, <1/100
Raro	≥1/10.000, <1/1.000
Molto raro	<1/10.000
Non nota	(la frequenza non può essere definita sulla base dei dati disponibili)

Tabella II - Effetti indesiderati

	Molto comune	Comune	Non comune	Molto raro	Non nota
Patologie gastro-intestinali	diarrea	dolori addominali nausea, vomito, flatulenza			
Patologie della cute e del tessuto sottocutaneo		prurito, eritema maculo- papuloso			eruzioni vescicolo- bollose
Disturbi del sistema immunitario				reazioni di ipersensibilità inclusi orticaria, angioedema o reazioni anafilatliche	
Patologie dell'apparato riproduttivo e della mammella		frigidità o impotenza			
Disturbi psichiatrici		diminuzione della libido	aumento della libido		

5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE

5.1 Proprietà farmacodinamiche

Categoria farmacoterapeutica: trattamento dell'alcolismo cronico, codice ATC: N07BB03.

Disintossicazione alcolica

L'acamprosato (acetilomotaurinato di calcio) ha una struttura simile a quella degli aminoacidi neurotrasmettitori quali la taurina o l'acido gamma-amino butirrico (GABA). Comporta un'acetilazione che permette il passaggio attraverso la barriera ematoencefalica. È stato dimostrato che l'acamprosato stimola la neuromediazione inibitrice GABAergica e antagonizza l'azione degli aminoacidi eccitatori, in particolare quella del glutammato. Gli studi realizzati nell'animale hanno stabilito che l'acamprosato ha un effetto specifico sulla dipendenza dall'alcol: infatti esso diminuisce l'assunzione volontaria di alcol nel topo reso alcol-dipendente.

5.2 Proprietà farmacocinetiche

L'assorbimento dell'acamprosato a livello del tratto gastrointestinale è modesto. È lento e costante, con una importante variabilità inter-individuale. L'alimentazione diminuisce l'assorbimento orale dell'acamprosato. Le concentrazioni raggiungono lo stato di equilibrio dopo sette giorni di somministrazioni ripetute. L'acamprosato non si lega alle proteine plasmatiche. L'eliminazione urinaria dell'acamprosato in forma immodificata rappresenta il 50%. Esiste una relazione lineare tra la clearance della creatinina e la clearance plasmatica apparente totale,

la clearance renale e l'emivita plasmatica dell'acamprosato. I parametri farmacocinetici dell'acamprosato non sono modificati da un'alterazione della funzionalità epatica.

5.3 Dati preclinici di sicurezza

Negli studi preclinici i segni di tossicità sono legati ad un eccessivo assorbimento di calcio e non all'acetilomotaurina. Sono state osservate delle alterazioni del metabolismo fosfocalcico quali diarrea, calcificazione dei tessuti molli, lesioni renali e lesioni cardiache. Nell'animale, l'acamprosato non presenta nessun potenziale mutageno o carcinogeno, nessun effetto teratogeno né alcun effetto indesiderato sulle funzioni di riproduzione del maschio o della femmina.

6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE

6.1 Elenco degli eccipienti

Crospovidone; Cellulosa microcristallina; Silicato di magnesio; Carbosilmetilamido sodico; Silice colloidale anidra; Magnesio stearato

Rivestimento della compressa:

Copolimerizzato anionico a base di acido metacrilico e di etilistere di acido acrilico; Talco; Glicole propilenico

6.2 Incompatibilità

Non pertinente.

6.3 Periodo di validità

3 anni.

6.4 Precauzioni particolari per la conservazione

Nessuna particolare istruzione.

6.5 Natura e contenuto del contenitore

Blister termoformati in PVC/PVDC/alluminio da 12 o 20 compresse. I blister termoformati sono confezionati in scatole da 60, 84 o 200 compresse. Flacone in polipropilene da 125 ml di capacità, chiuso con tappo in polipropilene con chiusura a prova di bambino contenente 180 compresse. È possibile che non tutte le confezioni siano commercializzate.

6.6 Precauzioni particolari per lo smaltimento e la manipolazione

Nessuna istruzione particolare.

7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

Bruno Farmaceutici S.p.A.; Via delle Ande 15; 00144 Roma; Italia

8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

CAMPRAL 333 mg compresse rivestite gastroresistenti, 84 compresse AIC n° 034208013

9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE

Data della prima autorizzazione: 12 aprile 1999

Data del rinnovo più recente: 26 maggio 2009

10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO

Marzo 2013

Classe A-RR PHT - Prezzo € 33,77*

*(al netto delle riduzioni di legge)



FeDerSerD Informa, n. 18/2012

In occasione del Congresso Tematico nazionale di Milano "Il prezzo della solitudine.
Le nuove forme della dipendenza tra cocaina, alcol, gioco d'azzardo patologico e internet addiction"

Lavori presentati dagli operatori dei servizi italiani e pubblicati nel periodico:

1. UN INTERVENTO MULTIMODALE INTEGRATO PER IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO: L'INDIVIDUO E LA FAMIGLIA
2. IPOTESI DEL MARCATORE SOMATICO E G.A.P.: UNO STUDIO PILOTA
3. LA VALUTAZIONE DEGLI ESITI DEI PROGRAMMI TERAPEUTICI NEI PAZIENTI CON DIAGNOSI DI GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO
4. INTRODUZIONE DELLA MINDFULNESS IN UN CORSO PSICO-EDUCATIVO BREVE PER PAZIENTI GAP: UNO STUDIO PILOTA
5. GAMBLERS E GAMBLING IN CARCERE
6. SOLITUDINE E AUTONOMIA EMOTIVA NEGLI ADOLESCENTI CON CONDOTTE DI ABUSO DI SOSTANZE
7. MODELLO NARCISISTICO DELLE DIPENDENZE E GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO IN UNA PROSPETTIVA FENOMENOLOGICA
8. DIFFERENZE DI GENERE NELLA TOSSICODIPENDENZA E NEL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO
9. L'APPLICAZIONE DEI METODI D'AZIONE NELLA CONDUZIONE DI GRUPPI PSICOTERAPICI PER GIOCATORI D'AZZARDO PATOLOGICI
10. DAL PROGETTO GAP AL CENTRO DIPENDENZE SENZA SOSTANZE DI PALERMO: RIFLESSIONI TEORICHE E MODELLO TERAPEUTICO
11. UNO STUDIO DI PREVALENZA DI PROBLEMATICHE GIOCOCORRELATE NELLA POPOLAZIONE TOSSICODIPENDENTE IN TRATTAMENTO PRESSO I SER.T. DEL TRENINO
12. SOLI... GIOCANDO
13. GIOCO D'AZZARDO E SENSO DI SOLITUDINE: STORIE AL FEMMINILE E POSSIBILI STRATEGIE TRATTAMENTALI
14. DOPPIA DIAGNOSI: INCIDENZA DELLE PATOLOGIE PSICHIATRICHE IN UN GRUPPO DI SOGGETTI AFFERENTI A UN SERVIZIO PER LE TOSSICODIPENDENZE
15. ADOLESCENTI "FREQUENT ATTENDERS" IN PRONTO SOCCORSO, ANALISI EPIDEMIOLOGICA SUL TERRITORIO PAVESE
16. L'ESPERIENZA DEL SER.T DI CINISELLO NEL TRATTAMENTO DEI GIOCATORI D'AZZARDO PATOLOGICI
17. IL RUOLO DELL'ALCOL NEL PROCESSO DI RICADUTA: ESPERIENZA IN UN PROGRAMMA RESIDENZIALE TERAPEUTICO/RIABILITATIVO
18. LA TERAPIA CON ACAMPROSATO: STUDIO MULTICENTRICO EFFETTUATO DA SER.T. CAMPANI
19. L'AGOMELATINA NEL TRATTAMENTO DELL'ANEDONIA NEL PAZIENTE ALCOLISTA CON DISTURBO DELL'UMORE: CORRELAZIONI CON IL CRAVING
20. STUDIO PRELIMINARE SULLA QUALITÀ DELLA VITA (MEDIANTE QUESTIONARIO SF-36) IN UNA POPOLAZIONE DI PAZIENTI AFFERENTI AI SER.T. DELLA PROVINCIA DI BERGAMO
21. "IL PREZZO DELLA SOLITUDINE" GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO E COMUNITÀ TERAPEUTICHE: IL RISCHIO DI UNA DIPENDENZA SOTTOVALUTATA
22. LA VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA IN SOGGETTI CON ADDICTION DA COCAINA E/O DA GIOCO D'AZZARDO
23. DIPENDENZE E COMORBIDITÀ PSICHIATRICA: SITUAZIONE DEI PAZIENTI IN CURA PRESSO I SER.T. DELL'ASL DI PAVIA
24. INDAGINE DESCRITTIVA SUI GIOCATORI PATOLOGICI INSERITI NEL PROGRAMMA RESIDENZIALE BREVE "VILLA SORANZO": SPECIFICITÀ E DIFFERENZE
25. ABUSO DI FARMACI E DIPENDENZA: IL CASO SINDENAFIL (VIAGRA) E SIMILI
26. SPORCARE IL GRUPPO... PULIRE LE RELAZIONI: LA TERAPIA DI GRUPPO CENTRATA SULLE EMOZIONI
27. LA GUERRA DEI "MONDI": MITI DI PERFEZIONE ED ESISTENZE PRECARE
28. LE SMART DRUGS COME RISPOSTA ALLA SOLITUDINE ESISTENZIALE DEI GIOVANI: DROGHE LEGALI?
29. LA MINDFULNESS NEL TRATTAMENTO DELL'ADDICTION: PROPOSTA DI UN PROTOCOLLO DI TRATTAMENTO DI SOGGETTI AFFETTI DA DIPENDENZA SESSUALE
30. LE NUOVE DIPENDENZE: RIFLETENDO SULLA PREVENZIONE E LA PROMOZIONE DELLE ABILITÀ DI VITA
31. COMPULSION. SERVIZIO AMBULATORIALE, MULTIMODALE DI DIAGNOSI E CURA DEI COMPORTAMENTI COMPULSIVI E DELLE NUOVE FORME DI DIPENDENZA
32. GIOCO D'AZZARDO E SOLITUDINE ESISTENZIALE. CRED'IO CH'EI CREDETTE CH'IO CREDESSE...
33. NUOVE DIPENDENZE. LA PREVENZIONE DEL GIOCO D'AZZARDO ALL'INTERNO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE DELL'ASL 4 CHIAVARESE
34. CLINICA DEL GIOCO D'AZZARDO. IL CASO DI UN GIOVANE RAGAZZO E LA FUNZIONE PATOLOGICA DEL GIOCO

Scaricabile dal sito www.federserd.it

FeDerSerD Informa, n. 19/2012

In occasione del Congresso di Roma "Adolescenza e Patologie della Dipendenza:
aspetti biopsicosociali e terapeutici"

Lavori presentati dagli operatori dei servizi italiani e pubblicati nel periodico:

1. INTERVENTO DI PREVENZIONE SPECIFICA PER ADOLESCENTI A RISCHIO DI DIPENDENZE PATOLOGICHE
2. ADOLESCENZA: UN ALTRO ASPETTO DELLA MEDAGLIA
3. L'ADOLESCENTE TRA VIOLENZA E DIPENDENZA
4. DISCUSSIONE SUGLI INDICATORI DI ESITO NELL'ATTIVITÀ DELL'UNITÀ FUNZIONALE "GIOCO PATOLOGICO"
5. CANNABIS E ADOLESCENZA
6. LO SPAZIO BLU DELLA S.S. PENALE MINORILE DEL SER.T. 3 ASL DI MILANO. UN SERVIZIO SPECIALISTICO DEDICATO A MINORENNI E GIOVANI ASSUNTORI DI SOSTANZE STUPEFACENTI E/O ALCOLICHE CON PROCEDIMENTO PENALE O AMMINISTRATIVO
7. ADOLESCENTI (VAMPIRIZZATI) CHE AMANO I VAMPIRI...
8. DUE CASI DI ABUSO DI SOSTANZE IN ADOLESCENTI A RISCHIO PSICOTICO
9. PREADOLESCENZA E NET ADDICTION
10. ADOLESCENZE E DIPENDENZE: PERSONALITÀ, EMOZIONI E RELAZIONI
11. CONSUMI E POLICONSUMI GIOVANILI NEI TEKNO PARTY DEL LAZIO. RICERCA EMPIRICA A CURA DEL PROGETTO NAUTILUS
12. NUOVE DIPENDENZE E PERCEZIONE DEL RISCHIO NEGLI ADOLESCENTI
13. GIOVANI, ALCOL E GUIDA SICURA
14. ADOLESCENTI NEI CONTESTI DELL'AGGREGAZIONE E DEL DIVERTIMENTO
15. ALCOL E GIOVANI, L'OFFERTA CREA LA DOMANDA... PROGETTAZIONE CONDIVISA DI UNO SPAZIO RISTORATIVO, LUDICO ED EDUCATIVO ATTO ALLA PROMULGAZIONE DI STILI DI VITA SANI NELLA POPOLAZIONE GIOVANILE DI TRIESTE

Scaricabile dal sito www.federserd.it

*memorandum***20 settembre 2013**

Termine invio lavori
partecipazione **IX Premio
Nazionale FeDerSerD**
"La diagnosi di gravità nei
pazienti in cura con metadone"

20 settembre 2013

Termine invio abstract
comunicazioni orali
e sessione poster

1 ottobre 2013

Termine prenotazione
alberghiera

FeDerSerD

FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI
DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

www.federserd.it

V C O N G R E S S O N A Z I O N A L E

la società dipendente

IL SISTEMA DI COMPETENZE
E RESPONSABILITÀ PER COMPRENDERE,
DECIDERE E AGIRE



save the date!

ROMA

22 ottobre 2013

Cerimonia di inaugurazione Congresso
Sede Istituzionale

23.24.25 ottobre 2013

Sessioni Congressuali
Sheraton Roma Hotel & Conference Center

QUOTE DI ISCRIZIONE

- | | | |
|---|--------------|----------------------------|
| • Soci FeDerSerD anno 2013 | non laureato | € 90,00 (+ IVA se dovuta) |
| | laureato | € 150,00 (+ IVA se dovuta) |
| • Non soci FeDerSerD | non laureato | € 140,00 (+ IVA se dovuta) |
| | laureato | € 220,00 (+ IVA se dovuta) |
| • Operatori Professionali
non soggetti a crediti ECM | | € 100,00 (+ IVA se dovuta) |
| • Studenti | | € 90,00 (+ IVA se dovuta) |

ACCREDITAMENTO ECM

E' previsto l'accREDITAMENTO ECM per le figure professionali operanti nel settore delle dipendenze: *medico, psicologo, infermiere, educatore professionale, assistente sanitario.*

E' previsto l'accREDITAMENTO per la figura professionale: *assistente sociale*



SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
Via Matteotti 3 - 22066 Mariano Comense - Co
tel 031 748814 - fax 031 751525
Email federserd@expopoint.it - www.expopoint.it

federserd.informa

GAMBLING news on line

n. 6/2013

Editoriale: *Se qualcuno ancora sperava nella possibilità di risorse integrative per la cura del Gap, si metta il cuore in pace e pensi a come riorganizzare il servizio.*

Effetto Balduzzi

Relazione tecnica del Ministero

Gli italiani e il gioco

Gli europei e il gioco

Dal Ser.T. di Trecate

Eventi: Mettiamoci in gioco

Eventi: 9th European Conference on Gambling Studies and Policy issues

EASG 2012

Sintesi Conferenza EASG

Scaricabile dal sito www.federserd.it

FeDerSerD Informa, n. 20/2013

In occasione del Congresso Tematico Nazionale di Padova "La tutela del diritto alla salute in carcere. Il trattamento delle dipendenze, delle patologie psichiatriche e correlate in un approccio intradisciplinare"

Lavori presentati dagli operatori dei servizi italiani e pubblicati nel periodico:

1. A GENOVA IL SER.T. VA IN TRIBUNALE
2. LA TERAPIA DI MANTENIMENTO IN CARCERE: FATTORI FACILITANTI E OSTACOLI
3. ESPERIENZA DEL SERVIZIO SOCIALE SER.T. CASA DI RECLUSIONE DI SPOLETO
4. IL CARCERE TRA MISCONOSCIMENTO E RICONOSCIMENTO DEL DIRITTO ALLA SALUTE
5. LABORATORIO DI TEATRO "RACCONTARSI: PERCORSO VERSO LA LIBERTÀ"
6. GRUPPI D'INCONTRO "USCITA DI EMERGENZA"
7. IL CARCERE E LO SPIRITO DEI TEMPI

8. SOSTANZE PSICOATTIVE D'ABUSO E CARCERE. UN'INDAGINE EPIDEMIOLOGICA NEI NUOVI INGRESSI NELLA CASA CIRCONDARIALE DI PRATO NEL BIMESTRE LUGLIO/AGOSTO 2012

9. CURARE IN UN CARCERE: TRA SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE. L'ESPERIENZA DI UNO PSICHIATRA

10. PROGRAMMARE UNA DIVERSA QUALITÀ DI VITA PER UN DETENUTO IN USCITA DAL CARCERE, MULTIPROBLEMATICO, CON DISTURBI PSICOTICI E POLICONSUMO DI SOSTANZE. VALUTAZIONE DEGLI ESITI

11. SER.T. PENITENZIARI ALESSANDRIA: IL NOSTRO MODELLO DI LAVORO

Scaricabile dal sito www.federserd.it

FeDerSerD

aderente a:



Sede legale: Via Giotto 3, 20144 Milano

Presidente Onorario

Rita Levi Montalcini †

Direttivo Nazionale

Alfio Lucchini (presidente nazionale)

Guido Faillace (vicepresidente)

Pietro Fausto D'Egidio (segretario esecutivo)

Alessandro Coacci, past president (membro di diritto)

Giancarlo Ardisson, Francesco Auriemma,

Roberta Balestra, Giuseppe Barletta,

Emanuele Bignamini, Claudia Carnino, Paolo Castorina,

Francesco Castracane, Gianni Cordova,

Edoardo Cozzolino, Antonio d'Amore, Adele Di Stefano,

Francesco De Matteis, Donato Donnoli, Maurizio Dorsi,

Maurizio Fea, Michele Ferdico, Mara Giloni,

Bernardo Grande, Claudio Leonardi, Roma,

Raffaele Lovaste, Fernanda Magnelli, Ezio Manzano,

Vincenzo Marino, Marcello Mazzo, Antonio Mosti,

Felice Nava, Maria Chiara Pieri, Roberto Pirastu,

Gianna Sacchini, Giorgio Serio, Vincenzo Simeone,

Lorenzo Somaini, Cristina Stanic, Franco Zuin,

Giovanni Villani

Comitato Scientifico Nazionale

Felice Nava (direttore)

Gianna Sacchini e Michele Ferdico (vicedirettori)

Daniele La Barbera, Daniele Piomelli,

Giorgio Barbarini, Lorenzo Somaini, Vincenzo Caretti

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 2013 - 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 2013

Di rinnovare l'iscrizione in qualità di SOCIO ORDINARIO per l'anno 2013

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 _____