

**"Droghe tra consumi e dipendenze, riapriamo il confronto degli operatori con la politica".
Le risposte dei servizi pubblici in Italia**
Pietro Fausto D'Egidio 1

Se dieci anni vi sembrano pochi
Alfio Lucchini, Roberta Balestra, Eva Perizzolo 6

Mi sento responsabile
Maurizio Fea 8

DOCUMENTI

"NOTTI SICURE"
Protocollo di intervento della ASL della provincia di Cremona per persone segnalate per infrazione art. 186 "guida in stato di ebbrezza" (Codice della strada)
Report a cura di E. Sorini, A. Camisani Barozzi R., Battistini E., Borsotti S., Cagna A., Cerizza G., Conti P., Dioli G., Fagandini F., Ferraris S., Giorgi C., Guzzo C., Mannino S., Mariani C., Metozzi M., Pisciarelli G., Rubagotti L., Salvadori M., Stefani S., Reali G., Rapuzzi P., Scaglioni N., Ubaldini C., Vecchi L., Vezzosi F., Zenoni S. 24

AREA CLINICA

Treatment of Hepatitis C Infection in Drug Abusers
Jag H. Khalsa 10

Valutazione di un gruppo di pazienti Tossicodipendenti HCV positivi in trattamento con Interferone, Agonisti degli oppioidi e antidepressivo (SSRI). Esperienza al Ser.T. di Bologna
Maria Chiara Pieri 36

AREA STUDI E RICERCHE

Fattori prognostici di esito nel trattamento di soggetti con disturbo da dipendenza da alcol e di soggetti con disturbo da dipendenza da cocaina
Stefano Pozzoli, Silvia Brocca, Maddalena Calcagno, Cinzia Assi, Giovanni Strepparola 19

Studio prospettico su pazienti cocainomani afferenti ad un Ser.T. di Milano
Zita G., Artale L., Corvaglia E., Lovati E., Riva C., Vigezzi P., Cozzolino E. 31

AREA PROGETTI

"Vento e Mare contro Tutte le Droghe" progetto di prevenzione primaria per le tossicodipendenze
Antonio Sparaco, Roberto Pirastu 45

FEDERSERD/FORMAZIONE 49-51-52

NOTIZIE IN BREVE 5-14-46-48-60

RECENSIONI 9-29-35-43-46

Mission

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



"Droghe tra consumi e dipendenze, riapriamo il confronto degli operatori con la politica"

Le risposte dei servizi pubblici in Italia

*Pietro Fausto D'Egidio**

La maggior parte dei Servizi per le tossicodipendenze operano in Italia da più di un quarto di secolo. Ci sono ancora molti operatori al lavoro che hanno 30 anni di esperienza sulle spalle. Sono anni di un impegno generoso avviatosi in un'epoca dove non esisteva una minima preparazione universitaria sulla materia, veri pionieri, e lo stigma sociale, più che le ancor modeste conoscenze scientifiche, coercivano l'azione di cura in binari molto ristretti (basti pensare che nel prontuario farmaceutico si indicava in 30 mg. la dose massima di metadone da usare nella terapia della eroinopatia).

Numero dei Ser.T. in Italia per Regione



[Fonte: Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, 2006]

* Segretario esecutivo nazionale FeDerSerD.
Intervento in occasione della Giornata Mondiale contro l'abuso ed il traffico illecito di sostanze stupefacenti - 26 giugno 2008 - Roma - Sede della delegazione della Regione Toscana.
Tavolo di Alta Integrazione dei Ser.T. e delle Comunità (promosso da FeDerSerD, FICT e CNCA).

Mission

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

FrancoAngeli

ANNO VI, 2007 - N. 24

Fe Der Ser D

Proprietà: Fe Der Ser D

Sede legale

Via Giotto 3, 20144 Milano

Comitato di Direzione

Paola Aiello, Giancarlo Ardissona,
Roberta Balestra, Giuseppe Barletta,
Marcellina Bianco, Emanuele Bignamini,
Claudia Carnino, Roberto Cataldini,
Alessandro Coacci, Antonio d'Amore,
Pietro Fausto D'Egidio,
Donato di Pietropaolo, Donato Donnoli,
Maurizio D'Orsi, Guido Faillace,
Maurizio Fea, Michele Ferdico,
Bernardo Grande, Claudio Leonardi, Raffaele
Lovaste, Alfio Lucchini, Fernanda Magnelli,
Ezio Manzato, Vincenzo Marino,
Antonio Mosti, Felice Nava,
Roberto Pirastu, Edoardo Polidori,
Gianna Sacchini, Giorgio Serio, Franco Zuin

Direttore scientifico

Alfio Lucchini

Comitato di Redazione

Maurizio Fea, Vincenzo Marino, Laura Tidone,
Giovanni Stropparola, Cinzia Assi

Sede operativa e Redazione Mission

Via Martiri della Libertà 21,
20066 Melzo (Mi), tel. 3356612717
missiondirezione@virgilio.it

Direttore responsabile: Stefano Angeli

Progetto grafico: Elena Pellegrini

Stampa: Mecenate LitoGrafica, via Lazio 16,
S. Giuliano Milanese (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 Tri-
bunale di Milano n. 131 del 6 marzo 2002

Chiuso in redazione il 30 ottobre 2008

Edizione fuori commercio
Tiratura: 6.500 copie



EDITORIALE

In questi 30 anni:

– Abbiamo assistito ad una crescita straordinaria delle evidenze scientifiche che supportano sia le conoscenze sulle basi neurali della dipendenza che gli interventi terapeutici per questa malattia che è primariamente una patologia della motivazione e della scelta. Tra le caratteristiche più insidiose della dipendenza da droghe c'è il ricorrente desiderio di assumere droga anche dopo molti anni di astinenza. Fin dagli inizi degli anni '70 si sa con ragionevole certezza scientifica che la somministrazione in acuto di molte delle droghe di abuso potenzia la trasmissione dopaminergica nei gangli basali e questo è il meccanismo fondamentale attraverso il quale le droghe rinforzano il "comportamento dipendente"; inoltre con la proiezione degli impulsi alla corteccia e l'entrata in gioco di meccanismi di neuroplasticità stabile il cervello codifica l'apprendimento incentivo. Negli ultimi 10 anni si sono fatti importanti passi avanti nella comprensione dei meccanismi neurobiologici che sottostanno al desiderio compulsivo, alla ricaduta, alla scelta, al controllo.

Con l'avanzare delle conoscenze sulle basi neurali della dipendenza appare chiaro che tale ricerca si spinge in misura molto approfondita a coinvolgere la comprensione delle basi neurobiologiche della motivazione e della scelta sia delle ricompense biologiche, quali il cibo e il sesso, che delle ricompense più strettamente legate agli aspetti cognitivi ed esperienziali quali gli amici, la famiglia, lo stato sociale. Pur tuttavia il fatto che la vulnerabilità alla ricaduta nel tossicodipendente può persistere dopo anni di astinenza implica che la dipendenza è sostenuta da cambiamenti di lunga durata nella funzione cerebrale come risultato combinato di un insulto farmacologico (ripetuto uso di droga), di una disposizione genetica e della associazione con stimoli ambientali correlati all'uso delle droghe (apprendimento).

Oggi è possibile curare la dipendenza, che è una malattia del cervello al di là di ogni ragionevole dubbio, in misura soddisfacente e questo è quello che fanno e stanno facendo anche oggi i 560 Ser.T. in Italia.

– Ed ancora, abbiamo assistito ad una trasformazione incredibile del modo di avvicinarsi dei giovani e anche dei settantenni all'uso delle droghe. L'aspetto saliente di questa trasformazione è che oggi, a differenza di 10 anni fa, molte persone usano le droghe in maniera sporadica, non diventano malati per il loro uso, ma costituiscono un serbatoio che alimenta e accresce continuamente il numero dei malati da droghe. La cultura dell'eccesso che domina il nostro mondo, la cui responsabilità (tema su cui torneremo) è di tutti, gioca a questo proposito un ruolo di primaria rilevanza tant'è che gli ultimi progetti nazionali di prevenzione universale fanno esplicitamente ad essa riferimento.

– Abbiamo assistito alla invasione dei nostri territori e della società civile di organizzazioni criminali capaci di mettere in atto le tecniche più raffinate di marketing per invadere i mercati e aumentare i consumi.

– Abbiamo visto i Servizi, i Ser.T., fare uno sforzo straordinario per tenere il ritmo di queste trasformazioni e cercare di lenire quanto più possibile i bisogni dei malati.

– Tutto questo in una realtà nazionale a macchia di leopardo: ben diverse sono le possibilità di cura che hanno un medico, uno psicologo, un assistente sociale, un infermiere, un educatore quando agiscono in un territorio dove c'è più o meno lavoro, dove c'è più o meno criminalità.

– Non tutti hanno la capacità di reggere un lavoro così logorante per un tempo così lungo: e molti colleghi, nei Ser.T., pagano per questo un prezzo personale rilevante.

Alcuni dati.

• DALYs = Disability Adjusted Life Years

La somma degli anni di vita persi a causa di mortalità prematura e gli anni di vita produttiva persi a causa di disabilità

68

Dalys indica la somma degli anni di vita persi a causa di mortalità prematura e gli anni di vita produttiva persi a causa di disabilità.

Fattori di rischio

Morti		Dalys	
1. ipertensione arteriosa	21.7%	1. fumo di tabacco	12.0%
2. fumo di tabacco	18.8%	2. ipertensione arteriosa	8.9%
3. ipercolesterolemia	11.1%	3. soprappeso/obesità	8.4%
4. soprappeso/obesità	10.0%	4. abuso di alcol	5.9%
5. inattività fisica	5.0%	5. ipercolesterolemia	5.7%
6. basso consumo di frutta e verdura	3.5%	6. inattività fisica	3.1%
7. comportamenti sessuali a rischio	0.6%	7. abuso di droghe	2.2%
8. abuso di alcol	0.6%	8. basso consumo di frutta e verdura	2.0%

In questi dati del Ministero della Salute è possibile vedere in che misura incidono i più importanti fattori di rischio per la mortalità e la disabilità.

Tra essi le droghe hanno un ruolo primario, e tra queste le droghe legali.

Il rischio di "addiction"

	% uso	% addiction	% rischio
Tabacco	75,6	24,1	31,9
Alcol	91,5	14,1	15,4
Illecite	51,0	7,5	14,7
Cannabis	46,3	4,2	9,1
Cocaina	16,2	2,7	16,7
Stimolanti	15,3	1,7	11,2
Ansiolitici	12,7	1,2	9,2
Eroina	1,5	0,4	23,1
Psichedelici	6,8	0,3	3,7

Droghe legali che peraltro giocano un ruolo di primaria rilevanza anche per la loro "forza" nel dare dipendenza;

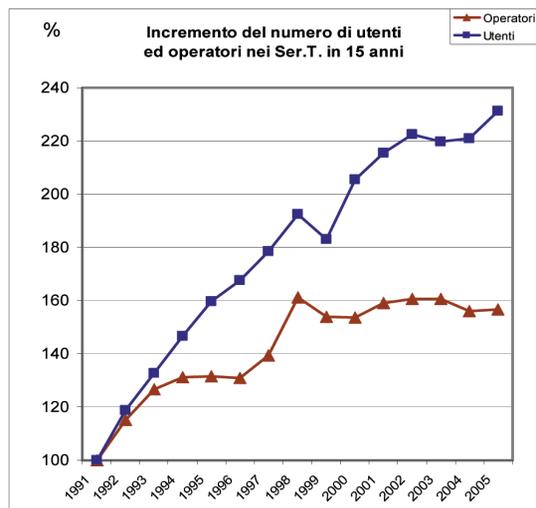
Classificazione della severità delle sostanze d'abuso

sostanza	Sindrome d'astinenza	Auto rinforzo	tolleranza (dosi)	dipendenza	intossicazione	TOTALE
eroina	5	5	6	5	5	26
alcol	6	4	4	3	6	23
nicotina	4	3	5	6	2	20
cocaina	3	6	3	4	4	20
caffaina	2	1	2	2	1	8
marijuana	1	2	1	1	3	8

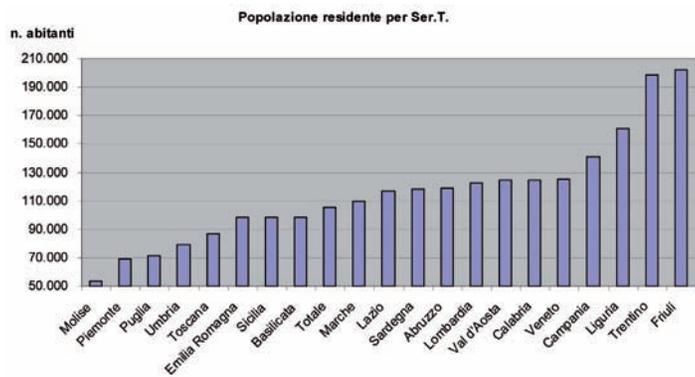
Legenda: 1= minima severità; 6= massima severità

e per la severità di questa dipendenza quando prendiamo in considerazione la intensità della sindrome da astinenza, la capacità di promuovere un autorinforzo, la tolleranza, la dipendenza propriamente detta e i danni di organo conseguenti al loro uso.

Questo esposto è per grandi linee il quadro di riferimento del lavoro che si fa nei 560 Ser.T. in Italia; una Italia dove, negli ultimi 15 anni, non siamo stati in grado di potenziarli in misura tale da garantire livelli essenziali e uniformi di assistenza sul territorio nazionale.



le. A fronte di una prevedibile crescita del numero dei malati e quindi dei bisogni di cura i Ser.T. hanno preso in carico sempre più pazienti per cercare di dare una risposta ai bisogni della popolazione, e con risorse ben diverse da territorio a territorio.



Nel 2007 degli oltre 170.000 pazienti in trattamento circa 140.000 sono eroinomani e 30.000 cocainomani. Verosimilmente rappresentano il 50% degli eroinomani e il 5% dei cocainomani che, malati, hanno bisogno di cure.

Ci sono oggi in Italia molti malati da droghe che non vengono curati.

Cerchiamo allora di capire quali sono le conseguenze di questo stato di fatto.



Stima dei Costi per la Società legati all'Abuso e Dipendenza da Sostanze:

Droghe illegali: \$181 miliardi di dollari l'anno

Alcolici: \$185 miliardi di dollari l'anno

Tabacco: \$158 miliardi di dollari l'anno

Totale: \$524 miliardi di dollari l'anno

Surgeon General's Report, 2004; ONDCP, 2004; Harwood, 2000.

70

Costi/efficacia dei trattamenti per droga

Costi alla società dell'abuso di droga= \$180 miliardi/anno.

I trattamenti sono più economici della detenzione:

- Mantenimento a Metadone= \$4,700/anno
- Detenzione =\$18,400/anno

Altri studi indicano che, ogni dollaro investito in trattamenti, può farne guadagnare 7 in "salute".



71

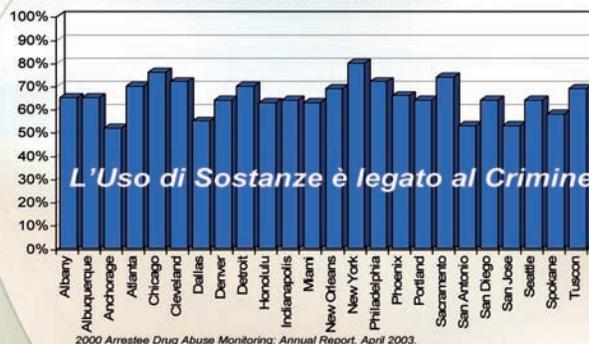
Cause dei costi dovuti ad abuso e dipendenza da sostanze

- **Spese per problemi di salute**
 - Servizi per persone con problemi alcol e sostanze correlati
 - Conseguenze mediche
- **Produttività (guadagni persi)**
 - Morti premature
 - Riduzione della performance lavorativa
 - Istituzionalizzazione delle persone
 - Detenzioni
 - Lotta al crimine
- **Altri tipi di impatti sulla società**
 - Criminalità
 - Amministrazione del benessere sociale
 - Incidenti stradali

Adapted from Harwood et al., Addiction, 1999.

Come tutti sappiamo è grande l'impatto delle droghe sul sistema criminale di un territorio.

E' risultata positiva alle droghe illegali, una percentuale variabile compresa tra il 50% e l' 80% dei maschi adulti arrestati nel 2000.



Sono coinvolti nell'abuso di sostanze...

- Più del 50% degli autori di crimini violenti
- Tra 60-80% degli autori di casi d'abuso e violenza su minori
- Tra 50-70% degli autori di crimini sulla proprietà
- Circa il 5% di coloro che sono coinvolti ad alto livello nei traffici di droghe (drug dealing).

Belenko and Peugh, 1998; National Institute of Justice, 1999.

Interrogiamoci allora su quali sono le scommesse nel prossimo futuro dei servizi pubblici in Italia

FeDerSerD da almeno un anno propone con forza il tema della responsabilità chiedendo ai servizi di interrogarsi su questo punto. Porre, per esempio, il tema della responsabilità nei confronti dei pazienti e dei loro familiari.

Responsabilità rispetto ad una offerta di intervento efficace e che chiede una costante ridefinizione di modelli di cura che debbono essere mantenuti in linea con le evidenze scientifiche e la esperienza (per esempio sappiamo che circa il 50% dei pazienti che vengono ammessi in comunità terapeutica abbandonano entro i primi 30 giorni e questo dato è costante nel corso degli ultimi 20 anni e non sono molte le comunità che si interrogano sulla opportunità di modificare i programmi di cura; per esempio ci sono ancora troppi medici nei servizi che usano dosaggi inappropriati di farmaci, che sembra non abbiano ben chiari gli outcome del loro lavoro terapeutico).

Responsabilità nei confronti di tutte le agenzie sociali del territorio in cui si opera anche con l'offerta di competenze per azioni di informazione e di prevenzione.

La formazione e l'aggiornamento sono presidi indispensabili per coniugare il valore dell'esperienza con le evidenze scientifiche. FeDerSerD ha in corso una conferenza di consenso con tutti i più qualificati protagonisti del settore in Italia e in alcuni stati europei. Il nostro obiettivo è quello di promuovere il massimo grado di appropriatezza degli interventi, riducendo per quanto

possibile quella parte (troppo grande nel nostro settore) di variabilità nelle decisioni che è legata alla carenza di conoscenze, alle rappresentazioni sociali e alla soggettività nella definizione delle strategie assistenziali e di prevenzione. Gli argomenti della nostra consensus sono: la terapia della malattia da eroina e da cocaina e la prevenzione delle dipendenze.

La scienza, forse mai come in questo periodo, sta facendo passi avanti straordinari. Una prima preziosa indicazione: è noto da tempo che i trattamenti integrati, farmaci più interventi psicosociali, danno esiti migliori rispetto ai singoli trattamenti, solo farmaci o solo interventi psicosociali, nella dipendenza e più in generale nei disturbi psichiatrici. Ciò dipende dal fatto che diversi sono i target cerebrali dei due interventi, e quindi gli effetti benefici sono sinergici. Inoltre, le moderne acquisizioni sulla neuropatologia della dipendenza, danno anche indicazioni su come integrare al meglio le due modalità di intervento.

Le fasi di transizione alla dipendenza possiamo indicarle come uso iniziale, ricreativo e voluttuario (**social use**), uso abituale, ma con ancora relativo controllo (**regulated relapse**) e uso compulsivo ed incontrollato (**compulsive relapse**). Ricordiamo brevemente che lo stadio iniziale è caratterizzato da cambiamenti neuroplastici dei neuroni a livello molecolare della durata di ore, reversibili con l'astinenza, ma se l'uso continua questi cambiamenti, pur rimanendo ancora transitori, diventano più stabili, coinvolgono il livello cellulare, modificano più stabilmente l'espressione genica e sottendono la fase clinica dell'uso abituale a cui segue, come ulteriore progressione della malattia, la fase di uso compulsivo che si accompagna a cambiamenti neuroplastici stabili nei circuiti cerebrali che regolano i processi cognitivi ed emozionali e le risposte ad importanti stimoli che guidano l'interazione individuo-ambiente.

Gli obiettivi clinici generali sono ovviamente gli stessi in ogni fase: realizzare una stabile astinenza, prevenire e/o curare situazioni di co-morbilità. Però, a seconda della fase di malattia, gli interventi terapeutici presentano un grado diverso di complessità e conseguentemente necessitano di una articolazione molto diversa, il che si riflette nella gestione clinica globale del paziente (scelta dei trattamenti, integrazione degli stessi, valutazione degli esiti, modalità di erogazione dei farmaci ecc.).

Questa è la misura di alcuni dei risultati che è possibile conseguire. E ancora: esiste una prevenzione basata sulle evidenze scientifiche: sono stati individuati decine di fattori di rischio e decine di fattori di protezione. I Ser.T. hanno un ruolo di consulenza e di stimolo per tutte le agenzie sociali del territorio di riferimento nel promuovere una azione costante e capillare di prevenzione all'uso di tutte le droghe.



Al decisore politico ricordiamo ancora che investire nella prevenzione delle dipendenze e nella cura dei malati da droga è non solo un imperativo morale, ma determina, come ampiamente indicato, un grande risparmio economico sul medio e lungo periodo.

Cosa altro dobbiamo provare per motivare l'investimento di risorse **adeguate** nel sistema di intervento sulle dipendenze?

Da molti anni ci interroghiamo su quale deve essere il contributo che una società scientifica come la nostra, FeDerSerD, può e deve offrire alla società.

È ovvio che non si possa pensare che la somma di una serie di "verità scientifiche" si trasformino quasi meccanicamente in conseguenti atti legislativi. Infatti il mondo politico ha un compito molto difficile e delicato: deve coniugare le conoscenze acquisite con il comune sentire delle persone.

E a questo proposito tornano in mente le parole di un nostro ex Presidente della Repubblica (MicroMega 4/2003, 48-56) che scrive: "Il politico è un po' un corifeo che raccoglie un sentimento diffuso, un desiderio, una volontà: e la esprime".

Ecco, il decisore politico deve avere la capacità ed essere guidato da una forte carica etica nel far incontrare le analisi e i risultati della ricerca scientifica con quelle che sono le rappresentazioni sociali legate all'argomento di cui si sta occupando.

"Io ho timore di una sola cosa: quando al posto degli uomini vedo sostituire numeri e alla compassione nei confronti delle sofferenze umane vedo sostituire l'assillo dei riequilibri contabili" (Federico Caffè).

NOTIZIE IN BREVE

Il direttivo nazionale di FeDerSerD, riunito a Milano il 29 febbraio scorso, ha nominato in modo unanime FELICE NAVA direttore del Comitato Scientifico Nazionale di FeDerSerD

Felice Nava è medico specialista in Farmacologia Clinica e Psicoterapia e dottore di ricerca in Neuroscienze. Ha trascorso alcuni anni all'estero, prima presso il Dipartimento di Farmacologia dell'Università di Londra e successivamente presso il Laboratorio di Neuropsicofarmacologia dell'Università della California ad Irvine. Ha trascorso i primi anni della sua carriera professionale presso il Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Cagliari.

All'età di 40 anni è già autore di più di 30 pubblicazioni *peer-reviewed* e recensite su *PubMed* con un *impact factor* totale di 110.93, di 4 libri, di più di 30 fra capitoli di libri e articoli non recensiti e di più di 60 comunicazioni a congressi nazionali ed internazionali.

Attualmente è Dirigente Medico presso il Dipartimento delle Dipendenze dell'Ospedale di Castelfranco Veneto (Treviso).

Se dieci anni vi sembrano pochi

Alfio Lucchini*, Roberta Balestra**, Eva Perizzolo***

Stato dell'arte sulla applicazione nelle Regioni italiane dei due accordi Stato-Regioni:

- Provvedimento 21 gennaio 1999 (pubbl. sulla GU n. 61 del 15 marzo 1999): Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti.
- Provvedimento 5 agosto 1999 (pubbl. sulla GU n. 231 del 1 ottobre 1999). Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso.

Indagine condotta su iniziativa dell'Ufficio di presidenza nazionale di FeDerSerD tramite questionario. Si ringraziano i referenti regionali di FeDerSerD e i singoli professionisti che hanno contribuito al raggiungimento delle risposte in tutte le Regioni e Province autonome italiane. Presentata il 26 giugno 2008 a Roma, presso la Sede della delegazione della Regione Toscana, in occasione della Giornata Mondiale contro l'abuso ed il traffico illecito di sostanze stupefacenti, a cura del Tavolo di Alta Integrazione dei Ser.T. e delle Comunità (promosso da FeDerSerD, FICT e CNCA).

Non crediamo sia necessario un particolare commento a questa rilevazione, molto chiara nell'evidenza di inadempienze e di necessità.

Vogliamo segnalare la disponibilità del coordinatore delle Regioni per la salute, dott. Enrico Rossi, ad approfondire in una riunione entro il 2008 delle Regioni (assessorati sanità e servizi sociali) le tematiche poste anche da questa rilevazione.

Nella tua regione è stato applicato l'accordo di cui al provvedimento 21 gennaio 1999 (pubbl. sulla GU n. 61 del 15 marzo 1999): Accordo Stato-Regioni per la "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti" (repertorio atti n. 593)?

No	Sì	Totale
8	13	21

Sono istituiti i dipartimenti per le dipendenze?

No	Sì	Totale
11	10	21

* Presidente nazionale di FeDerSerD, Milano.

** Ufficio di presidenza nazionale di FeDerSerD, Trieste.

*** Psicologa, Trieste.

Quanti sono i Ser.T. nella tua regione?

Quanti sono i Ser.T. nella tua regione?

Numero di regioni	21
Minimo	1*
Massimo	96°
Somma	536

* Provincia Autonoma di Trento e Regione Valle D'Aosta
° Lombardia

Sono stati aperti nuovi Ser.T. negli ultimi 5 anni?

No	Sì	Totale
16	5	21

Quanti Ser.T. sono identificati come struttura complessa? (hanno risposto alla domanda specifica 19 servizi su 21).

Quanti Ser.T. sono identificati come struttura complessa?

Numero di regioni	19
Minimo	1
Massimo	26
Somma	139

Quanti Ser.T. sono diretti da un direttore (ex primario)? (hanno risposto alla domanda specifica 19 servizi su 21).

Quanti Ser.T. sono diretti da un direttore (ex primario)?

Numero di regioni	19
Minimo	1
Massimo	26
Somma	123

All'interno della organizzazione aziendale in quale area i Ser.T. sono inseriti?

Dip. Salute Mentale	Dip. Servizi Ass. di base	Diverse aree dell'ASL	Dip. Dipendenze	Distretti	Direz. centrale	Dip. SM e Dip.	Totale
2	3	4	4	5	1	2	21

A quale anno risale la programmazione regionale complessiva delle attività nel settore della prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze da sostanze d'abuso con la produzione di uno specifico atto?

Fino al 1990

1993 1994 1995 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2006 2007 Tot.

4 1 1 1 1 3 1 1 2 1 1 3 20

Nella tua regione sono state formalizzate le regole per i controlli, le verifiche e la valutazione dei risultati delle attività realizzate dal sistema di assistenza?

No	Sì	Totale
15	5	20

Quante UO di Alcologia ci sono nella regione?

Quante UO di alcologia ci sono nella regione?

Numero di regioni	19
Minimo	0*
Massimo	57
Somma	173

- Basilicata, Molise e Valle D'Aosta dichiarano di non avere in regione UO di alcologia.
- Una successiva verifica permette di affermare che in questo numero sono comprese tutte le equipe alcologiche presenti, dentro e fuori i Ser.T., e che circa il 30% del numero dichiarato rappresenta vere UO formalmente deliberate.

Negli ultimi due anni, a livello regionale, sono state svolte le seguenti azioni con la produzione di rapporti formali e diffusi:

Raccolta dati epidemiologici locali in campo sanitario e sociale e rilevazione dei bisogni assistenziali sulla base dei dati epidemiologici?

No	Sì	Totale
9	12	21

Programmi di formazione del personale del sistema di assistenza? Risposta espressa in frequenze:

No	Sì	Totale
5	16	21

Valutazione periodica dei risultati terapeutici e del conseguimento degli obiettivi assistenziali?

No	Sì	Totale
18	3	21

Nella tua regione è stato applicato l'accordo di cui al PROVVEDIMENTO 5 AGOSTO 1999 (pubbl. sulla GU n. 231 del 1 ottobre 1999. Schema di atto di intesa Stato-Regioni, su proposta dei Ministri della Sanità e per la Solidarietà Sociale, recante: "Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzio-

namento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso". Repertorio atti n. 740)?

No	Sì	Parzialmente	Totale
6	14	1	21

Se hai risposto sì alla domanda precedente, allora sei pregato di specificare:

Gli Enti Autorizzati hanno un ruolo all'interno dei Dipartimenti delle Dipendenze? (hanno risposto alla domanda specifica 15 servizi su 21).

No	Sì	Totale
10	5	15

Gli Enti Accreditati hanno un ruolo all'interno dei Dipartimenti delle Dipendenze? (hanno risposto alla domanda specifica 15 servizi su 21).

No	Sì	Totale
5	10	15

È stato definito l'organismo identificato quale Autorità competente e responsabile delle procedure amministrative di verifica e controllo, come pure i relativi territori di competenza? (hanno risposto alla domanda specifica 15 servizi su 21).

No	Sì	Totale
7	8	15

Sono stati accreditati servizi nelle seguenti aree?

	No	Sì	Totale
Servizi di accoglienza	11	8	19
Servizi terapeutico-riabilitativi	6	13	19
Servizi di trattamento specialistici	7	12	19
Servizi pedagogico-riabilitativi	6	13	19
Servizi di tipo multidisciplinare integrato	13	6	19

Negli ultimi due anni sono state svolte le seguenti azioni con la produzione di rapporti formali e diffusi:

Programmi di formazione del personale degli Enti Accreditati?

No	Sì	Totale
6	13	19

Valutazione periodica dei risultati terapeutici e del conseguimento degli obiettivi assistenziali?

No	Sì	Totale
15	4	19

Mi sento responsabile

Maurizio Fea*

Usare sostanze è prima di tutto una decisione, possiamo cercare di comprenderne le ragioni ma rimane pur sempre una decisione, e come per ogni decisione c'è sempre un responsabile.

È una affermazione densa di insidie e contraddizioni, ma crediamo che il tema possa essere affrontato se si abbandona la logica delle contrapposizioni tra il diritto alla salute o al piacere, come ultimamente si tende a proporre, e le visioni autoritarie che pretendono di normare questi diritti in ragione del principio di sacralità della vita senza considerare il diritto alla autodeterminazione. Pensiamo che sia utile orientare la riflessione in favore di un'etica della responsabilità individuale, poco praticata nella cultura del nostro paese, più incline ad oscillare tra invocazioni allo stato tutore e appelli alla soggettività anarchica.

Porre al centro della riflessione la responsabilità individuale, non significa indebolire l'azione di tutela e di cura verso chi patisce in prima persona gli effetti negativi del consumo di sostanze, ma includere nel quadro dei diritti individuali anche il risvolto correlato dei doveri, misurato sulla consapevolezza del proprio stare nel mondo, con tutto ciò che questo comporta.

Non è gridando allo scandalo per la cosiddetta normalizzazione dei consumi che si può arrestare o modificare l'attuale deriva consumatoria, bensì cercando di individuare le cause effettive di tale deriva e le misure possibili per contenerla.

Non c'è dubbio che, al pari di altri rilevanti fenomeni sociali, una causa fondamentale di questa deriva sia la perdita dei nessi associativi tra i comportamenti e gli effetti prodotti da tali comportamenti, non solo sui più diretti e prossimi interessati, ma sul complesso dei rapporti affettivi, economici, ambientali nei quali ciascuno di noi è immerso.

È evidente, sebbene spesso eluso, il fatto che il consumo di sostanze psicotrope riguarda indistintamente tutti, non solo quelli che ne fanno uso o ne subiscono direttamente o indirettamente gli effetti. Dunque non solo il consumatore, il familiare, lo spacciatore, il mercante, il poliziotto, il medico, ma tutti i cittadini subiscono gli effetti del consumo di sostanze: danni diretti e indiretti prodotti dal commercio e dal consumo, effetti devastanti di tipo macroeconomico prodotti dall'accumulo di denaro nelle mani delle organizzazioni criminali che condizionano le economie dei paesi e alimentano guerre e conflitti di cui tutti paghiamo il prezzo, sebbene spesso solo indirettamente.

Anche uno spinello o una pista di coca concorrono a fare un morto ammazzato, a comprare un'arma, a favorire un furto, o a fare come l'alcol un morto ammazzato per la strada.

Quindi da questo punto bisogna partire, dalla ricostruzione dei nessi e dalla capacità di leggerne il valore significativo.

* Docente universitario, formatore, responsabile settore formazione di FeDerSerD.

La responsabilità assume la forma di un sentimento, il sentimento di responsabilità... Prima di dichiararsi responsabili ci si sente responsabili. Un'obbligazione unica, nella misura in cui l'oggetto della responsabilità è la conservazione di se stessa in altri soggetti responsabili come noi.

Paul Ricoeur

Non c'è alcun dubbio sul fatto che nell'attuale sistema di mercato illegale della maggior parte delle sostanze psicotrope, ogni consumatore è responsabile in quota parte dei livelli di corruzione economica, politica, ambientale e dei danni alla collettività prodotti da questo tipo di mercato.

Negare questa evidenza o ascriverla solo alla natura illegale del mercato non ci aiuta a trovare dei correttivi efficaci. Certo non può essere un correttivo quello di legalizzare i mercati. Chi è disposto a sostenere la possibilità di un mercato legale della cocaina, per fronteggiare il dilagare del consumo, giusto per fare un esempio?

Solo la riduzione della domanda di droghe può indurre modificazioni del mercato e questo è un obiettivo acquisibile attraverso un processo di responsabilizzazione individuale che riguarda tutti, a partire dai consumatori.

Non ha senso contrapporre diritti individuali e libertà di comportamenti consapevoli come correttivo virtuoso alle politiche repressive, fino a quando il senso di responsabilità individuale verso la collettività e le generazioni successive non diventa il metro di regolazione dei propri e altrui comportamenti.

Agisci in modo che le conseguenze della tua azione non distruggano la possibilità futura di un'autentica vita umana sulla terra.

Hans Jonas

La questione dunque riguarda tutti, ma ci vede implicati con livelli diversi di responsabilità, così come siamo diversi nel consumo di risorse ambientali e nel livello di responsabilità che ne consegue.

Certo questo è un punto molto critico per i consumatori di sostanze, tutte le ricerche infatti depongono per una bassa sensibilità dei consumatori verso i vantaggi differiti, ma qui si tratta di individuare forme appropriate di biasimo sociale e soprattutto di sottolineatura di responsabilità che sino ad ora sono state poco o nulla utilizzate come deterrente culturale, almeno nel nostro paese.

È compito anche della clinica e dei sistemi sociali di sostegno, integrare laddove è possibile, nel percorso riabilitativo e di cura, il sentimento della responsabilità, coltivandolo con prudente fermezza.

Né possiamo dimenticare che la tutela dei più deboli passa anche attraverso la responsabilizzazione dei più forti, e tra coloro che consumano o abusano di sostanze vi sono soggetti socialmente forti (per il gruppo di riferimento, per le appartenenze, per il valore simbolico), perciò maggiormente responsabili verso la collettività delle conseguenze delle loro scelte.

Gli amministratori e i politici sono alle prese con il problema "sicurezza" ed è noto che una quota rilevante di questo proble-

ma è dato dalla illegalità diffusa prodotta dal mercato della droga e dall'uso sconsiderato di sostanze anche legali. Dunque ci dovrebbe essere un certo interesse ad includere nelle strategie di contrasto della illegalità diffusa, atteggiamenti simbolicamente rilevanti, con coerenti richiami alla responsabilità connessa a tutto ciò che il mercato della droga alimenta: criminalità, corruzione, guerre, malattie.

Un altro punto molto importante che compete alla responsabilità della politica, è il coraggio di sostenere con adeguati investimenti e non solo con iniziative frammentarie e scoordinate, la ricerca e la cura nel settore delle dipendenze. Visioni miopi e stereotipe hanno fino ad ora fatto da guida alle politiche per il settore. Sono ben noti i costi economici e sociali del fenomeno, ma raramente questi vengono messi in connessione quando si tratta di decidere gli investimenti da fare per la cura e la ricerca. Quindi una seria politica di sostegno e incentivazione alle cure che devono essere di qualità, efficaci e sicure nei risultati, ma per ottenere ciò occorre investire e non rendere asfittico un sistema già molto debole.

Da questo punto di vista c'è anche una precisa responsabilità dei cittadini, sia individualmente che nelle loro forme di rappresentanza collettiva, che quasi mai hanno richiesto che sia garantita la qualità delle cure o hanno favorito gli investimenti nella ricerca, come è avvenuto in altri settori della medicina, eppure è una

questione che riguarda tutti, non solo chi ha un figlio o un amico drogato.

Altrettanta responsabilità l'hanno i media dell'informazione che per lo più trattano il fenomeno come un evento drammatico e singolare o come un aspetto di costume, mentre sarebbe utile sviluppare gli approfondimenti e le connessioni tra fenomeni economici e sociali con la vita e le scelte di ciascuno, compresa quella di drogarsi; e per esempio cominciare a dare maggior peso alle evidenze scientificamente documentate e meno alle bizzarre opinabili di testimonial di lusso o di politici tuttologi. L'invito a coltivare il sentimento di responsabilità come strumento per affrontare con onestà e realismo le sfide che questo tempo ci impone, lo traduciamo nella *proposta di un patto* in cui ciascuno rinunci a considerare assoluto il proprio punto di vista, per assumere una visione, magari eterodossa e contaminata, che renda praticabile davvero la proposta di riduzione dei consumi come punto di partenza di una politica delle droghe efficace, di lungo periodo, che veda protagonista il cittadino titolare di diritti e soggetto di responsabilità.

Roma, 26 giugno 2008

Presentato a Roma in occasione della Giornata Mondiale contro l'abuso ed il traffico illecito di sostanze stupefacenti.

RECENSIONE



ASL Milano Due - Azienda Sanitaria
Locale della Provincia di Milano 2
A cura di Alfio Lucchini

Opportunità educative e percorsi normativi in tema di droga

La sperimentazione nell'area milanese di interventi per giovani segnalati al prefetto ai sensi degli art. 75 e 121 del dpr 309/90

Collana: Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso/Quaderni direttore scientifico: Alfio Lucchini pp. 208. € 16,50 (cod. 231.1.37)

Il volume contiene gli atti del convegno "Applicazione dell' articolo 75: opportunità educative. La sperimentazione coordinata nell'area metropolitana milanese di interventi con persone segnalate ai sensi degli art. 75 e 121 del dpr 309/90", organizzato dalla Regione Lombardia e dalla Prefettura di Milano e curato dalla ASL provincia di Milano Due il 15 marzo 2007 a Milano.

Vengono illustrati i risultati di cinque anni di sperimentazione coordinata per il trattamento di giovani segnalati nell'area metropolitana milanese.

Un'importante esperienza che vede in campo Regione Lombardia, Prefettura e Dipartimenti delle dipendenze delle ASL, tramite i Ser.T. e le organizzazioni del privato sociale. La novità della realizzazione del "Centro polivalente" come luogo esterno ai Ser.T. e alle Prefetture, a titolarità delle ASL, per la effettuazione dei colloqui previsti dalla normativa e la definizione dei percorsi di trattamento, rappresenta uno dei focus sperimentali.

La sperimentazione, che ha già coinvolto oltre 5.000 persone, si concentra sui giovani fino ai 26 anni segnalati ai sensi della legge, non già noti ai Ser.T., con la finalità di proporre percorsi educativi e preventivi, di favorire la comprensione e la introiezione del valore delle norme, di favorire una presa in carico precoce di giovani consumatori problematici, di meglio comprendere le caratteristiche e i fattori di rischio di questa popolazione.

Istituzionalmente significativo è l'incontro tra varie amministrazioni e professionisti del pubblico e del privato accreditato, unite dalla centralità dello scopo sociale nella utilizzazione dello strumento amministrativo. Il volume contiene anche strumenti di approfondimento di natura progettuale e legislativa.

In un momento di cambiamenti nelle applicazioni legislative, dal TU 309 del 1990 alla legge 49 del 2006, ci sembra importante mettere a disposizione l'esperienza dell'area milanese a tutti gli interessati e prospettare percorsi di più ampia riflessione.

Alfio Lucchini, psichiatra, dirige il dipartimento delle dipendenze della ASL Milano Due. Coordina la sperimentazione regionale per il trattamento di giovani segnalati al Prefetto ai sensi della normativa sulla droga.

Treatment of Hepatitis C Infection in Drug Abusers

Jag H. Khalsa*

SUMMARY

■ *Substance abuse and infections are two of the major problems in the world today. Both cause serious health problems, including immunological impairment leading to opportunistic infections, mental, neuropsychiatric, and hepatic complications of HCV infections. Research shows that clinical management of substance abusers with infections is possible, available, and effective if individuals in drug treatment programs are closely monitored for adherence and compliance to currently available HCV treatment regimens including interferon and ribavirin.* ■

Keywords: HCV infection, drug abuse, treatments.

Parole chiave: infezione da HCV, abuso di sostanze, trattamenti.

Introduction

Today substance abuse and consequent infections are among the most significant problems in the world. Both legal and illegal drugs and infections such as human immunodeficiency virus, hepatitis C virus are associated with multiple medical and psychiatric consequences. Worldwide, 135 countries and territories now report injection drug use, with 110 countries reporting HIV and acquired immune deficiency syndrome (AIDS) in drug-using populations [46]. In the United States alone, according to the 2005 National Survey on Drug Use and Health, there are an estimated 110 million Americans 12 years of age and older (46%) who have used at least one illicit drug (e.g., cocaine, heroin, amphetamines, etc.) in their lifetime with an estimated 19 million current users of an illicit drug [41]. In addition to the problem of drug addiction, the world also faces the significant problem of infections, including those of HIV, HCV, tuberculosis (TB), sexually transmitted infections (STIs), and others. An estimated one third of the world's population of 6.8 billion is infected with one or more infections including HIV, HCV, TB, STDs, malaria and others. Although drug abusing patients are co-infected with multiple infections, and since the topic of clinically managing dually (HIV/HCV) infected drug abusers has been recently discussed (Khalsa/Vocci), this brief summary will limit the discussion to the treatment of HCV-infected drug abusing patients with antiretroviral medications such as interferon and ribavirin.

An estimated 170 million people are infected with HCV with about 4 million people in the US alone [45]. It is highly prevalent among injection drug users with prevalence rates of as high

as 60% to 100%, while the prevalence is quite low, around 5%, among non-injection drug users [12]. HCV is one of the most important causes of chronic liver disease, which may result in liver cancer and death. Worldwide, about 1 million individuals die each year from liver disease and/or liver cancer. In the United States alone, an estimated 2% of persons with chronic HCV infection (8,000-10,000) may die from liver cancer annually [15]. Drug abuse is associated with serious adverse medical and health consequences affecting almost every physiological or biochemical system, ranging from immunologic, cardiovascular, metabolic (nutritional), hormonal to hepatic consequences. Similarly, viral infections such as HCV are also associated with serious adverse medical consequences. The combination of both drug abuse and infection(s) is therefore associated with much more serious adverse health consequences than a single agent alone—whether it is illicit drug use or an infection. Therefore, the interventions, including prevention as well as clinical management of drug-addicted patients coinfecting with HCV must be innovative and effective. Since the 1960s, methadone has been very effectively used for the treatment of opiate addiction alone or among HIV-infected heroin/opiate addicts during the 1980s, and in decreasing opiate use and needle sharing among opiate addicts. Methadone use also helped decrease the number of multiple sex partners and the practice of exchanging sex for drugs or money [25, 38] and lowered the incidence and prevalence of HIV infection among opiate injectors [26, 27, 37].

Hepatitis C Infection and Drug Abuse

HCV infection is the most common chronic blood-borne infection, affecting approximately 1.8% of the U.S. population. Approximately 40% of chronic liver disease is related to HCV infection, making it the most common cause of chronic liver disease and the major reason for liver transplantation (LT) performed in the United States. The liver disease is diagnosed by

* Ph.D. Chief Medical Consequences Branch Division of Pharmacotherapies and Medical Consequences of Drug Abuse.

National Institute on Drug Abuse, NIH-National Institutes of Health - 6001 Executive Blvd. Bethesda, Maryland. United States of America - e-mail: jk98p@nih.gov.

several clinical and laboratory tests including blood levels of alanine transaminase (ALT), aspartate aminotransferase (AST), total protein, albumin, and prothrombin time to evaluate hepatic status and ELISA to determine antibody status [18]; reverse transcriptase polymerase chain reaction (RT-PCR) test to detect the presence of HCV RNA; and alpha-fetoprotein levels, liver ultrasonography, and liver biopsy to assess the stage of liver disease [24]. During the acute phase of HCV infection, which may last about six weeks, symptoms may include malaise, nausea, right upper quadrant pain, and jaundice; moreover, 75 to 85% of these patients may become chronically infected. During the chronic phase of HCV infection, which may last several decades, symptoms may include nausea, anorexia, myalgia, and arthralgia, with fatigue being the most common complaint. Alcohol use and advanced age accelerate the disease progression of HCV infection, especially among men. Approximately 20% of these chronic patients will develop liver cirrhosis within 20 years, and 1 to 5% of them will die from HCV-related liver cancer [28].

Rapid progress in the treatment of HCV infection has led to highly successful therapies, resulting in viral eradication and sustained viral response (SVR, defined as absence of the viral RNA at the end of treatment and 24 weeks posttreatment) in more than 50% of patients. Despite these advances, subpopulations such as HIV/HCV-coinfected patients, alcohol abusers, and HCV-infected African Americans have reduced rates of treatment response [36]. Use of pegylated interferon (PEG-IFN) with ribavirin improves the response rates in these groups but does not fully ameliorate the response deficit relative to patients enrolled in typical drug registration clinical trials [36].

In general, adequate management of HCV-infected patients has failed primarily because these patients fear liver biopsy and/or IFN therapy and are challenged as a difficult-to-treat population (i.e., HIV/HCV coinfection, drug abuse or chronic alcoholism). A better collaboration between general practitioners and specialists could help improve the management of these patients [31]. The prevalence of dual infections among mentally ill drug users is also quite significant: 6.2% (11/172) positive for HIV; 33% (37/114) positive for hepatitis B virus (HBV); and 30% (34/114) positive for HCV; 44% (50/114) positive for either HBV or HCV (strongly associated with injection drug use) [21] suggesting that mental health providers should play a proactive role in the identification of health-related needs and assist with access to general health services for persons with severe mental illness [21].

Spontaneous clearance of hepatitis C virus occurs at a higher frequency than previously reported. In an Irish cohort of IDUs coinfected with HCV (genotypes 1 and 3), the overall rate of viral clearance was 31.1% at two years [19]. Furthermore, the viral clearance was independent of age or duration of IV drug use. In another cohort, treatment with PEG-IFN and ribavirin resulted in SVR in 55% of the 9 treated patients [11]. On the other hand, the infection may resolve (viral clearance), persist without complications, or cause end-stage liver disease (ESLD). Viral clearance occurs more often in whites and those not infected with HIV. The risk of ESLD is higher for persons 38 years or older at enrollment (3.67%) and who consume more than 260 g of alcohol per week. Although HCV infection could be self-limiting or associated with ESLD, the majority of adults have persistent viremia without clinically demonstrable liver disease [44].

HCV subtype distribution may vary among IDUs. In a study by Garcia et al. [13], most IDUs (48%) had HCV subtype 1a, and 16% had HCV subtype 1b, with no difference in HIV subtypes. However, according to a study by Cilla et al. [5], HCV genotype 3a was prevalent in 65% of IDUs in Spain, whereas genotype

1b was predominant among patients who had received blood transfusions. Patients with genotype 1b were older than those with genotypes 1a or 3a. HCV infection may resolve (viral clearance), persist without complications, or cause end-stage liver disease (ESLD). Viral clearance occurs more often in whites and in those not infected with HIV. The risk of ESLD is higher for persons who are age 38 years or older at enrollment (3.67%) and who consume more than 260 g of alcohol per week. Although HCV infection could be self-limiting or associated with ESLD, the majority of HCV-infected adults have persistent viremia without clinically demonstrable liver disease [44].

Interventions for HCV Infection

Since there is no vaccine and no postexposure prophylaxis for HCV infection, its management must focus on providing primary prevention efforts such as decreasing the number of people who initiate injection drug use, a safer blood supply in the developing world, and encouraging safe injection practices in health care and other settings [35]. Furthermore, management of HCV infection may consist of lifestyle changes, pretreatment management, and treatment during the acute and chronic stages of infection. Therefore, programs must be developed to halt the spread of infections and these programs could include referring participants to drug treatment programs and facilitating access to health and social services with culturally appropriate behavioral interventions that target risky behaviors among ethnic and racial minorities, especially women [8].

During the acute phase of HCV infection, which is most often missed, patients may be successfully treated with a combination of PEG-IFN and ribavirin, with undetectable RNA levels at the end of 24 weeks of treatment. During the chronic phase, when the patient has persistently detectable RNA and elevated ALT levels (> 6 months), moderate inflammation, and fibrosis or necrosis on biopsy (necrosis being the gold standard for staging liver disease), pharmacotherapy consists of PEG-IFN alone or, most often, in combination with ribavirin with an SVR. In chronic HCV infection, coinfection with HIV shows a tendency toward a lower, but not significant, response to IFN [2]. On the other hand, viral genotype may have a significant impact on response to therapy. There are at least 6 genotypes and more than 90 subtypes, with 70% of HCV-infected patients in the United States having genotype 1 and the remainder with genotypes 2, 3, and 4. Genotype 1 has a less favorable prognosis and response to treatment. SVR rates have ranged between 42 and 33% with PEG-IFN plus ribavirin against genotype 1, whereas SVR rates against genotypes 2 and 3 have ranged between 79 and 82%. On the other hand, viral loads (RNA levels) of >2 million copies/ml are not responsive to treatment with PEG-IFN and ribavirin. Incidentally, one must be aware of the side effects of therapy, some of which may be quite serious. Although it has been postulated that failure of IDUs to respond to IFN therapy may be related to different genotypes, Soriano et al. [37] analyzed blood samples from 203 coinfecting IDUs who did not respond to at least 24 weeks of IFN-based therapies and found that, at baseline, 131 patients had HCV genotype 1, 4 had HCV genotype 2, 52 had HCV genotype 3, and 16 had HCV genotype 4. Changes in HCV genotype were not found in any patient when samples obtained before and after HCV therapy were compared. HCV therapy did not appear to select for IFN-resistant HCV genotypes that might have been present at baseline. Soriano et al [37] concluded that coinfection with distinct HCV genotypes was unlike-

ly in former IDUs coinfecting with HIV and did not explain the lower efficacy of HCV therapy in this population. HCV genotype 1 and multiple HCV genotype infections are associated with faster immunological and clinical progression. The frequent injection drug use, opportunistic infections, and risky behaviors could further have negative impact on the disease progression and effectiveness of treatment modality. The side effects of treatment may include fatigue, headache, fever, myalgia, bone marrow suppression with pancytopenia, hemolytic anemia, depression, and suicidal ideation and suicide. About 10 to 40% of patients on IFN develop significant adverse neuropsychiatric complications serious enough to discontinue therapy in 5 to 15% of patients. These neuropsychiatric complications can be further exacerbated by injection drug use. Therefore, patients on IFN alone or in combination with ribavirin should be monitored regularly.

Treatment of IDUs Coinfected With HCV

Clinical management of a single infection is relatively simple, with a multitude of anti-infective agents (antibiotics against bacterial infections or antiviral agents against viral infections) available in the drug armamentarium. However, clinical management of multiple infections such as HIV, HCV, and others poses a major problem when patients are also addicted to multiple drugs of abuse. For example, how does one treat a patient who is infected with multiple infections such as HIV, HCV, TB, and STDs; is addicted to opiates, cocaine, amphetamines, tobacco, and alcohol; is homeless; and possibly has other comorbid psychiatric complications? In 1997 a National Institutes of Health (NIH) consensus statement on management of HCV recommended that IDUs should have a period of abstinence from illicit drug use for 6 to 12 months prior to HCV treatment [30]. By 2002 NIH consensus panel recommendations shifted, stating that individuals with active injection drug use *could* be considered for HCV treatment [29, 34]. These recommendations were further reinforced through recently released American Association for the Study of Liver Disease practice guidelines for the diagnosis, management, and treatment of HCV [39], which state that treatment of HCV infection *should not be withheld* from IDUs or those who are on an MMT program regimen, provided they wish to take HCV treatment, are able to maintain close monitoring, and practice contraception. In addition to these guidelines, recent studies by Edlin et al. [7], Sylvestre [42] and others presented at a NIH workshop on hepatitis C and substance abuse held in Washington, D.C., in October 2003 [22] further show that drug addicts infected with multiple infections can be successfully treated. In addition, HCV treatment is rare in HIV/HCV-coinfected patients, especially in nonwhite urban poor individuals who are less likely to receive HCV testing and subspecialty referral than their white counterparts. Antibody-negative infection may complicate screening and diagnosis in HIV-infected persons [16].

In general, drug abusers face many challenges in gaining access to health care, including distrust of the health care system, cost of therapy, poor adherence to therapy, physician prejudice, and potential for reinfection from injection drug use. IDUs or HIV-infected patients are less likely to receive pretherapeutic evaluation as well as appropriate antiviral therapy, even after evaluation, compared with others [4]. Adherence is important, but drug use itself does not necessarily predict lack of adherence. HCV-infected IDUs can be stabilized with methadone (or buprenor-

phine) and treated successfully with PEG-IFN alone or in combination with ribavirin and with adjunct drug addiction services such as behavioral therapy. Taylor et al. [43] describe a typical case that could serve as a model of successful therapy. A 42-year-old man, who entered treatment care, had a CD4 cell count of 78/mL but was reluctant to take many of the available antiretroviral agents. For many years, his periods of sobriety and good adherence to antiretroviral medications were interspersed with relapses to heroin, cocaine, and alcohol use as well as episodes of overdose, major depression with psychiatric hospitalization, incarceration, and discontinuation of antiretroviral medications. After four years of HIV primary care, the patient was stabilized to begin therapy for HCV with PEG-IFN and ribavirin with the support of a multidisciplinary team. After starting treatment for HCV infection, the patient achieved an early virologic response and continues to have an undetectable HCV RNA level by PCR testing and 100% adherence to onsite PEG-IFN injections, with no adverse events related to his addiction or psychiatric symptoms. This case suggests that HIV/HCV-coinfected persons with the common comorbidities of polysubstance dependence and psychiatric illness may effectively and safely undergo pharmacotherapy for HCV infection with the appropriate support. A number of substance abuse treatment programs are available in the United States. Brown et al. [3] showed that these treatment programs present a major intervention point in stemming these epidemics. Currently, these programs vary in corporate structure, source of revenue, patient census, and medical and nonmedical staffing; medical services, counseling services, and staff education target HIV/AIDS more often than HCV infection or STIs. HCV-infected drug addicts can be successfully treated with methadone or naltrexone without any adverse impact on levels of serum transaminases [23].

Many IV opiate users are infected with HCV, but few are treated. Although this complies with various guidelines, virtually no published evidence supports such a recommendation. In a multicenter study, HCV-infected patients in opiate maintenance treatment programs received IFN plus high- or low-dose ribavirin (1,000/1,200 mg or 600 mg). Of the 420 HCV-positive patients, 27 (6%) were enrolled; 393 (94%) either failed to meet the inclusion criteria or refused treatment. Virologic end-of-treatment response was achieved in 12/27 (44%) patients and SVR in 13/27 (48%). Response depends on viral genotype, not ribavirin dose and the two doses of ribavirin do not differ in their side effects. In a small fraction of HCV-infected IDUs in an opiate maintenance treatment program, antiviral therapy was found to be feasible, safe, and effective. The success rate was comparable to that achieved in controlled studies that excluded drug users [17]. IDUs or those receiving treatment for drug dependency can be successfully treated for chronic HCV infection. Strategies to improve access to HCV treatment for current and recovering IDUs include the following: drug dependency treatment education and training for hepatologists and other HCV treatment physicians, HCV treatment education and training for addiction medicine physicians, development of multidisciplinary clinics, and peer-based education and support for individuals considering and receiving HCV treatment [6].

Despite expedited referrals for HCV care, only a few participants receive an evaluation, and far fewer are treated. Furthermore, gender (male sex), poor immune system (lowest level of CD4+ lymphocytes), and highest viral load are significantly correlated with liver disease progression [33]. In addition, high HCV RNA levels are associated with a poor response to treatment of chronic HCV infection, but a substantial reduction in HCV RNA level

results in a favorable treatment response. Older age, alcohol use, and coinfection with HIV are predictors of higher HCV RNA levels among drug users [9]. Because increasingly effective treatment is available, better methods must be developed to improve the evaluation and treatment of HCV-infected drug users, including those coinfecting with HIV [10]. In an Italian study, Rezza et al. [32] showed that among IDUs attending one of three drug treatment centers in Naples, none of the initially uninfected participants seroconverted for HIV, whereas the HCV infection rate was approximately 29 per 100 PYs. Age (being older than 28 years) and injecting cocaine were associated with HCV seroconversion. The protective role of methadone treatment was marginally significant.

Despite drug users being at high risk for HCV infection, many are uninformed or misinformed about the virus and its associated consequences. Based on an evaluation of 246 drug treatment programs nationwide that provide HCV education, Strauss et al. [40] found that, compared with drug-free programs, MMT programs cover a significantly greater number of HCV-related and other specific topics (e.g., how to avoid transmitting HCV, the importance of testing for HCV, treatment options if HCV positive). However, fewer than three-quarters of drug-free programs address what to do if one is coinfecting with HIV and HCV and how to maintain health if one is HCV positive, and only about half of the drug-free and MMT programs educate HCV-positive patients about the importance of obtaining vaccinations against the hepatitis A virus and HBV. Drug treatment programs need to educate patients about the proactive steps these individuals can take to deal with HCV, provide critically needed HCV services, and encourage patients to make full use of these services [40]. Astone et al. [1] reported that some programs that are about 4.5 times more likely to provide HCV education to all patients if they dispense methadone; almost 4 times more likely to provide this service if they educate most of their staff about HCV; 2 times more likely if they are residential programs; and almost 2 times more likely if they conduct HIV testing onsite, suggesting a need to increase HCV educational services in drug treatment programs [1]. Although only 34% of 110 opiate-dependent patients being treated in an opiate dependence program in San Francisco knew about HCV treatment, 54% of the sample became "definitely interested" in HCV treatment after hearing about the risks and benefits. Men were five times more likely than women to know of some HCV treatment. Whites were seven times and Latinos were about six times more likely than African Americans to know about HCV treatment. In general, MMT programs could play an important role in increasing access to HCV treatment through educating patients about treatment options [47]. This suggests that education programs need to be established to educate the patients about the dangers of substance abuse and co-occurring infections and health care providers, infectious disease specialists and hepatologists about the knowledge of drug addiction, and psychiatrists and others about the knowledge of infections.

Conclusion

The literature briefly reviewed in this presentation suggests that there are millions of people who use drugs of abuse and who are coinfecting with multiple infections having significant and serious morbidity and mortality and immunologic, neuropsychiatric, and hepatic complications, including death from liver cancer. There was an earlier perception among infectious disease clinicians and/or hepatologists that drug abusing patients with HCV

infection are difficult to treat. Significant barriers to treatment exist at the level of the treatment system, the treating physician, and the infected patient. However, research shows that patients enrolled in drug treatment programs using methadone or buprenorphine maintenance, if closely monitored for adherence and compliance to treatment regimens, can be successfully treated with expensive but effective antiretroviral therapies.

References

- Astone J., Strauss S.M., Vassilev Z.P., Des Jarlais D.C. (2003), "Provision of hepatitis C education in a nationwide sample of drug treatment programs", *J Drug Educ*, 33(1), 107-17.
- Boldorini R., Vigano P., Monga G., Nebuloni M., Cargnel A., Gubertini G., Migliaretti G., Costanzi G. (1997), "Hepatic histology of patients with HIV infection and chronic hepatitis C treated with interferon", *J Clin Pathol*, 50(9), 735-40.
- Brown K., Crofts N. (1998), "Health care costs of a continuing epidemic of hepatitis C virus infection among injecting drug users", *Aust N Z J Public Health*, 22(3 suppl), 384-8.
- Cacoub P., Goderel I., Morlat P., Sene D., Myers R.P., Alric L., Loustaud-Ratti V., Melin P., Limal N., Ouzan D., Perronne C., Carrat F. (2005), "The GERMIVIC Group. Management of chronic hepatitis C in French departments of internal medicine and infectious diseases", *Epidemiol Infect*, 133(2), 305-14.
- Cilla G., Garcia-Bengoechea M., Perez-Trallero E., Montalvo I., Vicente D., Arenas J.I. (1996), "Genotyping of hepatitis C virus isolates from Basque Country, Spain", *Epidemiol Infect*, 117(3), 533-6.
- Dore G.J., Thomas D.L. (2005), "Management and treatment of injection drug users with hepatitis C virus (HCV) infection and HCV/human immunodeficiency virus coinfection", *Semin Liver Dis*, 25(1), 18-32.
- Edlin B.R., Kresina T.F., Raymond D.B., Carden M.R., Gourevitch M.N., Rich J.D., Cheever L.W., Cargill V.A. (2005), "Overcoming barriers to prevention, care, and treatment of hepatitis C in illicit drug users", *Clin Infect Dis*, 40 (suppl 5), s276-s285.
- Estrada A.L. (2002), "Epidemiology of HIV/AIDS, hepatitis B, hepatitis C, and tuberculosis among minority injection drug users", *Public Health Rep*, 117 suppl 1, S126-34.
- Fishbein D.A., Lo Y., Netski D., Thomas D.L., Klein R.S. (2006), "Predictors of hepatitis C virus RNA levels in a prospective cohort study of drug users", *J Acquir Immune Defic Syndr*, 41(4): 471-6.
- Fishbein D.A., Lo Y., Reinus J.F., Gourevitch M.N., Klein R.S. (2004), "Factors associated with successful referral for clinical care of drug users with chronic hepatitis C who have or are at risk for HIV infection", *J Acquir Immune Defic Syndr*, 37(3), 1367-75.
- Francisci D., Valente M., Di Candilo F., Sfara C., Conte M.E., Canovari B., Baldelli F., Stagni G., "Epidemiological, clinical and therapeutical aspects of HIV/HCV coinfection in a series of HIV seropositive Umbrian patients", *Recenti Prog Med*, 95(11), 521-4.
- Fuller C.M., Ompad D.C., Galea S., Wu Y., Koblin B., Vlahov D. (2004), "Hepatitis C Incidence - a comparison between injection and noninjection drug users in New York City", *J. Urban Health*, 81 (1): 20-24.
- Garcia F., Roldan C., Garcia F. Jr., Hernandez J., Garcia-Valdecasas J., Bernal M.C., Piedrola G., Maroto M.C. (1998), "Subtype distribution among intravenous drug users with chronic type C hepatitis in southern Spain", *Microbios*, 95(380), 15-24.
- Garfein R.S., Doherty M.C., Monterroso E.R., Thomas D.L., Nelson K.E., Vlahov D. (1998), "Prevalence and incidence of hepatitis C virus infection among young adult injection drug users", *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol*, 18 (suppl 1), 11-19.
- Gunn R.A., Murray P.J., Ackers M.L., Hardison W.G., Margolis H.S. (2001), "Screening for chronic hepatitis B and C virus infections in an urban sexually transmitted disease clinic: rationale for integrating services", *Sex Transm Dis*, 28(3), 166-70.
- Hall C.S., Charlebois E.D., Hahn J.A., Moss A.R., Bangsberg D.R. (2004), "Hepatitis C virus infection in San Francisco's HIV-infected urban poor", *J Gen Intern Med*, 19(4), 357-65.
- Huber M., Weber R., Oppliger R., Vernazza P., Schmid P., Schonbucher P., Bertisch B., Meili D., Renner E.L. (2005), "Interferon alpha-2a plus ribavirin 1,000/1,200 mg versus interferon alpha-2a plus ribavirin

- 600 mg for chronic hepatitis C infection in patients on opiate maintenance treatment: an open-label randomized multicenter trial", *Infection*, 33(1), 25-9.
- Inglesby T.V., Rai R., Astemborski J., Gruskin L., Nelson K.E., Vlahov D., Thomas D.L. (1999), "A prospective, community-based evaluation of liver enzymes in individuals with hepatitis C after drug use", *Hepatology*, 29(2), 590-6.
- Keating S., Coughlan S., Connell J., Sweeney B., Keenan E. (2005), "Hepatitis C viral clearance in an intravenous drug-using cohort in the Dublin area", *Ir J Med Sci*, 174(1), 37-41.
- Khalsa J, Vocci FV., "Clinical Management of Drug Addicts Infected with Human Immunodeficiency Virus and Hepatitis C Virus", in: *Management of Associated Medical Conditions in Heroin and Psychostimulants Addicts*, editors: Drs. Giuseppe Barbaro, Felice Nava, Giorgio Barbarini, Alfio Lucchini, Nova Science Publishers, Inc., New York, Chapter 7, pp. 164-186, 2007.
- Klinkenberg W.D., Caslyn R.J., Morse G.A., Yonker R.D., McCudden S., Ketema F., Constantine N.T. (2003), "Prevalence of human immunodeficiency virus, hepatitis B, and hepatitis C among homeless persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorders", *Compr Psychiatry*, 44(4), 293-302.
- Kresina T.F., Khalsa J., Cesari H., Francis H. (2005), "Hepatitis C infection and substance abuse: medical management and developing models of integration", *Clin Infect Dis*, 40(5), s259-s262.
- Lozano Polo J.L., Gutierrez Mora E., Martinez Perez V., Santamaria Gutierrez J., Vada S.J., Vallejo Correas J.A. (1997), "Effect of methadone or naltrexone on the course of transaminases in parenteral drug users with hepatitis C virus infection", *Rev Clin Esp*, 197(7), 479-83.
- McMohan B.J., London T., "Workshop on screening for hepatocellular carcinoma", *J Nat Cancer Inst*, 1991, 83: 916-919.
- Meandzija B., O'Connor P.G., Fitzgerald B., Rounsaville B.J., Kosten T.R. (1994), "HIV infection and cocaine use in methadone maintained and untreated intravenous drug users", *Drug Alcohol Dependence*, 36, 10913.
- Metzger D.S., Woody G.E., McLellan A.T. et al. (1993), "Human immunodeficiency virus seroconversion among intravenous drug users in- and out-of-treatment: an 18-month prospective follow-up", *J Acquir Immune Defic Syndr*, 6, 104956.
- Moss A.R., Vranizan K., Gorter R., Bachetti P., Watters J., Osmond D. (1994), "HIV seroconversion in intravenous drug users in San Francisco, 1985-1990", *AIDS*, 8, 22331.
- MMWR, "Recommendations for prevention and control of hepatitis C virus (HCV) infection and HCV-related chronic disease", *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 1998, 47(RR-19):1-54.
- NIH (2002), "National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement, Management of Hepatitis C", *Hepatology*, 36 (suppl 1), s3-s20.
- NIH (1997), "National Institutes of Health. Management of hepatitis C", NIH Consensus Statement, available at http://odp.odo.nih.gov/consensus/cons/105/105_intro.htm.
- Ouzan D., Cavallier P., Hofliger P., Mamino C., Joly H., Tran A., "Modalities of care in anti HCV positive patients identified in General Medicine in the Alpes-Maritimes district", *Gastroenterol Clin Biol*, 2003 Apr, 27(4):376-80.
- Rezza G., Sagliocca L., Zaccarelli M., Nespoli M., Siconolfi M., Baldassarre C. (1996), "Incidence rate and risk factors for HCV seroconversion among injecting drug users in an area with low HIV seroprevalence", *Scand J Infect Dis*, 28(1), 27-9.
- Rubio Caballero M., Rubio Rivas C., Egado Garcia R., Nogues Biau A. (2004), "Chronic hepatitis C in HIV co-infected patients. Study of 55 cases with liver biopsy", *Med Clin (Barc)*, 2004 Oct 9, 123(12):441-4. Comment in: *Med Clin (Barc)*, 123(12), 460-2.
- Seeff L.B., Hoofnagle J.H. (2003), "The National Institutes of Health Consensus Development Conference Management of Hepatitis C 2002", *Clin Liver Dis*, 7(1), 261-87.
- Shepard C.W., Finelli L., Alter M.J. (2005), "Global epidemiology of hepatitis C virus infection", *Lancet Infect Dis*, 5(9), 558-67.
- Sherman K.E. (2003), "Implications of peginterferon use in special populations infected with HCV", *Semin Liver Dis*, 23 suppl 1, 47-52.
- Soriano V., Ramos B., Nunez M., Barreiro P., Maida I., Garcia-Samaniego J., Gonzalez-Lahoz J. (2005), "Failure of hepatitis C therapy in HIV-coinfected drug users is not due to a shift in hepatitis C virus genotype", *J Infect Dis*, 192(7), 1245-8.
- Stark K., Muller R., Bienzle U., Guggenmoos-Holmann I. (1996), "Methadone maintenance treatment and HIV risk-taking behavior among injecting drug users in Berlin", *J Epidemiol Community Health*, 50, 5347.
- Strader D.B., Wright T., Thomas D.L., Seef L.B. (2004), "Diagnosis, management, and treatment of hepatitis C", *Hepatology*, 39, 1147-1171.
- Strauss S.M., Astone J.M., Hagan H., Des Jarlais D.C. (2004), "The content and comprehensiveness of hepatitis C education in methadone maintenance and drug-free treatment units", *J Urban Health*, 81(1), 38-47.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2006), *Overview of Findings from the 2005 National Survey on Drug Abuse and Health*, Office of Applied Studies, NSDUH Series H-24, DHHS Publications, Rockville, MD.
- Sylvestre D.L. (2005), "Treatment for hepatitis C virus infection among current injection drug users", *Clin Infect Dis*, 40 (suppl 5): s321-s324
- Taylor L.E., Gholam P.M., Schwartzapfel B., Rich J.D. (2005), "Hepatitis C treatment in an HIV-HCV-coinfected patient with drug addiction and psychiatric illness: a case report", *AIDS Read*, 15(11), 629-31, 634-6, 638.
- Thomas D.L., Astemborski J., Rai R.M., Anania F.A., Schaeffer M., Galai N., Nolt K., Nelson K.E., Strathdee S.A., Johnson L., Laeyendecker O., Boitnott J., Wilson L.E., Vlahov D. (2000), "The natural history of hepatitis C virus infection: host, viral, and environmental factors", *JAMA*, 284(4), 450-6, Comment in: *JAMA*. 2000 Nov 22-29, 284(20):2592-3.
- United Nations AIDS (UNAIDS) (2003), *Report on the global epidemic of AIDS: Executive Summary*, UNAIDS/03-20E, English, ISBN 929-1735-116, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS/WHO.
- United Nations AIDS (UNAIDS) (2006), *Report on the global epidemic of AIDS: Executive Summary*, UNAIDS/06-20E, English, ISBN 929-1735-116, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS/WHO.
- Walley A.Y., White M.C., Kushel M.B., Song Y.S., Tulskey J.P. (2005), "Knowledge of and interest in hepatitis C treatment at a methadone clinic", *J Subst Abuse Treat*, 28(2), 181-7.

NOTIZIE IN BREVE

Un ricordo del prof. Enzo Gori

Nell'estate ci ha lasciati Enzo Gori. Professore universitario di Farmacologia a Milano, esperto nel settore delle dipendenze patologiche, presidente del Centro Studi sulle Farmacodipendenze all'Università Statale di Milano.

Ci piace ricordarlo per la sua curiosità intellettuale, una peculiarità assoluta per Enzo, un bell'insegnamento per tutti noi.

Lo ricordiamo a Milano nel gruppo regionale per la costruzione del Sistema di Allerta Rapido, impresa innovativa in cui molto si spese, e a gennaio di quest'anno al nostro Congresso regionale lombardo, attento anche alle dinamiche organizzative e istituzionali trattate.

(A.L.)

Fattori prognostici di esito nel trattamento di soggetti con disturbo da dipendenza da alcol e di soggetti con disturbo da dipendenza da cocaina

Stefano Pozzoli*, Silvia Brocca**, Maddalena Calcagno***, Cinzia Assi****, Giovanni Strepparola*****

SUMMARY

■ *The aim of this study is to investigate the presence of prognostic factors in the treatment of alcoholics and cocaine addicts, especially considering variables such as defence mechanisms, locus of control, anxiety and depression level, health situation, employment, and quality in interpersonal relationships. Our results suggest that external locus of control and the defences of withdrawal and reaction formation are prognostic factors of adverse outcome in the treatment of alcoholics. Depression, lack of positive marital relationships, and the defences of displacement, splitting and reaction formation are prognostic factors of adverse outcome in the treatment of cocaine addicts.*

At last, we assessed the presence of some discriminative characteristics among alcoholics, cocaine addicts and normal subjects in the use of defence mechanisms and locus of control. ■

Keywords: *prognostic factors, defence mechanisms, locus of control.*

Parole chiave: *fattori prognostici, meccanismi di difesa, locus of control.*

Introduzione e obiettivi dello studio

Oltre agli studi che descrivono le caratteristiche diagnostiche dei soggetti alcolisti (Ihilevic, Glesser, 1995; Lee et al., 2004; Goss, Moroso, 1970; Nowicki, 1974; Naditch, 1975; Hesselbrock et al., 1985; Ross et al., 1988; Rousanville et al., 1991; Nerviano, 1976), sono presenti in letteratura altri lavori che hanno cercato di trovare una relazione tra queste caratteristiche e l'esito del trattamento; ad esempio, O'Leary (1977) afferma che la possibilità di ottenere un esito positivo sia legata all'uso dei meccanismi di difesa di diniego, negazione, formazione reattiva e rimozione; Nelson et al. (1972), invece, sostengono che il diniego sia un fattore predittivo di esito negativo, in quanto ostacola la coscienza della malattia rendendo più complesso il mantenimento dell'astinenza. Per Hague et al. (1976) non esiste una chiara relazione tra meccanismi di difesa o altre variabili e riuscita del trattamento.

* *Psicologo clinico, psicoterapeuta, dottore di ricerca in Psicobiologia, docente di Psicopatologia delle Dipendenze, Università degli Studi di Pavia.*

** *Psicologa, collabora con l'insegnamento di Psicopatologia delle Dipendenze, Università degli Studi di Pavia.*

*** *Psicologa, Dipartimento delle Dipendenze ASL MI 2, Melegnano (MI).*

**** *Medico, Dipartimento delle Dipendenze ASL MI 2, Melegnano (MI).*

***** *Medico psichiatra, Dipartimento delle Dipendenze ASL MI 2, Melegnano (MI).*

Il locus of control esterno appare essere un fattore prognostico negativo per la riuscita del trattamento, come testimoniato dagli studi di O'Leary (1974), O'Leary, Shea (1975); Rohsenow (1978) e Sciortino (2006).

Se il livello d'ansia e l'umore depresso sono fattori predittivi di ricaduta (Willinger et al., 2002, Heinz et al., 1999, Driessen et al., 2001), l'importanza di avere delle relazioni interpersonali soddisfacenti e una occupazione è sostenuta da differenti autori (Furlan, 1979, Barnett et al., 2002, Gooldsmith, 1988, Furlan e Picci, 1990, Hemmingsson, 1998, Greco et al., 2004, Sanfilippo, Galimberti e Cipollini, 2004).

Sulla base di queste indagini, il nostro studio si è proposto di indagare:

- l'esistenza di una tipologia di difesa e di locus of control specifica per i soggetti alcolisti;
- quali variabili tra il locus of control, i meccanismi di difesa, le relazioni interpersonali, la presenza di un'occupazione stabile, il livello d'ansia o di depressione dei soggetti possono essere definite fattori prognostici nel trattamento del paziente alcolista;
- l'esistenza di una differenza tra alcolisti e cocainomani rispetto l'uso di meccanismi di difesa e locus of control.

Soggetti, metodi e analisi statistica

Sono stati selezionati 3 gruppi di soggetti:

- 55 pazienti in cura per disturbo da dipendenza alcolica, di cui 27 in cura presso una comunità terapeutica residenziale, 6 ricoverati

per trattamento disintossicante presso la clinica Maugeri di Pavia, 9 in carico presso il Centro Aiuto Drogati di Milano e 13 presso il Servizio Territoriale delle Dipendenze di Gorgonzola (MI);

- 15 soggetti con dipendenza da cocaina in cura presso il Servizio Territoriale delle Dipendenze di Melegnano (MI);
- un gruppo di 34 soggetti normali.

Partendo dall'assunto che le variabili di cui vogliamo occuparci (in particolare meccanismi di difesa e locus of control) rimangono costanti nel tempo, al momento della valutazione i soggetti si trovavano in fasi differenti del trattamento.

A tutti i soggetti sono stati somministrati i seguenti strumenti diagnostici:

- il *Response Evaluation Measure* (Steiner H., Araujo K.B., Koopman C., 2001), questionario autosomministrato finalizzato ad indagare i meccanismi di difesa utilizzati in situazioni stressanti, costituito da 71 items che investigano 21 difese aggregate in due fattori: Fattore 1 (comprende le difese più primitive ovvero dissociazione, spostamento, acting out, proiezione, scissione, fantasia, aggressione passiva, annullamento retroattivo, rimozione, somatizzazione, ritiro autistico, sublimazione, conversione, onnipotenza) e il Fattore 2 (comprende le difese più mature ed adattative ovvero diniego, repressione, intellettualizzazione, umorismo, formazione reattiva, altruismo e idealizzazione);
- il *Multidimensional Health Locus of Control (MHLC)*, questionario autosomministrato costituito da 18 items utilizzato nell'indagine del locus of control, misura le aspettative rispetto la salute lungo due dimensioni: la credenza che la salute sia il risultato delle proprie azioni (locus interno) e la credenza che dipenda da agenti esterni (sorte, medici, altre persone importanti per il soggetto);
- per tredici alcolisti e tutti i cocainomani, inoltre, è stata proposta anche la MAP (*Maudsley Addiction Profile*), un'intervista semistrutturata sulla gravità del soggetto.

Per verificare la prima ipotesi (ovvero l'esistenza di una struttura difensiva tipica del paziente alcolista, che lo discriminasse dal campione normativo), sulla base dei risultati ottenuti dal REM-71, abbiamo fatto uso della statistica post-hoc di Tukey. Per verificare la seconda ipotesi ovvero la possibilità che vi sia un andamento parallelo tra ricadute annue ed altre variabili abbiamo fatto uso della Correlazione di Pearson in quanto tutte le variabili sono su scala a rapporti, mentre quella tra l'interruzione del trattamento e le altre dimensioni è stata ottenuta tramite la Correlazione Punto biserial che permette di valutare la presenza di una correlazione tra una variabile dicotomica ed una variabile a rapporti. Rispetto alla terza ipotesi che voleva individuare l'esistenza di una differenza tra i due campioni clinici abbiamo fatto uso, per i meccanismi di difesa, del Test post hoc di Tukey e per il locus of control, dell'Anova univariata.

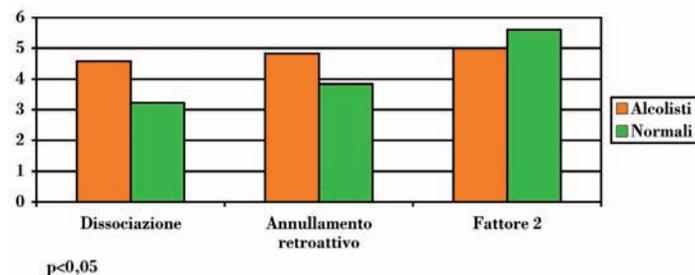
Risultati e Discussione

1. Meccanismi di difesa e locus of control negli alcolisti

Difese

Osserviamo differenze significative tra alcolisti e campione normativo in tre meccanismi di difesa: *dissociazione*, *annullamento retroattivo* e *fattore 2*: gli alcolisti fanno maggiore uso rispetto al campione normativo delle difese della *dissociazione* e dell'*annullamento retroattivo*, che sono difese più primitive, e fanno minore uso del *fattore 2*, che è quello che comprende le difese più evolute (figura 1).

Fig. 1 - Meccanismi di difesa con differenze statisticamente significative tra alcolisti e normali



La *dissociazione* è un meccanismo primitivo, tipico di chi ha subito un trauma: i conflitti emozionali vengono affrontati attraverso il sovvertimento delle normali funzioni integrate della coscienza, della memoria, della percezione del sé, dell'ambiente o del comportamento senso motorio. Un impulso può quindi agire senza che il soggetto ne sia consapevole, permettendo di evitare il senso di colpa o un'estrema minaccia.

Tramite questa difesa l'alcolista può sottrarsi, a livello non cosciente, alla sofferenza ed al senso di colpa indotti dai suoi vissuti o agiti. Al contempo, per mezzo dell'annullamento retroattivo l'etilista può riparare a tali pensieri o azioni fonte di conflitto, o almeno minimizzare il suo disagio, esprimendo il sentimento o l'impulso opposto. Si può constatare quindi come gli etilisti abbiano la tendenza ad evitare il senso di colpa e siano incapaci di gestire le esperienze emotive stressanti, in accordo con le affermazioni di Rosenfeld (1965) che suggeriscono l'associazione tra l'alcolismo, un inadeguato sviluppo dell'Io ed una bassa tolleranza alla sofferenza psichica.

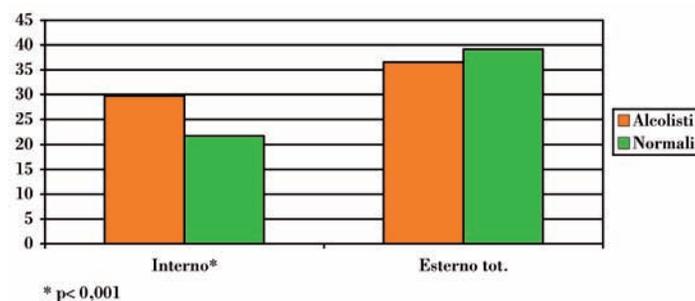
Non sono invece presenti differenze significative per le altre difese, nonostante quanto riportato in letteratura (Furlan, Picci, 1990; Ihilievic, Glesser, 1995; Mc Williams, 1999; Lingiardi, Madeddu, 2002; Lee, 2004).

In definitiva, non emerge dai nostri dati una chiara struttura difensiva specifica per questa tipologia di pazienti, nonostante sia possibile dichiarare che abbiano minore dimestichezza nell'uso di difese mature rispetto alla popolazione normale.

Locus of control

Il locus of control *interno* appare maggiormente utilizzato dagli alcolisti rispetto ai normali (figura 2), così come riportato da Goss e Moroso (1970), Nowicki (1974) e Naditch (1975). Una spiegazione la fornisce Nerviano (1976), quando afferma che *il locus interno degli alcolisti permette loro di percepirsi in grado di controllare il loro problema con la sostanza*.

Fig. 2 - Locus of control negli alcolisti e nei normali



2. Fattori prognostici nel trattamento del paziente alcolista

Tre variabili risultano correlate nella prosecuzione del trattamento per il paziente alcolista: i meccanismi difensivi dell'*annullamento retroattivo* ($r = .694$) e della *formazione reattiva* ($r = .793$) e il *locus esterno "sorte"* ($r = .596$) correlano positivamente con l'interruzione del trattamento, mentre non sono stati trovate correlazioni significative rispetto al numero di ricadute ($p < 0,05$).

I meccanismi di difesa che correlano con l'interruzione del trattamento sono l'*annullamento retroattivo* e la *formazioni reattiva*, ovvero due difese appartenenti a schieramenti opposti: l'*annullamento retroattivo* è considerato una difesa immatura, la *formazione reattiva* appartiene alle difese mature. Essendo sia l'*annullamento retroattivo* sia la *formazione reattiva* due meccanismi di difesa che tendono ad "eliminare" la causa del disagio, si può interpretare il risultato ottenuto considerando che *l'allontanamento dei vissuti negativi possa non favorire una spinta motivazionale sufficientemente forte da indurre il proseguimento di un trattamento che richiede molti sacrifici sia in termini di tempo, sia in termini personali e sociali.*

Non abbiamo, invece, trovato meccanismi di difesa come predittori d'esito positivo in accordo con l'ipotesi di Hague (1976), il quale sostiene l'inesistenza di una chiara relazione tra meccanismi di difesa e la riuscita del trattamento.

Per quanto riguarda il locus of control, in accordo con O'Leary (1974), O'Leary e Shea (1975), Rohsenow (1978) e Sciortino (2006), abbiamo riscontrato che è il locus *esterno* ad assumere il ruolo di fattore prognostico negativo nel trattamento, in quanto "*deresponsabilizza*" il paziente. In particolare, il locus of control *esterno sorte* correla con un esito terapeutico negativo. Probabilmente, l'attribuzione di responsabilità a se stessi o ai medici potrebbe comunque favorire la permanenza in trattamento, mentre se è la sorte a determinare l'andamento della patologia è ipotizzabile che il *pensiero più frequente sia che il destino continuerà a decidere per il soggetto a prescindere dalla sua volontà e dalla sua presenza al trattamento.*

Nonostante ci aspettassimo una chiara relazione tra le competenze sociali (buone relazioni familiari e sociali) ed il proseguimento del trattamento (Furlan, 1979; Barnett, 2002), i nostri risultati, in accordo con quelli di Gooldsmith (1988), non evidenziano alcuna correlazione tra queste variabili. La presenza di un'occupazione stabile è invece una variabile in grado di influenzare il trattamento.

3. Confronto alcolisti-cocainomani

I cocainomani, rispetto agli alcolisti, usano maggiormente la difesa dello *spostamento* (trasferimento verso un oggetto meno minaccioso di un sentimento o un agito che provoca vissuti stressanti) ed in misura minore quella dell'*intellettualizzazione* (pensare razionalmente ad una situazione carica di significato emotivo al fine da controllare o minimizzare i sentimenti disturbanti) (figura 3). Ciò ci permette di constatare la *maggiore incompetenza dei soggetti cocainomani nell'uso di difese mature rispetto ai pazienti con dipendenza da alcol.*

Sono presenti tre differenze significative tra i due gruppi anche nell'uso del locus of control: i cocainomani sono meno *interni* degli alcolisti e fanno meno uso del *locus of control "medici"* mentre attribuiscono maggiore responsabilità alla sorte (figura 4). Abbiamo inoltre indagato la relazione tra le variabili studiate e l'andamento del trattamento nei cocainomani: mentre non vi è alcuna correlazione con l'interruzione del trattamento, i risulta-

Fig. 3 - Differenze significative tra alcolisti e cocainomani nell'uso delle difese

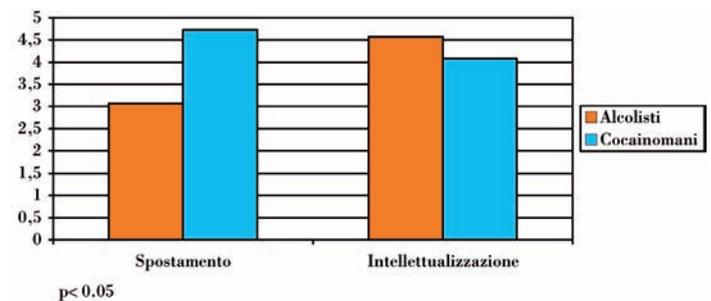
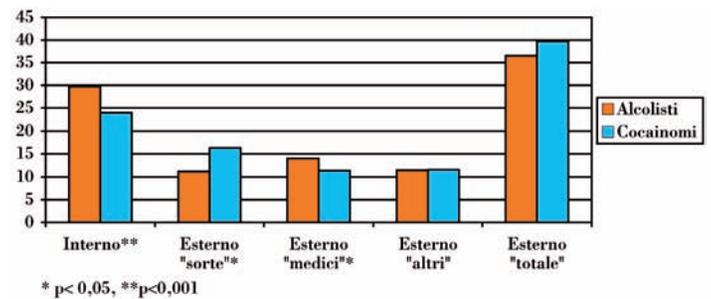


Fig. 4 - Differenze tra alcolisti e cocainomani nell'uso del locus of control



ti evidenziano correlazioni positive significative tra il numero di ricadute e le difese dello *spostamento* ($r = .576$ $p < 0,05$), della *scissione* ($r = .519$ $p < 0,05$), della *formazione reattiva* ($r = .545$ $p < 0,05$) e il livello di *stato depressivo* misurato tramite MAP ($r = .550$, $p < 0,05$); le *buone relazioni coniugali* ottengono invece una correlazione negativa con il numero di ricadute ($r = -.706$, $p < 0,01$). È quindi possibile ipotizzare che *la mancata integrazione dell'aspetto negativo e positivo di sé (causata dalla scissione che impone una percezione di sé come unicamente buono o cattivo), lo spostamento di impulsi ansiogeni dal reale oggetto verso un altro meno minaccioso (spostamento), accompagnati dall'eliminazione dei vissuti angoscianti legati al trattamento (formazione reattiva) siano per i cocainomani fattori predisponenti all'abbandono della condizione d'astinenza.*

Riguardo ai fattori prognostici, dunque, possiamo affermare che esistono più differenze che somiglianze nei due campioni: innanzitutto la presenza di meccanismi difensivi completamente diversi (lo *spostamento* e la *scissione* nei cocainomani, l'*annullamento retroattivo* per gli alcolisti). Va però specificato, al fine di una corretta lettura dei risultati, che il numero di ricadute è sì un fattore prognostico negativo, ma non equiparabile all'interruzione del trattamento: Zimberg (1984) afferma, infatti, che l'eventuale ricaduta debba essere considerata parte integrante e fondamentale di un processo di riabilitazione non ancora completato.

Conclusioni

Sulla base del nostro studio non ci è possibile definire una *struttura difensiva* specifica del paziente con disturbo da dipendenza da alcol. Nonostante ciò, abbiamo potuto riscontrare alcune differenze significative con i soggetti normali: gli alcolisti ricorrono maggiormente alla *dissociazione* e all'*annullamento retroattivo* e dimostrano una carente capacità di scegliere difese mature (vi è infatti un minor utilizzo del *fattore 2*).

Inoltre abbiamo riscontrato che gli alcolisti sembrano avere un locus of control maggiormente *interno* rispetto alla popolazione senza diagnosi, in accordo con i risultati ottenuti da Goss e Moroso (1970), Nowicki (1974) e Naditch (1975).

Circa l'identificazione di *fattori prognostici* positivi o negativi per la cura della dipendenza alcolica, la nostra indagine ha dimostrato l'esistenza di correlazioni significative tra alcune variabili e l'interruzione del trattamento o la presenza di ricadute. Nello specifico, tra i meccanismi di difesa, appaiono essere fattori prognostici negativi l'*annullamento retroattivo* e la *formazione reattiva*, difese che tendono a "eliminare" la causa del disagio, rendendo inesistenti o sostituendo pensieri o impulsi inaccettabili.

Il locus of control *esterno* che attribuisce alla sorte la responsabilità della propria condizione ha invece un ruolo importante nell'interruzione della terapia. Probabilmente la sua azione deresponsabilizzante spinge il soggetto a credere che la propria dipendenza migliorerà o peggiorerà a prescindere dal suo impegno nel trattamento.

Non si evincono, invece, relazioni significative tra aspetti quali l'ansia, la depressione, le relazioni interpersonali, la presenza di un'occupazione stabile, da una parte, e la permanenza in trattamento o il numero di ricadute, dall'altra, nonostante siano tutte variabili fondamentali nel modificare la qualità della vita dei soggetti.

In risposta all'ipotesi della presenza di *differenze sostanza-specifiche*, abbiamo potuto discriminare i due campioni clinici sulla base dei meccanismi di difesa utilizzati, del locus of control e dei fattori predittivi per il trattamento. I cocainomani infatti appaiono adottare una modalità difensiva più primitiva rispetto ai soggetti con dipendenza da alcol (ricorrono, infatti, maggiormente allo *spostamento* e in misura minore all'*intellettualizzazione* rispetto agli etilisti).

Anche riguardo al locus of control sono presenti differenze significative tra i due campioni clinici: gli alcolisti sono più *interni* e attribuiscono maggiormente la responsabilità della propria condizione ai medici, i cocainomani, invece, credono che sia la sorte ad influenzare il proprio stato di salute.

Non sono state rilevate differenze significative tra i due campioni clinici rispetto alle variabili ansia, depressione e stato di salute misurate con la MAP. Anche se nei cocainomani, osserviamo come appaiano correlati alla possibilità di ricaduta l'umore depresso e tre meccanismi di difesa: due primitivi (*spostamento* e *dissociazione*) ed uno maturo (*formazione reattiva*). La buona qualità delle relazioni coniugali, invece, risulta essere un fattore prognostico positivo.

Bibliografia

- Barnett N.P., Lebeau-Craven R., O'Leary T.A., Colby S.M., Woolard R., Rohsenow D.J., Spirito A., Monti P.M. (2002), "Predictor of motivation to change after medical treatment for drinking-related events in adolescents". In *Psychology of addictive behaviours*, 16 (2), pp. 106.
- 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, pp. 249.
- Furlan P.M., Picci R. (1990), *Alcol alcolici alcolismo*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Furlan P.M. (1979), "Recensione critica di tre autori sul narcisismo", *Psicoterapia Scienze Umane*, 2, pp. 70.
- Galimberti G.L. (2004), "Recenti suggestioni biologiche in tema di alcolismo e poliabuso". In SANFILIPPO, B., GALIMBERTI, G.L., LUCCHINI, A. *Alcol, alcolismi: cosa cambia?*, FrancoAngeli, Milano.
- Goldsmith L.R. (1988), "Mutuality, life events, and social support as predictors of alcoholism and relapse among women", *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 59(3-B), pp. 1366.
- Goss A., Morosko T.E. (1970), "Relation between a dimension of internal-external control and the MMPI with an alcoholic population", *Journal of consulting and clinical psychology*, 34, pp. 189.
- Greco C., Nocentini M. (2004), "Il trattamento di gruppo in algologia", in Sanfilippo B., Galimberti G.L., Lucchini A., *Alcol, alcolismi: cosa cambia?*, FrancoAngeli, Milano.
- Hague W.H., Donovan D.M., O'Leary M.R. (1976), "Personality characteristics related to treatment decisions among inpatient alcoholics: a non relationship", *Journal of clinical psychology*, 32(2), pp. 476.
- Heinz A., Weingartner H., George D., Hommer D., Wolkowitz O.M., Linnoila M. (1999), "Severity of depression in abstinent alcoholics is associated with monoamine metabolites and dehydroepiandrosterone-sulfate concentrations", *Psychiatry Research*, 89, pp. 97.
- Hemmingsson T., Lundberg I. (1998), "Work control, work demands, and work social support in relation to alcoholism among young men", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(4), pp. 921.
- Ihlevich D., Glesser G. (1995), "The defense mechanism inventory: its development and clinical applications", in Conte H.R., Plutchik R. (a cura di), *Ego defenses. Theory and measurement*, J. Wiley, New York.
- Lee K.S., Kim K.C., Sung K.H., Shin S.E., Jung K. (2004), "Defense mechanism and insight in relation to executive function of alcoholic patients", *European Neuropsychopharmacology*, pp. 343.
- Lingiardi V. (2002), "Teoria", in Lingiardi V., Mededdu F., *I meccanismi di difesa*, Raffaello Cortina, Milano.
- McWilliams N. (1999), *La diagnosi psicoanalitica*, Astrolabio, Roma.
- Naditch M.P. (1975), "Locus of control and drinking behavior in a sample of men in army basic training", *Journal consulting clinical psychology*, 43, p. 96.
- Nelson P.C., Hoffman H. (1972), "Personalities of alcoholics who leave and seek treatment", *Psychological Reports*, 30, pp. 949.
- Nerviano V.J., Gross W.F. (1976), "Londiness and locus of control for alcoholic male: validità against murray need and cattell trait dimensions", *Journal of clinical psychology*, 32(2), pp. 479.
- Nowicki S., Hopper A.E. (1974), "Locus of control correlates in an alcoholic population", *Journal consultino clinical psychology*, 42, pp. 735.
- O'Leary M., Donovan D.M., Hague W.H. (1974), "Relationships between locus of control and MMPI scale among alcoholics: a replication and extension", *Journal of clinical psychology*, 30, pp. 312.
- O'Leary M.R., Donovan D.M., Hague W.H., Shea R.A. (1975), "Shift in component factors of locus of control as a function of treatment in male alcoholics", *Journal of clinical psychology*, 31, pp. 359.
- Rohsenow D.J., Erickson R.C., O'Leary M.R. (1978), "The defense mechanism inventory and alcoholics", *International journal of the addictions*, 13, pp. 403.
- Rosenfeld H.A. (1965), "La psicopatologia della tossicomania e dell'alcolismo (esame critico della letteratura psicoanalitica)", in *Psychotic States. A psychoanalytical Approach*, The Hogarth Press and the institute of Psycho-Analysis, London. trad. it. *Stati psicotici*, Armando, Roma, 1973.
- Sciortino S. (2006), "Alessitimia, locus of control e comportamenti a rischio, uno studio su un campione di soggetti tossicodipendenti", *Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo*, XXIX (1-2), pp. 7.
- Willinger U., Lenzinger E., Hornik K. (2002), "Anxiety as a predictor of relapse in detoxified alcohol-dependent patients", *Alcohol and Alcoholism*, 37, pp. 609.
- Zimberg S. (1984), *La cura clinica dell'alcolismo*, Ferro, Milano.

“NOTTI SICURE”

Protocollo di intervento della ASL della provincia di Cremona per persone segnalate per infrazione art. 186 “guida in stato di ebbrezza” (Codice della strada)

Report a cura di Sorini E.⁻, Camisani A.⁻

Barozzi R.[^], Battistini E.⁼, Borsotti S.[^], Cagna A.[§], Cerizza G.⁼, Conti P.^{*}, Dioli G.[§], Fagandini F.⁽⁾, Ferraris S.[§], Giorgi C.^{*}, Guzzo C.[°], Mannino S.[\], Mariani C.⁺, Metozzi M.[§], Pisciarelli G.[“], Rubagotti L.[°], Salvadori M.[°], Stefani S.[“], Reali G.[“], Rapuzzi P.⁼, Scaglioni N.[°], Ubaldini C.^{*}, Vecchi L.[°], Vezzosi F.^{*}, Zenoni S.[#]

a) Incidenti stradali, feriti e morti in Italia

Nei paesi industrializzati secondo l'OMS i traumi della strada sono la prima causa di morte sotto i 40 anni (IX). Diversi sono i recenti obbiettivi europei: l'OMS nel “WHO health for all policy in Europe” chiede di ridurre la mortalità e la disabilità da incidenti stradali di almeno il 30% entro il 2020, l'Unione Europea ha invece proposto di ridurre gli incidenti stradali del 50% entro il 2010, la Conferenza Europea dei Ministri dei trasporti ha adottato l'obbiettivo di ridurre le morti da traffico del 50% entro il 2012.

In Italia dal 2003 dopo un andamento crescente dal 1991 al 2002, inizia un trend discendente, attribuibile anche in parte all'entrata in vigore del Decreto Legge n. 151 del 27 giugno 2003 e successivi. I dati ISTAT (X), notoriamente sottostimati, segnalano nel 2006 5669 morti e 332.955 feriti (in netto calo rispetto al 2000) (X).

È un fatto la costante riduzione nel tempo della gravità degli incidenti, evidenziata dall'**indice di mortalità** (morti/100 incidenti) che si attesta al 2,4% del 2006 contro il 4,4% del 1991 e dall'**indice di gravità** che passa da 3,0 (1991) a 1,7 decessi ogni 100 infortunati (2006). La fascia di età più colpita tra **25 e 29 anni** (587 decessi in valore assoluto), seguiti dalla fascia di età

30-34 anni (573 morti) e dalla fascia 21-24 anni (516 morti) I dati ISTAT confermano 2 situazioni particolari:

La “notte” (ore 22-6): più elevato indice di mortalità (con picco alle ore 5 = 5,8% incidenti, media notturna = 4,3%) e minor percentuale di incidenti (10,8%) e morti (27,6% del totale dei decessi).

Il “giorno” (ore 7-21): più basso indice di mortalità e più elevato numero di incidenti e di morti.

Fig. 1 - Anno 2006 - Numero decessi per giorno della settimana (X)

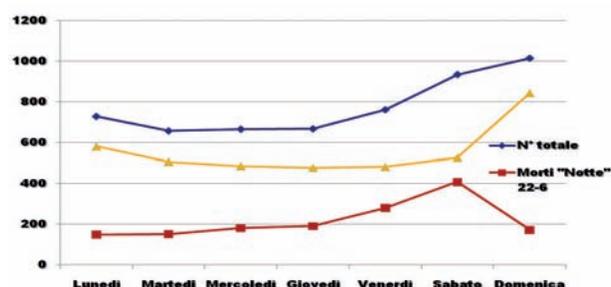
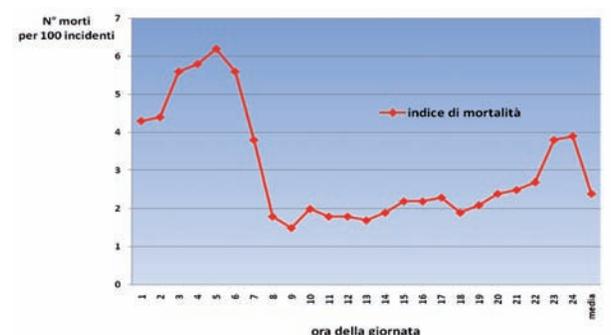


Fig. 2 - Anno 2006 - Indice di mortalità per ora del giorno (X)



L'obiettivo 2010

“Nel Libro Bianco del 13 settembre 2001 l'Unione Europea ha fissato un obbiettivo ambizioso, ovvero dimezzare il numero di morti sulle strade entro il 2010.

Alla fine del 2005, il bilancio intermedio mostra che solo pochi Paesi hanno già ridotto in misura superiore al 25% il numero di

⁻ Dipartimento dipendenze ASL della provincia di Cremona.

[^] Commissione Medica Locale Patenti Sedi di Cremona e Crema

Unità Operativa di Medicina Legale ASL della provincia di Cremona.

⁽⁾ Già presidente CMLP.

[#] Presidente CMLP.

[°] Unità Operativa di Alcolologia - Ser.T. - ASL della provincia di Cremona.

^{*} Ass. BUSsola - Cremona.

(Associazione per il sostegno dei piani europei dell'OMS su alcol e fumo).

[“] APCAT di Cremona (Associazione provinciale dei club degli alcolisti in trattamento) e ACAT locali.

⁺ Associazione Europea familiari e vittime della strada.

⁼ Presidio Ospedaliero “S. Marta” Rivolta d'Adda UO di Riabilitazione Alcolologica Azienda Ospedaliera “Ospedale Maggiore” di Crema.

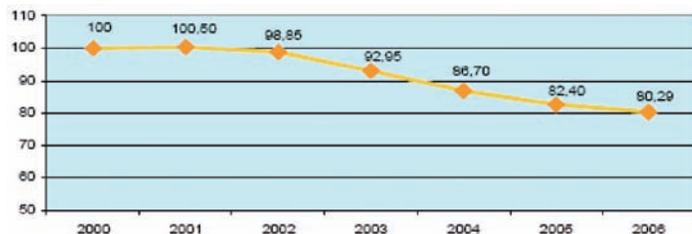
[§] Associazione “L'Approdo” Rivolta d'Adda.

^{A.A.} (Alcolisti Anonimi) Area Lombardia.

[\]Servizio Epidemiologico ASL della provincia di Cremona.

vittime della strada; emerge, altresì chiaramente, la difficoltà a ridurre il numero di decessi in Paesi quali la Gran Bretagna che già nel 2000, con 3.580 morti, faceva registrare tassi molto bassi e vicini al cosiddetto "zoccolo duro", difficilmente eliminabile. In Italia, dove alla fine del 2005 si registrava una riduzione del 17,6% nel numero di decessi, è proseguito il trend decrescente anche nel 2006, segnando un ulteriore calo del 2,6%: il decremento complessivo è pari al 19,7%" (X).

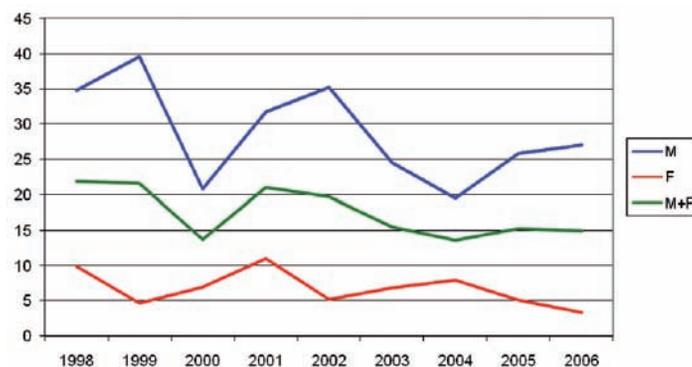
Fig. 3 - Morti in incidenti stradali - Anni 2000-2006 (Base 2000 = 100) - (X)



Tale risultato, seppur apprezzabile, non è sufficiente per il raggiungimento dell'obiettivo 2010: permanendo l'attuale trend è presumibile che si arrivi al 2010 con una diminuzione delle vittime pari a circa il 30%. Per raggiungere l'obiettivo, si dovrebbe, negli anni a venire, ridurre la mortalità ad un tasso medio non inferiore al 9,5% annuo" (X).

b) Incidenti e mortalità in provincia di Cremona

Fig. 4 - Mortalità* per anno e per sesso anni 1998-2006 (Servizio Epidemiologico ASL della provincia di Cremona)



* Per 100.000 abitanti

Per quanto riguarda il tasso di mortalità nel periodo 1998-2006 è per ora evidente un lento decremento nei maschi nel 2005-6 (fig. 4). Dal 1998 le proiezioni per il 2010 sono differenti: da un massimo di riduzione -45,3% (proiezione lineare) ad un minimo di -34,4% (proiezione esponenziale) con un valore intermedio di -38,1% (proiezione logaritmica). Anche per Cremona l'andamento non sembra raggiungere gli obiettivi internazionali per il 2010 (XVI).

Fig. 5 - "Mortalità stili di vita e prevenzione primaria nella provincia di Cremona (1998-2005) - Accidenti da traffico" Servizio Epidemiologico ASL della provincia di Cremona

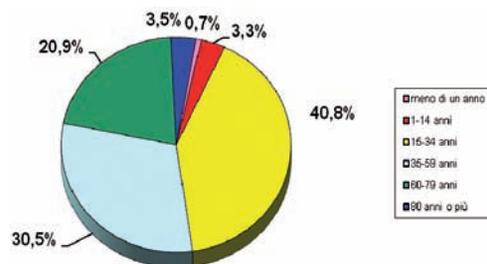
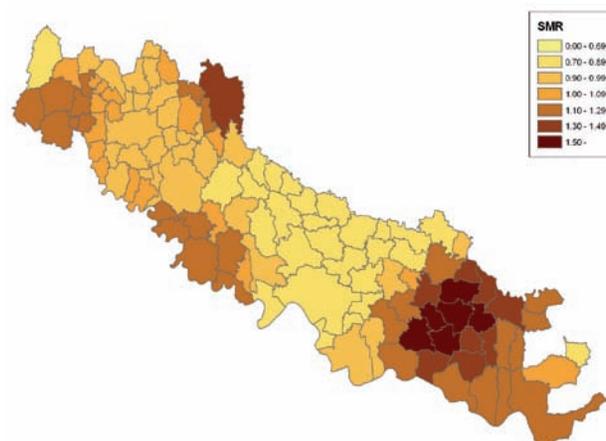


Fig. 6 - Atlante mortalità evitabile per incidenti da traffico in provincia di Cremona nel 1998-2006 (SMR smussati con metodo Kernel) - Servizio Epidemiologico ASL della provincia di Cremona



c) Alcol, droghe e farmaci alla guida

L'OMS (VII) riporta un dato di per sé inquietante: oggi in Europa muoiono per problemi alcolcorrelati oltre 60.000 giovani tra 15 e 29 anni ogni anno (la causa prevalente sono gli incidenti stradali). L'abitudine a guidare dopo aver bevuto è diffusa nei più diversi contesti culturali.

Il conducente è la causa di ben il 96,67% di tutti gli incidenti stradali (X). La categoria dello stato psico-fisico del conducente è a sua volta molto correlata con la gravità degli incidenti.

"Le cause principali che rientrano in tale categoria sono: l'ebbrezza da alcool (4.246 casi pari al 71% della categoria), il malore, l'ingestione di sostanze stupefacenti o psicotrope ed il sonno che con 1.586 casi pesano per il 26,4%" (X).

Nella maggior parte degli stati europei il tasso alcolemico di legge non supera la concentrazione di 0,5 g/L che non è un "valore soglia" cioè un valore di sicurezza senza effetti. In diverse nazioni, il valore massimo è 0,2 g/L; in Svezia l'applicazione di questo limite ha portato ad un decremento del 10% di incidenti stradali mortali. La probabilità quindi di essere coinvolti in un incidente stradale cresce all'aumentare del tasso alcolico nel sangue (anche una quantità minima di alcol rappresenta un maggior rischio di incidente stradale rispetto all'astensione).

Rispetto ai trentenni gli adolescenti rischiano cinque volte di più, e le persone di età 20-29 anni tre volte di più. I giovani sono più esposti al rischio di incidente stradale alcol-correlato anche a causa della inesperienza alla guida e del tipo di assunzione di alcolici (binge drinking).

Le evidenze scientifiche

Nel rapporto per la commissione europea di P. Anderson e B. Baumberg (IV) si segnala che "Le politiche sulla guida in stato di ebbrezza che si sono dimostrate altamente efficaci comprendono i controlli randomizzati, l'abbassamento del tasso di alcolemia consentito per la guida, la sospensione della patente e tassi di alcolemia inferiori per neopatentati. **Le evidenze limitate non riscontrano un effetto derivante da programmi del "guidatore designato" e di "guida sicura".** I dispositivi bloccanti (alcohol locks) possono essere efficaci come misura preventiva, ma con coloro che guidano in stato di ebbrezza funziona solo se i dispositivi sono in dotazione al veicolo. **L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha costruito un modello per misurare l'impatto e i costi di controlli randomizzati rispetto all'assenza degli stessi; applicandolo all'UE si calcola che 111.000 anni di disabilità e morte prematura vengono evitati ad un costo stimato di 233 milioni di euro ogni anno".**

Le principali evidenze scientifiche sembrano confermare l'efficacia degli interventi di tipo informativo rivolti a conducenti già coinvolti in incidenti stradali alcol-correlati (9-10% di recidive in meno); sono pertanto consigliati da diverse istituzioni internazionali tra le quali la Comunità Europea.

Infatti nel documento finale della Commissione delle comunità Europee (XV) è sottolineata la necessità di un forte intervento in questa direzione. Il testo originale è il seguente:

5.2. Riduzione del numero di morti e feriti per incidenti stradali causati dall'alcol

Obiettivi

Obiettivo 4: contribuire a ridurre il numero di vittime e feriti di incidenti stradali.

5.2.1. Motivazione

Nell'Unione europea, un incidente su quattro circa è imputabile al consumo di alcol e sono almeno 10.000 ogni anno le vittime della strada a causa dell'alcol. Particolarmente esposti al rischio di incidente sono i giovani di età compresa tra 18 e 24 anni. In questo gruppo di età, il 35% - 45% dei decessi è rappresentato da vittime della strada. Gli incidenti stradali sono la prima causa di morte (47%, secondo numerose fonti) tra i giovani. Negli incidenti per guida in stato di ebbrezza due terzi delle persone coinvolte avevano tra i 15 e i 34 anni e il 96% erano maschi.

5.2.2. Buone pratiche

Numerosi studi hanno riscontrato che il rischio di incidenti stradali legati all'alcol cresce con l'aumento del tasso alcolemico (TA) del conducente. Tutti gli Stati membri hanno provveduto ad introdurre limiti massimi di alcolemia. Alcuni studi tendono ad indicare che sarebbe auspicabile l'osservanza di una soglia massima obbligatoria di 0,5 mg/ml. L'applicazione efficace di misure di lotta contro la guida in stato di ebbrezza potrebbe ridurre drasticamente il numero di coloro che perdono la vita (almeno del 25% per gli uomini e del 10% per le donne), subiscono traumi o lesioni permanenti a seguito di incidenti stradali. **Esempi di misure adottate con successo a livello nazionale sono l'introduzione e la realizzazione frequente e sistematica di alcoltest a campione e l'organizzazione parallela di campagne di formazione e di sensibilizzazione con la partecipazione di tutti i soggetti interessati. Un rigoroso controllo dell'applicazione delle norme, associato ad azioni volte ad un'efficace presa di coscienza del problema, sono determinanti per la riuscita di queste iniziative.** I giovani e i neopatentati sono i conducenti più

spesso implicati in incidenti stradali connessi con l'alcol. Un altro esempio di misura efficace è l'introduzione di un tasso inferiore o di un tasso zero di alcolemia per questa categoria di automobilisti e, per ragioni di sicurezza, anche per i conducenti di mezzi pubblici e di veicoli commerciali, in particolare quelli adibiti al trasporto di merci pericolose".

Da segnalare (tab. 1) alcune raccomandazioni del rapporto di P. Anderson e B. Baumberg precedente a questo documento (III):

Tab. 1 - Alcune raccomandazioni "Alcol in Europe"

Raccomandazioni	Attori principali
V.5. I programmi educativi, riabilitativi e di trattamento per i guidatori, correlati alla sanzione e basati su linee guida e protocolli concordati, dovrebbero essere implementati in tutta Europa.	(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri/ Regioni
V.7. Le campagne del "guidatore designato" dovrebbero essere valutate per l'impatto nel ridurre i rischi di incidente alcolcorrelato prima di esser ri-finanziati e prima di costruire nuove campagne.	(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri/ Regioni
V.8. Dovrebbero essere implementati corsi di formazione specifici e appropriati rivolti al settore della vendita e della distribuzione per ridurre il rischio della guida sotto gli effetti dell'alcol.	(III) Municipalità
V.9. Dovrebbero essere realizzati dei programmi educativi di comunità e di mobilitazione civile, con iniziative nel campo della pianificazione urbana e del trasporto pubblico, per ridurre il rischio della guida sotto gli effetti dell'alcol.	(III) Municipalità

Il protocollo di lavoro NOA-CMLP

Il protocollo prevede, oltre ai controlli e alle sanzioni amministrative da parte della CMLP, attività di prevenzione e di trattamento ai conducenti fermati per guida in stato di ebbrezza organizzati dai servizi alcolologici provinciali.

La valutazione della persona e le decisioni conseguenti si basano infatti troppo su un approccio di tipo 'organico' (accertamenti ematochimici), spesso incerto per la sua bassa capacità diagnostica. L'esigenza è stata quindi di sviluppare approcci e interventi più ampi utili per una reale modificazione del consumo di alcol al di là dei problemi contingenti della guida. Obiettivi concordati:

- tutelare la comunità nei confronti dei rischi di incidenti stradali legati alla guida pericolosa di persone in stato di intossicazione alcolica;
- offrire alla persone coinvolte nelle infrazioni dell'art. 186 del C.S. la possibilità di sensibilizzarsi sul tema dei problemi alcolcorrelati così da ridurre al minimo le future recidive nella stessa infrazione;
- avviare al trattamento le persone e le famiglie che necessitano, per ovvi motivi, di un cambiamento immediato e definitivo dei loro comportamenti coinvolgendo anche le loro famiglie.

La CMLP, il NOA di Cremona, l'Ass. BUSsola Cremona e l'AP-CAT Cremona dal 2003 hanno formulato un protocollo operativo per l'area del distretto di Cremona. A questa prima espe-

rienza dal 2006 si è aggiunta la partecipazione dell'area del distretto di Casalmaggiore e di Crema attraverso l'ambulatorio alcolologico di Casalmaggiore, il Presidio Ospedaliero "S. Marta" Rivolta d'Adda, Reparto di Riabilitazione Alcolologica dell'Ospedale Maggiore di Crema, AA (Alcolisti anonimi) Area Lombardia e l'Ass. l'Approdo di Crema.

Tutti i conducenti segnalati alla Commissione Medica Locale per guida in stato di ebbrezza sono inviati alle Unità Operative di Alcologia. L'adesione all'accertamento specialistico è fortemente incentivata dalla correlazione tra l'accettazione del percorso proposto ed i tempi di controllo per l'idoneità (la CMLP ha diversificato i tempi e i modi di controllo in base alla frequenza o meno ai programmi dei servizi). I servizi offrono a loro volta una concreta opportunità di sensibilizzazione e/o di trattamento in tema di problemi alcolcorrelati di cui viene fornita una certificazione alla CMLP per gli usi di legge.

Il protocollo degli interventi integrati

A tutte le persone nei servizi alcolologici si effettua un **counseling individuale e/o familiare** per una preliminare valutazione dei rischi e/o possibili danni alcolcorrelati. Successivamente seguono questi interventi:

1) Persone con esami di laboratorio nella norma con evidente storia di "binge drinking" cioè consumi occasionali particolarmente rischiosi soprattutto nel corso dei week-end.

Risposta: **Corso di informazione/educazione "Notti sicure" (3 serate dalle ore 20:30 alle ore 23:00).** Il corso è gestito nel distretto di Cremona e Casalmaggiore dell'ASL in collaborazione con l'Ass. BUSsola, l'APCAT e l'Associazione Europea familiari e vittime della strada. Per il distretto di Crema concorrono alla realizzazione dell'intervento Ospedale S. Marta di Rivolta d'Adda (Reparto di Riabilitazione Alcolologica) l'Associazione AA (Alcolisti Anonimi) Area Lombardia e l'Ass. "L'Approdo" di Crema.

Fasi: 1° incontro

- 45' Questionari pre-test; Relazione "Dati statistici, luoghi comuni, sostanze psicoattive, problemi alcolcorrelati, concetti di consumo e rischio".
- 45' lavoro in piccoli gruppi con un conduttore.
- 30' discussione in comunità delle conclusioni dei gruppi di lavoro.

2° Incontro

- 45' Tema "Il concetto di alcolismo, la storia dei problemi familiari, sociali e sanitari, l'autodiagnosi e le modalità di riconoscimento dei problemi alcolcorrelati".
- 45' lavoro in piccoli gruppi con un conduttore.
- 30' discussione in comunità delle conclusioni dei gruppi di lavoro.

3° Incontro

- 45' Tema "Alcol e guida: le alterazioni delle capacità individuali, i rischi stradali, le azioni positive da intraprendere, i concetti di responsabilità e di etica, l'etilometro ecc." somministrazione questionari post-test e customer satisfaction.
- 45' lavoro in piccoli gruppi con un conduttore.
- 30' discussione in comunità delle conclusioni dei gruppi di lavoro.

2) Persone con esami ematici alterati e una storia di consumi elevati costanti e di precedenti problemi alcolcorrelati.

Risposta: Counselling e prevalente lavoro di motivazione alla frequenza di un club degli alcolisti in trattamento (distretto di Cremona e Casalmaggiore). Per il distretto di Crema monitoraggio e approfondimento della situazione che potrà concludersi a breve o introdurre un trattamento riabilitativo ambulatoriale (colloqui individuali, colloqui familiari, trattamento di gruppo, trattamento farmacologico), o degenziale.

3) Persone impossibilitate a seguire i programmi precedenti oppure persone che rifiutano le precedenti forme di approccio.

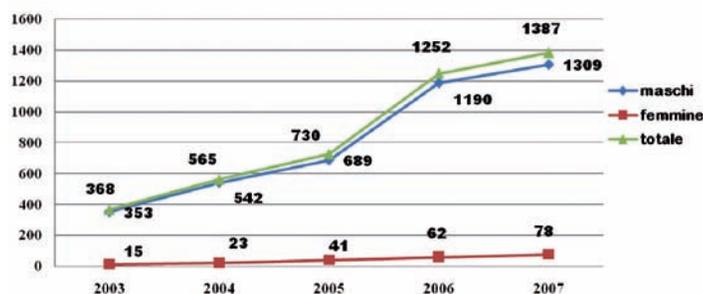
Controlli mensili presso le Unità Operative di Alcologia con esami ematochimici periodici e lavoro individuale di informazione/sensibilizzazione.

Definito il programma, gli operatori del NOA stilano una certificazione dello stesso per gli usi consentiti dalla legge (compresi i monitoraggi periodici).

Monitoraggio

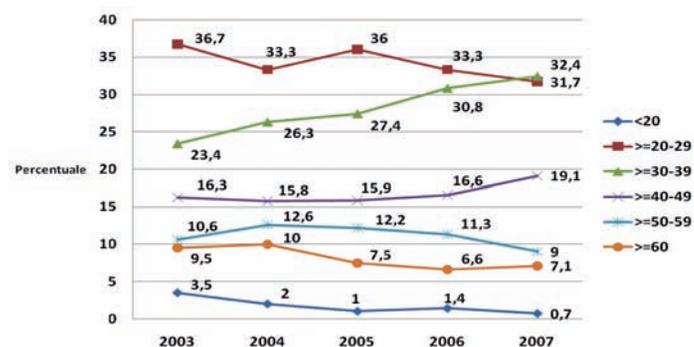
A) Persone segnalate ai Servizi Alcolologici

Fig. 7 - Persone in carico per art. 186 in provincia di Cremona (NOA Distretti di Cremona e Casalmaggiore e Reparto di riabilitazione alcolologica di Rivolta d'Adda)



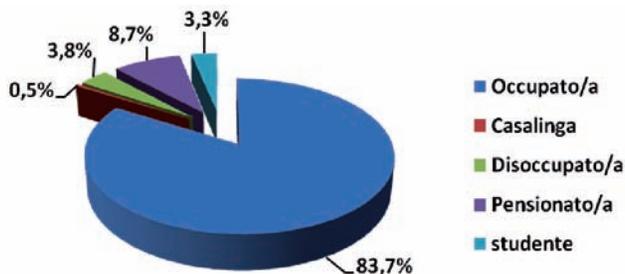
In fig. 7 dal 1/2/2003-31/12/2007 in provincia è evidente l'incremento annuale delle persone che sono state inviate dalla CMLP (+277% dal 2003 al 2007). come pure una netta prevalenza annuale del sesso maschile (dato cumulativo = 94,9%). Nel periodo considerato i distretti di Cremona e Casalmaggiore presentano insieme il maggior numero di segnalazioni (2750 = 63,9%). Su 4302 persone il 63% appartiene all'intervallo 20-39 anni (33,2% 20-29 anni + 29,8% 30-39 anni). Persone coniugate = 30,1%, celibi = 58,9%, separate = 9%, vedove = 2%. Su 4302 persone il 14,4% ha completato le scuole primarie, il 48,3% le scuole second. I grado, il 33,3% le scuole secondarie di II grado, il 4% ha una laurea.

Fig. 8 - Fasce di età per anno



Nel corso degli anni è aumentata la percentuale di persone nella fascia di età 30-39 anni cui corrisponde anche un incremento nel tempo delle persone coniugate (XV).

Fig. 9 - Occupazione e totale provincia 2003-2007 (4.302 persone)



B) Tipo di interventi

La modalità più utilizzata in questi 4 anni è il counseling iniziale seguito dai corsi "Notti sicure". Attraverso questa modalità sono state coinvolte 2290 persone su 4302 (53,2%). Solo 88 (2,1%) persone hanno rifiutato il programma assumendosi la responsabilità di un provvedimento più restrittivo da parte della CMLP. Altre 1676 (39%) persone sono state accolte attraverso un counseling individuale (controlli periodici di precedenti interventi). Di queste una parte ha seguito un programma più intensivo caratterizzato spesso dalla frequenza settimanale dei CAT o di altri tipi di gruppi terapeutici (XVI).

Valutazione corsi "Notti sicure"

A) Incidenza recidive art. 186 C.d.S. (2003-2007)

Le persone che hanno effettuato il corso "Notti sicure" sono state raggruppate per anno e di ogni coorte è stata valutata l'incidenza di recidive (nuova infrazione dell'art. 186 dopo l'intervento) a 1 anno, a 2 anni e a 3 anni. I dati parziali aggiornati al 31.12.2007 sono i seguenti:

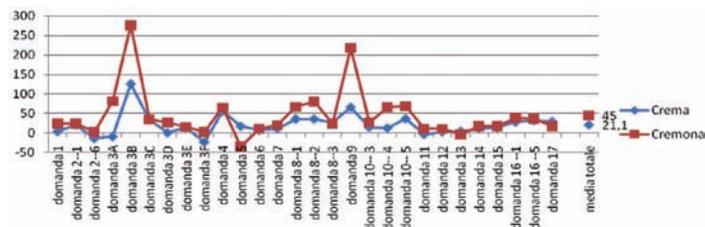
Tab. 2 - Provincia di Cremona tassi di recidivi per art. 186 C.d.S. (follow-up a 3 anni)

	N. persone	Follow-up a 3 anni	Recidivi Art. 186 C.d.S.	Tasso di recidivi
Corsi 2003	261	Concluso	31	11,8%
Corsi 2004	320	Concluso	23	7,1%
Corsi 2005	543	A due anni	35	6,4%
Corsi 2006	625	A un anno	12	1,9%
Totale	1.749			

B) Questionari pre-post intervento anni 2006-2007 (Distretti Cremona e Crema)

Nei 2 anni considerati sono stati somministrati 752 questionari al pre-test e 717 al post-test. Questi i risultati:

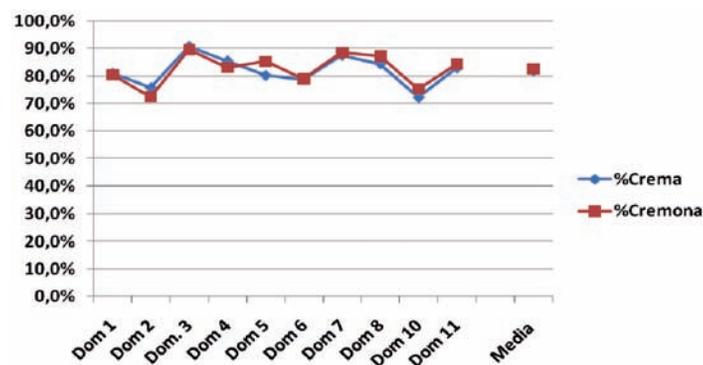
Tab. 3 - Incrementi percentuali di risposte esatte al post-test (risultati complessivi anni 2006-2007)



La media degli incrementi di ogni domanda al posto test è per l'area Cremasca = +21,1% e per l'area Cremonese = +45% (XVI).

C) Questionari di customer satisfaction

Tab. 4 - Risposte "abbastanza soddisfatto" e "molto soddisfatto" somma delle percentuali.



D) Intenzioni di cambiamento al termine del corso

Nei questionari post-test sono state inserite domande specifiche sui cambiamenti di consumo. Alla domanda "nel futuro modificherà il suo consumo di bevande alcoliche (birra, vino e superalcolici)?" le risposte sono state Sì = 85,3%, No = 11,3%. La domanda successiva "Se Sì, in che senso" le risposte sono le seguenti (XVI):

Tab. 5

	% Crema	% Cremona	% Totale
Ridurrò i miei consumi	74,8	66,3	69,6
Aumenterò i miei consumi	0,0	0,8	0,5
Non berrò più	25,2	32,9	29,9
Totale	100,0	100,0	100,0

P < 0,05

Tab. 6 - Se Sì, in che misura il corso ha contribuito a questa scelta di modificare i suoi consumi? (dai un voto da 1 a 5)

Voto	% Distr. Crema	% Distr. Cremona	% Totale
1	4,0	4,4	4,2
2	4,9	4,9	4,9
3	23	20,1	21,3
4	33	37,4	35,6
5	35,1	33,2	34
Totale	100,0	100,0	100,0

p < 0,01

Conclusioni

Per quanto riguarda la valutazione dei corsi "Notti sicure" i tassi di recidive per anno sembrano per ora oscillare tra il 7% e il 12% a tre anni (3-4% l'anno) con una tendenza alla diminuzione nelle coorti degli anni successivi (anche se non è ancora concluso il follow-up). Mancano purtroppo possibilità di confronto con gruppi di controllo di CMLP informatizzate dove mancano interventi analoghi.

Per quanto riguarda i risultati dei questionari post-test dei corsi 2006-2007 è stato ampiamente raggiunto l'obiettivo di un incremento delle risposte esatte di almeno il 20% rispetto ai questionari pre-test (tab. 3 Crema = +20,2%, Cremona = +45%). Forti incrementi percentuali di risposte esatte si sono verificati per domande critiche come il concetto di alcol-droga e il concetto di "bere moderato" come comportamento di possibile rischio. Importanti anche le variazioni positive delle risposte alle ultime domande sul comportamento alla guida che evidenziano incrementi più significativi nell'area Cremonese partendo tra l'altro da discreti livelli di risposte esatte al pre-test. Questi risultati sono particolarmente interessanti proprio perché come noto le decisioni sul cambiamento di comportamento sono quelle più difficili da ottenere.

Altrettanto confortanti appaiono i dati relativi alla customer satisfaction dei corsi dove in ogni domanda le percentuali cumulative delle risposte "abbastanza soddisfatto" e "molto soddisfatto" oltrepassano l'80% delle persone con una media totale di Crema = 82,06% e Cremona = 82,39% (tab. 4). Tali risultati appaiono interessanti se si tiene conto dell'alta resistenza iniziale delle persone presenti. Inoltre queste persone, presentando bassi livelli di problemi alcol correlati, ritengono inizialmente inutile ogni forma di sensibilizzazione.

La risposta a nostro avviso più suggestiva per l'efficacia di "notti sicure" sui comportamenti futuri è quella sulle intenzioni di cambiamento alla domanda "Nel futuro modificherà il suo consumo di bevande alcoliche?" dove ben l'84,8% per Crema e l'85,6% per Cremona ha risposto affermativamente. Tra queste persone il 74,8% per Crema e il 66,3% per Cremona ha dichiarato una futura riduzione dei consumi, e ben il 25,2% per Crema e il 32,9% per Cremona ha invece categoricamente sostenuto che non berrà più in futuro (tab. 5). Importanti anche sono le risposte con punteggi medio-alti (dal 3 al 5 compreso in una scala da 1 a 5) che le persone hanno accreditato al corso come l'agente principale della modificazione dei propri consumi dopo l'intervento (tab. 6).

Bibliografia

- "European Alcohol Action Plan", Alcohol, Drugs and Tobacco Unit, Life Styles and Health Department, Regional Office for Europe, World Health Organization, Copenhagen, 1993.
- "Alcohol-less is better", Report of the WHO European Conference - Health, Society and Alcohol, Paris, 12-14 December 1995, Copenhagen, 1996.
- "La lotta all'alcolismo nella Regione Europea dell'OMS" P. Anderson e Ben Baumberg "Alcol in Europa" sintesi del rapporto della Commissione Europea - giugno 2006 Quaderni di sanità pubblica anno 29, dicembre 2006.
- WHO "Global Status Report on Alcohol 2004" World Health Organization Department of Mental Health and Substance Abuse Geneva, 2004.
- "European Alcohol Action Plan 2000-2005" Regional Office for Europe, World Health Organization, Copenhagen, 1999.
- "Young people and alcohol" Dichiarazione su alcol e giovani. Stoccolma 21 febbraio 2001 World Health Organization Regional Office for Europe.
- "Framework on alcohol policy in the WHO European Region" Bucharest-Romania - 12-15 settembre 2005 World Health Organization Regional Office for Europe.
- Istituto Nazionale di Statistica - Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" (uso e abuso di alcol in Italia) anno 2006.
- Racioppi F., Eriksson L., Tingvall C., Villaveces A., "Preventing Road Traffic injury a public health perspective for Europe" World Health Organization-Europe 2004.
- ACI-ISTAT "Incidenti stradali (anno 2007)".
- Ministero della salute - Direzione generale della prevenzione sanitaria - centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie "Piano nazionale alcol e salute" Roma 7-2-2007.
- Legge 30 marzo 2001, n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol correlati" (Gazzetta Ufficiale n. 90 del 18-04-2001).
- Stewart-Brown S. (2006), "What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?" Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report).
- Centro Epidemiologico - "Mortalità stili di vita e prevenzione primaria nella provincia di Cremona" (1998-2005) - ASL della provincia di Cremona - 2006.
- Commissione delle comunità Europee "Strategia comunitaria volta ad affiancare gli Stati membri nei loro sforzi per ridurre i danni derivanti dal consumo di alcol" comunicazione della commissione al consiglio, al parlamento europeo, al comitato economico e sociale europeo e al comitato delle regioni - Bruxelles 24.10.2006.
- Nucleo Operativo Alcolologia-Ser.T. "Notti sicure-report" - ASL della provincia di Cremona - anno 2007.

RECENSIONE



A cura di Alfio Lucchini,
Felice Nava, Ezio Manzato

Buone pratiche e procedure terapeutiche nella gestione del paziente alcolista

Collana: Clinica delle dipendenze e dei
comportamenti di abuso/Quaderni
direttore scientifico: Alfio Lucchini
pp. 432, € 30,50 (cod. 231.1.38)

Nei dipartimenti delle dipendenze sono in cura sempre più pazienti alcolisti. L'alcol inoltre è parte importante di ogni forma di dipendenza che appare alla nostra osservazione.

FeDerSerD, tramite la sua Commissione nazionale Alcolologia, ha organizzato a Sanremo nel settembre 2006 un Congresso tematico nazionale per fare il punto sulla realtà nei dipartimenti territoriali dell'intervento sul paziente alcolista, affrontando alcune delle tante problematiche che il tema alcol richiama.

Il Congresso, che ha visto oltre 500 partecipanti, si è caratterizzato per una forte visione di integrazione tra la lettura biologica e quella psicologica.

Sono state valorizzate moltissime pratiche specifiche innovative terapeutiche farmacologiche, psicoterapiche e riabilitative. Obiettivo rilevante è stato centrare la riflessione non solo sull'alcolista ma anche sugli operatori impegnati nei Servizi. Il volume riprende i contenuti scientifici dell'iniziativa e risulta utile ai professionisti del settore, ma anche a chi voglia comprendere meglio l'universo dell'alcolismo.

Studio prospettico su pazienti cocainomani afferenti ad un Ser.T. di Milano

Zita G. *, Artale L. **, Corvaglia E. *, Lovati E. ***, Riva C. ****, Vigezzi P. *, Cozzolino E. *****

SUMMARY

■ A prospective study was performed to better know the main features of incident consuming patients that arrived to “Via Forze Armate” drug addiction centre (Ser.T) in Milan from January 2006 to June 2007. 96 patients (80 males) were observed considering general data, medical and psychosocial profile.

Each patient was followed from the beginning to the end of his personalized therapeutical program with “CoCA 100” form (Complete Cocaine Assessment-100 items), collecting admission general data, psychosocial and medical ones, and informations about treatment tipology and outcome.

Psychometric tests (PBI, TAS, SCL-90 and GAF) were performed at the admission to better check parental patient setting, Alexithymia and/or psychiatric simptomatology presence.

A high percentage of cocaine dependent patients and polydrug users resulted.

Depressive disorder for DSM-IV Axis I and Cluster B personality disorders in Axis II were the prevalent disorders in comorbility with cocaine use disorder. Pathological parental bonding in a great part of the patients and a relevant percentage of Alexithymia resulted.

39,6% was the overall retention rate and it resulted higher in patients with combined treatments than in the ones with single therapies. Drop out resulted relevant and this outcome appeared in every phase of the drug addiction centre patient “path”. ■

Keywords: cocaine dependence, psychiatric assessment, polydrug abusers, treatment effectiveness.

Parole chiave: dipendenza da cocaina, diagnosi psichiatrica, politossicomania, efficacia dei trattamenti.

Introduzione

Il consumo di cocaina è in aumento ed i più recenti dati dell'osservatorio sulle dipendenze di Lisbona, relativi ai paesi europei, segnalano l'Italia in terza posizione dopo Spagna e Gran Bretagna (1). Tale incremento dell'uso di cocaina è stato rilevato sia nella popolazione generale sia in quella giovanile (2).

Collateralmente si segnala un forte incremento di sequestri di cocaina operati dalle Forze dell'Ordine, spia indiretta di una maggiore circolazione di cocaina in Italia ed in Europa (3).

Non appare quindi una semplice casualità se la percentuale di pazienti con uso primario e secondario di cocaina afferenti ai Ser.T. Italiani sia in costante aumento, in particolar modo dal 2001 ad oggi (vedi fig. 1).

* Dirigente Medico.

** Dirigente Psicologo.

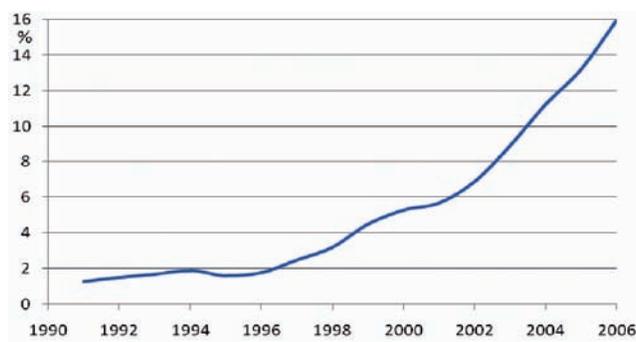
*** Assistente Sociale.

**** Infermiere Professionale.

***** Direttore.

Ser.T. - Via delle Forze Armate e Via Boifava - Dipartimento Dipendenze - Asl Città di Milano.

Fig. 1 - Andamento 1991-2006 dei Tassi di prevalenza annuali relativi ai pazienti cocainomani nei Ser.T. italiani



Tale incremento appare ancora più rilevante quando si considerino i dati disponibili più recenti relativi ai pazienti cocainomani afferenti ai Ser.T. Lombardi e più in particolare ai Ser.T. di Milano (vedi tab. 1).

Tab. 1 - Tasso prevalenza pazienti cocainomani anno 2005

Ser.T. Italiani	13,2
Ser.T. Lombardia	24,8
Ser.T. Milano	27,7

Attualmente nel Ns. Servizio constatiamo che almeno il 60% dei nuovi ingressi sono pazienti con problemi legati all'uso primario di cocaina. Di fronte ad un fenomeno di tale rilevanza il Ser.T. di via delle Forze Armate e di via Boifava ha effettuato in prima istanza un'analisi retrospettiva sui pazienti cocainomani relativa al periodo 2000-2005 (4) e poi ha approntato uno studio prospettico per conoscere sempre meglio le principali caratteristiche dei pazienti con uso primario di cocaina (giunti nella sede Ser.T di via delle Forze Armate a Milano) nel periodo dal gennaio 2006 al giugno 2007.

Materiali e Metodi

Popolazione

I dati generali della popolazione sono qui presentati nella tabella 2:

Tab. 2 - Pazienti cocainomani Ser.T. di Via Forze Armate 381 Milano - dati generali

	N.	%
<i>Utenti incidenti gennaio 2006-giugno 2007</i>	96	100
Maschi	80	83,3
Femmine	16	16,7
Età media	33,9 ± 7	
<i>Scolarità</i>		
Elementare	5	5,2
Media inferiore	70	73
Media superiore	18	18,6
Laurea	2	2,1
Non rilevato	1	1,1
<i>Professione</i>		
Occupati	42	43,8
Disoccupati	42	43,8
Sottoccupati	6	6,2
Inoccupati	1	1
Non rilevato	5	5,2

COCA 100

Tutti i pazienti sopracitati sono stati seguiti con una scheda denominata "COCA-100" (Cocaine Complete Assessment-100 items) che ha permesso di monitorare il paziente nel suo percorso di presa in carico al Ser.T., dalla fase di accoglienza a quella diagnostica fino al termine del programma personalizzato. "COCA-100" è una scheda costituita da 100 items divisa in 4 sezioni: 1) Accoglienza; 2) psicosociale; 3) medica; 4) trattamenti ed esiti.

Nella prima sezione vengono raccolti, dall'operatore dell'accoglienza, i dati generali del paziente e le informazioni relative alla tipologia dell'accesso e della richiesta di aiuto.

La seconda sezione della scheda è formata da due parti: nella prima l'Assistente Sociale raccoglie informazioni relative alla famiglia, gli amici, il lavoro e le eventuali problematiche legali del paziente; la seconda parte viene compilata dallo Psicologo al termine della valutazione diagnostica e contiene uno schema riassuntivo delle diagnosi di asse I e II del DSM IV (5). Sempre in questa sezione vengono riportati gli esiti dei test psicometrici effettuati (GAF, PBI e TAS).

La terza sezione viene svolta dal medico alla prima visita e contiene domande relative all'uso di cocaina (con particolare riguar-

do alle motivazioni iniziali che hanno spinto l'utente ad utilizzarla), alle modalità di assunzione e all'eventuale concomitante abuso di altre sostanze psicoattive. Il medico poi provvede a completare questa parte della scheda segnando la diagnosi relativa alla gravità dell'uso di cocaina secondo i criteri DSM IV.

Nell'ultima sezione vengono raccolti i dati relativi alle tipologie di trattamento effettuate e al livello di completezza delle indagini tossicologiche urinarie svolte; viene inoltre registrato l'esito del trattamento, facendo particolare attenzione alla motivazione ed alla fase di un eventuale abbandono di programma terapeutico. Da ultimo viene raccolto il valore di GAF di fine trattamento o di fine studio.

Test Psicometrici

In fase di accoglienza sono state somministrate alcune scale di valutazione: la *Symptom Checklist-90* (Scl-90) per la valutazione della sintomatologia psichiatrica, la *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20) che indaga la presenza di Alessitimia e la *Parental Bonding Instruments* (PBI) sulle relazioni genitoriali. Sempre al momento del primo contatto è stato calcolato il *Global Assessment of Functioning* (GAF).

Trattamenti

Per ogni tipologia di professionalità è stata approntata una specifica lista di interventi/trattamenti, segnati nella quarta sezione della scheda "COCA-100": in comune al punto 0 per ogni professionalità si prevede l'assenza d'intervento ed al punto 1 si considera la sola valutazione del professionista; dal punto 2 in poi sono state inserite voci riferite a trattamenti specifici.

Esiti degli interventi/trattamenti

1. Ancora in trattamento.
2. Interruzione: dopo una sospensione dal trattamento di almeno 15 giorni.
3. Rifiuto di programma.
4. Trasferimento ad altri Servizi: Ser.T., Comunità, ecc.
5. Interruzione per carcerazione.
6. Completati.
7. Exitus.
8. Carcere.

Statistica

È stata effettuata una statistica descrittiva generale, considerando sesso, età, età di inizio dell'uso di sostanza e di comparsa di dipendenza, indice di ritenzione in trattamento. Per la valutazione statistica dei risultati ottenuti ci siamo avvalsi dell'ausilio di test del chi quadro, del t-Student effettuati su Software Microsoft Windows Office Excel 2003.

Poiché non tutti i pazienti arruolati sono stati valutati nei singoli item, tutti i valori assoluti e le percentuali sono da riferirsi comunque al numero dei pazienti inclusi "realmente" nei singoli capitoli di valutazione (per "protocol set").

Risultati

Dati generali

Diagnosi:

83 pazienti sono risultati affetti da dipendenza da cocaina, 6 da abuso e 7 da uso problematico di cocaina.

I criteri adottati per definire tali tipologie sono quelli illustrati dal DSM IV, mentre per uso problematico abbiamo inteso una condizione che non soddisfa tutti i criteri per l'abuso né quelli per la dipendenza pur includendone almeno uno.

L'età media di primo uso di cocaina è stata $22 \pm 6,7$ anni, mentre l'età media per la dipendenza 26 ± 7 anni. Il periodo medio di dipendenza all'accesso al Ser.T. è risultato 7 anni, IC95%: 5,9-8,6 anni.

61 pazienti riferivano uso cocaina sniffata, 11 per via respiratoria (fumata), 2 uso endovenoso, 15 uso misto (cocaina fumata e sniffata) mentre in 7 pazienti non è stata rilevata la modalità d'uso.

Frequenza d'uso

4 pazienti riportavano un uso occasionale, 8 un uso monosettimanale, 27 uso plurisettimanale, 16 uso giornaliero, 34 uso plurigiornaliero e 7 non rilevato.

Poliuso

56 pazienti riferivano poliuso; di questi 35 con alcool, 11 con cannabinoidi, 3 con alcool e cannabinoidi, 6 con benzodiazepine, 1 con altre sostanze; 33 casi non presentavano poliuso e in 7 casi il dato non è stato rilevato. Nella stragrande maggioranza dei casi (47) l'attenuazione dell'effetto della cocaina è risultato essere l'effetto ricercato dai pazienti con poliuso.

Accesso

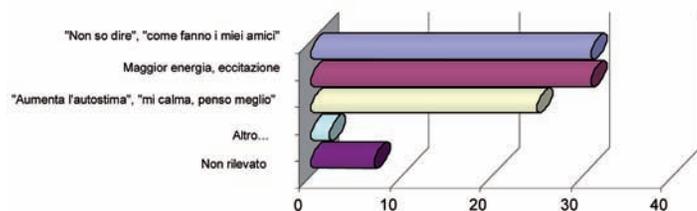
74 pazienti si sono presentati al Ser.T. spontaneamente, ma 13 di essi risultavano gravati da problemi legali in corso. 22 pazienti invece sono stati inviati al Ser.T. dal Tribunale Ordinario, dalla Prefettura o dal Tribunale dei minori.

Motivazioni adottate all'ingresso

28 pazienti riferivano effetti indesiderati legati direttamente all'uso della sostanza mentre 24 pazienti presentavano problemi affettivi, relazionali o familiari; 14 pz. evidenziavano difficoltà sociali e/o lavorative e 30 pazienti problematiche legali.

Effetti ricercati nell'uso della sostanza

La domanda presupponeva l'espressione dell'effetto principale (il primo riferito) ricercato nelle fasi iniziali dell'uso di cocaina, quando ancora non era insorta una condizione di dipendenza dalla sostanza. I risultati sono riportati in tabella (vedi fig. 2).



Problemi legali

Sono stati valutati 81 persone, di queste 46 pazienti (47.9%) hanno avuto almeno un problema con la legge nel corso della vita, e 35 (36,4%) di essi presentavano una pendenza giudiziaria al momento dell'accoglienza.

Comorbidità Psichiatrica

Abbiamo completato l'assessment diagnostico secondo il DSM IV in 76 casi mentre in 20 non si è giunti al completamento dell'iter diagnostico perché ancora in fase di valutazione o per drop-out.

36 pazienti hanno presentato diagnosi di Asse I: 17 pz. con disturbi dell'umore, 17 pz. disturbi d'Ansia ed altri 2 pz disturbi. 52 pazienti hanno avuto diagnosi di Asse II: 43 pazienti hanno presentato un disturbo di personalità mentre 9 pazienti presentavano due o più disturbi di personalità contemporaneamente.

I più frequenti disturbi di Asse II sono risultati in 18 casi di disturbo di personalità borderline, in 15 casi disturbo di personalità antisociale e in 9 casi di disturbo di personalità narcisistico.

21 pazienti hanno avuto contemporaneamente diagnosi di Asse I ed Asse II mentre 9 non hanno presentato alcuna diagnosi in comorbidità con il disturbo da uso di sostanze psicoattive.

Diagnostica Strumentale: risultati dei test

Presenza di Alessitimia è stata individuata tramite la scala TAS-20 in 28 pazienti sui 78 che l'hanno completata. 81 pazienti sono stati sottoposti al Parental Bonding Instrument (PBI) per testare il legame genitoriale; di questi 48 (59,2%) e 42 (51,8%) non hanno raggiunto il cut-off individuati dagli autori rispettivamente nel costrutto affettivo "Father-Care" e nel costrutto "Mother-Care". 54 pazienti (66,6%) hanno mostrato valori patologici di intrusività (Overprotection) sia per quanto riguarda la madre che il padre.

I sintomi più frequentemente riscontrati nell'intero campione sottoposto alla Scl-90 sono stati quelli relativi alle sottoscale "Depression" ($1,25 \pm 0,9$), "Obsessive-Compulsive" ($1,19 \pm 0,8$) e "Paranoid Ideation" ($1,09 \pm 0,8$).

Il GAF medio alla baseline (T0) è risultato di 56 mentre la misurazione media al T1 è risultata di 61 (T-test: $p = 0,014$).

Trattamenti

La durata media del trattamento è stata di 177 giorni (IC 95%: 147-207 giorni).

51 (53%) sono risultati i trattamenti integrati in ambito psicologico e/o sociale e/o medico mentre 22 (22,9%) sono stati tratta-

Fig. 3 - Esiti dei Trattamenti

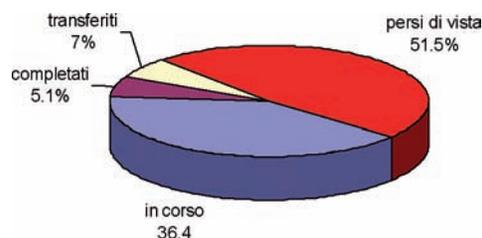
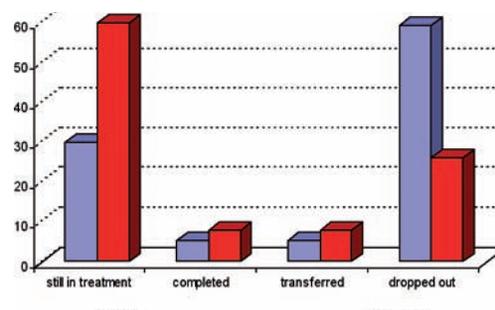


Fig. 4 - Trattamenti singoli vs. integrati



menti singoli. 21 trattamenti (21,8%) si sono interrotti nella fase di accoglienza o di valutazione mentre 5 (5,2%) erano in fase di valutazione alla deadline.

La "retention rate" globale è risultata 39,6% mentre quella relativa al Trattamento Integrato è stata del 48,9% contro il 33,3% del Trattamento Singolo. Il primo trattamento comparato al secondo ha riportato una maggiore ritenzione e insieme un minore valore di drop-out anche se non ha raggiunto i livelli della significatività statistica. (Chi-test: $p=0,07$ e $p=0,2$ rispettivamente).

I drop-out si sono così collocati: 8 all'accoglienza, 8 dopo il primo colloquio di valutazione, 14 dopo alcuni colloqui di valutazione mentre 21 si sono verificati durante il trattamento.

Discussione

Certamente positiva è risultata l'introduzione della scheda "COCA-100", strumento assai agile e comunque appropriato per la gestione della presa in carico e del monitoraggio dei nostri dei pazienti cocainomani afferenti al Ser.T.

L'aver assemblato in una unica scheda le principali caratteristiche dei pazienti ha facilitato la consultazione da parte dei singoli professionisti di uno strumento sintetico sì, ma al contempo sufficientemente completo, a cui fare riferimento per la definizione e lo sviluppo del programma terapeutico personalizzato. Utile è apparso anche avvalersi di una testistica psicometrica che, seppure contenuta e ridotta rispetto a test più articolati (ASI, MMPI...), ci ha consentito di effettuare alcuni studi sulla popolazione in esame. Questi test sono importanti, a nostro avviso, per effettuare un primo screening sulla sintomatologia psichiatrica e per approfondire alcuni sintomi spesso sottovalutati nella popolazione tossicodipendente. La letteratura insegna infatti l'importanza del fattore familiare nel mantenimento del disturbo da uso di sostanze e ai frequenti livelli patologici di Alessitimia tra questi pazienti. Per questo abbiamo deciso di raccogliere già in accoglienza i dati relativi alla percezione dei legami genitoriali e alla possibile presenza di Alessitimia.

Naturalmente la raccolta di tali dati è di supporto ma non sostituisce una fase diagnostica più approfondita con l'eventuale ausilio di ulteriori indagini (SCID I e SCID II) per poter completare l'assessment del paziente.

Il quadro generale emerso anche da quest'ultimo studio, a conferma dell'analisi svolta in precedenza (4), ci indica che gli utenti cocainomani afferenti al nostro Ser.T. appartengono ai settori meno abbienti della popolazione, considerando il livello di scolarità non elevato e la rilevante percentuale di disoccupazione riscontrata.

Importante, a nostro avviso, segnalare la novità emersa a proposito della motivazione all'uso di cocaina. Per fare questo abbiamo raccolto le diverse motivazioni addotte al primo utilizzo di cocaina e le abbiamo raggruppate in tre cluster: uso per motivi ricreazionali/prestazionali (per es. "mi dà più energia", "per parlare con più persone"); uso come automedicazione ("per aumentare l'autostima", "come un antidepressivo", o anche "mi calma", "per non avere pensieri per la testa e stare più tranquillo") e uso per imitazione oppure non criticato ("lo fanno tutti i miei amici", "non so... mi piace e basta").

I nostri risultati indicano che gli utenti si suddividono in maniera proporzionale tra i tre cluster (rispettivamente 31, 25 e 31 pazienti su 88 che hanno risposto alla domanda). Questo evidenzia un ampio uso di tipo ricreazionale/prestazionale che differisce quindi dal "solito disagio" prevalente nella popolazione

di eroinodipendenti (8,9) e, comunque, qui sempre presente in circa il 30% dei casi (cluster imitazione).

In definitiva si riscontra l'arrivo al Ser.T. di una nuova tipologia di utenti con uso primario di cocaina che, a differenza dell'eroina, presenta una diagnosi di uso di sostanza in fase di avanzata gravità, considerando la rilevante percentuale di soggetti con dipendenza da cocaina.

È risultato difficile per il Servizio intercettare pazienti con maggiore e migliore inserimento sociale e con problematiche legate all'uso con un profilo di minore gravità. I Ser.T. sembrano essere, o essere vissuti, a tutt'oggi come inadatti al compito: probabilmente perché ancora tradizionalmente organizzati per curare i soggetti eroinodipendenti dai quali i nuovi utenti consumatori problematici di cocaina desiderano distinguersi fortemente e coi quali riferiscono spesso di non volersi "mescolare".

Proprio al fine di rispondere a nuove esigenze e bisogni di cura appare importante cercare di avvicinarsi e conoscere le caratteristiche di questo gruppo di persone sempre più presenti nella società, come le indagini recenti sull'uso di sostanze ad azione psicoattiva sembrano evidenziare (2), così da consentire le necessarie modifiche organizzative per i Servizi che si propongono di trattare i nuovi consumatori problematici di sostanze.

Il livello di poliuso presso il nostro Ser.T. appare di sicuro rilievo e comunque ancora inferiore a quello rilevato nella relazione del 2006 al Parlamento in cui si evidenzia che solamente un quarto dei cocainomani afferenti al Ser.T. non fa uso di altre sostanze oltre alla cocaina (7).

I dati sulla comorbilità psichiatrica sono risultati in linea con la letteratura internazionale: i disturbi dell'umore per Asse I e quelli del cluster B per asse II secondo il DSM IV sono ancora una volta (4) risultati i prevalenti disturbi psichiatrici in comorbilità con il disturbo da uso di sostanze.

Emerge una difficoltà obiettiva di mantenere in trattamento i pazienti cocainomani considerando i dati relativi agli esiti ed in particolare quelli relativi al drop out. Tali dati indicano che l'abbandono del trattamento appare consistente in tutte le fasi del percorso del paziente al Ser.T., dal primo contatto fino allo svolgimento del piano terapeutico personalizzato. Lievemente meglio comunque, per quel che concerne il trattamento integrato rispetto a quello singolo, a conferma di quanto già rilevato nel precedente nostro studio retrospettivo (4) ed anche nei nostri precedenti studi sui trattamenti sostitutivi nei pazienti eroinomani (7,8). Anche per i pazienti cocainomani, come per gli eroinomani, l'intervento sui molteplici fattori associati alla dipendenza risulta premiante in termini d'efficacia rispetto ad un approccio singolo e quindi spesso inevitabilmente parziale ed incompleto.

Quello che emerge dai test psicometrici conferma i dati della letteratura sul ruolo dell'inadeguatezza del contesto familiare e la difficoltà ad esprimere le proprie emozioni (Alessitimia) come fattori significativamente associati allo sviluppo di un disturbo da uso di cocaina e ci invitano ad approfondire ancor più lo studio sulla natura delle suddette associazioni.

Conclusioni: COCA-100 appare utile ed efficace per raccogliere e valutare i dati relativi ai pazienti utilizzatori di cocaina.

La comorbilità psichiatrica risulta presente in gran parte dei pazienti del nostro Ser.T.; altrettanto rilevante è la presenza di poliassuntori.

Di sicura utilità clinica e molto importanti epidemiologicamente sono risultati i dati ricavati dai test psicometrici somministrati all'ingresso (scl-90, PBI e TAS-20).

Infine nel nostro servizio possiamo confermare come i trattamenti integrati presentano una maggior ritenzione in trattamento rispetto ai trattamenti singoli.

Siamo inoltre convinti che strumenti quali COCA 100 dovrebbero essere utilizzati il più diffusamente possibile nei Servizi così da poter valutare casistiche molto ampie sui criteri standardizzati.

Bibliografia

1. Handbook of survey on drug use among the general population - EMCDDA Project C.T.99E.P.08.B, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
2. Risultati dello studio nazionale 2005 sull'uso di droga e di altre sostanze psicoattive nella popolazione generale (IPSA) e nella popolazione giovanile secolarizzata (EPSAD), sezione di epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari, Istituto di fisiologia Clinica, Consiglio Nazionale delle Ricerche.
3. Relazione annuale 2007 e bollettino statistico a cura European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).
4. Mate P., Zita G., Guglielmino L., Marzorati P., Vigezzi P., Cozzolino E., "Analisi retrospettiva dei trattamenti svolti nei pazienti consumatori di cocaina", *Mission*, n. 21/2007 pp. 6-9.
5. American Psychiatric Association (1996), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4rd*, Washington, DC, American Psychiatric Association.
6. Rapporto al Parlamento sulle tossicodipendenze, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento nazionale per le politiche antidroga, 2007.
7. Cozzolino E., Guglielmino L., Vigezzi P., Marzorati P., Silenzio R., De Chiara M., Corrado F., Cocchi L., "Buprenorphine Treatment: A Three-Year Prospective Study Conducted On Patients Addicted Of Opioids At A State Run, Public Out-Patients' Addiction-Centre in Milan", *American Journal On Addictions*, 2006, 15 (3) pp. 246-251.
8. Vigezzi P., Guglielmino L., Marzorati P., Silenzio R., De Chiara M., Corrado F., Cocchi L., Cozzolino E., "Multimodal Drug Addiction Treatment. A Field Comparison Of Methadone And Buprenorphine Among Heroin And Cocaine Dependent Patients", *Journal of Substance Abuse Treatment*, July 2006, vol. 31, n. 1, pp. 3-7.

RECENSIONE



ASL 1 Massa Carrara - Azienda Sanitaria Locale 1 di Massa Carrara

A cura di Fabio Bernieri, Roberto Bertolini, Marco Borghini, Eleonora Rustighi

**Alcol e dipendenze:
disintossicare le relazioni**
L'esperienza di un Gruppo
Terapeutico-Riabilitativo

Collana: Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso/Quaderni direttore scientifico: Alfio Lucchini pp. 160, € 15,00 (cod. 231.1.39)

La supervisione ha rispecchiato il forte legame interattivo esistente tra tutti i soggetti coinvolti nella metodologia TRIAD: pazienti-utenti, operatori, professionisti, volontari e supervisore; ogni membro del processo formativo ha introiettato il lavoro del Gruppo Riabilitativo che, con l'aiuto del conduttore, ha avuto come obiettivo quello del cambiamento e dello sviluppo personale, il superamento delle principali confusioni evolutive e la conquista di una nuova capacità di pensare alle esperienze frustranti e dolorose.

Il lavoro ha aiutato tutti i soggetti a cogliere l'importanza relativa alla conduzione di un Gruppo Terapeutico e Riabilitativo per aiutare efficacemente le persone ad uscire dalla dipendenza e disintossicare il loro modo di pensare e di vivere le relazioni.

In questa pubblicazione gli operatori del Servizio di Alcologia dell'ASL 1 di Massa Carrara presentano un'esperienza di supervisione basata sullo studio psicoanalitico delle dinamiche interne ad un Gruppo Terapeutico Riabilitativo territoriale nell'ambito del metodo TRIAD (Trattamento Riabilitativo Integrato Alcolismo e Dipendenze). Scopo del volume è mostrare le principali problematiche emerse dall'osservazione longitudinale e dall'analisi psicodinamica degli utenti - alcolisti, politossicodipendenti - e dei loro familiari, e gli strumenti concettuali utili a stimolare nel gruppo un cambiamento.

Il testo è il frutto di un'elaborazione collettiva: con l'accumularsi del materiale clinico, degli elaborati del supervisore, Roberto Bertolini, e del gruppo in formazione, è emerso anche l'aspetto descrittivo di un'esperienza in progress, al termine della quale tutti i soggetti protagonisti hanno potuto valutare la qualità dei cambiamenti individuali e relazionali avvenuti all'interno del gruppo.

L'ASL 1 di Massa Carrara ha curato la realizzazione del presente volume a corollario di un processo formativo specifico rivolto agli operatori del Dipartimento delle Dipendenze. L'iniziativa si inserisce all'interno dell'attività di cura e riabilitazione nel settore dell'alcolismo e delle dipendenze che l'ASL 1 porta avanti da più di vent'anni sul territorio di Massa Carrara.

Valutazione di un gruppo di pazienti Tossicodipendenti HCV positivi in trattamento con Interferone, Agonisti degli oppioidi e antidepressivo (SSRI). Esperienza al Ser.T. di Bologna

Maria Chiara Pieri*

SUMMARY

■ *The patients, drug addicts are often problematic, distrustful and are difficult to insert into the usual access routes for various treatments. For this reason it is important to make access to the treatment necessary for improving their health as easy as possible, through the implementation of a well-defined and structured pathway. In Bologna an integrated work group between the Ser.T. and the Centre for Infections Disease of St. Orsola-Malpighi Hospital. The patients were divided into three groups: 1) Patients taking buprenorphine and SSRI (escitalopram), 2) Patients taking methadone and SSRI (escitalopram), 3) Patients taking buprenorphine. 17 buprenorphine and 14 methadone patients took SSRI, the third group was made up of 13 buprenorphine patients not taking SSRI. An average score on the Ham_D scale was carried out for each month, from the 1st to the 12th month, with standard error, from which it was evaluated that the course of the three groups was analogous. The occupation of the subject appears to be an important factor in the success of the treatment. All three groups finished the treatment with INF having kept their depression under control. BUP was chosen in our study as the equivalent top quality drug both for patients with serious depression in association with Escitalopram and on its own as single treatment in association with INF thanks to the K antagonist effect (Gerra et al., 2004) (Kosten et al.).* ■

Keywords: drug addiction, hepatitis HCV, depression, buprenorphine, methadone.

Parole chiave: tossicodipendenza, epatite da virus C, depressione, buprenorfina, metadone.

Il virus dell'epatite C (HCV) costituisce un problema sanitario a livello globale. Si ritiene che attualmente vi siano in tutto il mondo circa 170-200 milioni di persone con infezione da virus dell'HCV. Soltanto negli Stati Uniti, si ritiene che vi siano circa 4 milioni di casi di cui almeno il 20% potrebbe sviluppare cirrosi epatica. Di questi, circa il 25% morirà per insufficienza epatica o necessiterà di un trapianto di fegato. L'HCV, trasmettendosi per via parenterale, presenta un'elevata prevalenza tra i soggetti politrasfusi, gli emodializzati e i tossicodipendenti (M.J. Alter *Management of Hepatitis: Prevention of spread of hepatitis C Hepatology 36, Issue 5B, Suppl 93-98, 2002*). Negli Stati Uniti peraltro la condizione di tossicodipendenza con sostanze iniettate endovena è al giorno d'oggi identificata come il maggior rischio per l'acquisizione dell'infezione da HCV (BR. Edlin *Prevention ant treatment of hepatitis C in Injection Drug users Hepatology 36 Suppl 1 210-219, 2002*).

Anche nella nostra area geografica l'uso di droghe rappresenta uno dei principali fattori di rischio per acquisire l'infezione da HCV. La prevalenza dell'HCV nei soggetti tossicodipendenti con più di un anno di dipendenza da sostanze per via e.v. è compresa tra il 35,1 e l'85,9% e se si valutano i dati SEIEVA (Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta) si rileva che il

33% dei casi di epatite virale acuta osservati nel periodo 2000-2003 ha come unico fattore di rischio la tossicodipendenza. (A. Mele *Notiziario Sorveglianza Epidemiologica dell'epatite acuta SEIEVA 2000-2003*, G. Guadagnino, A. Zimatore, B. Izzo et al *Relevance of intravenous cocaine use in relation to prevalence of HIV, Hepatitis B and C virus markers among Intravenous Drug Abuser in Southern Italy J. Clin. Lab. Immunol. 47:1-9,1995*; L. Quaglio, F. Lugoboni, B. Pajusco, M. Sarti, G. Talamini, GICS, P. Mezzelani and D.C. Des Jarlais *Hepatitis C virus infection: prevalence, predictor variables and prevention opportunities among drug users in Italy. J. Viral. Hepatitis Sep. 10(5): 394-400, 2003*).

L'epatite presenta un elevato rate di cronicizzazione e l'evoluzione della malattia è condizionata sfavorevolmente soprattutto dall'abuso di bevande alcoliche, e da eventuali coinfezioni con altri virus (HIV, HBV ecc.). Il fenomeno, pertanto riveste una importante rilevanza medica, sociale, assistenziale ed economica. Nell'ultimo decennio, diversi fattori hanno portato la classe medica ad un atteggiamento generalmente "attendista" per quanto riguarda il trattamento dell'epatopatia cronica nei TD per le seguenti ragioni:

1. bassa aderenza dei TD ai programmi terapeutici delle epatopatie croniche;
2. esiguità di dati in letteratura relativi all'efficacia della terapia con IFN o IFN+RIBAVIRINA nei soggetti con TD attiva o in mantenimento con farmaci sostitutivi;

* Dirigente medico, Ser.T. Bologna Est.

frequente abuso di alcool ed alta prevalenza di disturbi della personalità nei soggetti con TD.

Tuttavia, negli ultimi anni nuovi elementi hanno in parte modificato questo atteggiamento "attendista":

Recenti studi indicano come l'adesione dei TD sia sovrapponibile a quella riscontrata nei soggetti non TD, già rilevato che i pazienti ex TD ed i pazienti residenti in comunità terapeutiche sono da sempre considerati buoni candidati (Edlin BR, Seal K.H., Lorvick J. et al., *Is it justifiable to withhold treatment for hepatitis C from illicit-drug users?* N Engl J Med 2001; 345: 211-215; Diana L. Sylvestre *Approaching Treatment for Hepatitis C Virus Infection in Substance Users Clin Infect Dis.* 2005 Jul 1; 41 Suppl 1:579-82).

Dati preliminari riportati in letteratura dimostrano l'efficacia della terapia antivirale in pazienti TD con infezione da HCV che abbiano sospeso da 6-12 mesi l'utilizzo di sostanze d'abuso ove il trattamento sia stato eseguito sotto la supervisione integrata di psichiatri e clinici (Backmund M et al. *Treatment of Hepatitis C Infection in Injection Drug Users. HEPATOLOGY* vol. 34, n. 1, 2001) (Sylvestre DL. *Treating hepatitis C in methadone maintenance patients: an interim analysis. Drug and Alcohol Dependence* 67 (2002) 117/123; Mauss, S. et al. *A prospective controlled study of interferon-based therapy of chronic hepatitis C in patients on methadone maintenance. Hepatology* 40 (1): 120-124. July 2004).

L'età mediamente più giovane dei soggetti TD, così come una più alta prevalenza di genotipi 3, sembrano costituire fattori prognostici positivi per una risposta sostenuta alla terapia antivirale

La collaborazione con i Ser.T., permette sia l'allestimento di programmi di supporto psichiatrico/psicologico, sia la possibilità di seguire attentamente questi soggetti durante il periodo della terapia antivirale.

La disponibilità dell'interferone pegilato che, con la somministrazione settimanale, permette una migliore aderenza da parte dei pazienti.

C'è una buona aderenza e una buona risposta al trattamento, che viene anche ben tollerato nel gruppo di tossicodipendenti dello studio Nocchiero, questi risultati sono molto incoraggianti e sono un esempio di successo nel trattamento terapeutico con INF_PEG-RIBA nei pazienti tossicodipendenti con epatite C (Guadagnino e al Gruppo Studio Nocchiero J-Addict, set-dic 2006).

Inoltre la depressione, che viene esacerbata dall'interferon si rappresenta una delle cause maggiori di interruzione della terapia. La depressione, valutata con HAM-D, può essere controllata e gestita, pretrattando i pazienti 3-4 settimane prima di iniziare la terapia interferonica, con SSRI (escitalopram). Naturalmente l'escitalopram viene mantenuto per tutto il periodo terapeutico e se la depressione è in un periodo di remissione il pretrattamento con escitalopram previene la ricaduta depressiva. (Ondria C. Gleason et al., *Preventing Relapse of Major Depression During Interferon-alfa Therapy for Hepatitis C-A Pilot Study*, S. Science Business Media 2007);

La depressione nei pazienti con Epatite C può essere trattata effettivamente e con sicurezza con l'Escitalopram (Ondria et al. *Major Depression Disorder in Hepatitis C: An Open - Label Trial of Escitalopram*; J. Clin. Psychiatry 2005; 7: 225-230).

Introduzione

Il trattamento dell'HCV è un percorso faticoso e difficile.

Il paziente può avere paura e angoscia pertanto una buona relazione con il medico di riferimento e la determinazione e la con-

vinzione del medico stesso credo siano importantissime e fondamentali per il paziente.

La costruzione di protocolli integrati è fondamentale perché il paziente tossicodipendente è spesso anche un paziente problematico, diffidente e fa fatica ad essere inserito nei percorsi normali di accesso ai vari trattamenti, per cui è importante facilitare gli accessi ai trattamenti necessari per la cura della sua salute attraverso un percorso strutturato e ben definito.

È importante che i pazienti tossicodipendenti, abbiano alcuni, meglio se pochi, referenti conosciuti che lo controllino e lo sostengano durante il percorso terapeutico.

Per questi motivi a Bologna è stato istituito un gruppo di lavoro integrato fra Ser.T. area funzionale e il Servizio Malattie Infettive dell'Ospedale S. Orsola-Malpighi, con anche la collaborazione di un gastroenterologo.

Il gruppo ha elaborato un protocollo di lavoro, che è stato accreditato e che deve facilitare una prima valutazione del paziente tossicodipendente presso il Ser.T. e un suo successivo invio al servizio malattie infettive, che procederà a una sua valutazione e all'eventuale inizio del trattamento dell'epatite da virus HCV, mantenendo un monitoraggio costante del paziente sia presso il Ser.T. che presso il servizio Malattie infettive.

Il protocollo prevede 2 fasi operative:

I Fase: *individuazione dei soggetti* da avviare al centro clinico di riferimento per l'eventuale istituzione della terapia antivirale, escludendo i pazienti con controindicazioni assolute alla terapia, da svolgersi presso i Ser.T.

II Fase: *inquadratura diagnostica e terapeutica*, da svolgersi presso il centro clinico di riferimento. L'indicazione alla terapia antivirale dovrà essere formulata dal clinico, ma la decisione per l'inizio della terapia dovrà essere collegiale tenendo conto di tutte le variabili: gravità malattia, motivazione paziente, aderenza, grado di dipendenza, problemi di depressione ecc. (partecipazione integrata medici centro malattie infettive e Ser.T.).

I fase presso i Ser.T.

In ogni paziente eseguire:

– ricerca di anticorpi anti-HCV (ELISA).

In ogni soggetto risultato anti-HCV positivo eseguire:

– monitoraggio trimestrale delle AST/ALT;

– HCV-RNA qualitativo, e genotipo.

In tutti i pazienti candidati ad un possibile trattamento effettuare: valutazione psicologica/psichiatrica con esecuzione Test Hamilton-D e verifica della motivazione al trattamento.

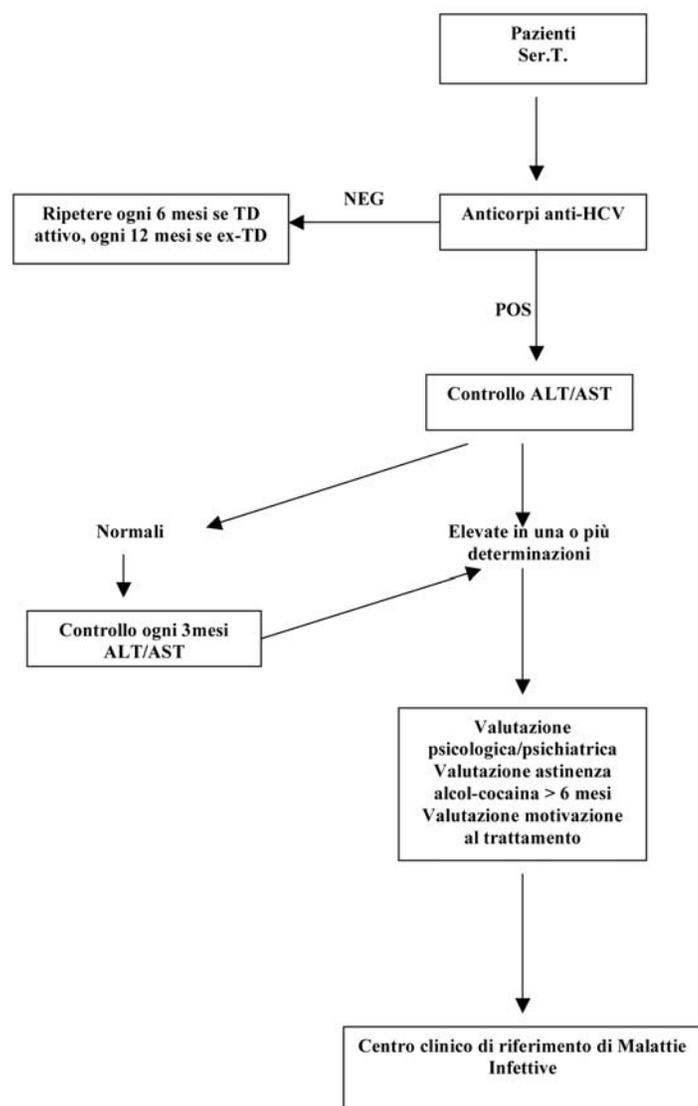
II fase presso il centro clinico di riferimento

In ogni paziente eseguire i seguenti esami di screening:

- esami ematochimici (emocromo completo, AST, ALT, GGT, bilirubina totale e frazionata, FA, glicemia, azotemia e creatinina, uricemia, protidemia totale con protidogramma, PT, PTT, fibrinogeno, colesterolo totale e trigliceridi, ferritina, ferro, saturazione ferro, alfa-fetoproteina, ANA, AMA, SMA, anti-LKM, crioglobuline con criocrito, TSH, FT3, FT4, anti-TG, anti-TPO);
- HBsAg, anti-HBs, anti-HBc, anti-HIV;
- HCV-RNA quantitativo e qualitativo;
- ecografia epato-splenica;
- biopsia epatica (a discrezione del centro clinico di riferimento);
- EEG;
- ECG;
- FOO;
- (tabella 1).

III fase presso Ser.T. e centro clinico di riferimento

- Nel caso in cui esistano le indicazioni per un trattamento antivirale ed il paziente sia intenzionato a intraprenderlo il centro clinico di riferimento applicherà il protocollo terapeutico con interferone pegilato in associazione con la ribavirina o in monoterapia, se sussistono controindicazioni alla terapia con ribavirina.
- Le dosi, al durata ed il tipo di interferone saranno le stesse di quelle previste per i pazienti senza problemi di tossicodipendenza (24 settimane per i pazienti con genotipo 2 0 3 e 48 settimane per pazienti con genotipo 1 o 4).
- Algoritmo pazienti al Ser.T.



Calendario delle visite e degli esami da effettuare presso il centro clinico di riferimento

Tab. 1

	Screening	Trattamento controlli trimestrali				Follow-up controlli trimestrali		
Calendario (mesi)		1	3	6	9	12	3	6
Storia clinica	X							
Esame obiettivo	X	X	X	X	X	X	X	X
Ecografia	X							
Valutazione effetti collaterali		X	X	X	X	X	X	X
Emocromo completo	X	X	X	X	X	X	X	X
PT, PTT, anti TIII	X	X	X	X	X	X	X	X
AST, ALT, γ GT, Bil fraz, FA	X	X	X	X	X	X	X	X
Esami Biochimici: Glicemia, Uricemia, Azotemia, Creatinina, Colesterolo totale, Trigliceridi, es. urina	X	X	X	X	X	X	X	X
Ferro, Ig	X							
Ferritina	X	X	X	X	X	X	X	X
Protidemia totale con protidogramma	X	X	X	X	X	X	X	X
Crioglobuline con criocrito	X							
α -fetoproteina	X			X		X		X
ANA, AMA, SMA, LKM	X	X	X	X	X	X	X	X
Anti-TPO/TG, TSH, FT3, FT4	X	X	X	X	X	X	X	X
HCV-RNA quantitativo/qualit.	X	X	X	X	X	X	X	X
Markers epatite B	X							
Anti-HIV	X							
ECC	X							
EEG	X							
FOO	X							

Obiettivi dello studio

Identificare, fra i pazienti con epatite cronica da HCV ed in terapia sostitutiva, i soggetti con buona compliance che possano essere inseriti in un programma terapeutico per epatite cronica da HCV. Valutare l'aderenza alla terapia dei pazienti, cioè il numero dei pazienti che portano a termine il trattamento con interferone pegilato-ribavirina con successo e che assumono anche sostitutivo (metadone e/o buprenorfina).

Valutazione psicologica/psichiatrica un mese prima dell'inizio trattamento antivirale, e un monitoraggio costante mensile per tutto il periodo di trattamento e anche al termine del trattamento antivirale in soggetti HCV positivi con TD in terapia sostitutiva (metadone e/o Buprenorfina).

Selezione dei pazienti

Criteri di inclusione

Il trattamento dell'infezione cronica da HCV dovrebbe essere effettuato in tutti i pazienti che possono trarne giovamento, a prescindere della farmacodipendenza o meno (NIH Consensus Conference 2002). Appare, comunque, opportuno focalizzare inizialmente l'attenzione sulle seguenti popolazioni selezionate, con l'obiettivo di estendere in futuro l'offerta di trattamento a tutti i soggetti tossicodipendenti in cui non esistano controindicazioni assolute:

- Soggetti anti-HCV positivi, HCV-RNA positivi, con ALT aumentate in almeno due occasioni nell'ultimo anno, Tossicodipendenti con almeno 6 mesi di astinenza dalle droghe di abuso, che assumono terapia di mantenimento con farmaci sostitutivi.
- Soggetti anti-HCV positivi, HCV-RNA positivi, con segni clinici, ecografici e/o di laboratorio di cirrosi in fase di compenso (Stadio Child-Pough A), con ALT normali o elevate, soggetti TD con almeno un periodo di 6 mesi di astinenza dalle droghe di abuso, che assumono terapia di mantenimento con farmaci sostitutivi. (Backmund M. et al., *Treatment of Hepatitis C Infection in Injection Drug Users. HEPATOLOGY* vol. 34, n. 1, 2001) Sylvestre D.L., *Treating hepatitis C in methadone maintenance patients: an interim analysis. Drug and Alcohol Dependence* 67 (2002) 117/123).

Criteria di esclusione

- Uso di alcol, cocaina o altre sostanze.
- Patologie autoimmuni.
- Vasculiti o collagenopatie.
- Patologie tumorali.
- Patologie renali.
- Patologie tiroidee.
- Tossicodipendenza attiva.
- Gravi malattie psichiatriche o neurologiche.

Materiali e metodi

Nel mese di gennaio 2006 sono stati arruolati tutti i pazienti tossicodipendenti da eroina, in carico a un Dirigente medico del Ser.T. Bologna Est, HCV positivi e in trattamento con farmaco sostitutivo (metadone o buprenorfina) che soddisfacessero i criteri sia di inclusione che di esclusione.

Sono stati sottoposti alla valutazione prevista dal protocollo di lavoro e ad una valutazione sulla presenza di un disturbo depressivo di base e sulla evoluzione o sulla comparsa di disturbi depressivi durante il trattamento antivirale e del loro impatto sull'aderenza al trattamento per l'epatite da HCV.

I pazienti hanno eseguito una visita di valutazione psicologica/psichiatrica e l'esecuzione del test di Hamilton-D al tempo T/0-1, cioè un mese prima di entrare in trattamento antivirale e poi ogni mese per tutti i 12 mesi successivi.

Il trattamento antivirale consisteva nell'impiego combinato di INF-PEG_RIBA, mentre la terapia sostitutiva consisteva in Metadone Cloridrato e Buprenorfina.

Ad un gruppo di 31 pazienti, di cui 14 assumevano metadone e 17 assumevano buprenorfina, che in seguito alla somministrazione del test di Hamilton-D avevano un punteggio superiore a 11, cioè da depressione- lieve, è stato prescritto 3-4 settimane prima di iniziare il trattamento antivirale un SSRI (escitalopram), che veniva mantenuto per tutto il periodo di trattamento.

Un gruppo di 13 pazienti hanno eseguito tutto il trattamento antivirale solo con la buprenorfina.

Fig. 1 - Il gruppo è formato da 44 pazienti di cui: 30 pari al 68% assumevano buprenorfina; 14 pazienti pari al 32% assumevano metadone

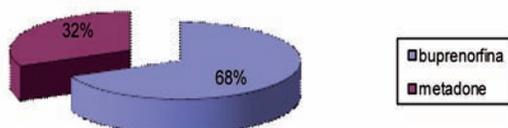
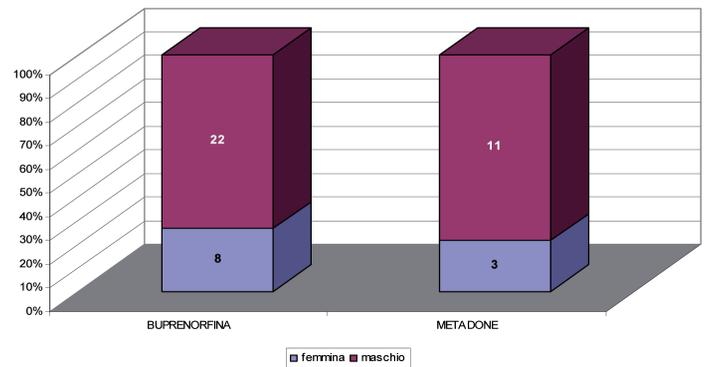
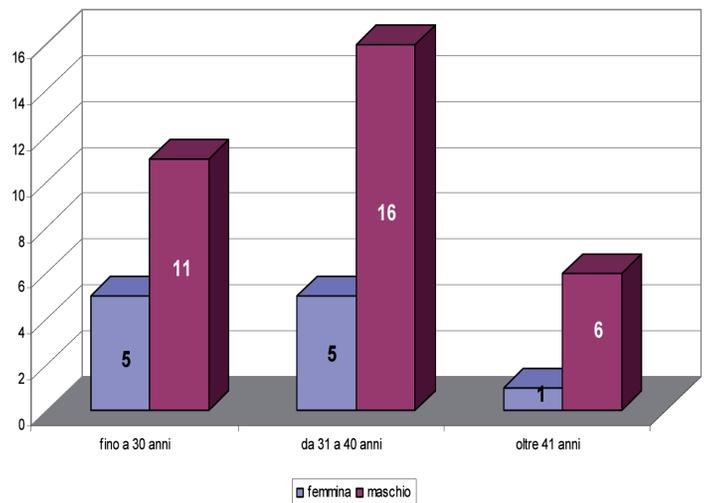


Fig. 2



Inoltre dei 30 pazienti che assumono buprenorfina 22 sono maschi e 8 sono femmine mentre dei 14 pazienti che assumono metadone 11 sono maschi e 4 sono femmine (fig. 2) e nella fascia d'età sotto i 30 anni ci sono 5 pazienti femmine e 11 maschi; nella fascia dai 31 ai 40 anni ci sono 5 femmine e 16 maschi; nella fascia d'età oltre i 41 anni c'è 1 femmina e 6 maschi (fig. 3).

Fig. 3



Per quanto riguarda l'attività lavorativa del campione maschile (fig. 4) 20 pazienti, pari al 61% sono dipendenti; 9 pari al 27% sono disoccupati; 5 pari al 9% sono liberi professionisti e 1 pari al 3% è uno studente; mentre per il campione femminile (fig. 5) 10 pari al 91% sono dipendenti e 1 pari al 9% è disoccupata.

Fig. 4

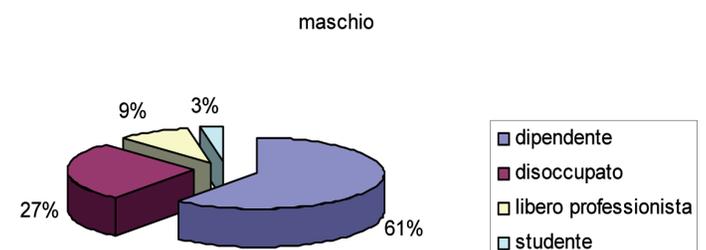
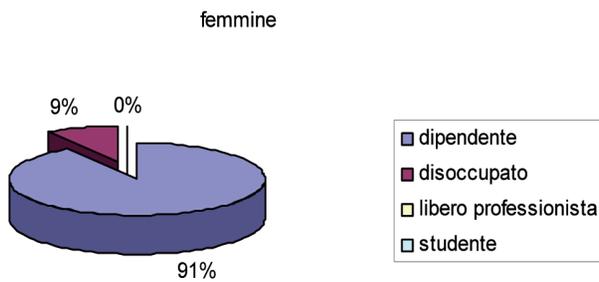


Fig. 5



Lo stato civile del nostro campione è così distribuito: Nel campione femminile 1 femmina pari al 9% coniugata; 5 pari al 45% sono conviventi e 5 pari al 46% sono nubili (fig. 6), mentre il 64% del campione maschile è celibe; il 24% è coniugato e il 12% è convivente (fig. 7).

Fig. 6

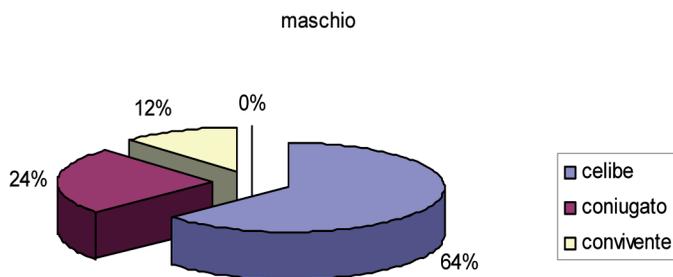
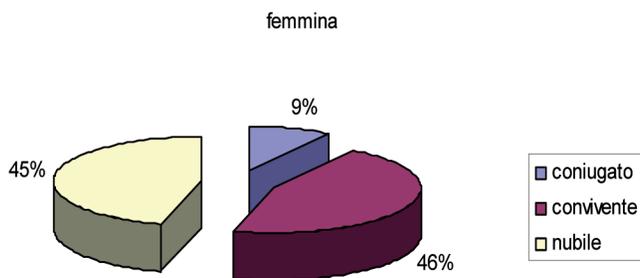
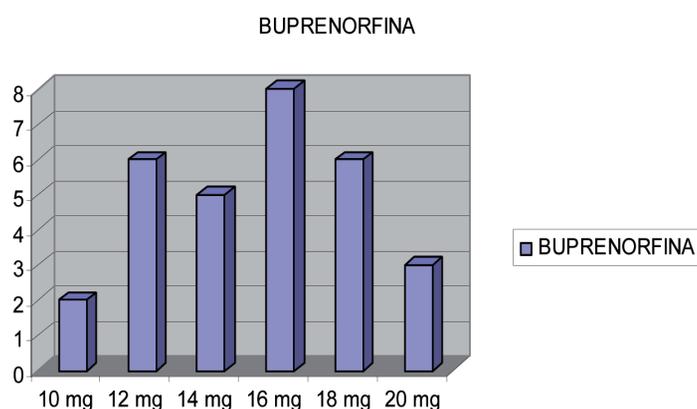


Fig. 7



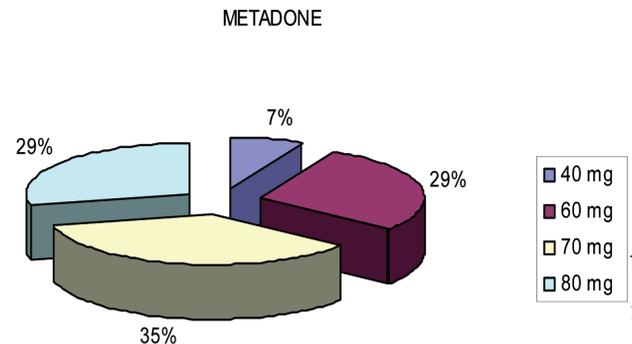
La terapia sostitutiva del nostro campione è così distribuita: Dei 30 pazienti che assumono buprenorfina presentano un dosaggio di buprenorfina con un range dai 10 mg/die ai 20 mg/die si precisa che il maggior numero di pazienti assume un dosaggio del farmaco agonista parziale tra i 12 mg e i 18 mg/die (fig. 8).

Fig. 8



Mentre i 14 pazienti che assumono il metadone cloridrato, hanno assunto un dosaggio di metadone con un range dai 40 mg/die a 80 mg/die, si precisa che il maggior numero di pazienti ha assunto un dosaggio del farmaco agonista puro degli oppiacei tra i 60 mg/die e gli 80 mg/die (fig. 9).

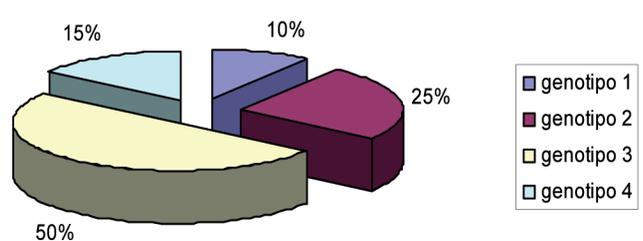
Fig. 9



La percentuale dei genotipi del virus HCV nel nostro campione di pazienti è stata:

- Genotipo 1 rappresenta il 10% di percentuale nel campione;
- Genotipo 2 rappresenta il 25% di percentuale nel campione;
- Genotipo 3 rappresenta il 50% di percentuale nel nostro campione;
- Genotipo 4 rappresenta il 15% di percentuale nel nostro campione (fig. 10).

Fig. 10



La terapia antivirale PEG-IFN + Ribavirina, che hanno effettuato tutti i pazienti tossicodipendenti in trattamento con sostitutivo, ha seguito il seguente schema terapeutico:

Genotipi 2 e 3: PEG-IFN + Ribavirina 800 mg/die per 6 mesi.
Genotipi 1 e 4: PEG-IFN + Ribavirina 800-1200 mg/die per 12 mesi.
Tutti i pazienti hanno effettuato controlli a sorpresa dei metaboliti urinari delle sostanze d'abuso che sono risultati sempre negativi.

Gli effetti collaterali del trattamento antivirale sono stati presenti nel 10% del campione e sono stati i seguenti:

- perdita di appetito;
- perdita di peso fino a 5 kg;
- perdita del desiderio sessuale;
- mal di testa;
- nervosismo.

Come già detto nella premessa l'infezione da HCV può essere associata a disturbi psichiatrici come la depressione ed i TD con tale infezione presentano tali disturbi con frequenza maggiore rispetto ai TD senza HCV (Vignau J. et al., Encephale; 2005 May-Jun) (De Bie J. et al., Acta Gastroenterol Belg; 2005 Jan-Mar) inoltre il trattamento con alfa IFN induce disturbi psico-comportamentali, alterazioni cognitive e modificazioni EEG (meccani-

simo mediato da citochine? (Vignau J. et al., *Encephale*; 2005 May-Jun) (De Bie J. et al., *Acta Gastroenterol Belg*; 2005 Jan-Mar). Il periodo in cui più facilmente si determinano i drop-out alla terapia con IFN nei TD è costituito dalle prime 4-8 settimane di trattamento (Guadagnino V et al., *Digestive and Liver Diseases*, 2006) (Robaey G. et al., *Acta Gastroenterol Belg*; 2005 Jan-Mar). La terapia preventiva con SSRI associata al trattamento con IFN in pazienti con disturbi psichiatrici rende meno frequenti gli episodi di depressione in questi pazienti rispetto ai pazienti senza precedenti psichiatrici in trattamento con solo IFN. (Schaefer M. et al., *J Hepatol*; 2005 Jun). Il periodo in cui più facilmente si determinano i drop-out alla terapia con IFN nei TD è costituito dalle prime 4-8 settimane di trattamento. (Guadagnino V. et al., *Digestive and Liver Diseases*, 2006) (Robaey G. et al., *Acta Gastroenterol Belg*; 2005 Jan-Mar). Nel nostro campione per fare una valutazione sulla presenza di disturbi depressivi prima dell'inizio del trattamento antivirale e la loro comparsa o permanenza durante il trattamento antivirale, come previsto dal protocollo di lavoro integrato Ser.T.-Malattie infettive, si è scelto di utilizzare il test di HAMILTON-D RATING.

SCALE FOR DEPRESSION.

È stato scelto il test di Hamilton, perché è una scala che permette in modo semplice di valutare quantitativamente la gravità delle condizioni del paziente e di documentare le modificazioni di tali condizioni, è costituito da 21 items e in base ai punteggi ottenuti si ottiene una classificazione di gravità che ha i seguenti cut-off:

- ≥ 25 **Depressione grave**
- 18-24 **Depressione moderata**
- 8-17 **Depressione lieve**
- ≤ 7 **Assenza di depressione**

Nel nostro campione il test HAMILTON-D è stato somministrato dallo stesso operatore, dal tempo T/0, cioè un mese prima dell'inizio del trattamento antivirale e poi ogni mese per tutto il periodo della terapia antivirale fino al tempo T/12.

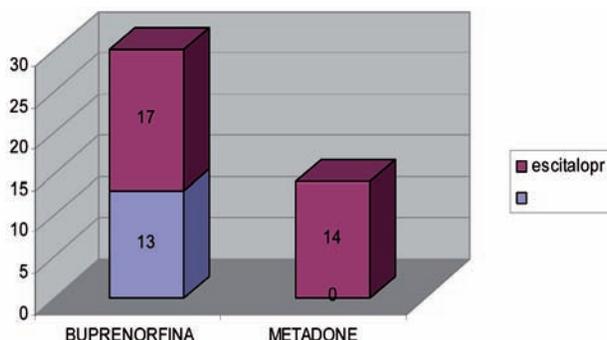
Analisi statistica:

Abbiamo diviso il nostro campione in tre gruppi:

1. Pazienti che assumono buprenorfina e SSRI (escitalopram).
2. Pazienti che assumono metadone e SSRI (escitalopram).
3. Pazienti che assumono solo buprenorfina.

Specificando meglio dei 44 pazienti in trattamento con buprenorfina e metadone si distinguono:

- a) il primo gruppo formato da 14 pazienti in terapia con metadone, hanno assunto dopo il T/0 un SSRI, l'escitalopram 10 mg/die, si precisa che 10 pazienti di questo gruppo hanno assunto 20 mg di escitalopram (fig. 11);
- b) il secondo gruppo, formato da 17 pazienti che assumono buprenorfina, hanno assunto dopo il tempo T/0 un SSRI, l'escitalopram 10 mg/ die (fig. 11);

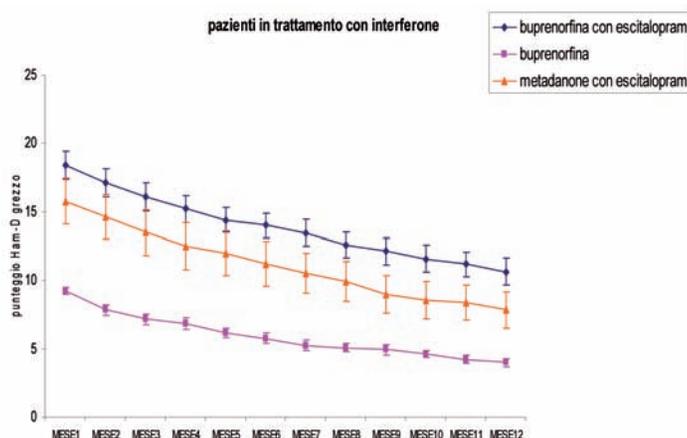


c) il terzo formato da 13 pazienti in trattamento con buprenorfina che non hanno assunto dopo il tempo T/0 un SSRI, l'escitalopram, ma hanno effettuato tutto il trattamento antivirale solo con l'utilizzo della buprenorfina (fig. 11).

Abbiamo effettuato, su tutti e 3 i gruppi del nostro campione, una media del punteggio della scala Ham-D per ogni mese, dal 1 al 12 mese, con errore standard da cui si può notare che l'andamento dei tre gruppi è analogo (graf. 1).

Nel 1° gruppo buprenorfina ed escitalopram al tempo T/0 il punteggio Hamilton evidenzia una depressione grave, si è scelto come farmaco la buprenorfina, perché agonista parziale degli oppiacei e quindi grazie all'effetto K antagonista, agisce sull'aspetto della disforia, migliora il tono dell'umore e la depressione. Si è scelto come SSRI l'escitalopram perché è il più selettivo sulla serotonina degli SSRI. È stato somministrato 3-4 settimane prima dell'inizio del trattamento con INF-PEG RIBA.

Graf. 1



Come si può vedere (graf. 1) il punteggio Ham-D nel 1° gruppo diminuisce e circa a 6 mesi raggiunge punteggi intorno a 15 cioè la depressione viene tenuta sotto controllo per tutto il periodo di trattamento INF-PEG RIBA.

Nel 2° gruppo pazienti assumono metadone ed escitalopram e al T/0 il punteggio della depressione con HAM-D è inferiore a quella del 1° gruppo cioè è una depressione media e la terapia di associazione riesce a mantenerla sotto controllo fino al termine del trattamento con INF-PEG RIBA.

La differenza di significatività che potete osservare in questo gruppo al 6°-7° mese è da imputare al fatto che nel gruppo c'è stata prevalenza di genotipo 2-3, quindi i pazienti hanno effettuato un trattamento con interferone per 6 mesi (24 sett.) e per cui il miglioramento che si evidenzia, che è significativo, è dovuto a una cessazione terapia con Interferone e alla continuazione del trattamento con SSRI (escitalopram) (graf. 1).

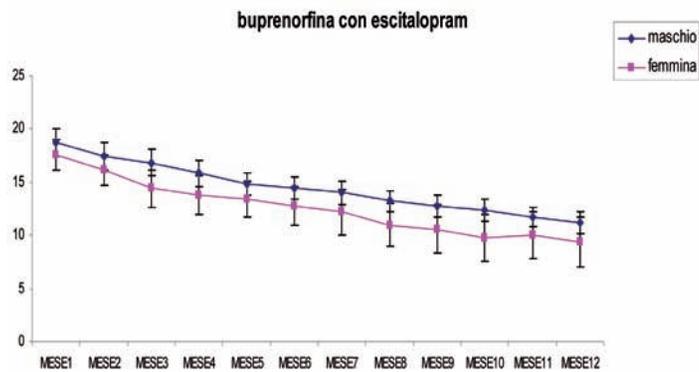
Il 3° gruppo assumeva solo Buprenorfina, il punteggio sulla scala HAM-D evidenzia una depressione di partenza lieve ma con il trattamento con Buprenorfina in corso di trattamento con INF-PEG RIBA già dopo il 1° mese di trattamento si ha un miglioramento che si mantiene nei mesi successivi fino al 12° mese dove si raggiungono livelli di normalità (graf. 1).

Usando il test ANOVA misure ripetute non si trovano differenze significative riguardo al genere nel campione in trattamento: buprenorfina-escitalopram, buprenorfina, e metadone-escitalopram.

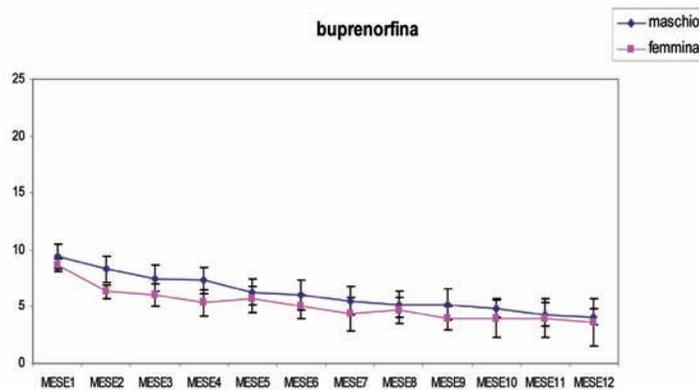
Il graf. 2 presenta andamento della scala Hamilton-D nei due sessi nel campione buprenorfina insieme con escitalopram.

Come si vede anche nei grafici (2-3-4) non si nota una differenza significativa nella diminuzione del punteggio della scala Hamilton sia per maschi che per le femmine e in tutti i tre gruppi del nostro campione.

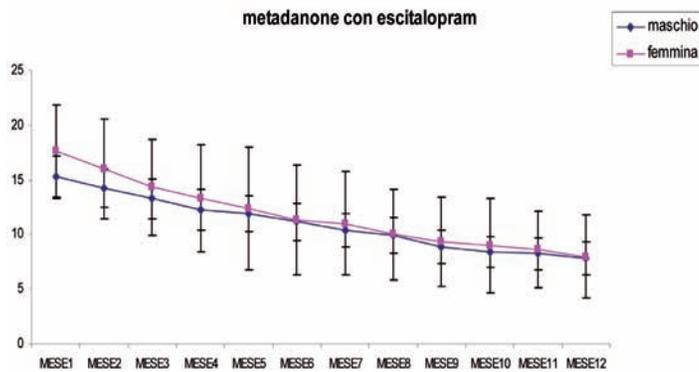
Graf. 2



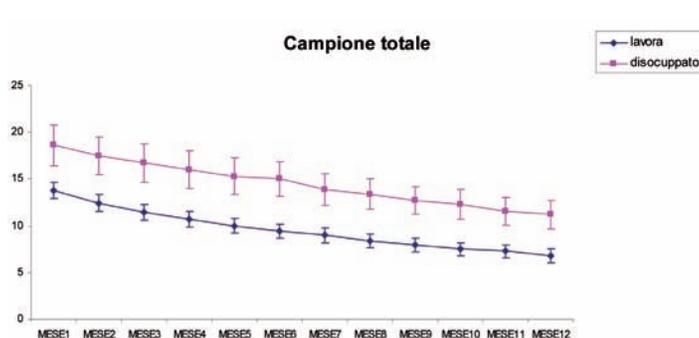
Graf. 3



Graf. 4

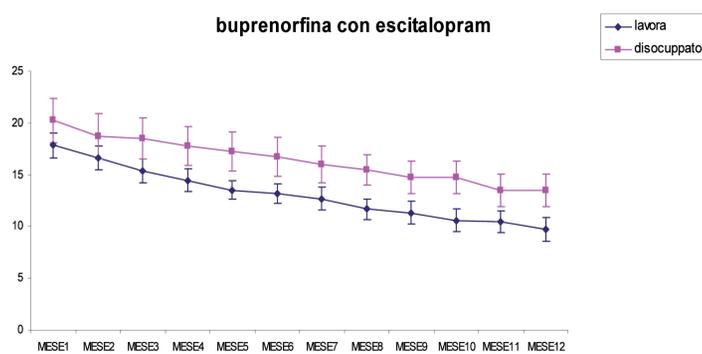


Graf. 5



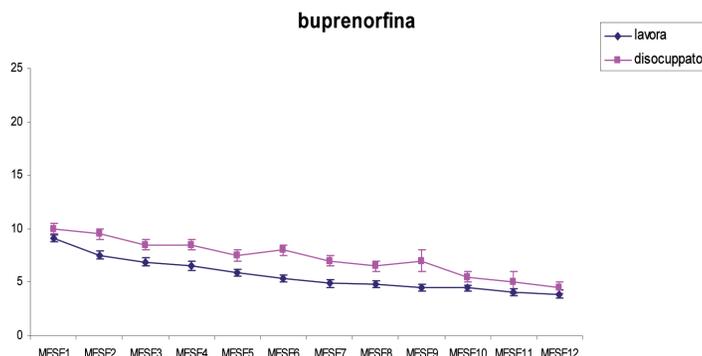
L'occupazione invece si presenta come un fattore importante per il successo del trattamento. I pazienti disoccupati sono significativamente più depressi alla scala Hamilton all'inizio (Mann-Whitney $Z = 2,04$ $p = 0,041$) e durante il trattamento rimangono con punteggi maggiori e sopra punteggi medi nel campione totale (graf. 5). I pazienti disoccupati sono significativamente più depressi alla scala Hamilton all'inizio e durante il trattamento rimangono con punteggi maggiori e sopra punteggi medi anche nel 2° gruppo del nostro campione che assume buprenorfina ed escitalopram (graf. 6).

Graf. 6



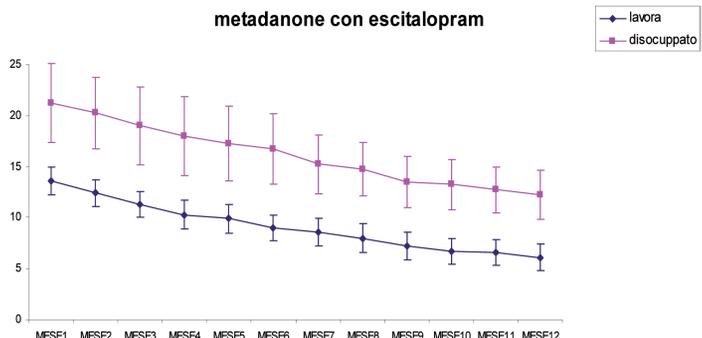
I pazienti disoccupati sono significativamente più depressi alla scala Hamilton all'inizio e durante il trattamento rimangono con punteggi maggiori e sopra punteggi medi anche nel 3° gruppo del nostro campione che assume solo buprenorfina (graf. 7).

Graf. 7



I pazienti disoccupati sono significativamente più depressi alla scala Hamilton all'inizio e durante il trattamento rimangono con punteggi maggiori e sopra punteggi medi anche nel 1° gruppo che assume metadone ed escitalopram (graf. 8).

Graf. 8



Conclusioni

Tutti e tre i gruppi del nostro campione hanno portato a termine il trattamento con INF-PEG-RIBA mantenendo la depressione sotto controllo ed hanno eseguito tutti i controlli sui metaboliti delle varie sostanze d'abuso, che sono stati richiesti a sorpresa, tutti con un risultato negativo.

L'occupazione si presenta come un fattore importante per il successo del trattamento, la depressione è una variabile che incide in modo significativo nel gruppo dei pazienti disoccupati che risultano nel nostro campione significativamente più depressi alla scala Hamilton all'inizio e durante il trattamento rimangono più depressi e con punteggi maggiori e sopra punteggi medi, mentre il genere non è una variabile che incida significativamente nel nostro campione sul successo del trattamento antivirale.

Il metadone, essendo farmaco agonista puro degli oppiacei è stato associato sempre ad SSRI, l'escitalopram, per contrastare gli aspetti depressivi presenti nel nostro campione e consentire l'aderenza di questo gruppo al trattamento antivirale.

Si è scelto come SSRI l'escitalopram perché è il più selettivo sulla serotonina degli SSRI. È stato somministrato 3-4 settimane prima dell'inizio del trattamento con INF-PEG RIBA.

La buprenorfina è stata preferita nei pazienti del 2 gruppo, con depressione grave al test HAM-D, perché è un farmaco agonista parziale degli oppiacei e quindi grazie all'effetto K antagonista, agisce sull'aspetto della disforia, migliora il tono dell'umore e la depressione e facilita l'aderenza del gruppo al trattamento.

Inoltre la buprenorfina, è stata il farmaco sostitutivo di prima scelta sia per i pazienti con depressione grave in associazione con Escitalopram, sia da sola come unico trattamento in associazione all'INF-PEG-RIBA (Gerra e al 2004) (Kosten et al., 2004).

Dal nostro studio osservazionale, si evidenzia come la terapia dell'epatite C nei pazienti tossicodipendenti, sia sicuramente una sfida, che richiede lo sviluppo di strategie terapeutiche incentrate su ogni singolo paziente in modo personale.

Bisogna perseguire un'integrazione, con dei protocolli di lavoro tra il servizio dipendenze patologiche, con la figura del medico tossicologo e/o psichiatra, e il servizio Malattie Infettive di riferimento, con il medico infettivologo.

Dall'integrazione delle diverse professionalità deriva la possibilità di accogliere, valutare, prescrivere e gestire la terapia antivirale in associazione con i farmaci sostitutivi e quando valutato necessario anche in associazione con un SSRI, l'escitalopram, e

consentire ai pazienti tossicodipendenti in trattamento con sostitutivo ed epatite C di essere aderenti al trattamento antivirale, portandolo a termine.

Bibliografia

- Backmund M. et al. (2001), "Treatment of Hepatitis C Infection in Injection Drug Users", *Hepatology*, 34, 1.
- Edlin B.R. (2002), "Prevention ant treatment of hepatitis C in Injection Drug users", *Hepatology* 36 Suppl 1, 210-219.
- Edlin B.R., Seal K.H., Lorvick J. et al. (2001), "Is it justifiable to withhold treatment for hepatitis C from illicit-drug users?", *N Engl J Med*; 345: 211-215.
- Diana L. (2005), "Sylvestre Approaching Treatment for Hepatitis C Virus Infection in Substance Users", *Clin Infect Dis*, Jul 1; 41 Suppl 1:S79-82.
- De Bie J. et al. (2005), *Acta Gastroenterol Belg*, Jan-Mar.
- Guadagnino V. et al. (2006), *Digestive and Liver Diseases*.
- Guadagnino V. et al. (2006), *Digestive and Liver Diseases*.
- Guadagnino G., Zimatore A., Izzo B. et al. (1995), "Relevance of intravenous cocaina use in relation to prevalence of HIV, Hepatitis B and C virus markers among Intravenous Drug Abuser in Southern Italy", *J. Clin. Lab. Immunol.*, 47:1-9.
- Quaglio L., Lugoboni F., Pajusco B., Sarti M., Talamini G., GICS, Mezzelani P. and D.C. (2003), "Des Jarlais Hepatitis C virus infection: prevalence, predictor variables and prevention opportunities among drug users in Italy", *J. Viral. Hepatitis*, Sep; 10(5): 394-400.
- M.J. (2002), "Alter Management of Hepatitis: Prevention of spread of hepatitis C", *Hepatology*, 36, Issue 5B, Supp 93-98.
- Mauss S. et al. (2004), "A prospective controlled study of interferon-based therapy of chronic hepatitis C in patients on methadone maintenance", *Hepatology*, 40 (1): 120-124, July.
- Mele A. (2000-2003), *Notiziario Sorveglianza Epidemiologica dell'epatite acuta SEIEVA*.
- Ondria C. Gleason et al. (2007), "Preventing Relapse of Major Depression During Interferon-alfa Therapy for Hepatitis C-A Pilot Study", *S. Science Business Media*.
- Ondria et al. (2005), "Major Depression Disorder in Hepatitis C: An Open - Label Trial of Escitalopram", *J. Clin. Psychiatry*, 7: 225-230.
- Robaey G. et al. (2005), *Acta Gastroenterol Belg*, Jan-Mar.
- Schaefer M. et al. (2005), *J Hepatol*, Jun.
- Sylvestre D.L. (2002), "Treating hepatitis C in methadone maintenance patients: an interim analysis", *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 117-123.
- Verrucchi G., *Malattie Infettive Università degli Studi di Bologna - Protocollo di Lavoro Servizio Malattie Infettive - Ser.T. AUSL Bologna*, 24 maggio 2006.
- Vignau J. et al. (2005), *Encephale*, May-Jun.

RECENSIONE



Franco Riboldi

**STOP ALLA DIPENDENZA
DALL'EROINA. IL CORAGGIO
DI CAMBIARE... E POI LA GIOIA**

De Vecchi
pp. 224, € 13,90

L'eroina resta la "droga regina", quella che interviene in modo devastante nei soggetti che ne fanno uso. Uscire dalla trappola

dell'eroina è possibile. Sono necessari coraggio e volontà ed è fondamentale un aiuto specialistico, come quello che questo testo, articolato in cinque tappe, vuole offrire. La prima tappa (apri gli occhi) è volta a esplorare le caratteristiche degli stupefacenti e dell'eroina in particolare, la seconda (cambia il modo di pensare) consente di orientare l'auto-convincimento, la terza (studia il campo di battaglia) facilita la presa di coscienza, la quarta (cerca aiuto) dà una mano per cercare e accettare con maggior fiducia e collaborazione le diverse forme di terapia, la quinta (attiva le tue risorse) conduce alla scoperta dei propri tesori nascosti (autonomia, autocontrollo, autostima) per orientarli al cambiamento e arrivare alla risoluzione definitiva della dipendenza.

Franco Riboldi, dirigente medico del Ser.T. di Merate.

“Vento e Mare contro Tutte le Droghe” progetto di prevenzione primaria per le tossicodipendenze

Antonio Sparaco*, Roberto Pirastu**

SUMMARY

■ *“Wind and Sea against All the Drugs” project of primary prevention for the drug addiction.*

The project has set particularly the attention to the guardianship of the health of the young people with the intent to arouse a serious reflection on the juvenile problem list and on the necessity of information and correct formation, avoiding that situations to risk conduct to particular distortions, looking for of contest in a detail “space-time” what the summer is.

Particularity of the project has been the use of methodologies nearer of dialogue possible to the young people in the summer period, and in the places of relaxation and concentration of juvenile population.

The use of a sailboat of 43 feet opportunely equipped, has allowed to reach various coincident harbors with places where traditionally the summer consumption of drug addiction and particularly elevated with the correlated behaviors to risk what road accidents and MST. ■

Keywords: *primary prevention, information, drug addiction, multipliers, young people, situation to risk, space-time.*

Parole chiave: *prevenzione primaria, infiammazione, drug addiction, moltiplicativi, giovani, situazioni a rischio, spazio-tempo.*

Il progetto “Vento e Mare Contro tutte le Droghe” parte dalla constatazione che occorre oggi più che mai diffondere informazioni corrette ed adeguate sul rischio dell’uso ed abuso delle droghe. Proprio le campagne di prevenzione e d’informazione in questi ultimi anni sembrano aver reso i giovani più attenti ai danni ai quali la tossicodipendenza li espone.

Occorre oggi elaborare una strategia di prevenzione a livello territoriale, con una continuità nel tempo dell’azione preventiva; il modello è quello di provocare la nascita di “moltiplicatori” dell’azione educativa che sappiano coinvolgere sulle problematiche del consumo degli stupefacenti i giovani.

Oltre agli obiettivi di informazione e prevenzione alle droghe, e alla sensibilizzazione dei giovani ai valori positivi della vita, il progetto ha sviluppato, come negli interventi di altre esperienze precedenti da noi effettuati, le finalità di avvicinamento all’utenza e di collaborazione con vari enti pubblici e associazioni del privato sociale per formulazioni di strategie di intervento futuri. Le analisi della situazione in cui si trova la nostra società conducono a rilevare che non è pensabile sviluppare interventi fini a se stessi, è pertanto necessario il coinvolgimento di tutti, in particolar modo di coloro che si occupano di educazione, e trasformare i fattori a rischio in opportunità educative. E a proposito scuole di vela, associazioni del privato sociale, caritas cittadine hanno sviluppato una interessante sinergia ad hoc.

La fascia d’età e la scuola su cui il progetto è andato ad incidere permesso un confronto statistico con altre indagini sviluppate

nel territorio in merito a fattori di tipo comportamentali, al tipo di frequentazione trasgressiva, allo stile di vita della popolazione giovanile. Ciò ha confermato il trend nazionale e internazionale su tutto quello che ruota attorno ai consumi soprattutto ricreazionali delle sostanze stupefacenti.

Il progetto ha posto in particolare l’attenzione alla tutela della salute dei giovani con l’intento di suscitare una seria riflessione sulle problematiche giovanili e sulla necessità di informazione e formazione corretta, evitando che situazioni a rischio conducano a particolari distorsioni, cercando di contestualizzare in un particolare “spazio-tempo” quale è l’estate.

Particolarità del progetto è stata l’utilizzo di metodologie comunicazionali più vicine possibili ai giovani nel periodo estivo, e nei luoghi di svago e concentrazione di popolazione giovanile. L’utilizzo di una barca a vela di 43 piedi opportunamente attrezzata, ha permesso di raggiungere vari porti coincidenti con luoghi dove tradizionalmente il consumo estivo di sostanze stupefacenti e particolarmente elevato con i correlati comportamenti a rischio quali incidenti stradali e MTS.

Camper, fuoristrada, auto e motorini hanno permesso altresì di raggiungere facilmente i luoghi di maggiore interesse per un intervento più mirato possibile con maggior efficacia e minori costi rispetto ai costi tradizionali della prevenzione.

Le immagini in tale senso sono molto eloquenti.

La vicinanza dei maggiori enti istituzionali con in testa la Presidenza della Repubblica Italiana ci hanno confortato nell’idea di aver progettato e attuato una serie di azioni preventive che sicuramente hanno permesso di raggiungere tutti gli obiettivi di prevenzione primaria delle sostanze stupefacenti che il progetto stesso ha previsto.

* Responsabile del progetto, ASL 9 Trapani.

** Responsabile scientifico, ASL Carbonia.

I numeri

Il team. 1 responsabile organizzativo, un responsabile scientifico, 1 skipper, 1 responsabile di immagine, 2 autisti, 8 operatori di strada.

Una barca di 43 piedi opportunamente attrezzata, 1 auto, 1 fuoristrada, 1 camper, 3 moto, 400 miglia marine navigate, 1.000 km effettuati, 2 conferenze, 2 workshops, 5.000 opuscoli distribuiti, 3.000 contatti informali realizzati, 2.100 ore lavorative.

Alto Riconoscimento della Presidenza della Repubblica.

Patrocini:

Ministero dell'Interno.

Ministero del Welfare.

Ministero dei Beni e delle Attività Culturali.

Istituto Superiore di Sanità.

Regione Siciliana.

Comune di Trapani.

Comune di Pantelleria.

Capitaneria di Porto di Trapani.

Lega Navale Italiana.

NOTIZIE IN BREVE

Dal prossimo numero Newsletter "Clinica dell'Alcolismo"

La *newsletter* ha lo scopo di affrontare con una visione rigorosamente pragmatica e basata sulle evidenze scientifiche e sistematizzate i più importanti ed innovativi temi che interessano la clinica dell'alcolismo. La *newsletter*, che farà parte integrante della rivista *Mission*, affronterà di volta in volta su proposta di uno o più membri del board un argomento o più argomenti di interesse generale o specifico sui temi che riguardano gli strumenti di valutazione, i modelli eziopatogenetici, le patologie correlate ed i trattamenti farmacologici, psicologici e riabilitativi della clinica dell'alcolismo. I temi affrontati avranno lo scopo di migliorare l'efficacia e la qualità dei trattamenti e di stimolare, fra coloro che in Italia a vario titolo si occupano di clinica dell'alcolismo, l'interesse e la discussione scientifica sui temi trattati. La *newsletter* nasce, pertanto, con l'obiettivo dichiarato di rappresentare per tutti i clinici italiani uno spazio libero, aperto a tutti, di approfondimento, di confronto e di promozione di una clinica dell'alcolismo che sia nel contempo multidisciplinare, moderna, efficace e basata sulle evidenze.

Board

- Giovanni Addolorato, Roma
- Roberta Agabio, Cagliari
- Fabio Caputo, Cento, Ferrara
- Giorgio Cerizza, Crema, Cremona
- Mauro Cibin, Dolo, Venezia
- Giovanni Galimberti, Monza, Milano
- Ezio Manzato, Zevio, Verona
- Antonio Mosti, Piacenza
- Felice Nava, Castelfranco Veneto, Treviso
- Biagio Sanfilippo, Sesto San Giovanni, Milano
- Valeria Zavan, Novi Ligure, Alessandria

RECENSIONE



Raimondo Maria Pavarin

Sostanze legali e illegali: motivi e significati del consumo

Collana: Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso/Quaderni direttore scientifico: Alfio Lucchini pp. 208, € 17,00 (cod. 231.1.40)

La droga è una merce: la scelta di utilizzarla si basa sul raggiungimento di un equilibrio tra aspetti soggettivi e oggettivi all'interno di un determinato ambiente sociale. I processi decisionali che portano a consumare sostanze psicoattive non sono espliciti e consapevoli, ma il risultato di una complessità di fattori: uno dei motivi che potrebbero essere collegati al desiderio di "provare", all'uso di una sostanza piuttosto che di un'altra, alla decisione se continuare o smettere, potrebbe

essere influenzato sia dalla conoscenza degli effetti e dal timore di possibili danni che dai significati attribuiti a tale consumo. Una qualsiasi sostanza viene assunta per la funzione rilassante e calmante, per il piacere, per curiosità, per migliorare la socialità e stare con gli altri, per divertimento e svago. Ma si consuma anche per ricercare benessere e felicità, per evasione e distacco dalla realtà, per abitudine, per gestire l'effetto di altre sostanze, come antidepressivo, per cultura o tradizione e per alimentazione. Il libro, partendo da una ricerca multicentrica condotta in Italia, affronta tematiche specifiche del mondo delle sostanze psicoattive: la gateway hypothesis, i cambiamenti nelle modalità d'uso, i problemi associati al consumo, gli stili del bere problematico ed i comportamenti pericolosi. Nel caso specifico della cocaina è di estremo interesse lo studio dei meccanismi che inducono alcuni soggetti a sviluppare dipendenza ed altri no, e se esistono fattori protettivi legati ad una diversa percezione del rischio o alla messa in opera di particolari strategie preventive.

Raimondo Maria Pavarin, sociologo, epidemiologo, dirige l'Osservatorio epidemiologico metropolitano dipendenze dell'Ausl di Bologna.

FeDerSerD informa

**FEDERSERD INFORMA
n. 8 - giugno 2008**

L'EVOLUZIONE DEL SISTEMA DELLE DIPENDENZE ALLA LUCE DELLE NUOVE NORMATIVE LOMBARDE
Edoardo Cozzolino

DIPENDENZE:
L'EVOLUZIONE
DEI PROVVEDIMENTI REGIONALI SINO
ALLA DGR N. 5509/2007
Vincenzo Marino

DGR N. 5509/2007

APPUNTI DALLA TAVOLA ROTONDA
Sara Valmaggì, Margherita Peroni

IL PUNTO DI VISTA DEGLI OPERATORI
Sandra Basti

IL SISTEMA INTEGRATO
DI CONTRASTO ALLE DIPENDENZE IN GRANDE RISCHIO PER LA
NUOVA DELIBERA REGIONALE SULLE DIPENDENZE (VIII/005509)
DELLA REGIONE LOMBARDIA
CNCA Lombardia

PRIMA PROPOSTA DI DISCUSSIONE
PER I NUOVI COMPITI PER IL DIPARTIMENTO
DELLE DIPENDENZE
A cura di Direttori di Dipartimento aderenti a Federserd

SISTEMA DELLE DIPENDENZE IN LOMBARDIA:
LA REGIONE VALORIZZI IL SERVIZIO PUBBLICO
Alfio Lucchini, Edoardo Cozzolino

SICUREZZA STRADALE ED USO DI SOSTANZE:
IL CONTRIBUTO DI FEDERSERD LOMBARDIA
(Audizioni Commissioni Consiglio Regionale)
Alfio Lucchini, Edoardo Cozzolino

COMMENTO ALLA LEGGE REGIONALE "GOVERNO DELLA RETE
DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI ALLA PERSONA IN AMBITO
SOCIALE E SOCIO-SANITARIO"
(L.R. N. 3 DEL 12-3-2008)
a cura di Alfio Lucchini

LEGGE REGIONALE N. 3 DEL 12-3-2008

AUDIZIONE DI FEDERSERD PRESSO LA COMMISSIONE III
SANITÀ E ASSISTENZA DEL CONSIGLIO REGIONALE DELLA
LOMBARDIA
IL 24 APRILE 2007
Edoardo Cozzolino, Alfio Lucchini

PROGRAMMA
IV CONGRESSO REGIONALE FEDERSERD LOMBARDIA

**FEDERSERD INFORMA
n. 9 - settembre 2008**

LA LEGISLAZIONE SU AFFIDO E RICETTAZIONE
DEI FARMACI SOSTITUTIVI
Alfio Lucchini

REALTÀ E PROSPETTIVE FARMACOLOGICHE NELL'AFFIDO DI
TERAPIE SPECIFICHE PER IL TRATTAMENTO DELLA TOSSICODI-
PENDENZA
DA OPIACEI
Felice Nava

L'AFFIDO DI METADONE NEI SER.T. E I MEDICI DI MEDICINA
GENERALE:
LA COLLABORAZIONE A TRIESTE
Roberta Balestra, Gianni Conti

LA REALTÀ DI PESCARA
Pietro Fausto D'Egidio

IL FARMACISTA.
PUNTO IMPORTANTE NELLA RETE DI ASSISTENZA PER I SERVIZI
Fabrizio Zenobi

TERZO PREMIO NAZIONALE FEDERSERD ANNO 2007 "INTE-
GRAZIONE TRA SER.T. E MEDICI DI MEDICINA GENERALE NELLA
GESTIONE DEL PAZIENTE IN TRATTAMENTO CON AGONISTA
DEGLI OPIACEI": SINTESI DEI PROGETTI PRESENTATI
a cura di **Alfio Lucchini e Maurizio Fea**

"PROGETTO BASE": UN PROGETTO PILOTA PER L'INSERIMENTO
DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG) NELLA RETE CIT-
TADINA DEI SERVIZI PER LA CURA DELLE TOSSICODIPENDENZE
IN UNA GRANDE METROPOLI
**Claudio Baldelli,
Ignazio Marcozzi Rozzi**

SER.T. 1 BRESCIA E MEDICI DI MEDICINA GENERALE: UN REPORT
DI FATTIBILITÀ NELLA GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE IN
TRATTAMENTO CON AGONISTI OPIACEI
**Antonio Cinquegrana, Ovidio Brignoli,
Maurizio Cadonia, Piera Dettori,
Pierangelo Lora Aprile**

PROGETTO DI INTEGRAZIONE TRA SER.T. E MEDICI DI MEDICI-
NA GENERALE NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE IN TRATTAMEN-
TO CON AGONISTA DEGLI OPIACEI
**Giancarlo Ardissona,
Laura Franceschini, Alina Cirillo**

INTEGRAZIONE TRA IL SERVIZIO DIPENDENZE PATOLOGICHE E
MEDICI DI MEDICINA GENERALE NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE
IN TRATTAMENTO CON AGONISTA DEGLI OPIACEI: META-
DONE CLORIDRATO
ESPERIENZA A BOLOGNA
**Maria Chiara Pieri,
Claudio Antonio Comaschi**

IL COINVOLGIMENTO DEL MEDICO DI BASE NEL PROGRAMMA
DI TRATTAMENTO DELLA TOSSICODIPENDENZA
Claudio Tosetto

CONDIVIDERE
**Anna Borrelli,
Marina Di Matteo**

INTEGRAZIONE TRA SERVIZI PER LE DIPENDENZE (SER.T.) E
MEDICI DI MEDICINA GENERALE (MDMG) NELLA GESTIONE DEL
PAZIENTE IN TRATTAMENTO CON AGONISTA DEGLI OPIACEI
Andrea Carraro

CONSTRUZIONE DI UNA SINERGIA SER.T. - MEDICI DI MEDICINA
GENERALE PER LA CURA DI GIOVANI EROINOMANI IN UN
COMUNE DELL'HINTERLAND MILANESE
Giovanni Strepparola, Giuseppe Cavenago

PROGETTO TRA IL SER.T. DI PESCARA E I MEDICI DI MEDICINA
GENERALE: PENSIERI ESPRESSI DA PAZIENTI TOSSICODIPEN-
DENTI DA EROINA
Nadia Anna Della Torre

ALCUNI ELEMENTI DI VALUTAZIONE DEL PROGETTO DI ASSI-
STENZA TERRITORIALE
AI PAZIENTI DIPENDENTI DA EROINA IN COLLABORAZIONE
CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE DELLA ASL
DI PESCARA
Maurizio Fea e Alfio Lucchini

LE DETERMINAZIONI QUANTITATIVE DEL COSTO DI ASSISTEN-
ZA DEI PAZIENTI IN CARICO PRESSO I SERVIZI PER LE TOSSICO-
DIPENDENZE
IL CASO DEL SER.T. DI PESCARA
**Pietro Fausto D'Egidio,
Luca Ianni, Massimo Sargiacomo**

**FEDERSERD INFORMA
n. 10 - settembre 2008**

"LA TERAPIA RICOSTRUTTIVA INTERPERSONALE", UN APPROCCIO
PSICOTERAPEUTICO PER I PAZIENTI RESISTENTI AI TRATTA-
MENTI
Aniello Izzo

GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO (GAP): L'ESPERIENZA DEL
SER.T. DI TARANTO
V. Ariano, A. Fiorino, M. Taddeo, V. Simeone

LA PATOLOGIA DI PERSONALITÀ E MODELLI DI ATTACCAMEN-
TO NELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE: uno studio empirico con

la SWAP-200 e l'AAI su un campione romano del SER.T. D9 ASL
RMC
A. Gargiuto, N. Barone, P. Costrini, R. Williams, A. Aloï

2 PISTE PER LA COCA
Claudia Bianchi

PROGETTO "SIAMO... SICURI?"
NELLE V ELEMENTARI DELL'AZ. ULSS 22 DI BUSSOLENGO
Raffaele Ceravolo

CAMPAGNA "NOTTE IN...FORMA!" NELL'AZ. ULSS 22 DI BUSSO-
LENGO
Raffaele Ceravolo

PROTOCOLLI ASSISTENZIALI E PERCORSI DIAGNOSTICO-TERA-
PEUTICI: strumenti per la qualità di gestione dei trattamenti ambu-
latoriali nelle dipendenze patologiche
**Antonella D'Ambrosi, Adele Di Stefano,
Maria Grazia Giannantonio, Angela Sangiovanni,
Fabio Cortelli, Marina Zainni**

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DIAGNOSTICA DI UN TEST
IMMUNOCROMATOGRAFICO CON CATENA DI CUSTODIA PER
LA DETERMINAZIONE SIMULTANEA QUALITATIVA DI DROGHE
D'ABUSO E DEI LORO CATABOLITI NELL'URINA
Carlo De Mei, Santi Vittorio, Vincenzo Rossi

TRATTAMENTI AMBULATORIALI E RESIDENZIALI TAILORED PER
COCAINOMANI AD "ALTA" E "BASSA" EVOLUTIVITÀ
**Adelmo Fiocchi, Paolo Pianezzola, Francesco Ardente, Alessandro
Ticci**

LA PREVENZIONE IN AMBITO SCOLASTICO: UN'ESPERIENZA
PRESSO UN LICEO DI ROMA
**Pasquale Russo, Catia Lelli,
Marco Forner, Aida Matarazzo**

GENITORI IN PILLOLE? NON PUO' FUNZIONARE...
Per educare i figli occorre essere diventati adulti. Oggi non è facile
**Mimma Franco, Adelina Cacciola, Cecilia Mariotti, Claudio Berto-
letti, Davide Varni, Elisa Setti, Elena Pisa, Marta Lamanuzzi, Marti-
na Buffa, Laura Mandirola, Antonella Mariotti, Giansisto Garavelli,
Edoardo Cozzolino, Emmanuele Macaluso, Giovanna Spantigati,
Luca Poma**

METADONE E LETTERATURA RECENTE
Andrea Fuscone, Mariapia Corraale, Diego Girasole

RICERCA SULLA PRATICA DEL CICLO DI VACCINAZIONI OBBLI-
GATORIE DEI BAMBINI FIGLI DI TOSSICODIPENDENTI DEL TER-
RITORIO DI ROSSANO-CARIATI
Elena Oppido

IL PAZIENTE ANSIOSO: CURE E AUTOCURE
Maria Chiara Pieri, Arfedele Del Re

FORMAZIONE PERSONALE DI PRONTO SOCCORSO E CONO-
SCENZA DEI DETERMINANTI DEI DANNI ACUTI ASSOCIATI
ALL'USO DELLE COSIDDETTE NUOVE DROGHE
**Federica Facioni, Claudio Cippitelli,
Stefano Regio, Aldo Calderone,
Fabio Cherubini, Salvatore Costantino, Giuliano Bertazzoni, Teodo-
ra Macchia, Beniamino Susi, Renato Bricolo**

I PERCORSI TERAPEUTICI E I TRATTAMENTI
DI GRUPPO NEI SERVIZI PER
LE ALCOLDIPENDENZE IN LOMBARDIA
**Giovanni Strepparola, Tatiana De Nisco, Marta Torriani, Biagio San-
filippo, Alfio Lucchini**

QUANTO GRAVA LA GRAVITÀ.
L'APPLICAZIONE DI UN PROTOCOLLO DI VALUTAZIONE CON
L'ADDITION SEVERITY INDEX (EUROPASI) IN PAZIENTI CON
"NUOVI" STILI DI CONSUMO DI SOSTANZE
**Tatiana De Nisco, Giovanni Strepparola, Antonio Colaianni, Alfio
Lucchini**

L'ESPERIENZA DEL PROGETTO TRIENNALE DI PREVENZIONE
UNITÀ DI STRADA "AZZURRA" DEL DIPARTIMENTO DIPENDEN-
ZE PATOLOGICHE DELLA A.U.S.L. DI TARANTO
**Vincenzo Simeone, Margherita Taddeo, Giuseppe Zizza, Silvio Di
Fonzo**

DOPPIA DIAGNOSI E RISPERIDONE LONG ACTING. PREVEN-
ZIONE, TRATTAMENTO, STABILIZZAZIONE
**V. D'Auria, G. Di Petta, A. Valdevit,
A. di Cintio, A. Cangiagno, V. Errico**

FeDerSerD informa è scaricabile dal sito: www.federserd.it



Congresso FeDerSerD – Regione Puglia
LA QUALITÀ NEI SERVIZI PER SERVIZI DI QUALITÀ
IN UNA SANITÀ ALLA PARI

BARI - 1-2 Dicembre 2008

CENTRO CONGRESSI HOTEL MAJESTY

LUNEDÌ 1 DICEMBRE

Ore 8.45 Registrazione partecipanti

Ore 9.30 Apertura dei lavori: Francesco Tarantino - Coordinatore Comitato Tecnico Scientifico FeDerSerD Regione Puglia

Alfio Lucchini - Presidente Nazionale FeDerSerD

Ore 9.45 Relazione Programmatica: Giovanni Villani - Presidente FeDerSerD - Regione Puglia

Ore 10.30 Saluti delle Autorità

Sono stati invitati Sen Carlo Giovanardi, Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio con delega alla Famiglia, alla Droga, al Servizio Civile
Nichi Vendola, *Presidente Regione Puglia*
Alberto Tedesco, *Assessore Regionale alle Politiche della Salute*
Elena Gentile, *Assessore Regionale alla Solidarietà - Politiche Sociali*
Vincenzo Divella, *Presidente Provincia di Bari*
Michele Emiliano, *Sindaco Città di Bari*
Lea Casentino, *Direttore Regionale ASL-BA*

Ore 11.00 L'accreditamento istituzionale quale strumento di affermazione della qualità nei Servizi
Raffaele Lovaste

Ore 11.30 Coffee Break

Ore 11.40 TAVOLA ROTONDA

L'accreditamento istituzionale: il contributo delle società scientifiche e degli Operatori
Chairman: Vincenzo Simeone

Ore 13.30 Lunch

Ore 15.00 Lo stato delle evidenze scientifiche nei principali trattamenti farmacologici nelle dipendenze da
Presentazione: Felice Nava

oppiacei - Claudio Leonardi - Francesco Catalucci

cocaina e psicostimolanti - Chiara Pieri

alcol - Fabio Caputo

fumo di tabacco - Biagio Tinghino

Ore 16.00 Peculiarità del trattamento delle patologie infettivologiche e d'organo correlate nei tossicodipendenti:
lo stato dei trattamenti delle HCV

Specificità dei trattamenti - Giorgio Barbarini - Benvenuto Grisorio

Esperienze di integrazione: il caso della ASL Lecce - Vittorio Scrimieri

il caso della ASL Foggia - Maria Rosaria Villani

Ore 17.00 Quali procedure da accreditare nei Ser.T.: processi esclusivi e processi integrati
(con costituzione Gruppi di Lavoro)

L'Accoglienza e la presa in carico Antonio Taranto - Salvatore Della Bona

L'inquadramento diagnostico: Lucia D'Ambrosio - Francesco Catalucci

Il programma ed il progetto terapeutico: Donato Donnoli - Alberto Santamaria - Vincenzo Simeone

SESSIONE PARALLELA - ore 15.00-16.30

Comunicazioni Scientifiche libere e poster sui temi del congresso
Presentazione e coordinamento - Francesco Tarantino

Ore 18.30 - Chiusura dei lavori

MARTEDÌ 2 DICEMBRE

Ore 09.00-13.00	Lavori di gruppo 1° Gruppo "Accoglienza e presa incarico": Antonio Taranto - Salvatore Della Bona 2° Gruppo "Inquadramento diagnostico": Lucia D'Ambrosio - Francesco Catalucci 3° Gruppo "Programma e progetto terapeutico" all'interno dei Ser.T.: Donato Donnoli - Alberto Santamaria 4° Gruppo "Programma e progetto terapeutico" per esigenze giudiziarie: Vincenzo Simeone
Ore 13.00	Coordinamento dei Gruppi di lavoro per stesura Protocolli su procedure di lavoro
Ore 11.30	Coffee Break
Ore 13.30	Lunch
Ore 15.00	Sessione plenaria: Esposizione risultati preliminari Gruppi di lavoro Esposizione prosieguo attività di redazione protocolli su procedure di lavoro
Ore 17.30	Compilazione Questionari di verifica ai fini ECM
Ore 18.00	Chiusura Congresso

Nel corso del Congresso sono previsti: **Assemblea Regionale Ordinaria ed Elettiva FeDerSerD - Regione Puglia**
Riunione Consiglio Direttivo FeDerSerD - Regione Puglia
Riunione Comitato Tecnico-scientifico FeDerSerD - Regione Puglia

INFORMAZIONI GENERALI

COMITATO PROMOTORE

DIRETTIVO NAZIONALE FEDERSERD

COMITATO SCIENTIFICO PUGLIA

Presidente Congresso - Giovanni Villani

Comitato Scientifico Congresso: Consiglio Direttivo e Comitato Tecnico-Scientifico FeDerSerD Regione Puglia

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

EXPO POINT - Organizzazione Congressi Eventi

Via Matteotti, 3 - 22066 Mariano Comense - Co - Telefono 031 748814 - Fax 031 751525

e-mail federserd@expopoint.it - www.federserd.it

SEDE DEL CONGRESSO

CENTRO CONGRESSI HOTEL MAJESTY - Tangenziale Sud - Uscita n. 15 - 70126 BARI

TARGET

200 professionisti dei servizi pubblici e del privato accreditato

CREDITI ECM

Il Congresso verrà accreditato per tutte le figure professionali operanti nei Ser.T. e nel privato accreditato: medico, psicologo, infermiere professionale, educatore professionale, assistente sanitario.

QUOTE DI ISCRIZIONE

- Socio FeDerSerD Non Laureato euro 35,00 + iva
- Socio FeDerSerD Laureato euro 50,00 + iva
- Non laureato non socio FeDerSerD euro 50,00 + iva
- Laureato non socio FeDerSerD euro 80,00 + iva
- Partecipante non interessato a crediti ECM euro 30,00 + iva

L'iscrizione al Congresso comprende: Kit congressuale - attestato di partecipazione - attestato ECM con assegnazione crediti formativi - coffee break e lunch nelle due giornate.



**Regioni Abruzzo Marche Molise
in collaborazione con**



Workshop FeDerSerD

**La cura delle epatiti nel malato da eroina
tra scienza, etica e rappresentazioni sociali**

**Pescara - Venerdì 5 dicembre 2008
Presidio Ospedaliero - AULA della BIBLIOTECA**

Mission

Gli operatori del settore intendono promuovere le buone prassi che possano permettere al maggior numero possibile di malati da dipendenza in trattamento di curare la patologia da virus epatite.

Per far questo un buon punto di partenza è quello di confrontare lo specifico dottrinale culturale di ciascuno specialista, condividere l'interpretazione delle evidenze scientifiche, promuovere, in una integrazione virtuosa, la cooperazione delle varie strutture delle ASL, sperimentare e diffondere le buone prassi sottese ad una valutazione positiva di risultato.

- Ore 8.30 *Registrazione Partecipanti*
- Ore 9.30 Introduzione: Giovanni Cordova, Presidente FeDerSerD Regioni Abruzzo Molise Marche
- Ore 9.45 I perché di una collaborazione, *Pietro Fausto D'Egidio, Giustino Parruti*
- Ore 10.15 Le ragioni di una cura della malattia da dipendenza
Relatore: *Nicola Capraro* - Discussant: *Giustino Parruti*
- Ore 10.45 La terapia con metadone e buprenorfina nel paziente con epatite HCV correlata
Relatore: *Francesco Valente* - Discussant: *Nerio Iapadre*
- Ore 11.15 *Coffee Break*
- Ore 11.30 La epidemiologia delle tossicodipendenze
Relatore: *Cesare Di Carlo* - Discussant: *Pierluigi Tarquini*
- Ore 12.00 Malati da eroina in cura e prevalenza di epatiti croniche
Relatore: *Valerio Profeta* - Discussant: *Maurizio Paoloni*
- Ore 12.30 La fisiopatologia delle epatiti croniche virali
Relatore: *Maria Pina Sciotti* - Discussant: *Donato Di Pietropaolo*
- Ore 13.00 *Lunch*
- Ore 14.30 Il laboratorio nella diagnostica delle epatiti
Relatore: *Luana Cosentino* - Discussant: *Cesare Di Carlo*
- Ore 15.10 Il ruolo del genotipo dell'HCV nella prognosi
Relatore: *Nerio Iapadre* - Discussant: *Valerio Profeta*
- Ore 15.50 *Coffee break*
- Ore 16.10 La diagnostica strumentale: fibroscan, ecografia, istologia
Relatore: *Alessandro Pieri* - Discussant: *Paola Fasciani*
- Ore 16.50 La terapia della epatite cronica HCV correlata
Relatore: *Eligio Pizzigallo* - Discussant: *Pietro Fausto D'Egidio*
- Ore 17.30 Chiusura Workshop e Compilazione Questionari di verifica ai fini ECM

INFO

Target ECM: La giornata formativa è stata accreditata sul sito ECM - Educazione Continua in Medicina del Ministero della Salute per la categoria di medico chirurgo

Iscrizione: La partecipazione al Workshop è gratuita ma comporta l'obbligo di formalizzazione di iscrizione con la trasmissione della scheda di partecipazione compilata in tutte le sue parti alla Segreteria Organizzativa

Comitato Organizzatore: FeDerSerD - Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze - REGIONE ABRUZZO MARCHE MOLISE

Segreteria Organizzativa Expo Point - Organizzazione Congressi Eventi
Via Matteotti, 3 - 22066 Mariano Comense - Co
Telefono 031 748814 - Fax 031 751525 e-mail federserd@expopoint.it - www.federserd.it



CONVEGNO

USO, ABUSO E DIPENDENZA DELLE SOSTANZE STUPEFACENTI E LA RETE DEI SERVIZI IN TRENTINO

**Auditorium APSS
Centro per i Servizi Sanitari - Viale Verona
TRENTO**

Venerdì 12 dicembre 2008

La relazione statistica che il Servizio per le Tossicodipendenze (Ser.T.) annualmente elabora, ha l'obiettivo di fornire un quadro conoscitivo delle tendenze e delle caratteristiche legate, all'uso, abuso e dipendenza da sostanze psicotrope nella Provincia Autonoma di Trento confrontate con la realtà nazionale.

Nell'elaborato del 2007 sono stati aggiunti anche i capitoli relativi all'attività delle Comunità Terapeutiche convenzionate con l'APSS, del Privato sociale accreditato, del Servizio di riferimento per le attività Alcolologiche e del Centro di riferimento provinciale per i Disturbi del Comportamento Alimentare in ottemperanza allo specifico progetto "rapporto sulle dipendenze nella Provincia Autonoma di Trento", affidato al Ser.T. dalla Giunta Provinciale.

L'obiettivo è delineare un quadro complessivo sull'andamento delle dipendenze patologiche e sulle strategie di contrasto attivate dalla rete assistenziale.

Ore 8.30 Registrazione Partecipanti

Sessione del mattino: PRESENTAZIONE DEI DATI STATISTICI RELATIVI AL 2007

Moderatori Roberta Ferrucci, Iva Vedovelli

Ore 9.00 Apertura dei lavori e Saluti delle Autorità

Ore 9.30 Relazione introduttiva: **Raffaele Lovaste**

Ore 10.00 Presentazione dei dati statistici di stima dell'uso e dell'uso problematico delle sostanze stupefacenti in Trentino comparate con i dati nazionali - **Sabrina Molinaro**

Ore 10.30 Presentazione dei dati statistici dei soggetti in trattamento presso il Ser.T. dell'APSS - **Enrica Latterini**

Ore 11.00 *Coffee Break*

Ore 11.30 Presentazione dei dati di attività delle comunità terapeutiche convenzionate - **Rose Marie Callà**

Ore 12.00 Presentazione dei dati di attività del Servizio di riferimento per le attività algologiche

Roberto Pancheri

Ore 12.30 Presentazione dei dati di attività del Centro per i disturbi del comportamento alimentare - **Aldo Genovese**

Ore 13.00 Lunch

Sessione del pomeriggio: LA RETE ASSISTENZIALE DEL TRENTINO CONFRONTO CON LA REALTÀ NAZIONALE

Moderatore un dirigente del Ministero della Salute

Ore 14.30 TAVOLA ROTONDA

con la partecipazione: **Raffaele Lovaste** - Direttore Ser.T. di Trento, **Alfio Lucchini** - Presidente Nazionale Federserd Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze, **Angelo Benvegno** - Vice presidente Nazionale FICT Federazione Italiana Comunità Terapeutiche, **Riccardo De Facci** - Vice presidente Nazionale CNCA Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza

Ore 16.30 Discussione Dibattito

Ore 17.00 Compilazione questionario ai fini di verifica ECM e Chiusura Convegno

INFO

Target ECM

La pratica ECM prevede l'assegnazione di crediti formativi per le categorie: medico, psicologo, infermiere, farmacista

Iscrizione

La partecipazione al Convegno è gratuita ma comporta l'obbligo di formalizzazione di iscrizione con la trasmissione della scheda di partecipazione compilata in tutte le sue parti alla Segreteria Organizzativa

Comitato Organizzatore

FeDerSerD - Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze

Segreteria Organizzativa

Expo Point - Organizzazione Congressi Eventi

Via Matteotti, 3 - 22066 Mariano Comense - Co

Telefono 031 748814 - Fax 031 751525

e-mail federserd@expopoint.it - www.federserd.it

Roberta Balestra eletta coordinatrice della Consulta delle Società Scientifiche e Associazioni Professionali del campo delle dipendenze patologiche

A dodici anni dalla sua fondazione, la Consulta delle Società Scientifiche e Professionali, che annovera al suo interno le realtà più rappresentative del panorama professionale, scientifico e culturale italiano ed europeo, impegnate nel campo dei comportamenti compulsivi, di abuso e di dipendenza, nel rinnovare i suoi organi dirigenti, ha proposto un forte rilancio della propria mission, centrata sulla promozione e valorizzazione di attività efficaci e centrate sui bisogni della popolazione, sia di tipo preventivo che terapeutico-riabilitativo. Un obiettivo ambizioso, che rimane però strategico e necessario in considerazione della complessità della problematica e delle continue e preoccupanti interferenze di tipo ideologico, presenti nel nostro settore. La Consulta sta ponendo particolare cura nel perseguire il raggiungimento di punti di vista condivisi e nel costruire comuni progetti di ricerca: il progetto su cui sta lavorando attualmente è quello di approfondimento del tema della cronicità nelle dipendenze patologiche.

Gli aderenti alla Consulta delle Società Scientifiche e Professionali delle dipendenze patologiche hanno manifestato un rinnovato impegno per:

- Rafforzare la funzione promotrice di cultura.
- Lavorare alla costruzione di paradigmi condivisi.
- Promuovere all'interno delle singole società le sintesi elaborate, per verificarne la forza e la sostenibilità a livello territoriale.

- Realizzare una collegialità ampia nella gestione.
- Valorizzare le autonomie delle singole società.
- Ampliare il numero delle società partecipanti.
- Individuare gli interlocutori istituzionali e politici con cui sviluppare il confronto.

Il nuovo comitato direttivo, oltre alla responsabilità di coordinamento in capo a **Roberta Balestra** di FeDerSerD conterà anche sull'apporto di due vice-coordinatori individuati in **Paolo Jarre** della SITD e di **Maurizio Coletti** di Itaca-Italia.

Roberta Balestra, psichiatra, direttore del dipartimento delle dipendenze di Trieste, esponente dell'Ufficio di Presidenza nazionale di FeDerSerD, ha dichiarato di voler agire quale figura di garanzia e rappresentatività, impegnandosi nel raggiungimento degli obiettivi collegialmente concordati, per dare continuità alle attività, soprattutto di tipo istituzionale, per potenziare la funzione di coordinamento e di promozione del lavoro interno, per rendere più tempestivi gli scambi e le decisioni.

Complimenti a Roberta per il nuovo importante incarico, assunto con l'unanimità dei voti espressi.

Un impegno per tutta la Federazione per far avanzare nel nostro Paese la cultura scientifica, le buone prassi, l'attenzione al settore delle dipendenze.

Errata corrige: Segnaliamo che su *Mission* n. 23/2007 l'autrice dell'articolo "Quando sognare non fa volare. I sogni come manifestazione del craving ossessivo" non è Bruna Ponticelli ma Bruna Monticelli.



aderente a:



Sede legale: Via Giotto 3, 20144 Milano

Presidente Onorario

Rita Levi Montalcini

Direttivo Nazionale (membri eletti)

Alfio Lucchini (presidente nazionale),
Guido Faillace (vicepresidente nazionale),
Pietro Fausto D'Egidio (segretario esecutivo nazionale),
Roberta Balestra (ufficio di presidenza),
Emanuele Bignamini (ufficio di presidenza),
Raffaele Lovaste (ufficio di presidenza),
Claudio Leonardi (ufficio di presidenza),
Paola Aiello, Giancarlo Ardissonne, Giuseppe Barletta,
Marcellina Bianco, Claudia Carnino, Roberto Cataldini,
Antonio d'Amore, Donato di Pietropaolo, Donato
Donnoli, Maurizio D'Orsi, Maurizio Fea, Michele
Ferdico, Bernardo Grande, Fernanda Magnelli, Ezio
Manzato, Vincenzo Marino, Antonio Mosti, Felice Nava,
Roberto Pirastu, Edoardo Polidori, Gianna Sacchini,
Giorgio Serio, Franco Zuin

Direttivo Nazionale (membri di diritto)

Alessandro Coacci (past-president)
Giovanni Villani, Edoardo Cozzolino, Mimmo Cortese,
Maria Grazia Pieri, Giovanni Cordova

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 2009 - 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 2009
- Di rinnovare l'iscrizione in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2009

a **FeDerSerD - Federazione degli Operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze**

_____ li ____ / ____ / ____ 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 _____