

# 29/2010

IX - I trimestre

## Sommario

Editoriale. Il contributo di FeDerSerD nelle strategie europee sull'addiction 1

### AREA EPIDEMIOLOGIA

Prevalenza di HIV e HCV nei migranti dell'Est europeo e del Nord-Africa: caratteristiche e differenze  
V. Carbone, P. Caracciolo, M.R. Ferretti, F. Russo, R. Pescicolo, A. Limardi, S. Del Tufo 9

### AREA PREVENZIONE

Comportamenti a rischio nel mondo giovanile e possibile coinvolgimento del medico di Medicina Generale nelle strategie di autotutela della salute  
Donato Donnoli 12

### AREA CLINICA

Razionale dell'utilizzo dei farmaci antipsicotici di seconda generazione ("atipici") in pazienti tossicodipendenti in comorbidità psichiatrica all'interno delle U.U.O.O. Ser.T.  
V. Barretta, R. Garofano, F. Auriemma 14

Cocaina ed alcol: esperienza e risultati del Programma Residenziale breve "Villa Soranzo"  
Mauro Gibin, Sebastiano Gallo, Giampietro Spolaor, Samuele Bettamin, Simona Costa, Elena Lugato, Ina Hinnenthal 18

L'N-Acetilcisteina come possibile farmaco anticraving nel trattamento della dipendenza da cocaina: un'esperienza su 8 casi  
Tommaso Vannucchi, Patrizia Gai, Sonia Garcia, Antonella Manfredi 25

Modelli psicoterapici nel trattamento del disturbo da dipendenza alcolica  
Lucia Coco 28

### AREA STUDI E RICERCHE

Quinto premio nazionale FeDerSerD  
Valutazione dell'efficacia dei trattamenti metadonici a lungo termine effettuati nei Ser.T. della Provincia Autonoma di Trento  
Raffaele Lovaste, Emanuela Colasante, Annalisa Pitino, Mercedes Gori 53

### AREA ORGANIZZAZIONE

Chronic Care Model ed intensità di cure: un modello di cura del Ser.T. basato sulle evidenze  
Ugo Corrieri 61

### AREA MANAGEMENT

Il modello di valutazione dell'efficienza produttiva del Servizio per le Tossicodipendenze di Trento. Definizione e significato degli indicatori, valore degli indicatori anni 2006/2008 e relativi commenti  
Raffaele Lovaste, Lorella Molteni, Edda Camin, Giuseppe Lorenzin, Enrico Baldantoni 65

### LE RUBRICHE

Contaminazioni  
Maurizio Fea  
I luoghi della memoria, ovvero come dimenticare per imparare 3

**NOTIZIE IN BREVE** 11, 13, 17, 27, 64, 72, 80

**RECENSIONI** 17, 70

**FeDerSerD/DALLE REGIONI** 71

**FeDerSerD/FORMAZIONE**

IV Congresso Nazionale FeDerSerD 78

## FrancoAngeli

# Mission

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



## Il contributo di FeDerSerD nelle strategie europee sull'addiction

Il 24 marzo presso il Parlamento Europeo a Bruxelles FeDerSerD ha segnato una nuova tappa del suo sviluppo scientifico e istituzionale.

Il seminario "La governance europea sulle dipendenze: stato dell'arte e prospettive" organizzato dalla Commissione Libertà Civili, Giustizia e Affari Interni del Parlamento Europeo ha permesso alla delegazione di FeDerSerD di illustrare ad una ampia e qualificata platea lo stato dell'arte dell'impegno italiano nel settore delle dipendenze e di commentare le visioni strategiche dell'Unione Europea.

Oltre cento i presenti, tra parlamentari europei, alti dirigenti delle direzioni generali, tecnici di numerosi Stati europei.

Alla iniziativa hanno preso parte anche il direttore generale della Commissione Ribera D'Alcala e il capo unità aggiunto politiche antidroga della DG Giustizia, Libertà e Sicurezza della Commissione Europea Tardioli Schiavo che hanno illustrato le politiche europee in tema di droga.

Il presidente nazionale di FeDerSerD Alfio Lucchini è intervenuto su "Il contributo di FeDerSerD nelle strategie europee sull'addiction"; il segretario nazionale Pietro Fausto D'Egidio su i "Modelli di intervento efficaci per la prevenzione, la cura e la riabilitazione degli stati di addiction" e il responsabile nazionale formazione Maurizio Fea su il "Monitoraggio dei problemi di gambling: un'esperienza in Italia". La collega Carmela Costa, membro sostituto del comitato di gestione dell'ECMDDA di Lisbona ha affrontato il tema della "Prevenzione del crimine e fattori di rischio nelle recidive giudiziarie".

Argomenti di carattere generale con l'aggiunta di alcune esemplificazioni operative utili ad evidenziare le modalità organizzative e lo stile operativo dei Servizi italiani.

- **Alcol, alcolismi e cronicità**, di Biagio Sanfilippo
- **Cronicità e motivazione**, di Valeria Zavan e Giovanni Luca Galimberti
- **Strategie di cura e concordanza nel soggetto con malattia persistente**, di Giovanni Alberto Fioni
- **Cronicità e psicosi**, di Alberto Mascetti
- **L'epatopatia cronica alcolica**, di Fabio Caputo e Giovanni Addolorato

Newsletter "Clinica dell'Alcolismo", Anno II, n. 5

# Mission

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

**FrancoAngeli**

**ANNO IX, 2010 - N. 29**

**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, 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, Gianna Sacchini, Giorgio Serio, Franco Zuin

**Direttore scientifico**

Alfio Lucchini

**Comitato di Redazione**

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

**Sede operativa e Redazione Mission**

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

**Direttore responsabile:** Stefano Angeli

**Progetto grafico:** Elena Pellegrini

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

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

Chiuso in redazione il 30 giugno 2010

Edizione fuori commercio  
Tiratura: 6.500 copie  
ISSN 2037-4798

[www.federserd.it](http://www.federserd.it)

I lavori sono stati conclusi dall'on. Salvatore Iacolino, Vicepresidente della Commissione Libertà Civili, Giustizia e Affari Interni del Parlamento Europeo.

I parlamentari europei intervenuti al Seminario hanno evidenziato che la Strategia dell'UE in materia di lotta contro la droga richiede un approccio più unitario e incisivo e che la politica di prevenzione e di riabilitazione deve coordinarsi con quella di limitazione dei rischi e di riduzione del danno. Quindi hanno auspicato una governance più solida del fenomeno.

L'iniziativa ha rappresentato una occasione importante per presentare a livello europeo il lavoro dei servizi italiani, sia in termini operativi che di programmazione.

Abbiamo avuto la conferma che la realtà italiana è di notevole interesse a livello europeo e che sia necessario per una organizzazione scientifica come FeDerSerD vedere la dimensione europea come utile momento di confronto e crescita.



# Contaminazioni

Maurizio Fea

*“Il presente dirige il passato come un direttore d’orchestra i suoi sonatori. Gli occorrono questi o quei suoni, non altri. E perciò il passato sembra ora tanto lungo ed ora tanto breve. Risuona e ammutolisce. Nel presente riverbera solo quella parte ch’è richiamata per illuminarlo o per offuscarlo”. (Italo Svevo)*

## I luoghi della memoria, ovvero come dimenticare per imparare

Si fa un gran parlare dei luoghi della memoria come oggetti politici, storici, identitari.

Ma la memoria è prima di tutto un fatto personale, individuale e fortemente connotato biologicamente.

Da qui può essere utile partire per esplorare le condizioni che hanno consentito e consentono alle aggregazioni di esseri umani di fare diventare la memoria un fatto collettivo, politicamente connotato.

Le forti differenze ed i conflitti talora aspri che si generano nei processi di ricostruzione storica hanno sì una natura culturale di matrice politica, ideologica o più semplicemente disciplinare, ma non sono sottratti alla natura biologica del processo, natura che potrebbe trovare una ottima applicazione culturale se usata per descrivere e comprendere le profonde analogie tra i processi di costruzione delle memorie individuali e quelle collettive.

Le guerre del novecento, le ragioni dei vincitori e dei vinti, e più recentemente il tema della unità del paese fanno della memoria sia uno strumento per capire che un mezzo per renderci meno competenti.

Proviamo dunque a descrivere come funziona la nostra memoria, per migliorare forse, la qualità dei ricordi condivisi.

La memoria è ciò che permette a ogni soggetto di orientarsi nel mondo in cui vive, richiamando e riutilizzando informazioni, procedure, significati immagazzinati e appresi nel passato, per comprendere il significato delle proprie azioni, per decidere cosa fare, per mettere in atto sequenze di azioni, per fare previsioni.

Quando parliamo di memoria, stiamo utilizzando uno stesso termine per riferirci a due cose distinte: il termine italiano “memoria” infatti, indica sia la memoria propriamente detta come registrazione-conservazione del ricordo, quell’archivio di tutto ciò che abbiamo appreso nel nostro passato (*mneme*), sia la reminiscenza (*anamnesis*), il processo cioè che può essere spontaneo o “guidato”, attraverso il quale accediamo ai ricordi e li facciamo riaffiorare.

Quando parliamo di memoria dunque, ci riferiamo a due processi complementari: immagazzinare e richiamare le esperienze, ovvero apprendere e imparare cose nuove e ricordare e richiamare le esperienze e gli apprendimenti (strategie, comportamenti, significati, concetti...).

Ma una cosa è richiamare esperienze ed apprendimenti fatti da me, una cosa è richiamare e fare riferimento ad esperienze fatte da altri, cosa che avviene nella ricostruzione storica.

Cambia certamente la natura delle fonti alle quali accediamo, ma i processi individuali che guidano i due tipi di lavoro non

sono molto dissimili, fatto salvo quell’elemento che chiamiamo onestà intellettuale, che nel lavoro storico ha indubbiamente un peso diverso rispetto al lavoro individuale, se non altro perché di ciò dobbiamo rispondere in genere ad una comunità.

A cosa ci riferiamo quando diciamo “la memoria”?

Al ricordo di chi abbiamo incontrato ieri sera o alla nostra capacità di andare in bicicletta acquisita ormai molti anni fa?

Alla poesia imparata a memoria alle scuole elementari?

È possibile esercitare un qualche controllo sulla nostra memoria?

Come mai ricordiamo alcune cose e altre no?

E perché alcune memorie sono indelebili, anche se vorremmo dimenticarle?

Quando si parla di memoria, ci si riferisce in realtà a “molte” memorie, perché esistono tipi e forme diversi di memoria.

### Organizzazioni temporali della memoria

Con “memoria a breve termine” ci si riferisce a tutte quelle informazioni che transitano per un breve arco di tempo nella nostra mente e poi svaniscono senza lasciare traccia di sé.

La memoria a breve termine è quella che permette il ricordo momentaneo di una qualche informazione.

È temporanea, può persistere per minuti, fino ad un’ora e più, ed ha una capacità di immagazzinamento limitata.

Una ulteriore distinzione potrebbe essere tra memoria a breve termine e memoria immediata, l’archivio delle cose che accadono istante dopo istante intorno a noi: le cose che vediamo e le immagini che si susseguono davanti ai nostri occhi, le voci che sentiamo, i suoni che percepiamo, la realtà in cui viviamo. Ogni informazione che raggiunge il nostro cervello passa obbligatoriamente per l’archivio della memoria a breve termine, dopodiché viene sottoposta ad un attento processo di selezione al termine del quale può o essere dimenticata, oppure passare dalla memoria a breve termine a una memoria più resistente e duratura nel tempo.

La “memoria a lungo termine” è quel tipo di memoria che immagazzina in modo duraturo il ricordo di una qualche informazione.

Essa è permanente, ha una capacità pressoché illimitata e non richiede un continuo ripasso del materiale.

Si pensi per esempio al nome di qualcuno incontrato molti anni fa o a qualche particolare accadutooci in tempi lontani e che malgrado tutto, “senza neanche accorgercene”, continuiamo a ricordarci e ci viene in mente quando meno ce lo aspettiamo...

## Organizzazioni funzionali della memoria

La "memoria dichiarativa" si riferisce a fatti o informazioni che possono essere "dichiarati" o esplicitati, motivo per cui viene anche detta "memoria esplicita".

È la memoria cosciente di fatti ed eventi, è ciò che ci permette di *dire* i fatti che accadono o che impariamo: "ho visto morire molte persone", "Roma è la capitale dell'Italia".

La memoria dichiarativa o esplicita, per far fronte alla complessità di compiti e funzioni, si è specializzata suddividendosi in forme diverse con compiti diversi, come la *memoria episodica* o *autobiografica* che è quel tipo di memoria che immagazzina ricordi di fatti ed eventi ben localizzati nel tempo e nello spazio. È la nostra memoria autobiografica, quella che ci permette di organizzare la nostra storia, i fatti e gli eventi che l'hanno caratterizzata, secondo un ordine cronologico, secondo una scansione temporale. È questa memoria per esempio che ha permesso a Primo Levi di trasmetterci la sua drammatica esperienza e di contribuire in maniera determinante alla identificazione di luoghi della memoria, che grazie a uomini come lui, ma non solo, sono fatti di memoria anche per noi.

Ma la domanda è fino a quando lo saranno o lo potranno essere? Fino a quando esisteranno i libri o le testimonianze registrate di protagonisti come lui, o fino a quando ci sarà qualcuno che vuole rievocarle e qualcuno disposto a leggerle o ascoltarle?

I luoghi della memoria individuale sono qualitativamente diversi dai luoghi della memoria collettivi e condivisi, se i primi sembrano apparentemente indiscutibili, i secondi sono indubbiamente frutto di un processo che non è fatto solo di autobiografia o di documentazione, ma anche o soprattutto di astrazione di significati e assegnazione di valori, che in misura maggiore di quelli individuali, sono sottoposti all'intenso lavoro di negoziazione e confronto tra memorie semantiche.

Se la memoria episodica o autobiografica è ben ancorata al tempo e allo spazio del ricordo, la *memoria semantica* è quel tipo di memoria che astrae e generalizza, "memorizzando i significati" di fatti e informazioni, dimenticandosi del quando e dove sono accaduti, non organizzando quindi le conoscenze secondo un ordine cronologico.

La memoria semantica schematizza, riducendo e "dimenticando" il valore di atipicità dei ricordi, a differenza della memoria episodica per la quale la particolarità dell'evento e la sua eventuale atipicità verrebbero ricercate e mantenute.

"La memoria semantica si occupa della nostra conoscenza del mondo" (Andrea Casadio).

È dalla intersezione tra queste due memorie che nascono la storia e contemporaneamente i conflitti e le differenze sul modo di vedere, raccontare e interpretare i fatti.

Quando diciamo che "tutti i cittadini che abitano il paese sono italiani" non ci ricordiamo esattamente quando e dove abbiamo imparato queste cose, ma saperlo è importante oltretutto necessario per decidere come comportarsi in alcuni frangenti.

Se per i luoghi delle memorie individuali il mix tra memoria biografica e semantica dipende in buona sostanza da chi siamo e stiamo diventando anche in virtù di queste memorie, per i luoghi collettivi forse dipende in misura maggiore da ciò che vogliamo o vorremmo diventare, ovvero da quale progetto abbiamo in mente. Ritorneremo più avanti su questo tema del progetto.

Esiste anche una conoscenza che noi abbiamo acquisito che riguarda il fare e che appartiene alla "memoria procedurale", una conoscenza che, a differenza della memoria dichiarativa, è ben difficile "dire", tradurre in linguaggio: come abbiamo imparato ad andare in bicicletta?

Qualcuno ce lo ha spiegato in modo "astratto, teorico"? Possiamo ricordarci la prima volta che siamo andati in bicicletta, ma da qui a ricordarci come abbiamo imparato a pedalare, a frenare, a svoltare...

E ogni volta che saliamo su una bicicletta, in modo istintivo, mettiamo in atto dei movimenti, delle procedure, accedendo appunto alla nostra memoria procedurale grazie alla quale abbiamo appreso e immagazzinato i movimenti e le procedure che ci servono ogni volta che risaliamo su una bicicletta.

La memoria procedurale è la memoria che immagazzina abilità motorie e abitudini.

La memoria procedurale ha qualcosa di automatico in quanto le nuove abilità motorie e le nuove "procedure" vengono apprese e rievocate senza esserne coscienti.

## Noi, la memoria e le sue basi biologiche

Rispetto a una stessa memoria, ci si può collocare come attori o come osservatori: i due punti di vista dipendono fondamentalmente da due variabili: il tempo trascorso e il coinvolgimento emotivo di chi ricorda.

Questo significa che le memorie possono essere ricostruite proprio nel momento in cui vengono richiamate, nel modo caldo e personale proprio dell'attore, o nel modo freddo e impersonale che può esser adottato dall'osservatore.

La memoria ha diverse dimensioni e chi ricorda, nello scegliere la prospettiva della rievocazione, determina anche il livello di connotazione emotiva delle proprie memorie che non sono soltanto rievocate o ricostruite, ma ricostruite in modo diverso a seconda delle necessità, delle interpretazioni, degli stati emotivi.

Come mai ognuno elabora e interpreta in modo così diverso esperienze simili?

Vi è una memoria a breve termine, instabile, facilmente distruttibile che dura circa 15/20 minuti e si crea in seguito alla produzione di glutammato.

Il glutammato al pari di altre sostanze presenti nel nostro cervello, svolge la funzione di neuro trasmettitore, cioè di mediatore chimico tra le connessioni del nostro cervello (sinapsi) che trasforma i segnali di ogni tipo, sia in arrivo che in partenza, in messaggi biochimici interpretabili dalle nostre cellule nervose.

In particolare, il glutammato interviene ogni volta che c'è la necessità di produrre uno stimolo di tipo eccitatorio da una cellula nervosa a un'altra.

Il glutammato è chimicamente un aminoacido che necessita perciò del funzionamento ottimale dei processi di sintesi delle proteine nel nostro organismo ed in particolare nel cervello.

Sia la memoria a breve termine che quella a lungo termine sono legate ai processi di sintesi delle proteine.

Infatti, il consolidamento della memoria avviene con un secondo flusso di glutammato e la formazione di bastoncini proteici che aderiscono alle strutture sinaptiche, fornendo una specie di segnalibri che dà ordine all'esperienza con lo stabilirsi di connessioni sinaptiche specifiche.

Potremmo dire per analogia che la costituzione di luoghi della memoria collettivi si fonda sulla sintesi di "proteine sociali" che consolidano certi fatti e determinate esperienze, e alla fabbrica di queste proteine abbiamo la possibilità di contribuire con le scelte, i comportamenti frutto delle nostre "memorie".

In tal caso non è più la natura che ci supporta ma solo la cultura. Più nello specifico, quando uno stimolo eccita i nostri sistemi sensoriali, questi mandano un segnale al nostro cervello.

Il segnale provoca una reazione per mezzo della quale il cervello costruisce un quadro di attività neuronale.

L'attività sensoriale che ha innescato la costruzione viene successivamente cancellata, lasciando solo il costruito.

Il costruito non rappresenta lo stimolo, ma costituisce il significato dello stimolo per la persona che lo riceve ed il significato differisce da persona a persona, in quanto dipende dalle esperienze passate.

Quando apprendiamo e memorizziamo qualcosa quindi, il nostro cervello in qualche modo cambia: la memoria è il risultato di sottili modificazioni fisico chimiche a livello della sinapsi.

Cambiamento e riorganizzazione sono quindi la regola nel ricordare: la memoria non è una riattivazione di tracce statiche, ma un nuovo processo cognitivo, in base agli schemi che orientano l'atteggiamento al momento del recupero.

Sul piano della analogia con i fenomeni storici è suggestivo che le parole chiave possano essere cambiamento e riorganizzazione: proprio in questo nodo si situano in genere le differenze ed i contrasti, le diverse ricostruzioni degli stessi fatti, fatta salva naturalmente l'onestà intellettuale di chi riorganizza e propone cambiamenti.

Ma se le variazioni sinaptiche e la formazione di reti nervose possono rappresentare gli aspetti di base o i fondamenti della memoria, è però riduttivo ipotizzare che ogni esperienza sia rigidamente codificata in uno specifico circuito nervoso, stabile e immutabile nel tempo.

Il ricordare non implica una semplice "fotografia" o codificazione delle esperienze che, in seguito, sarà alla base del processo di rievocazione delle memorie: la memoria viene modulata da molti altri fattori, ed i processi di apprendimento e memorizzazione non sono né passivi, né automatici.

## Memoria e progetto

Dal punto di vista biologico, la memoria costituisce lo strumento essenziale per fare previsioni, per ipotizzare il futuro, senza che questo costituisca garanzia di previsioni azzeccate o di futuri positivi, come è bene noto ai singoli e alle comunità degli umani.

Tuttavia ricordare è una funzione indispensabile per anticipare, per fare delle rappresentazioni, per potersi muovere con una certa sicurezza nel mondo.

Per questo, la memoria è biologicamente organizzata non come un archivio, ma come un repertorio di chiavi di accesso alla possibilità di ricostruire e dare significato agli eventi della nostra storia, ricomponendola con pezzi eterogenei e talora diversi rispetto alla esperienza originaria.

Attraverso la memoria, rendiamo pensabile il futuro, possiamo fare previsioni sulla base delle nostre esperienze precedenti, in altri termini possiamo progettare.

Per progettare, non è sufficiente la memoria, tuttavia essa ne costituisce un requisito indispensabile.

Il progetto implica una funzione desiderante, un investimento affettivo, una proiezione in avanti, ma anche la capacità di tollerare l'attesa, di posporre, di rinviare la realizzazione a domani di ciò che vorremmo fosse possibile oggi.

La costruzione di un progetto è l'atto per eccellenza che disegna la forma di quella anticipazione che concorre a modellare il passato contribuendo a reinterpretare la storia personale e a darsi come occasione di esperibilità della costruzione dinamica e mutevole del sentimento d'identità.

Il progetto rappresenta la possibilità per il soggetto di mediare costantemente tra il suo essere "già segnato" e la sua capacità di immaginazione e simbolizzazione che lo porta a prevedere, pianificare, progettare.

E questa mediazione richiede un costante movimento verso la propria stessa storia, nella propria memoria, per ri-orientarle, attraverso la costruzione di un progetto capace di attribuire loro un senso e un dinamismo nuovi ed esistenzialmente funzionali alle esigenze del presente.

Poter progettare, poter disporre di un tempo e di uno spazio all'interno dei quali poter prefigurare nuove azioni, nuove esperienze, è una condizione importante per intrattenere una relazione dinamica e flessibile con la propria memoria, il proprio passato.

È questo lo snodo che meglio descrive le analogie tra i passi della memoria individuale e quella collettiva.

Per stare ai giorni nostri, tutto l'acceso dibattito sulle celebrazioni della Unità d'Italia è riconducibile al senso di quel progetto, incompiuto a detta di tutti e qualcuno dice anche per fortuna.

Dunque un progetto che già 150 anni fa si fondava comunque su altre memorie che oggi è ovviamente impossibile recuperare con la pretesa di verità, da mettere a fondamento di un nuovo progetto, senza riconoscere che è solo possibile cambiare e riorganizzare.

Sarebbe davvero un peccato se questo tempo e questo spazio che la cronologia ci concede, venisse sprecato nella sterile contrapposizione tra chi vuole portare a compimento un progetto avviato tempo fa senza reinterpretare una storia e chi pensa di avere un progetto nuovo senza una storia o costruendosene una a propria misura con alcuni pezzi troppo bene selezionati.

## Dimenticare per ricordare

Già perché il tema diventa ora: perché ricordiamo, e quindi dimentichiamo, cose diverse?

Cosa ricordiamo e cosa dimentichiamo?

La nostra tendenza, in quanto esseri umani, è a interpretare ed elaborare costantemente l'esperienza e il ricordo dell'esperienza.

Noi ricordiamo interpretando e non registrando puntualmente le esperienze "grezze".

L'uomo è un "animale semantico" nel senso che deve costruire spiegazioni degli avvenimenti e le spiegazioni sono costruite attribuendo al passato una sequenza logica che conduce verso il presente e apre al futuro.

Per questo la memoria si costruisce sulle attese più che sui dati, nel senso che non è il passato a cambiare, ma è il cambiamento che avviene nel presente che influisce l'interpretazione che ognuno dà al proprio passato.

La causalità, il rapporto di causa ed effetto tra eventi, non è "nel mondo esterno", ma è uno dei criteri, una delle chiavi di accesso attraverso cui ognuno dà un senso a ciò che esperisce e a ciò che osserva.

Memoria e oblio costituiscono una coppia di funzioni indispensabili all'esistenza dell'individuo, una coppia di funzioni complementari la cui alterazione può produrre sbilanciamenti o ipermnesici o amnesici.

La perdita dell'equilibrio memoria/oblio compromette la facoltà di adattarsi all'ambiente, di selezionare e scegliere ciò che è più funzionale, nel presente, per stare al mondo, selezionando anche cosa dimenticare.

Dimenticare è necessario per poter "accedere" ad altre e nuove esperienze, per imparare nuove cose, ma per dimenticare è

necessario ricordare, entrare nel proprio passato, riconoscerlo in quanto proprio, selezionare ciò che ad oggi è più funzionale e ciò che invece, può o deve essere dimenticato perché non funzionale.

Noi non ricordiamo tutte le cose che passano attraverso i nostri sensi: al contrario, sono molto più numerose le informazioni che restano nella nostra mente per brevi istanti e vengono dimenticate.

La sorte di una qualsiasi informazione che colpisce i nostri sensi dipende da molti fattori che intervengono nel momento in cui l'informazione giunge al nostro cervello.

Le informazioni che provengono al nostro cervello devono essere prima di tutto codificate, nel senso che le percezioni e gli stimoli che compongono una determinata "scena" mentale devono essere trasformati in un codice di segnali nervosi per essere poi trasmessi fino al cervello.

Tra le moltissime informazioni che giungono al cervello, molte vengono dimenticate, ma alcune diventano stabili e durature e vengono trasferite nella nostra memoria a lungo termine mediante un processo detto di consolidamento: è grazie ad esso che una data informazione diventa un ricordo vero e proprio.

Le informazioni vengono così archiviate per un periodo di tempo più o meno lungo nel cervello con un processo detto di immagazzinamento del ricordo.

Questo processo di consolidamento del ricordo avviene attraverso una "perdita" dei dettagli e delle generalizzazioni: dimenticando i dettagli, possiamo concentrarci, risparmiare energie e preziose sinapsi per immagazzinare quel che vi è di nuovo in ogni nostra esperienza; generalizzando, operiamo delle astrazioni e in tal modo organizziamo le nostre conoscenze per categorie.

Tutte queste operazioni mentali garantiscono il processo di consolidamento dei ricordi.

Questa è la strategia adottata dal nostro cervello per l'archiviazione delle memorie: estrae il senso principale di ogni evento, lo archivia categorizzandolo in qualche modo, ma trascura i particolari che giudica irrilevanti, poiché in questo modo, "si risparmiano energie e sinapsi".

Il cervello è poi in grado di riportare alla coscienza i ricordi immagazzinati con un processo detto di recupero del ricordo, l'atto del ricordare vero e proprio.

Per richiamare alla memoria un oggetto, un ricordo, dobbiamo recuperare i vari frammenti di memoria dispersi nel cervello e riassettarli insieme come in un puzzle per riformare l'immagine completa.

Le memorie devono essere ricomposte, mettendo insieme pezzi dell'esperienza che sono distribuiti in varie parti del cervello e noi tendiamo a recepire e ricordare solo ciò che consideriamo nuovo o importante.

Il resto viene dimenticato e cestinato.

Ciò che noi effettivamente ricordiamo è ricreato nel cervello attraverso zone di convergenza, dove sono immagazzinate solo quelle informazioni necessarie a riassettrare in modo approssimativo ricordi che provengono da altre zone del cervello.

Quando noi ricordiamo una persona o un evento, le zone di convergenza funzionano come una specie di manuale di istruzione neurobiologico che dirige i neuroni appropriati in certe specifiche regioni del cervello a riorganizzarsi in un quadro di scarica neuronale, che in modo approssimativo ricostruisce l'esperienza originale.

La memoria perciò, non ricrea in modo accurato tutti i dettagli, ma fa delle repliche, non delle duplicazioni dell'evento originale.

Le zone di convergenza non orchestrano l'intera sinfonia dell'esperienza, ma forniscono solo lo spartito.

In sostanza, quando ricordiamo, non facciamo una riproduzione, ma solo un'interpretazione, una nuova ricostruzione della versione originale.

Il processo attraverso cui noi rievochiamo un ricordo quindi, dipende da molti fattori.

Non esiste un rapporto di causa-effetto tra stimolo e recupero del ricordo, per diversi motivi:

- non esiste una immediata corrispondenza tra stimolo (sia esso esterno o ricreato dalla nostra mente) e recupero del ricordo, nel senso che uno stimolo produce una sensazione simile a quella originaria, richiama le impressioni che noi abbiamo associato a quel ricordo, ma non riproduce in toto la realtà nella quale noi abbiamo percepito quello stimolo per la prima volta;
- lo stimolo non fa affiorare una fotografia della realtà, ma un'interpretazione della realtà, che risente sia delle nostre emozioni e dei nostri pensieri nel momento dell'esperienza ("come stavo, cosa pensavo allora..."), sia di una ricostruzione di quel ricordo alla luce delle esperienze che, nel tempo da allora trascorso, hanno cambiato il mio modo di comprendere, percepire e sentire le cose ("come sto e cosa penso oggi...");

È evidente che le emozioni e gli stati d'animo esercitano una profonda influenza sul recupero dei ricordi, così come l'ambiente in cui ci troviamo e il contesto.

Ogni ricordo umano è un frammento, sintesi di ciò che fu percepito, che è già di per sé una selezione, e di ciò che nel presente motiva il ricordare.

Il deposito mnemonico deve necessariamente subire continue trasformazioni, in relazione a una diversa prospettiva di interessi, bisogni e valori determinati dall'età e dall'acquisizione di nuove esperienze.

Dimenticare significa allora elaborare il proprio passato, dimenticando il contenuto specifico e talvolta doloroso del ricordo (la relazione con una persona, il dolore di un fallimento, la perdita di qualcuno), ma conservando e non cedendo l'abilità, la competenza, "la chiave" acquisita con quell'esperienza.

Le tracce su cui si ricostruisce il passato sono minate dall'oblio che si presume sia il frutto di un complesso di fattori quali il decadimento delle tracce, l'interferenza del presente che avanza, il mutamento di bisogni e interessi.

L'oblio non è in contrapposizione alla memoria, perché è il soggetto che, in relazione al suo presente, ai suoi compiti evolutivi attuali, ai suoi progetti, attiva il processo rievocativo e seleziona alcuni ricordi e non altri.

Non esiste un oblio in contrapposizione alla memoria, l'oblio non è il processo di segno inverso della memoria: il processo è lo stesso, ma è il soggetto che aggrega i ricordi in forma diversa. È questo il motivo per cui di uno stesso evento autobiografico, in fasi diverse della vita, possiamo averne ricordi diversi.

A maggior ragione per i fatti "storici" il fenomeno si presenta in forma ancora più radicale se vogliamo, dato che la rielaborazione del passato, anche se relativa al medesimo fatto, è il frutto di un processo multiplo e polisemico, nel quale come ben sappiamo, forse non è tanto il decadimento delle tracce mnemoniche - le fonti generalmente sono ben conservate - quanto il mutamento di bisogni ed interessi a giocare il ruolo decisivo nella ricostruzione.

## Emozioni memoria identità

Per capire meglio questo passaggio dobbiamo soffermarci sul ruolo delle emozioni nei processi di costruzione della nostra memoria.

Le emozioni infatti, rappresentano una dimensione fondamentale della memoria, in grado di conferire maggiore o minore pregnanza ai ricordi, ma anche di agire più in generale sui processi di consolidamento della memoria.

I fenomeni elettrici, biochimici e metabolici che sono alla base della registrazione dell'informazione risentono di fattori quali l'emozione.

Sostanze che vengono liberate dal cervello sia in risposta a stimoli dolorosi che emotivi, alterano la funzione dei mediatori nervosi che modificano l'attività della sinapsi nelle reti dei neuroni che registrano le esperienze.

La memoria non viene soltanto assimilata ai fenomeni neurobiologici che assicurano la codificazione a breve termine delle esperienze, ma viene anche considerata in rapporto ai complessi fenomeni di modulazione esercitati da strutture nervose e molecole legate all'emozione.

Le emozioni rappresentano una modalità di reazione sia alle richieste del nostro mondo interno, di cui fanno parte i bisogni, sia del mondo esterno, la realtà che ci circonda che genera aspettative e soddisfacenti, ma anche disillusioni e frustrazioni.

Considerate in tal senso, le emozioni ci si presentano come una valutazione del divario che esiste tra le nostre visioni del mondo e i segnali che provengono dal mondo stesso, una discrepanza di tipo percettivo-cognitivo, un conflitto tra le aspettative che un individuo ha in rapporto a una situazione particolare e lo stato del mondo reale.

Le emozioni sono importanti per le informazioni che ci danno su di noi e sul mondo che ci circonda, ci mettono di fronte a una serie di eventi e accadimenti che producono una discrepanza, che interrompono le nostre aspettative nel senso che ciò che noi ci aspettiamo non è più coincidente con ciò che accade nel mondo esterno.

Nel determinare quindi la qualità emotiva dell'esperienza, interviene la personalità individuale con tutti i suoi apprendimenti precedenti, i significati e le rappresentazioni che si è costruito su di sé e sul mondo.

La temporalità ha il suo fondamento in un senso di identità come elaborazione consapevole di un più profondo senso di continuità personale, su cui si sviluppa la stessa possibilità di utilizzare esperienze passate in funzione di situazioni presenti e di proiettare l'attività verso il futuro.

L'identità personale, "indica la capacità degli individui di aver coscienza di permanere se stessi attraverso il tempo e attraverso tutte le fratture dell'esperienza" (Remo Bodei).

Sembrerebbe proprio, per venire all'attualità, che la necessità di fondare un forte senso di continuità, si scontri con la fragilità

identitaria italiana, identità che sta prendendo corpo in forme piuttosto diverse, attraverso la ricucitura delle molteplici fratture di una esperienza collettiva che sembra aver avuto luogo senza aver sedimentato, se non per alcuni e in condizioni culturali ed ambientali privilegiate, strumenti e competenze adeguate ad una elaborazione consapevole.

La continuità identitaria appare ancorata a fatti, eventi, storie, che per il modo con cui sono avvenute, sono state vissute e vengono rimaneggiate, concorrono a costruire rappresentazioni di sé sociali così distanti tra loro da risultare incompatibili.

Come abbiamo già visto, l'evocazione del passato è un'operazione che la mente umana compie in modo selettivo: la memoria privilegia solo alcuni eventi, mentre altri tendono a sbiadire o ad essere cancellati.

Ciò che avviene è una **rilettura critica dell'esperienza**: una parte della propria vita viene eliminata dal ricordo o perché priva di significatività per il presente o perché potrebbe introdurre dubbi e incertezze circa l'attuale immagine che il soggetto vuole offrire a se stesso e agli altri.

Potrebbe essere questa seconda, la ragione per cui la rilettura critica degli ultimi 150 anni sembra preferire alcuni ricordi piuttosto di altri.

*"La memoria ci tesse e al tempo stesso ci intrappola secondo uno schema cui non partecipiamo lucidamente; non dovremmo mai dire la nostra memoria, perché è tutto tranne che nostra; lavora per conto suo, ci aiuta ingannandoci o forse ci inganna per aiutarci"* (J. Cortazar).

## Libri utili sull'argomento

Bodei R., *Identità e memoria*, in EMSF, Enciclopedia Multimediale delle Scienze Filosofiche.

Borges J.L., *Finzioni*, Einaudi, Torino, 1955.

Calamari E., *I ricordi personali. Psicologia della memoria autobiografica*, Edizioni ETS, Pisa, 1995.

Casadío A., *Memoria e oblio. L'uomo che ricordava tutto, l'uomo che non ricordava nulla, la lumaca intelligente, il topo navigatore e altre storie*, Cuen, Napoli, 2000.

Cortazar J., *Il giro del giorno in ottanta mondi*, Alet, 2006.

Oliverio A., *Esplorare la mente. Il cervello tra filosofia e biologia*, Cortina, Milano, 1999.

Oliverio A., *L'arte di ricordare. La memoria e i suoi segreti*, Bur Saggi, Milano, 2000.

Reale P., *La psicologia del tempo*, Boringhieri, Torino, 1982.

I vostri libri scolastici di storia se ancora li possedete, e magari quelli dei vostri figli per ragionare sulle differenze che fanno differenza.



# Prevalenza di HIV e HCV nei migranti dell'Est europeo e del Nord-Africa: caratteristiche e differenze

V. Carbone\*, P. Caracciolo\*, M.R. Ferretti\*, F. Russo\*, R. Pesciccolo\*\*, A. Limardi\*\*\*, S. Del Tufo\*\*\*\*

## SUMMARY

■ **Background:** National addiction services, instituted in Italy in 1990, have at first lodged only Italian drug users, then also from other nations. National addiction services users, for their life style are between the subjects more to risk of illnesses as infectious, as HIV and HCV. We have between our extra community users searched to analyze the two main groups of origin, that North-African and that coming from the eastern Europe, to verify if behavior culture and religious differences can affect the possibility of positiveness to HIV and HCV test.

**Methods:** clinical folders of 177 extra community patients who have frequented addiction service DSB 33 ASL NA1 Centro starting from 1992 have been recruited for this study. They have been divided into two groups: coming from North-Africa and coming from East Europe.

**Results:** The eastern European patients middle age is 31 years, that of North-Africans is 40, the education level is bigger for eastern Europeans. The medium duration of drug addiction is bigger for North-Africans. Almost all (91,95%) north Africa patients have started doing drug use in Italy, while even 63,51% of that from east Europe has begun in the origin country. 81,92% of patients have practiced HIV test, 82,48% HCV test. 3,85% of North-Africa patients are positive HIV test, 15,19% are positive HCV test. 20% of East Europe patients are positive HIV test, 64,71% are positive HCV test.

**Conclusions:** The North-Africa patients, contrary to the East European have borrowed the same protection behaviours of the Campania drug addicts for infectious illnesses, while that Eastern Europe, who have started prevalently drug use in the originating country, are more exposed to HIV and HCV virus.

**Keywords:** HCV, HIV, North-Africa, East Europe.

**Parole chiave:** HCV, HIV, Nord-Africa, Est Europa. ■

## Introduzione

Negli ultimi venti anni, a partire dalla fine degli anni 80, con la caduta dei regimi dell'est europeo e l'inizio delle migrazioni dal Nord-Africa, anche l'Italia ha iniziato ad avere una fetta di popolazione proveniente da altre culture, fino ad arrivare a rappresentare circa il 5,2% della popolazione alla fine del 2005 (3.035.000), considerando solo gli immigrati regolari. Si calcola che nel 2015 tale popolazione sarà raddoppiata.

Tale aumento sarà dovuto in parte ai nuovi arrivi, ma anche alla nascita di figli di cittadini stranieri.

Ogni 10 stranieri, cinque sono europei, due sono africani, due asiatici, uno americano.

Gli originari dell'est europeo sono circa un milione, per l'Africa la percentuale maggiore è quella marocchina.

I Ser.T., istituiti in Italia col DM 30/11/90 n. 444, hanno dapprima ospitato tossicodipendenti di nazionalità solo italiana, poi man mano anche di altre nazionalità, con usi e consumi diversi. Gli utenti dei Ser.T., proprio per il loro stile di vita (scambio di siringhe, rapporti promiscui) sono tra i soggetti più a rischio di malattie infettive, le più pericolose delle quali sono HIV e epatite C, tanto che dei 57531 casi di AIDS riportati dal registro nazionale AIDS dal 1982 al 2006, il 57,7% sono tossicodipendenti.

Sebbene questa percentuale sia in decremento (nel 2006 questa popolazione è scesa al 28,4%) l'impatto dell'infezione da HIV tra i tossicodipendenti continua ad essere rilevante, con una percentuale dei sieropositivi rispetto al totale del 12%.

Ancora molto elevata invece, la percentuale dei soggetti affetti da epatite C (62%). L'influenza del fattore anzianità dell'utenza è molto evidente: i malati di HIV, epatite B e C sono molto meno numerosi tra i nuovi utenti rispetto a quelli già in carico.

Tra i nostri utenti extracomunitari abbiamo cercato di analizzare i due principali gruppi di provenienza, quello nordafricano e quello proveniente dall'Europa dell'est, per verificare se differenze di comportamenti, culture e religioni possano influire sulla possibilità di essere positivi al virus HIV e HCV.

\* Specialista ambulatoriale Ser.T. DSB 33 ASL NA1 Centro.

\*\* Infermiere professionale Ser.T. DSB 33 ASL NA1 Centro.

\*\*\* Dirigente medico Ser.T. DSB 33 ASL NA1 Centro.

\*\*\*\* Responsabile Ser.T. DSB 33 ASL NA1 Centro.

## Materiale e metodi

177 pazienti extracomunitari che negli anni hanno frequentato il Ser.T. DSB33 ASL NA1 Centro a partire dal 1992 sono stati reclutati per questo studio.

Sono stati divisi in due gruppi: pazienti extracomunitari provenienti dal Nord-Africa e pazienti extracomunitari provenienti dall'est europeo.

Tra i pazienti nord-africani sono stati considerati anche 6 pakistani, assimilati a questi ultimi per cultura e religione.

I dati, ottenuti dalle cartelle cliniche custodite presso il Ser.T. DSB33 ASL NA1 Centro, sono stati analizzati mediante il programma Stata ed è stata effettuata una regressione logistica multipla.

## Risultati

Sono stati esaminati 177 pazienti, 96 provenienti dal Nord-Africa e 81 provenienti dall'est europeo.

L'età media dei pazienti dell'est europeo è di 31 anni (min 21 max 48), quella dei nord-africani è di 40 anni (min 21 max 67).

I pazienti dell'est europeo provenivano da 11 nazioni diverse, con punte del 41% per gli ucraini e del 15% per i Bulgari, quelli del Nord-Africa provenivano da 10 nazionalità diverse, con punte del 41,67% per i Tunisini, 29% per gli Algerini, 15% per i Marocchini.

I pazienti dell'est europeo erano per l'86,42% maschi, mentre quelli nord-africani lo erano per il 94,79%.

Il livello di istruzione era maggiore per i pazienti dell'est europeo con un 54,93% di diplomati scuola media superiore e un 5,63% di laureati, rispetto al 17,86% di diplomati scuola media superiore e 2,39% di laureati provenienti dal Nord-Africa, con un tasso di analfabetismo del 9,52% per i nord-africani e dell'1,41% per i pazienti est europei.

La durata media della tossicodipendenza era maggiore per i pazienti del Nord-Africa, con una media di 10,6 anni (min 3 max 33) rispetto ai 7,8 anni (min 1 max 22) dei pazienti provenienti dall'est-europeo.

Il 91,95% dei pazienti nord-africani ha iniziato a far uso di sostanze in Italia, mentre addirittura il 63,51% dei pazienti dell'est-europeo ha iniziato nel paese di origine. Riguardo alla sostanza di abuso primaria i pazienti dell'est europeo utilizzano eroina per l'81,25% e alcool per il 15% dei casi, mentre i pazienti del Nord-Africa sono prevalentemente utilizzatori di eroina (91,67%).

Grandi differenze sono state riscontrate nelle due popolazioni riguardo le patologie infettive.

L'81,92% dei pazienti ha praticato il test HIV, l'82,48% il test HCV.

I pazienti nord-africani sono HIV positivi per il 3,85% dei casi su un totale di 78 testati e HCV positivi per il 15,19% su 79 testati. I pazienti dell'est europeo sono HIV positivi per il 20% su 65 testati e HCV positivi per il 64,71% su 68 testati.

Effettuando la regressione logistica multipla si è evidenziata una correlazione positiva tra positività al test HIV e positività al test HCV, sia per la totalità dei pazienti, sia in particolare per quelli provenienti dall'est europeo.

La positività al test HCV è correlata positivamente all'utilizzo di eroina come sostanza primaria, alla durata della tossicodipendenza maggiore di 5 anni e all'inizio della tossicodipendenza nel paese di origine.

Per quanto riguarda il test HIV non è stata riscontrata alcuna correlazione statisticamente significativa.

## Discussione

I dati in nostro possesso evidenziano una positività per HIV e HCV più elevata rispetto al trend nazionale per quanto riguarda i pazienti provenienti dall'est europeo, mentre quelli provenienti dal Nord-Africa tutto sommato si assestano sulla media nazionale (4,5% HIV positivi nel 2006).

Abbiamo riscontrato una alta adesione dei nostri pazienti ai test HIV e HCV (circa l'80%), contrariamente alla tendenza nazionale riportata nel Rapporto al Parlamento per l'anno 2008.

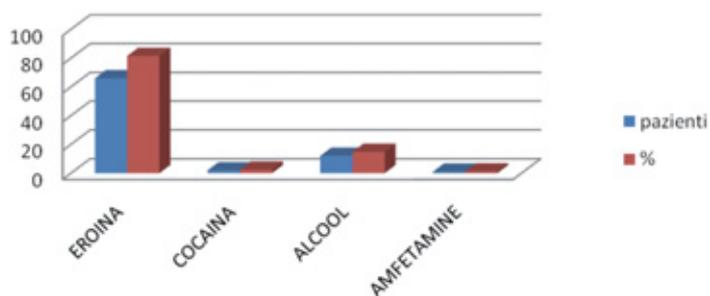
Solo tre pazienti HIV positivi sono di sesso femminile nelle due popolazioni esaminate.

Un dato che ci ha colpito e che riteniamo sia da mettere in relazione alle condizioni socio-politiche dei paesi di provenienza è l'altissima percentuale di inizio della tossicodipendenza per i pazienti nord-africani nella nostra nazione; i pazienti dell'est europeo per il 63% hanno iniziato la tossicomania nei paesi d'origine. Possiamo dunque ipotizzare che i pazienti nord-africani, contrariamente a quelli dell'est europeo hanno mutuato i medesimi comportamenti di protezione dei tossicodipendenti campani per le malattie infettive, mentre i pazienti dell'est europeo, che hanno iniziato a far uso di sostanze prevalentemente nel paese di origine, sono più esposti a questi pericolosi virus.

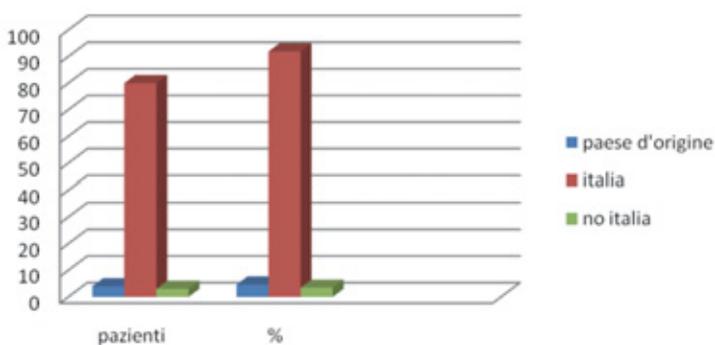
## Bibliografia

Camoni L., Suligoi B., Regine V., *Prevalenza e determinanti dell'infezione da HIV in tossicodipendenti iniettivi in trattamento presso i Ser.T.* Ministero della Salute, *Rapporto Ser.T. 2006 sulle tossicodipendenze.* Rapporto immigrazione Caritas/Migrantes 2006.

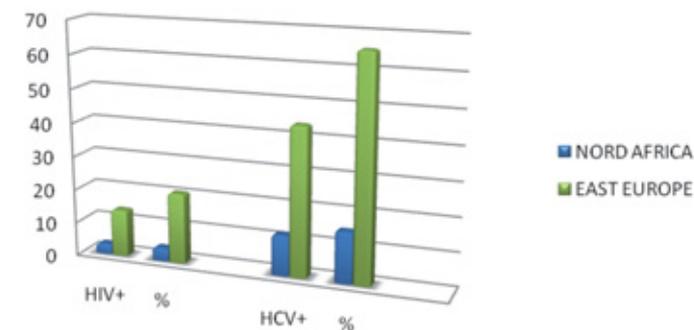
East Europe. Sostanze d'abuso primarie



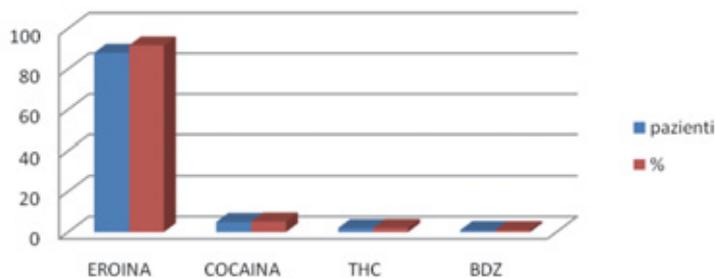
Nord-Africa. Paese d'inizio della tossicodipendenza



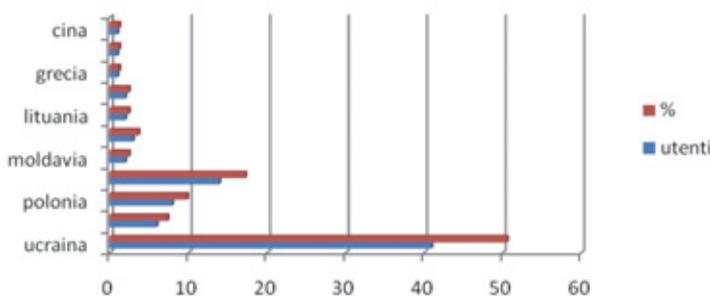
Incidenza dell'HIV e dell'HCV



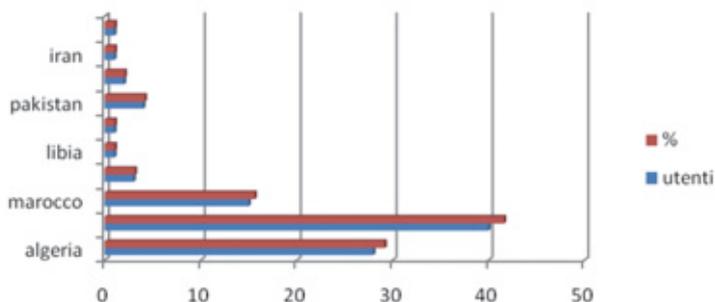
Nord-Africa. Sostanze d'abuso primarie



Est europeo. Paesi d'origine



Nord-Africa. Paesi d'origine



**NOTIZIE IN BREVE**

**“La Residenzialità Alcolica: fantasia nella cura e riabilitazione”**

**1-2 ottobre 2010**

**Centro congressi Finis Africae - Senigallia**

La Casa di Cura “Villa Silvia” e la neonata Associazione “Corral” (coordinamento delle riabilitazioni residenziali alcoliche) propongono due giornate di riflessione sul trattamento riabilitativo residenziale alcolico, attraverso una prima parziale restituzione dei dati provenienti da una importante ricerca in atto sui 12 centri italiani aderenti al “Corral”.

L’idea che sostiene l’evento formativo è quella di riflettere insieme agli operatori del settore delle dipendenze, ai soggetti Istituzionali e delle Associazioni sulla risorsa residenziale nel panorama delle offerte riabilitative in campo alcolico.

Il trattamento residenziale, effettuando diagnosi in ambiente alcol-free ed attivando particolari dispositivi esperienziali, per-

mette al terapeuta di fornire indicazioni cliniche mirate per il trattamento after-care.

Diventa fondamentale per gli operatori delle residenzialità e per gli operatori del territorio confrontarsi sul percorso in-patient ed out-patient in modo che quest’opportunità terapeutica possa essere, a pieno titolo e con modalità di accesso condivise, enumerata nelle risorse per il percorso riabilitativo alcolico.

L’evento è patrocinato dalla Regione Marche, la Provincia di Ancona, il Comune di Senigallia, FeDerSerD, SIA e le Facoltà di Scienze Statistiche e di Scienze della Formazione dell’Università Bicocca di Milano.

La locandina è disponibile sui siti: [www.associazioneccorral.it](http://www.associazioneccorral.it), [www.villasilvia.com](http://www.villasilvia.com), [www.alkol.it](http://www.alkol.it) e [www.federserd.it](http://www.federserd.it)

# Comportamenti a rischio nel mondo giovanile e possibile coinvolgimento del medico di Medicina Generale nelle strategie di autotutela della salute

Donato Donnoli\*

## SUMMARY

■ *The social reality of these years our young subjects to a series of pressures, expectations, tasks to which they do not always manage to cope without signs of conflict and difficulties in adjusting with the possible development of situations of health risk. This paper proposed the involvement of general practitioners in the strategies of self-protection of health.* ■

**Keywords:** youth, discomfort, health risk, general practitioners.

**Parole chiave:** mondo giovanile, disagio, rischio salute, medici di Medicina Generale.

Nella realtà sociale di questi nostri anni, caratterizzata da notevole complessità e da accentuate differenziazioni economiche e culturali, la crescente molteplicità dei modelli di riferimento sottopone gli adolescenti ad una serie di pressioni, di aspettative, di compiti a cui non sempre essi riescono a far fronte senza segni di conflitto e di difficoltà di adattamento.

Il "disagio", inteso non solo come espressione di situazioni problematiche (come, ad esempio, l'evasione scolastica, l'utilizzo di sostanze d'abuso, lo svilupparsi di malattie psicosomatiche, di disturbi della condotta alimentare o di comportamenti violenti), diviene indicatore di una crisi generale che coinvolge la società nel suo complesso.

Nel libro di Miguel Benasayag e Gérard Schmit, *L'epoca delle passioni tristi*, viene sottolineata la grande diffusione, soprattutto nel mondo occidentale, di una forte sensazione di insicurezza "esistenziale": siamo di fronte ad un benessere insidiato dal pensiero di una improvvisa "povertà futura", viviamo sempre più un individualismo crescente, riducendo il tempo dedicato agli interessi ed alle relazioni interpersonali.

Tutto questo caratterizza e influenza le nostre relazioni comportando crisi, perdita di certezze, precarietà nei rapporti umani, favorendo, soprattutto nel mondo degli adulti, una sorta di "cultura del disimpegno" (Bauman): si cerca di evadere dal "dovere quotidiano" e si cercano, in alcuni casi, sensazioni "forti" per sopperire ad una quotidianità considerata troppo riduttiva e che non corrisponde alle aspettative sperate.

Tutto ciò può essere "trasferito" anche ai giovani, sempre in attesa di modelli da seguire nell'importante fase della loro crescita e "comprensione" del mondo.

La famiglia, la scuola, gli organismi associativi ed i referenti istituzionali dei contesti di appartenenza si trovano così a fronteggiare problemi per i quali non sono sempre preparati.

Risulta quindi necessaria una riflessione sulla centralità delle possibili strategie di prevenzione rispetto ad una condizione di disagio e di rischio che tende a diventare capillare e diffusa nell'attuale contesto sociale.

Si tratta, infatti, di dare risposte tese a favorire il processo di crescita delle nuove generazioni in una dimensione di attiva e responsabile partecipazione per la costruzione di nuovi e più rispondenti modelli di vita sociale.

Al nucleo essenziale di queste considerazioni che si concentrano sugli elementi legati ai "compiti evolutivi" che l'adolescente deve affrontare in una "società complessa", si aggiungono i temi relativi alla promozione della salute e alla prevenzione dei comportamenti a rischio salute.

Ed è su questo campo di interesse che anche il medico di Medicina Generale (il medico "di famiglia") può dare il suo contributo con tutta la forza propositiva e la valenza sociale del suo agire inserita nella quotidianità dello svolgimento dell'attività professionale.

La possibile azione da mettere in campo può partire, ad esempio, da progetti che si caratterizzino come orientatori di comportamenti e promotori di stili di vita salutari per aumentare il controllo dei singoli sui fenomeni che riguardano la salute intesa come benessere personale e relazionale del giovane così come indicato nella "Carta di Ottawa".

I possibili obiettivi delle attività progettuali possono in sintesi puntare a:

- attivare risorse utili per realizzare campagne di informazione che, non limitandosi al solo messaggio del rischio, attuino anche una azione comunicativa (e quindi formativa) attraverso anche la diffusione di pubblicazioni, supporti informatici, prodotti documentari, collegamenti con banche dati, ecc.;
- aumentare la responsabilità e le competenze, in tema di tutela della salute, degli adulti che quotidianamente vivono a contatto con i giovani (attraverso l'attuazione, ad esempio, di corsi di "formazione formatori" su stili di vita salutari).

\* Responsabile U.O. Ser.T. Villa d'Agri ASP, Coordinatore OPED (Osservatorio Permanente Disagio Giovanile) ex ASL 2 Potenza, Direttivo Nazionale FeDer.SerD.

Le articolazioni di tali obiettivi rendono necessario uno stretto collegamento con altri soggetti (pubblici e privati) interessati alle strategie comuni con lo scopo di favorire integrazioni, collaborazioni, sinergie con "linguaggi" comuni comprensibili e fattivi sottolineando, quindi, che l'educazione alla salute, la promozione dell'agio, la valorizzazione e la riscoperta di dimensioni di vita più naturali, non possono essere relegati solo ai contesti familiari, scolastici, di volontariato e istituzionali, ma possono anche prevedere l'intervento di "testimoni privilegiati" ("stake holders") come i medici di Medicina Generale che per le caratteristiche sanitarie e sociali della loro attività professionale possono senz'altro contribuire alla creazione, al potenziamento e al sostegno di processi che aumentino corretti livelli di conoscenza e di competenza e che siano finalizzati al riconoscimento, da

parte dei giovani, di una consapevole responsabilità ed attenzione verso l'educazione al benessere.

## Bibliografia

- Benasayag M., Schmit G., *L'epoca delle passioni tristi*, Feltrinelli, Milano, 2005.  
 Bauman Z., *Modernità liquida*, Feltrinelli, Milano, 2007.  
 Ottawa Charter for Health Promotion, *Health Promotion*, 1 (4), III-V, 1988.  
 Donnoli D., "Bevande alcoliche, giovani e nuovi stili di consumo. I risultati di una indagine conoscitiva territoriale ed i possibili spunti operativi", *Percorsi di integrazione*, vol. XIV, n. 2 (40), 29-31, 2006.

## NOTIZIE IN BREVE

### "LA SCUOLA TI GUIDA" studenti a lezione di sicurezza stradale col contributo di FeDerSerD

Gli incidenti stradali in Italia sono la prima causa di morte tra i giovani.

Nel 2008, su 4731 morti per incidente stradale, i deceduti in età tra i 15 ed i 20 anni sono stati 449, pari al 9,4% del totale delle vittime (ISTAT).

In questi dati sono compresi anche le vittime di incidenti stradali correlati all'abuso di alcool e/o sostanze d'abuso.

FeDerSerD attraverso le proprie competenze professionali, in collaborazione con ANIA Fondazione per la Sicurezza Stradale, e AISCAT, Associazione Italiana Società Concessionarie Autostrade e Trafori, è entrata nelle scuole con il progetto formativo "La Scuola Ti Guida", un tour itinerante realizzato per avviare gli studenti delle scuole medie superiori verso comportamenti di guida responsabili.

I tutor formativi di FeDerSerD sono stati il dott. Marco Forner e gli infermieri professionali Catia Lelli e Pasquale Russo.

L'iniziativa è stata sviluppata in 17 scuole di 14 Province ed 8 Regioni, coinvolgendo e sensibilizzando più di seimila studenti.

Il tour di "La Scuola Ti Guida" ha toccato le città di Milano, Monza, Alessandria, Parma, Modena, Bologna, Pesaro, Anco-

na, Pescara, Foggia, Bari, Benevento, Caserta, Civitavecchia per concludersi a Roma, presso il Convitto Nazionale, sede anche della conferenza stampa finale con la presenza dei testimonial del Tour, la band degli "Zero Assoluto".

L'equipe di FeDerSerD, professionisti operanti nel SerT della ASL RMA di Via dei Riari in Roma, ha effettuato la sua formazione presentando a tutti gli studenti il DVD "METTICI LA TESTA", messo a disposizione da AISCAT.

Ben 1500 ragazzi delle classi quinte, e quindi già in possesso della patente di guida, hanno eseguito inoltre prove su simulatori di guida sicura, messi a disposizione da ANIA Fondazione, sotto la supervisione di un pilota professionista.

Questi simulatori sono in grado di riprodurre le condizioni di guida sotto l'effetto di alcool e/o delle più diffuse sostanze d'abuso.

Un simulatore è stato regalato ad ogni scuola coinvolta per dare l'opportunità di organizzare momenti di formazione anche in futuro.

Marco Forner  
Pasquale Russo  
Catia Lelli



Il dott. Marco Forner in formazione



L'equipe FeDerSerD al Truck con i simulatori di guida

# Razionale dell'utilizzo dei farmaci antipsicotici di seconda generazione ("atipici") in pazienti tossicodipendenti in comorbidità psichiatrica all'interno delle U.U.O.O. Ser.T.

V. Barretta\*, R. Garofano\*\*, F. Auriemma\*\*\*

## SUMMARY

■ *This short article discusses about scientific evidences regarding use of "Psycho-active" Drugs, in the Services for Addiction, and particularly second-generation antipsychotics (atypical) in addition to substitute anti-abstinence and anti-craving drugs (methadone, buprenorphine, GHB). Dual diagnosis subjects, with a deficit of impulse control or irritability and tendency to aggression, in accordance with the current literature, show a response to atypical antipsychotics significantly more satisfactory than on first-generation drugs. It reaffirms the importance of prescribing atypical antipsychotics, even by the Addiction Services. ■*

**Keywords:** *antipsychotic drugs, dual diagnosis services for addictions, personality disorders.*

**Parole chiave:** *farmaci antipsicotici, doppia diagnosi, servizi per le dipendenze, disturbi di personalità.*

## Introduzione

L'importante problema delle tossicodipendenze rappresenta un fenomeno di proporzioni e complessità tali da renderne difficile un'analisi completa ed esaustiva.

Le numerose variabili di ordine culturale, sociale, economico, politico, psicologico, nonché psicopatologico, rendono la questione ancora più intricata.

Le due classificazioni internazionali maggiormente accreditate, l'ICD 10 (classificazione internazionale della malattie) ed il DSM IV TR (manuale diagnostico statistico dei disturbi mentali) collocano i Disturbi da Uso di Sostanze (DUS) tra i disturbi mentali.

Il Ser.T. rappresenta la struttura operativa di base deputata ad affrontare principalmente ed in prima istanza tali compiti diagnostici ed assistenziali, nonché quelli legati alla prevenzione ed alle necessità educativo-formative di tale ambito.

## La "Doppia Diagnosi" nella pratica clinica

A questo riguardo, negli ultimi anni, sono andati sempre più evidenziandosi, nei servizi per le tossicodipendenze, le condizioni di cosiddetta "Doppia Diagnosi", ovvero quelle condizioni caratterizzate dalla comorbidità tossicologico-psichiatrica.

L'esperienza clinica maturata nei Ser.T., con tali tipi di pazienti, sembra suggerire la presenza di un quadro sintomatologico complesso e variegato, ma di per sé sufficientemente definito, tanto da potere essere considerato un'entità nosografica a sé stante.

\* Specialista Ambulatoriale Psichiatria U.O. Ser.T. 25 ASL NA 1 Centro.

\*\* Dirigente Medico, Specialista in Psichiatria U.O. Ser.T. 25 ASL NA 1 Centro.

\*\*\* Dirigente Medico, Specialista in Psichiatria, Responsabile U.O. Ser.T. 25 ASL NA 1 Centro.

Si sente la necessità di ulteriori studi e valutazioni che possano consentirci di acquisire una più ampia conoscenza della psicopatologia e della neurobiologia di tali condizioni cliniche.

## Disturbi di personalità e tossicomania

Da alcuni anni, numerosi autori hanno iniziato a comprendere all'interno del concetto di Doppia Diagnosi anche i Disturbi di Personalità (Driessen *et al.*, 1998; Gardner *et al.*, 2002).

Tutte le ricerche ormai attestano l'altissima percentuale di disturbi di personalità in concomitanza con la tossicodipendenza, riscontrando frequenze che oscillano tra l'11 ed il 100 %.

Tali studi rivelano che questi soggetti presentano esordi più precoci, una maggiore tendenza al poliabuso di sostanze, ridotta compliance ed un peggior adattamento sociale (Skinstad, Swain, 2001). All'interno della popolazione costituita dagli utenti dei Ser.T. e più in generale tra i soggetti affetti da tossicodipendenza, i disturbi di personalità più frequenti appaiono essere il "Disturbo di Personalità Antisociale" ed il "Disturbo di Personalità Borderline".

Queste peculiari organizzazioni di personalità appaiono entrambe caratterizzate da comportamenti, atteggiamenti, sfera impulsiva ed affettività ampiamente disregolate tali da costituire una popolazione di soggetti ad elevato rischio di devianza e pericolosità sociale.

In considerazione anche del fatto che tali individui sono poco responsivi ai trattamenti sia psicosociali che farmacologici, essi rappresentano una categoria degna di particolare attenzione. Inoltre la condizione di comorbidità fa sì che la tendenza alla cronicizzazione delle problematiche mediche, sociali e psicologiche sia maggiore rispetto a quella legata alla condizione di semplice tossicodipendenza.

**Essa predispone sia alla ricaduta nell'uso di sostanze (che produce a sua volta uno scompenso del disturbo psichiatrico) che**

alla riacutizzazione della patologia psichiatrica ( che d'altro canto predispone alla riassunzione delle sostanze).

## La Doppia Diagnosi nella realtà dei Ser.T.

La Doppia Diagnosi non consiste nella semplice concomitanza di una condizione tossicomane con un altro disturbo psichiatrico ma nella complessa realtà di un gruppo selezionato di pazienti, in carico al Ser.T., che per le sue caratteristiche di cronicità, elevato tasso di ospedalizzazioni, bassa compliance ai trattamenti, più elevato rischio suicidario, maggiore pericolosità sociale e costi maggiori a carico dei servizi sanitari, richiede nuove modalità di gestione che non sembrano poter prescindere dalla presenza di equipe curanti in grado di trattare, nello stesso momento, sia la dipendenza che il disturbo psichiatrico (Lunetta A., Malagamba D., Mollica M., *Mission* 14/2005, anno IV - II bimestre, p. 3).

Le caratteristiche problematiche dei pazienti con Doppia Diagnosi possono essere così riassunte:

- scarsa compliance ai trattamenti;
- gravità e complessità della sintomatologia (difficile da definire nosograficamente);
- esiti incerti nonostante i trattamenti effettuati (scarse gratificazioni e vissuti di impotenza per gli operatori ed alti rischi di burn-out);
- lunghi periodi di trattamento;
- costi elevati;
- difficoltà di coinvolgimento dei familiari (stanchezza, delega, attese miracolistiche, vissuti di sconfitta e meccanismi espulsivi, sabotaggi della terapia, storie di dolore fin dalla prima infanzia, meccanismi difensivi arcaici ecc.);
- difficoltà nel lavoro di rete (separazione dei contesti, attivazione conflittualità, paternità dell'intervento, regia e continuità terapeutica);
- difficoltà a tradurre in pratica le regole e i principi e enunciati nei protocolli.

## Trattamento dei soggetti con Doppia Diagnosi

Può essere condotto con varie modalità.

Solitamente questi pazienti rischiano di essere "palleggiati" tra i Servizi di Salute Mentale ed i Ser.T., poiché spesso entrambi i servizi ritengono di non doversene fare carico.

I possibili tipi di trattamento sono sostanzialmente tre:

- **Il trattamento in parallelo:** il servizio di Salute Mentale si occupa degli aspetti psichiatrici lasciando al Ser.T. il trattamento della tossicodipendenza.  
Un tale modello di intervento apre la porta a possibili sovrapposizioni terapeutiche o conflitti di competenze, con il rischio di risultare confusivo per lo stesso paziente.
- **Il trattamento sequenziale:** viene scelto di trattare per primo l'ambito patologico che presenta i maggiori problemi, riservandosi di occuparsi in seguito degli altri aspetti.  
Questo approccio lascia senza risposte terapeutiche una parte dei problemi clinici del paziente con tutti i rischi che ciò comporta.
- **Il trattamento integrato:** quest'ultima opzione appare essere la risposta più adatta alla gestione dei numerosi problemi legati al trattamento dei soggetti in doppia diagnosi.  
Essa richiede la presenza di un'equipe stabile di professionisti con competenze relative sia alla formazione psichiatrica

che all'esperienza in medicina delle tossicodipendenze, che sia in grado di operare in sinergia e di trattare nello stesso tempo (e nello stesso luogo) sia la dipendenza che la patologia psichiatrica.

Visti i peculiari problemi che una tale situazione clinica comporta, sorge la necessità di trattare questi pazienti con un approccio terapeutico di tipo integrato, che valuti attentamente le varie dimensioni cliniche e psicopatologiche che concorrono al determinismo della condizione stessa.

Per quanto riguarda le terapie farmacologiche da associare ai trattamenti che puntano alla disassuefazione dalle sostanze (Farmaci Sostitutivi o Anti-astinenziali specifici), tra i più importanti figurano gli **antipsicotici** (una volta definiti neurolettici).

Essi sono farmaci che, agendo in misura prevalente sui sistemi dopaminergici encefalici ed in misura minore su quelli serotoninergici, noradrenergici, colinergici, ed altri circuiti neuronali di secondaria importanza, si sono rivelati strumenti terapeutici fondamentali per la gestione delle psicosi.

**Negli ultimi anni tali farmaci si sono rivelati capaci di migliorare anche i quadri clinici legati ai disturbi di personalità** (Ingehoven T., La Fay P. et al., *J. Clin Psych.*, 2009 sep. 22; Vollm B., *Curr. Opin. Psych.*, 2009 sep.).

## Il Ser.T.: compiti ed organizzazione

Il Ser.T. rappresenta la struttura operativa di base deputata ad affrontare principalmente i vari compiti (preventivi, diagnostici, clinico – assistenziali) che le Tossicodipendenze comportano.

È necessario, altresì, tener conto che esso deve rispondere ai bisogni assistenziali di una "utenza estremamente variegata con problematiche differenziate e molto specifiche, nonché con bisogni multipli e contemporanei in varie aree (mediche, psichiatriche, psicologiche, ecc.) rendendo necessario quindi un approccio multiprofessionale e prestazioni multimodali".

Al riguardo (ed in particolare modo negli ultimi tempi) sono andati sempre più evidenziandosi, nei Servizi per le Dipendenze, particolari problemi legati alla comorbidità tossicologico-psichiatrica.

**Le associazioni più frequenti dei due disturbi appaiono essere: depressione maggiore ed uso di cocaina, disturbo da attacchi di panico e alcolismo, schizofrenia, disturbi di personalità e disturbo bipolare con fasi di poliabuso.**

Il rischio di sviluppare un disturbo da abuso di sostanze è più elevato nei soggetti con altre patologie psichiatriche così come il rischio di un disturbo psichiatrico è maggiore in chi fa uso di sostanze; l'abuso di sostanze interessa circa un terzo dei pazienti psichiatrici, in misura doppia rispetto alla popolazione generale. Il fatto che i Disturbi psichiatrici si presentino in modo evidente nei pazienti in carico ai Ser.T. apre problemi di notevole complessità, specie in relazione alle possibilità di intervento terapeutico e della sua articolazione.

## Terapia: gli Antipsicotici Atipici

La presenza di una "doppia diagnosi" rende necessario un bilancio tra interventi di tipo comportamentale, corretta gestione dei farmaci anti-astinenziali e corretto uso di farmaci psichiatrici che non inducano dipendenza e che non comportino rilevanti effetti collaterali.

Tra i vari disturbi psichiatrici che maggiormente si presentano all'osservazione del personale Ser.T. e che soprattutto risultano

più critici da trattare, in virtù della loro gravità e del grado di compromissione generale, vi sono i disturbi di personalità, i disturbi dello spettro schizofrenico e le fasi maniacali del disturbo bipolare.

Per quanto riguarda i disturbi di personalità più frequenti (paranoide, schizoide, antisociale, borderline, istrionico, narcisistico), essi comportano manifestazioni cliniche del tutto peculiari, quali sospettosità, anomalie del comportamento, facile impulsività, idee bizzarre, instabilità affettiva ed irritabilità.

Molti studi dimostrano che la presenza di tali sintomi rappresenta un importante indice predittivo di tassi più elevati di drop-out all'interno del setting terapeutico.

È possibile riconoscere anche modalità di abuso specifiche per i vari tipi di disturbo di personalità: pazienti con disturbo paranoide tendono ad assumere, in prevalenza, sostanze quali anfetamine, cocaina, e alcool in quanto alleviano il senso di vulnerabilità, accentuano il senso di controllo e rafforzano le dinamiche paranoiche.

**Le personalità schizoidi sono attratte di frequente dalle sostanze che permettono la fuga dal reale e l'isolamento come la marijuana e LSD, i pazienti borderline, istrionici ed antisociali sono di frequente poliassuntori con preferenza per le droghe stimolanti.**

La disponibilità di una nuova classe di agenti farmacologici, indicati come **Antipsicotici Atipici**, sembra offrire ampie opportunità per il trattamento dei disturbi di personalità.

Come sopra riportato, in alcuni di questi disturbi, la caratteristica preminente investe anche la sfera sociale.

**Nello specifico comportamenti aggressivi, violenti ed impulsivi sono presenti spesso nei pazienti con associata dipendenza da sostanze che per tali motivi sono ad elevata pericolosità e di difficile gestione nei Servizi.**

Inoltre occorre notare come, prima dell'avvento degli antipsicotici atipici, sia sempre stato difficile gestire il trattamento dei disturbi di personalità.

Appare quindi evidente il duplice vantaggio rappresentato dall'uso di questi farmaci: oltre che agenti farmacologici efficaci sugli aspetti psicopatologici, anche in grado di contenere **la pericolosità sociale**.

La terapia farmacologica è uno strumento fondamentale per la gestione di tutti questi disturbi.

I farmaci antipsicotici (o neurolettici) vengono di solito prescritti essenzialmente nel trattamento delle psicosi, in questo gruppo rientrano diverse famiglie di molecole che differiscono nei relativi effetti sedativi ed incisivi, nel grado di tossicità per l'organismo e particolarmente nella intensità dei fenomeni di disfunzione extrapiramidale associati con la loro somministrazione alle dosi terapeutiche.

Di particolare rilievo, quindi, è l'utilizzo degli Antipsicotici Atipici (olanzapina, risperidone, sertindolo, aripiprazolo, quetiapina, clozapina) che, a fronte di una evidente riduzione degli effetti collaterali (assenti o minimi effetti extra-piramidali), risulterebbero molto efficaci sia nella gestione dei Disturbi di personalità che nel ridurre l'uso di particolari classi di sostanze (cocaina, anfetamine, designer drugs, ecc.) il cui consumo è, peraltro, drasticamente aumentato, assumendo le dimensioni di nuova criticità.

Gli antipsicotici atipici in questo caso specifico agirebbero come anti-craving in modo efficace.

L'efficacia dei vecchi antipsicotici è, invece, ridotta nei pazienti con doppia diagnosi, in parte per l'azione psicomimetica delle sostanze d'abuso, in parte per meccanismi d'azione che non riescono a compensare le complesse interazioni che si verificano

nella maggior parte delle Sindromi comorbili ma anche per la ridotta compliance da parte dei pazienti, legata soprattutto ai numerosi effetti presenti (disturbi extrapiramidali, sedazione, effetti ormonali, ecc.) che inducono nei pazienti atteggiamenti ostili e di rifiuto.

I nuovi antipsicotici, invece, bloccando i recettori 5-HT<sub>2</sub> ed avendo alta affinità per i recettori D<sub>2</sub> regolerebbero più efficacemente il controllo pulsionale di questi pazienti.

La maggior parte degli Antipsicotici Atipici è anche escluso dall'elenco delle sostanze che potrebbero comportare l'allungamento del tratto QT a livello della conduzione cardiaca (evento di elevata pericolosità per le conseguenziali aritmie spesso letali) diversamente dai principali Antipsicotici Tipici (o di prima generazione) che presentano tale rischio.

Il trattamento con Antipsicotici Atipici di soggetti con Dipendenze Patologiche presenta quindi una serie di vantaggi che sono così riassumibili:

- migliore "compliance" alla terapia;
- ridotta frequenza di effetti indesiderati;
- migliore azione sulla dimensione ostilità/aggressività;
- azione più incisiva sul discontrollo degli impulsi;
- minore influenza sulla performance cognitiva;
- attività più efficace sui concomitanti Disturbi di Personalità;
- migliore azione sulla sfera affettiva.

In seguito anche a tali valutazioni, alcune Regioni Italiane (Sicilia, Liguria, Sardegna, Puglia, Emilia Romagna, Lombardia) hanno già da molto tempo autorizzato ed attivato la prescrivibilità e l'utilizzo degli antipsicotici di seconda generazione nelle UU.OO. Ser.T. trasformandole in Centri Prescrittori.

Tale riconoscimento trova fondamento normativo nel Decreto del Ministro della Sanità del 30/01/1998 (Tabella A, area medica e delle specialità mediche).

Sulla base di tali considerazioni appare opportuno raccomandare, altresì, che gli **Antipsicotici Atipici** – aripiprazolo, clozapina, olanzapina, quetiapina, risperidone e sertindolo – vengano considerati, farmaci di prima scelta nei casi di comorbilità tossicologico-psichiatrica e sarebbe auspicabile, quindi, che **le Unità Operative Ser.T. ed i Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche della Regione Campania potessero essere inseriti nell'elenco dei Centri Specialistici per la Diagnosi e la Formulazione del Piano Terapeutico inerente i farmaci antipsicotici di seconda generazione, di cui al Decreto Ministeriale del 22 dicembre 2000.**

## Bibliografia

- American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed. revisited), Washington, DC, 1998.
- Brooner Robert K., King Van L., Kidorf M., Schmidt Chester W., Bigelow George E., "Psychiatric and Substance Use Comorbidity Among Treatment-Seeking Opioid Abusers", *Arch Gen Psychiatry*, 54, 71-80, 1997.
- Cacciola John S., Rutherford Megan J., Alterman Arthur J., McKay James R., Snider E., "Personality Disorders and Treatment Outcome in Methadone Maintenance Patients", *J Nerv Ment Dis*, 184, 234-239, 1996.
- Driessen M., Veltrup C., Wettering T. et al., "Axis I and Axis II comorbidity in alcohol dependence and the types of alcoholism", *Alcohol Clinical Experimental Research*, 22, 77-86, 1998.
- Fioritti A., Solomon J., *Doppia diagnosi. Epidemiologia, clinica e trattamento*. Dipendenze: strumenti/laboratorio, FrancoAngeli, Milano, 2002.
- First M., Gladis M.M., *Diagnosis and differential diagnosis of psychiatric and substance use disorders*. Dual Diagnosis: Evaluation, Treatment,

- Training and Program Development, edited by Solomon J., Zimberg S., Shollar E. E. Plenum Medical, New York, 23-38.
- Gardner *et al.*, 2002.
- Group for the Advancement of Psychiatry Committee on Alcoholism and the Addictions, "Substance Abuse Disorders: A Psychiatric Priority", *Am J Psychiatry*, 148, 1291-1300, 1991.
- Howard M.O., Kivlahan D., Walker R.D., "Cloninger's tridimensional theory of personality and psychopathology: applications to substance use disorders", *J Stud Alcohol*, 58, 48-66, 1997.
- Ingehoven T., La Fay P. *et al.*, *J. Clin Psych.*, 2009 sep. 22.
- Khantzian E.J., "The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence", *Am J Psychiatry*, 142, 1259-64, 1985.
- King Van L., Kidorf Michael S., Stoller Kenneth B., Carter James A., Brooner Robert K., "Influence of Antisocial Personality Subtypes on Drug Abuse Treatment Response", *J Nerv Ment Dis*, 189, 593-601, 2001.
- Lunetta A., Malagamba D., Mollica M., *Mission* 14/2005, anno IV - II bimestre, p. 3.
- Maremmanni I., Canoniero S., Giuntoli G., Pacini M., "Abuso di sostanze e psicosi croniche", *Giornale Italiano di Psicopatologia*, vol. 5, n. 3, 1999.
- Mueser K.T., Drake R.E., Wallach M.A., "Dual diagnosis: a review of etiological theories", *Addict Behav*, 23, 717-34, 1998.
- Ries R.K., "The dually diagnosed patient with psychotic symptoms", *J Addict Dis*, 12, 103-22, 1993.
- Thomas V.H., Melchert T.P., Banken J.A., "Substance dependence and personality disorders: comorbidity and treatment population", *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 1999.
- Skinstad A.H., Swain A., "Comorbidity in a clinical sample of substance abusers", *Am J Drug Alcohol Abuse*, 27(1), 45-64, 2001.
- Vetere C., "Sintesi sulla comorbidità psichiatrica nelle Dipendenze", *Bollettino delle Farmacodipendenze*, anno XXII, 1999.
- Vollm B., *Curr. Opin. Psych.*, 2009 sep.

## RECENSIONE



Gustavo Pietropoli Charmet,  
Sofia Bignamini, Davide Comazzi

### PSICOTERAPIA EVOLUTIVA DELL'ADOLESCENTE

pp. 240, € 27,50  
Cod. 1250.160 (V)  
Collana: Psicoterapie

L'adolescenza, svincolatasi ormai da anni dal ruolo di "Cenerentola della psicoanalisi", pone a psicologi e psicoterapeuti sfide importanti, mettendoli di fronte alla necessità di modificare le abituali prospettive e metodologie di intervento.

In questo testo, Gustavo Pietropoli Charmet, insieme a due collaboratori, ripercorre e descrive i principi e le metodologie sviluppate, sperimentate e consolidate nel corso della propria attività di psicoterapeuta di adolescenti in crisi.

L'esperienza maturata dagli autori in questi ultimi anni mette in luce come la psicoterapia psicoanalitica dell'adolescente possa costituire un'importante risorsa per aiutare i ragazzi a risolvere i conflitti e i dolori che ostacolano la crescita, purché sia in grado di intercettare le peculiarità di una sofferenza che nasce dall'incapa-

cità di riconoscere il valore degli affetti e dalla perdita della speranza nel futuro. Nei confronti di tale sofferenza diviene cruciale, più che recuperare i ricordi infantili, conquistare visioni più nitide del proprio presente e delle relazioni costruite con sé stessi e con gli altri significativi. Tutto ciò con il fine ultimo e imprescindibile di sostenere l'adolescente nel processo di soggettivazione, affinché possa "diventare i propri pensieri" ed essere capace di "narrare la propria storia".

Gustavo Pietropoli Charmet, psichiatra di formazione psicoanalitica, è Presidente dell'Istituto dei Codici Affettivi "Minotauro", direttore della Scuola di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica dell'adolescente e del giovane adulto ARPAD Minotauro di Milano, autore di numerosi saggi sul disagio adolescenziale, fra i quali: con A. Piotti, *Uccidersi. Il tentativo di suicidio in adolescenza*, Cortina, 2009; con A. Maggiolini, *Manuale di psicologia dell'adolescenza. Compiti e conflitti*, FrancoAngeli, Milano, 2004; *Adolescente e psicologo. La consultazione durante la crisi*, FrancoAngeli, Milano, 1999.

Sofia Bignamini, psicoterapeuta, socia dell'Istituto dei Codici Affettivi "Minotauro", si occupa di valutazione psicodiagnostica, consultazione, psicoterapia e sostegno al ruolo materno e paterno.

Davide Comazzi, psicoterapeuta, socio dell'Istituto dei Codici Affettivi "Minotauro", si occupa dell'intervento con adolescenti in grave crisi evolutiva, di consultazione e di sostegno al ruolo materno e paterno.

## NOTIZIE IN BREVE



**Amarcord** Associazione ONLUS in campo alcolologico

[www.amarcord.info](http://www.amarcord.info)

**AIUTACI AD AIUTARE CON IL TUO 5 x Mille**

**C.F. 97230910156**

## Cocaina ed alcol: esperienza e risultati del Programma Residenziale breve "Villa Soranzo"

Mauro Cibirin\*, Sebastiano Gallo\*\*, Giampietro Spolaor\*\*, Samuele Bettamin\*\*, Simona Costa\*\*, Elena Lugato\*\*, Ina Hinnenthal\*\*\*

### SUMMARY

■ *The association between cocaine and alcohol doesn't lead to a simple addition of effects but change the neurobiological actions, the clinical appearance and the development of treatment. In that kind of situation it might be useful to be recovered in a short residential program to interrupt the use of alcohol and substances and to acquire instruments of relaps prevention and to cope with emotions.*

*Villa Soranzo (www.cocaina-alcol.org) is a short therapeutic residential program that treats patients with alcohol and cocaine correlated problems, mostly patients with type I of Cloninger classification.*

*Results will be presented in a follow up study on 200 patients treated at Villa Soranzo. 64% of the sample reports to be abstinent.*

*This result which corresponds with the data reported by literature considering this type of patients is significantly correlated with personal wellness, family and friendship support and selfefficacy regarding the use of substances.* ■

**Keywords:** alcohol, cocaine, inpatient program, relapse prevention.

**Parole chiave:** alcool, cocaina, programma residenziale, prevenzione della ricaduta.

### Cocaina ed alcol: compagni di viaggio

È ormai evento comune in pazienti che richiedono un trattamento per alcolismo o cocainismo il riscontro di un uso problematico anche dell'altra sostanza; tale riscontro appare particolarmente frequente nei soggetti di età inferiore ai 40 anni.

La relazione tra cocaina ed alcol va oltre la semplice associazione in un quadro di poliabuso, modificando le azioni neurobiologiche, il quadro clinico e l'impostazione del trattamento.

In molti pazienti infatti tra le due sostanze si instaura un circuito di automantenimento la cui interruzione può essere vincente ai fini del trattamento.

Tale situazione, che trarrebbe origine dalla formazione di un metabolita di sintesi tra le due sostanze detto cocaetilene, si può presentare in differenti modi.

Alcuni soggetti infatti presentano una vera e propria "doppia dipendenza", da cocaina ed alcol, in cui è impossibile definire la "sostanza primaria".

In altri casi il soggetto è dipendente da una delle due sostanze, mentre l'altra funziona da "apripista" per la ricaduta: nella nostra esperienza è più frequente che sia l'alcol ad aprire la ricaduta nella cocaina.

Spesso il paziente che si trova in questa situazione non è consapevole del ruolo dell'alcol nella ricaduta, e quindi non è motivato ad astenersene completamente: in molti casi l'alcol non è ritenuto un problema.

È dunque assai importante che in tutti i soggetti che presentano come problema primario l'alcolismo o il cocainismo si indaghi anche sull'altra sostanza, anche tramite indagini di laboratorio, e che si agisca nella direzione dell'astinenza da **entrambe** le sostanze.

In queste situazioni l'attuazione di una strategia di prevenzione della ricaduta richiede il riconoscimento del ruolo dell'alcol come situazione ad alto rischio, e quindi la individuazione di opportuni interventi farmacologici e non farmacologici finalizzati a gestire il craving ed ottenere l'astinenza.

Alcuni studi hanno rilevato l'utilità in queste situazioni della assunzione di **disulfiram** in associazione con terapia cognitivo comportamentale di prevenzione della ricaduta (Carroll KM. *et al.*, 2004; Pettinati *et al.*, 2008); una recente revisione cochrane rileva come l'indicazione di questo farmaco nel trattamento della dipendenza da cocaina abbia un basso livello di evidenza e siano necessari studi randomizzati più estesi (Pani PP. *et al.*, 2010).

Il Disulfiram è da tempo usato nel trattamento dell'alcolismo sfruttando la reazione che provoca all'assunzione di alcol allo scopo di rinforzare la volontà di non bere.

L'utilizzo per interrompere il "circuito" alcol/cocaina è legata a due ordini di fattori:

- la capacità di rafforzare la astinenza completa dall'alcol;
- un probabile effetto diretto sul craving per la cocaina (Baker *et al.*, 2007).

\* Dipartimento per le Dipendenze Az. Ulss 13 del Veneto, Dolo Venezia.

\*\* Villa Soranzo, Ceis "don Milani", Tessera Venezia (www.cocaina-alcol.org).

\*\*\* DSM integrato, ASL 1 Imperiese.

L'effetto diretto sul craving sarebbe legato alla azione dopaminergica del disulfiram, a sua volta legata alla inibizione della dopamina beta idrossilasi.

È stata considerata la possibilità di associare al disulfiram agenti anticraving per l'alcol: nello studio di Pettinati (2008) la associazione tra disulfiram e naltrexone presenta qualche vantaggio rispetto al disulfiram solo; nella nostra esperienza anche la associazione tra disulfiram e ghb può essere utile in pazienti senza forti tratti impulsivi.

## I programmi residenziali brevi

Il trattamento del cocainismo frequentemente richiede un programma residenziale breve; tale intervento è necessario ove non si riesca a fermare la assunzione di cocaina con strumenti ambulatoriali, o dove il paziente presenti brevi episodi di remissione e ricaduta in rapida sequenza.

In questi casi il programma residenziale breve ha lo scopo di "fermare" il paziente e di consentire di impostare un programma ambulatoriale a medio termine.

Sempre più frequentemente infatti si assiste ad una inversione della tradizionale dinamica ambulatorio/residenzialità: il programma residenziale diviene il primo intervento terapeutico.

I programmi residenziali brevi si differenziano sia dalla residenzialità psichiatrica sia dalle comunità terapeutiche per tossicodipendenti: entrambi questi interventi infatti giungono di solito alla fine di percorsi di trattamento ambulatoriale e sono rivolti a soggetti con forte compromissione personale e sociale e con alti livelli di cronicizzazione.

Volendo individuare un modello per la residenzialità breve, è opportuno piuttosto fare riferimento ai programmi "28 giorni" anglosassoni, o alla "cliniche psicoterapiche o psicosomatiche" tedesche. In questi modelli infatti l'intervento residenziale viene visto come momento di inizio, in cui effettuare interventi diagnostici, di motivazione, e di prevenzione della ricaduta, ed in cui sviluppare un piano di trattamento; in molti casi sono inclusi interventi di sblocco e regolazione emotiva e di "facilitazione" ai gruppi di autoaiuto.

Programmi Residenziali Alcolologici (PRA) situati in sedi ospedaliere pubbliche o private in realtà esistono dalla fine degli anni ottanta (Cerizza *et al.*, 2008).

La costituzione di programmi brevi in ambito comunitario è più recente e si colloca all'interno del percorso evolutivo delle Comunità Terapeutiche.

La attivazione di programmi brevi per alcolisti e cocainomani implica in primo luogo un maggior confronto delle Comunità terapeutiche con alcuni nodi di fondo quali:

- **Il concetto di addiction come malattia.**
- **Le professionalità e il confronto con il dato scientifico.**
- **Le modalità del rapporto con il paziente/cliente.**
- **Il ruolo delle comunità come parte del percorso terapeutico.**

Vista in questo modo la apertura di programmi brevi per soggetti non ancora deteriorati da un punto di vista sociale e personale rappresenta una sfida importante per le comunità, qualcosa di completamente diverso rispetto alla prospettiva di divenire sempre di più contenitori di cronicità e disagio sociale aspecifico.

### Popolazioni ed esigenze speciali: alcolisti e cocainomani

I programmi residenziali brevi sono particolarmente indicati per soggetti nei quali la dipendenza non ha ancora determinato un grave deterioramento sociale e personale; pazienti che conservano una vita familiare e lavorativa, per quanto "lesionata", ed una accettabile capacità di gestire la propria vita.

In genere queste caratteristiche sono più comuni tra alcolisti e cocainomani, o comunque tra soggetti che utilizzano sostanze diverse dall'eroina; nulla vieta tuttavia che anche tra gli eroinomani vi siano persone con le caratteristiche descritte (Gilmore, 1985).

Analogo discorso vale per la comorbilità psichiatrica: non è la diagnosi "codificata" a fare la differenza ma la capacità di autonomia personale e di relazione con gli altri.

Volendo dare una definizione basata su elementi clinici degli utenti che traggono il maggior beneficio dai programmi brevi, è utile rifarsi alla tipologia di Cloninger (Cloninger *et al.*, 1981; Cloninger, 1987; Leggio *et al.*, 2008; Leggio *et al.*, 2009).

Tab. 1 - La tipologia di Cloninger

#### Tipo I

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

Comportamento prevalente: evitamento (harm avoidance)

Base neurobiologica: deficit del sistema dopaminergico

Effetto ricercato: ansiolitico/antidepressivo, rilassamento psicofisico

Craving: relief craving (desiderio di ridurre la tensione)

Capacità di gratificazione: buona

Capacità di contatto con gli altri: buona

Storia di vita: "vita vissuta" in cui la dipendenza appare come un

incidente o una complicità

#### Tipo II

Inizio precoce, evoluzione rapida, associato a componente genetica

Comportamento prevalente: ricerca sensazioni intense (Novelty Seeking)

Neurobiologia: deficit serotoninergico (decremento Sert)

Effetto ricercato: gratificazione

Craving: reward craving (desiderio di ricompensa)

Maggiore risposta ai potenziali auditivi evocati

Associazione con disturbi antisociale e borderline di personalità

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

Capacità di contatto con gli altri: scarsa e problematica

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

Dal punto di vista del trattamento i pazienti di tipo I rispondono bene ad un intervento relativamente "leggero" come quello delineato nella Tab. 2. Si tratta di pazienti che una volta messi nelle condizioni di affrontare il loro problema con le sostanze e le situazioni di vita connesse, stanno globalmente bene e sono nella maggior parte dei casi in grado di riprendere la propria vita sociale e familiare. Per questi pazienti un intervento residenziale breve, specie se comprende interventi miranti a superare il congelamento emotivo causato dalle sostanze e dalle situazioni traumatiche, può essere molto utile e talvolta risolutivo.

Tab. 2 - Tipo I di Cloninger: terapia

- Programma ambulatoriale con Motivazione al cambiamento e Prevenzione della ricaduta
- Interventi mirati sul trauma
- Interventi educativi sui familiari
- Programma residenziale breve (1-4 mesi)
- Appoggio a gruppi di Alcolisti Anonimi, Club per alcolisti in trattamento, Narcotici Anonimi
- Aftercare scarsamente medicalizzato e in rete con i gruppi di autoaiuto.

Per i pazienti di tipo II invece il discorso è più complesso: essi richiedono interventi multipli e continuativi nel tempo, in cui spesso è necessario affiancare anche il supporto sociale. Accanto al programma finalizzato alla inibizione dell'uso di sostanze, analogo a quello previsto per il tipo uno, per questi pazienti è necessario prevedere interventi sia di tipo medico che psicologico mirati alla stabilizzazione della emotività disfunzionale. Per questi soggetti è spesso indicata una comunità più lunga e contenitiva; essi possono usufruire anche dei programmi brevi, ove questi siano ben collegati con i servizi ambulatoriali.

## Obiettivi e strumenti dei programmi residenziali brevi

Il primo obiettivo del percorso residenziale breve è effettuare una diagnosi in condizioni drug-free. La diagnosi dovrebbe riguardare sia la storia e le caratteristiche della Dipendenza, sia gli aspetti organici, la condizione psicologica/psichiatrica, la vita sociale e familiare (Greenfield, Hennessy, 2006).

Un aspetto specifico è la diagnosi motivazionale: definire la posizione del paziente rispetto al cambiamento nelle varie aree su cui si intende lavorare durante il programma residenziale: la diagnosi motivazionale è il presupposto della definizione degli obiettivi (Cibin *et al.*, 2001).

I programmi residenziali brevi possono essere utilizzati per giungere ad una corretta diagnosi psichiatrica, che notoriamente dovrebbe derivare dalla osservazione del paziente astinente per almeno 20 giorni dalle sostanze d'abuso.

Tab. 3 - Obiettivi e strumenti dei programmi residenziali brevi

### Diagnosi

Uso di sostanze

Organica

Psicologico/psichiatrica

Sociale e familiare

Motivazionale

### Motivazione al cambiamento

### Acquisizione di strumenti

Sblocco emotivo e regolazione emozionale

Analisi funzionale

Prevenzione della Ricaduta

Facilitazione all'auto-aiuto

### Individuazione percorso aftercare

Il cuore dei programmi residenziali brevi è quella che abbiamo chiamato "acquisizione di strumenti"; questa dizione vuole sottolineare come questi programmi non abbiano l'obiettivo di "guarire", ma quello di fornire al paziente strumenti personali e sociali che gli consentano una volta dimesso di affrontare i propri problemi, le proprie situazioni a rischio di ricaduta, le proprie fragilità emotive allo scopo di mantenersi sobrio. In questo senso il programma breve va visto come una palestra, dove ci si allena in un ambiente "artificiale" in vista delle sfide della vita reale (Hinnenthal *et al.*, 2006, 2008).

### Esamineremo ora gli elementi del programma.

*Sblocco emotivo e regolazione emozionale:* Situazioni di "congelamento emotivo" sono quasi la norma tra i pazienti che richiedono un trattamento per problemi di dipendenza.

Tale congelamento, legato all'effetto delle sostanze, è particolarmente marcato nella Dipendenza da Cocaina, in cui la sostanza è spesso assunta proprio per "fare senza sentire".

Il ritorno di queste persone ad una maggiore capacità di sentire e gestire le emozioni è uno degli effetti della residenzialità: effetto legato sia alla astensione dalle sostanze che al clima caldo ed empatico che caratterizza l'ambiente comunitario e le attività terapeutiche ed educative.

Un particolare rilievo presenta la possibilità di entrare in contatto con le emozioni attraverso il corpo: in questo senso tecniche di "psicoterapia corporea" possono essere molto utili. Parallela-mente allo scongelamento, è necessario acquisire strumenti di gestione delle emozioni alternativi l'uso di sostanze.

In questa fase è frequente la emersione di ricordi e vissuti traumatici con i loro correlati sintomatologici, che vanno gestiti sia con psicoterapia che con farmaci.

*Analisi funzionale:* l'Analisi Funzionale cerca di identificare la funzione che il comportamento problematico ha per quella persona, partendo dal presupposto che ogni comportamento nasce come strategia "adattiva", è la migliore risposta che in quel momento l'individuo è in grado di attuare.

*Prevenzione della ricaduta:* partendo dalla Individuazione delle personali situazioni ad "alto rischio" di ricaduta:stati si sviluppano strategie di fronteggiamento.

La gestione del Craving è un aspetto della prevenzione della ricaduta che coinvolge sia la acquisizione di abilità personali che approcci farmacologici (Carrol, 2001; Anton *et al.*, 2006; Cibin *et al.*, 2008; Bottlender, Soyka, 2004; Nava *et al.*, 2010).

*Facilitazione all'autoaiuto:* presentazione dei gruppi, in particolare Alcolisti Anonimi (AA), Club per Alcolisti in Trattamento (Cat) e Narcotici Anonimi (NA), da parte di loro membri, individuazione del gruppo a cui fare riferimento una volta dimessi, invio dei familiari ai gruppi.

*Individuazione percorso aftercare:* la definizione del programma di trattamento sul territorio è un obiettivo fondamentale dei programmi brevi, che per definizione non hanno la pretesa di "guarire", ma di dare strumenti da applicare una volta tornati alla vita "normale".

I programmi aftercare vengono individuati in accordo con il servizio inviante e possono comprendere appoggio a gruppi di auto aiuto, psicoterapie e counselling, farmacoterapie.

Alcuni trattamenti residenziali sono collegati ad un proprio programma aftercare: a Villa Soranzo, ad esempio, in alcuni casi viene indicato di continuare il trattamento in regime ambulatoriale o semiresidenziale con colloqui e/o gruppi.

## Efficacia dei programmi residenziali brevi

I programmi residenziali brevi sono rivolti in particolare a tipologie di pazienti in cui il trattamento dei disturbi da uso di sostanze presenta elevati livelli di efficacia.

Per dirla con Mark Schuckit (2006): "tra le persone comuni dipendenti dall'alcol, persone con lavoro e famiglia, la probabilità di una astinenza prolungata (almeno un anno e spesso permanenti) raggiunge il 70% dopo il completamento di un trattamento intensivo".

Le non numerose ricerche condotte finora sono state tese a valutare il costo/beneficio dei programmi residenziali brevi rispetto ai meno costosi programmi ambulatoriali.

Possiamo riassumere i risultati di queste ricerche nei seguenti punti:

- I pazienti che afferiscono ai trattamenti residenziali sono mediamente più gravi (Booth, 1997).

- Nei programmi residenziali vi è minor drop-out durante il trattamento (Harrison, Asche 1999).
- Non vi sono differenze di risultati nel tempo tra trattamenti residenziali e non residenziali (Greenwood, 2001; Schmidt, 2009; Weithmann, Hoffman, 2005).
- Se il confronto riguarda il continuum residenziale + ambulatoriale vs ambulatoriale solo vi sono migliori risultati nel primo (McKay e coll., 2002).
- Confrontato diversi programmi residenziali, i migliori risultati si riscontrano in quelli maggiormente collegati con i gruppi di autoaiuto (Johnson e coll., 2006).

In conclusione, se confrontiamo i programmi residenziali con quelli ambulatoriali, non vi sono evidenze di maggiore efficacia nel tempo, mentre si nota una maggiore capacità del residenziale di ritenere in trattamento pazienti più difficili.

Il confronto residenziale/ambulatoriale potrebbe tuttavia non essere l'impostazione più corretta se riferita alla situazione italiana, caratterizzata da buoni livelli di collaborazione tra i diversi programmi: molto interessante appare in questo senso il confronto residenziale + ambulatoriale vs ambulatoriale solo: in questo caso il "continuum" appare più efficace.

## L'esperienza di Villa Soranzo

Villa Soranzo ([www.cocaina-alcol.org](http://www.cocaina-alcol.org)) è una comunità terapeutica breve che accoglie pazienti con problemi legati all'uso di alcol e/o cocaina, la maggior parte di tipo I secondo la tipologia di Cloninger.

Villa Soranzo nasce dalla collaborazione tra un soggetto sanitario pubblico (Az. Ulss 13 del Veneto) ed una azienda del privato sociale (Ceis don Milani).

Per quanto riguarda gli utenti cocainomani, si è instaurata una valida collaborazione con il Servizio di Medicina delle Dipendenze dell'Università di Verona, ove è possibile effettuare disintossicazione e messa a punto delle problematiche organiche e psichiatriche in regime ospedaliero.

Le caratteristiche di Villa Soranzo fanno sì che sia alta la presenza di pazienti con problemi legati sia all'uso di alcol che di cocaina, se pur in diversa combinazione e con diverso "peso" delle due sostanze.

## Follow up 2008-2009

Questo studio longitudinale riguarda la valutazione dei pazienti dimessi dalla comunità per fine programma, nel periodo da gennaio 2008 ad agosto 2009, attraverso un follow up a 6, 12 e 18 mesi dalla dimissione.

Nel periodo da agosto 2008 a febbraio 2010 questi pazienti sono stati contattati telefonicamente ed è stata somministrata un'intervista clinica che includeva i parametri riportati nella Tab. 4.

I contatti telefonici sono stati fatti da una psicologa dell'equipe della comunità che quindi i pazienti già conoscevano al momento della telefonata.

In totale sono state fatte 214 telefonate che hanno permesso di raccogliere 200 interviste (pari al 93,4% del campione); 10 soggetti hanno rifiutato il colloquio, 2 soggetti erano deceduti, 1 soggetto era in carcere ed 1 ricoverato presso un'altra comunità. Di queste 200 interviste: 105 sono interviste di follow up a 6 mesi, 54 interviste di follow up a 12 mesi e 41 interviste di follow up a 18 mesi.

Le analisi statistiche sui dati raccolti sono state effettuate con il programma SPSS versione 11.0.

Per l'elaborazione dei dati sono stati impiegati gli opportuni modelli di analisi statistica a seconda della natura delle variabili e delle relazioni di interesse, ovvero il coefficiente di correlazione di Pearson per indagare la relazione tra variabili e il t-student per confrontare le medie di campioni indipendenti.

Tab. 4 - Studio di follow up 2008-2009

Follow up telefonico a 6, 12, 18 mesi dalla conclusione del trattamento

Variabili indagate all'ingresso e all'intervista di follow up:

- Motivazione al cambiamento (MAC) (Spiller *et al.*)
- Supporto sociale - MSPSS (Perceived Social Support Scale di Zimet *et al.*)
- Condizione fisica
- Condizione emotiva
- Assunzione di alcol, cocaina e altre sostanze psicotrope
- Occupazione
- Situazione legale

## Caratteristiche del campione

Per quanto riguarda il **genere sessuale** 112 interviste (56%) sono state somministrate a uomini e 88 sono state somministrate a donne (44%).

Non sono risultate differenze significative tra la popolazione maschile e femminile per quanto concerne le caratteristiche demografiche e di percorso comunitario del campione di soggetti.

L'**età media** dei soggetti all'ingresso in comunità era di 42,2 anni (M 40,4 F 44,6 anni).

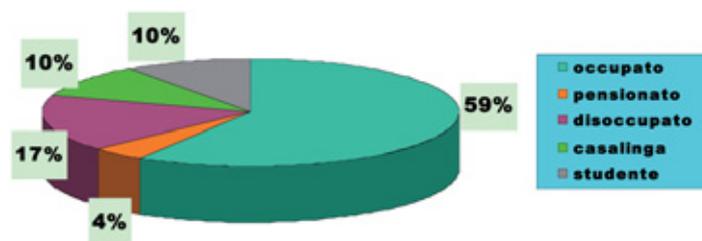
L'83% dei soggetti ha un'età inferiore ai 50 anni.

Per quanto riguarda lo **stato civile**, il 40 % risultava celibe/nubile, il 35,6% coniugato, il 20% separato, il 4,4% vedovo/a..

La **situazione lavorativa** è illustrata nella Fig. 1.

È interessante rilevare come solo il 17% fosse disoccupato.

Fig. 1 - Occupazione

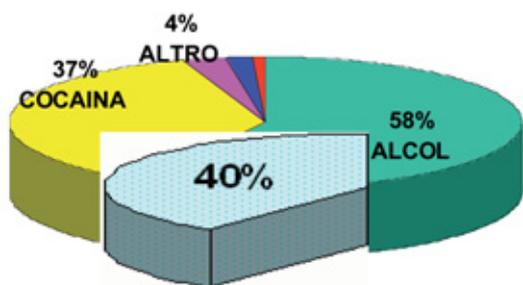


Il 79% dei soggetti proveniva dal Nord Italia, il 7,8% dal Centro ed il 13,4 da Sud ed Osole.

Il 58% dei soggetti presentava come problema primario la dipendenza da alcol, il 37% la dipendenza da cocaina, il 5% il gioco d'azzardo patologico.

In realtà come già accennato questa classificazione risulta sempre di più artificiosa: oltre il 40% presentava problemi "misti" alcol-cocaina, e tale percentuale saliva al 72% considerando solo i soggetti sotto i 40 anni.

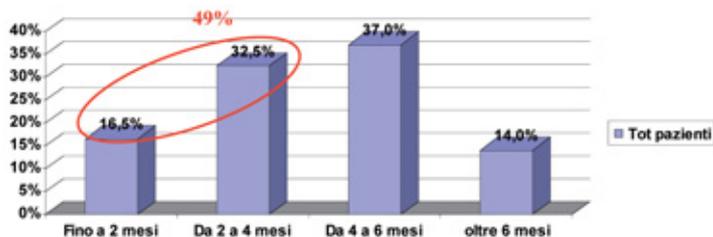
Fig. 2 - Sostanza "primaria" ed alcol/cocaina



Quasi la metà dei pazienti (49%) ha concluso il percorso residenziale entro 4 mesi, l'86% entro sei mesi (Fig. 3): si tratta di una durata assai breve se raffrontata con quella delle comunità "tradizionali".

Se si considerano solo i soggetti con dipendenza da cocaina, il 68% conclude entro tre mesi.

Fig. 3 - Durata programma



## Risultati

Nella Tab. 5 sono indicati i risultati delle interviste sulla base della dichiarazione di uso di alcol e/o cocaina: con "violazione astinenza" si intende la assunzione di sostanze 1-3 volte al mese nel periodo considerato, mentre con "ricaduta" si intendono assunzioni più frequenti o perdita di controllo completa.

Tab. 5 - Frequenza dell'assunzione di alcol/cocaina: violazione dell'astinenza e ricaduta

	6 mesi	12 mesi	18 mesi	Tot.
	105	54	41	200
Mai	66 (62%)	33 (61%)	30 (73%)	129 (64%)
Violazione astinenza	19 (18,5%)	10 (18,5%)	2 (4%)	31 (15,5%)
Ricaduta completa	20 (19,5%)	11 (20,5%)	9 (21%)	40 (20,5%)

## Fattori correlati alla assunzione di sostanze

Sono emerse delle differenze significative tra chi ha assunto e non assunto alcol/cocaina per quanto riguarda le risposte al **MAC2-A**: chi ha assunto è maggiormente scontento e preoccupato rispetto alla propria situazione col bere (3,97 con  $p < ,05$ ), chi ha assunto dichiara maggior craving ( $p < ,05$ ).

Chi non ha assunto riferisce di essere più fiducioso di riuscire a non usare ( $p < ,05$ ), di sentire la propria astinenza più stabile e

sicura ( $p < ,05$ ) e di essere maggiormente deciso a non usare ( $p < ,05$ ).

Le persone che hanno assunto sostanze riferiscono una **condizione fisica** peggiore rispetto a chi non assume ( $p < ,05$ ).

Sempre dal confronto tra le medie dei due gruppi di persone è emerso che le persone che hanno assunto sostanze riferiscono una minore frequenza all'item 8 della scala **MSPSS** "posso parlare dei miei problemi con la mia famiglia" ( $p < ,05$ ), all'item 11 "La mia famiglia desidera aiutarmi a prendere le decisioni" ( $p < 0.01$ ) all'item 6 "I miei amici realmente provano ad aiutarmi" ( $p < 0.05$ ), all'item 7 "Posso contare sui miei amici quando le cose vanno storte" ( $p < 0.01$ ), all'item 9 "Ho amici coi quali posso condividere gioie e dolori" ( $p < 0.05$ ).

Correlando le variabili di background e di percorso è risultata una correlazione negativa significativa tra la frequenza di assunzione di alcol e/o cocaina e la **durata del percorso** ( $p < 0.05$ ), ovvero all'aumentare della durata del percorso diminuisce la frequenza di assunzione, questa correlazione al passare del tempo, a 12 e a 18 mesi non risulta più significativa.

Nella Tab. 6 sono riassunte le correlazioni significative.

Tab. 6 - Correlazioni significative

### Benessere generale

- Buona condizione fisica e astinenza

### Supporto sociale percepito

- Famiglia/astinenza
- Amici/astinenza

### MAC

- Deciso a non usare/astinenza
- Fiducioso di non usare/astinenza
- Astinenza stabile/astinenza
- Craving/ricaduta
- Preoccupazione usare/ricaduta

## Discussione dei risultati del follow up

Le dichiarazioni di astinenza/ricaduta appaiono a nostro parere sufficientemente realistiche, perché nell'ordine di grandezza riportato in letteratura (Shuckit M.A., Tapert S., 2006), e fortemente correlate ad indicatori indiretti (supporto sociale, benessere personale, autoefficacia).

Infatti i soggetti che dichiarano un qualunque contatto con alcol/cocaina sono il 36%, cui va sommato i 14 (6,6%) soggetti non valutabili (e quindi prudenzialmente ascrivibili alla categoria dei ricaduti); mentre una "ricaduta completa" è dichiarata dal 20,5%.

A partire dal classico lavoro di Marlatt e Gordon (1985) si è diffusa la tendenza a distinguere tra la situazione di "scivolone" (slip) e di ricaduta completa ("full relapse").

Tale distinzione deriva dalla osservazione che non tutti gli scivoloni esitano nella ricaduta e nella perdita di controllo: è possibile intervenire per interrompere la ricaduta e per gestire il craving ad essa collegato.

L'obiettivo del programma di Villa Soranzo è la astensione completa dalle sostanze psicoattive, attraverso un programma di prevenzione della ricaduta: i pazienti imparano a individuare e gestire le situazioni ad alto rischio, sia di tipo ambientale che emotive, ed il craving.

Le ricadute avvengono principalmente nei primi sei mesi dalla dimissione, mentre col tempo la astinenza sembra stabilizzarsi; le violazioni dell'astinenza diminuiscono a 18 mesi.

I nostri dati sembrano confermare quanto riportato in letteratura: il maggior rischio di ricaduta si concentra nei primi mesi dopo la dimissione, mentre in seguito la situazione sembra stabilizzarsi. Anche le violazioni dell'astinenza tendono a diminuire nel tempo, probabilmente nel senso che o esitano nella ricaduta completa, o vengono recuperate con l'astinenza.

Alcune delle situazioni correlate alla astinenza/ricaduta (Tab. 5) appaiono ovvie, e ben documentate in letteratura, quali la condizione di benessere generale e la presenza di una rete sociale e familiare sentita come supportava (Movalli, 2003).

È interessante rilevare la correlazione tra ricaduta e craving: viene sottolineata l'esistenza di un continuum tra gestione del craving e controllo emotivo, e tra questi e capacità di mantenere l'astinenza.

Queste osservazioni sono in linea con i presupposti teorici e la pratica clinica del programma terapeutico.

Alcuni studi indicano una correlazione tra durata del programma residenziale ed esito, nel senso di una maggiore efficacia dei programmi lunghi (Gerstein, 2006).

Nel nostro caso questo rilievo è significativo nel follow up a sei mesi, mentre non viene rilevato nelle valutazioni a tempi maggiori.

La durata del programma a Villa Soranzo non è standardizzata, ma viene concordata col paziente e con la struttura inviante sulla base degli obiettivi del programma stesso e delle situazioni personali. La durata del programma residenziale sembra essere influenzata da diversi fattori: la gravità clinica (soggetti più gravi, quali i pazienti di tipo II, tendono a restare più a lungo), la estrazione sociale (pazienti con situazioni lavorative professionali o manageriali tendono a programmi più brevi), l'età (soggetti più giovani tendono a periodi brevi), la sostanza primaria (i cocainomani tendono a restare meno), la modalità di invio (soggetti inviati da Ser.T. tendono a restare più a lungo).

Queste osservazioni, pur non chiarendo il problema della durata ideale del programma residenziale, ci danno in quadro di una situazione fortemente "centrata sul cliente", in cui è possibile realizzare una stretta collaborazione tra servizi e comunità.

## Conclusione

La relazione tra cocaina ed alcol va oltre la semplice associazione in un quadro di poliabuso, modificando le azioni neurobiologiche, il quadro clinico e l'impostazione del trattamento, tanto da far parlare di "terza dipendenza".

In molti pazienti infatti tra le due sostanze si instaura un circuito di automantenimento la cui interruzione può essere vincente ai fini del trattamento.

Spesso il paziente che si trova in questa situazione non è consapevole del ruolo dell'alcol nella ricaduta, e quindi non è motivato ad interromperne completamente.

È dunque assai importante che in tutti i soggetti che presentano come problema primario l'alcolismo o il cocainismo si indaghi anche sull'altra e che si agisca nella direzione dell'astinenza da **entrambe** le sostanze.

In queste situazioni l'attuazione di una strategia di prevenzione della ricaduta richiede il riconoscimento del ruolo dell'alcol come situazione ad alto rischio, e quindi la individuazione di opportuni interventi farmacologici e non farmacologici finalizzati a gestire il craving ed ottenere l'astinenza.

L'esperienza di **Villa Soranzo** ha consentito di mettere a punto un modello utile in particolare per pazienti di tipo I di Cloninger, in cui la comunità breve riveste un ruolo di diagnosi e di acquisizione di strumenti per gestire l'uso di sostanze e le situazioni correlate da mettere in gioco nell'aftercare: una "palestra" in cui esercitarsi in vista della vita reale.

Vengono presentati i risultati di uno studio di follow up su 200 pazienti di Villa Soranzo.

Il 64% del campione dichiara una situazione di astinenza.

Tale dato, che è dell'ordine di grandezza indicato dalla letteratura per questo tipo di pazienti, si correla significativamente col benessere personale, il supporto familiare ad amicale, la autoefficacia rispetto all'uso di sostanze, il craving.

## Bibliografia

- Anton R.F., O'Malley S.S., Ciraulo D.A. et al., "Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial", *JAMA*, 295, 2003-2017, 2006.
- Baker J.R., Jatlow P., McCance-Katz E.F., "Disulfiram effects on response to intravenous cocaine administration", *Drug Alcohol Depend*, 87(2-3), 2002-9, 2007.
- Booth P.G., "Treatment setting and treatment outcome in alcohol dependency: residential and day-care options compared", *Health and Social Care in the Community*, 1997.
- Bottlender M., Soyka M., "Impact of carving on alcohol relapse during, and 12 months following, outpatient treatment", *Alcohol Alcohol*, 39, 4, 357-61, 2004.
- Carroll K.M., *Il trattamento della dipendenza da cocaina*, NIDA. Trad. it. A. Consoli (a cura di), Torino, Centro Scientifico Ed., 2001.
- Carroll K.M., Fenton L.R., Ball S.A., Nich C., Frankforter T.L., Shi J., Rounsaville B.J., "Efficacy of disulfiram and cognitive behavior therapy in cocaine dependent outpatients: a randomized placebo-controlled trial", *Arch Gen Psychiatry*, 61(3), 264-72, 2004.
- Cerizza G., Cibin M., Hinnenthal I., Ranalletti M.P., Dondi E., Vittadini G., "La Residenzialità Riabilitativa Alcolologica come opportunità terapeutica", *Mission, Clinica dell'alcolismo*, VII, 27, 27-31, 2008.
- Cibin M., Addolorato G., Hinnenthal I., Manzato E., Mosti A., Nava F., Zavan V., "Il craving nella dipendenza da alcol: fisiopatologia, diagnosi e trattamento", *Mission*, 26, 2008.
- Cibin M., Hinnenthal I., Levarta E., Manera E., Nardo M., Zavan V., "Prevenzione della ricaduta, motivazione al cambiamento, eventi vitali e sofferenza psichica", *Boll. Farmacodipendenze Alcolismo*, 24, 1, 9, 2001.
- Cibin M., Hinnenthal I., Lugato E., "I programmi residenziali brevi", *Medicina delle Tossicodipendenze*, 65, 39-46, dic. 2009.
- Cloninger C.R., Bohmann M., Sigvardsson S., "Inheritance of alcohol abuse, Cross-fostering analysis of adopted men", *Arch. Gen Psychiatry*, 38: 861-868, 1981.
- Cloninger C.R., "Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism", *Science*, 236, 410-416, 1987.
- Gerstein D.R., "Ricerca dei risultati: Abuso di droga", in *Trattamento dei Disturbi da uso di Sostanze*, seconda edizione, M. Galanter, H.D. Kleber eds., Masson, Milano, 2006.
- Gilmore K.M., *Hazelden Primary Residential treatment program: Profile and patient outcome*, center City, MN, Hazelden, 1985.
- Greenwood G.L., Woods W.J., Gudyish J., Bein E., "Relapse outcomes in a randomized trial of residential and day drug abuse treatment", *J subst abuse treat*, 20, 1, 15-23, 2001.
- Greenfield S.F., Hennessy G. (2006), "Valutazione del paziente", in *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze. Manuale dell'American Psychiatric Publishing*. Seconda Edizione a cura di: Galanter M., Kleber H.D., Milano, Masson, 101-118.
- Johnson J.E., Finney J.W., Moos R.H., "End-of-treatment outcomes in cognitive-behavioral treatment and 12 step substance use treatment

- programs: do they differ and do they predict 1 year outcomes?", *J Subst Abuse Treat*, 2006.
- Harrison P.A., Asche S., "Comparison of substance abuse treatment outcomes for Inpatients and outpatients", *J Subst Abuse Treat*, 1999.
- Hinnenthal I., Laki Z., Ardisson G., "Psicotraumatologia e neuroplasticità. Presupposti teorici per la gestione clinica nel trattamento residenziale di alcolisti con poliabuso", in *Buone pratiche e procedure terapeutiche nella gestione del paziente alcolista*, Alfio Lucchini, Felice Nava, Ezio Manzato eds., FrancoAngeli, Milano, 2008.
- Hinnenthal I., Manera E., Gallo S., Cibin M., "Trattamento residenziale: un approccio emotivo e cognitivo-comportamentale", in *Cocaina, Manuale di aggiornamento tecnico scientifico*, Progetto START del dipartimento nazionale per le politiche antidroga, Vago di Lagno (VR), La Grafica, pp. 385-398, 2006.
- Leggio L., Addolorato G., "Serotonin transport (Ser.T.) brain density and neurobiological cloninger subtypes model: a lesson by human autoradiography studies", *Alcohol and Alcoholism*, 43, 2, 148-150, 2008.
- Leggio L., Kenna G.A., Fenton M., Bonenfant E., Swift R.M., "Typologies of alcohol dependence. From Jellinek to genetics and beyond", *Neuropsychol Rev*, 19(1), 115-29, 2009.
- Linehan M., Bohus M., Lynch T.R., "Dialectical behaviour therapy for pervasive emotions dysregulation", in Gross J.J., *Handbook of emotions regulation*, Guilford Press, 2007.
- Marlatt G.A., Barrell K., "La prevenzione delle ricadute", in Galanter M., Kleber H.D., *Trattamento da uso di sostanze*, Masson, 1998.
- McKay e coll., "Evaluation of full vs partial continuum of care in the treatment of publicly founded substance abusers in washington state", *Am J Drug Alcohol Abuse*, 2002.
- Marlatt G.A., Gordon J.R., *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of Addictive Behaviors*, Guilford, New York, 1985.
- Movalli M., "L'outcome nei trattamenti dell'alcolismo: la ricerca sui fattori predittivi", in *La valutazione nel trattamento delle dipendenze*, A. Focchi, F. Madeddu, C. Maffei Eds., FrancoAngeli, Milano, 2003.
- Nava F., Vendramin A., Manzato E., Cibin M., Lucchini A., "New Frontiers in Alcoholism and Addiction Treatment", *Recent Patents on CNS Drug Discovery*, 5, 81-94, 2010.
- Pani P.P., Trogu E., Vacca R. et al., "Disulfiram for Frontiers in Alcoholism and Addiction Treatment, the treatment of cocaine dependence", *Cochrane database Syst Rev*, 20(1), 2010.
- Pettinati H.M., Kampman K.M., Lynch K.G. et al., "A double blind, placebo-controlled trial that combines disulfiram and naltrexone for treating co-occurring cocaine and alcohol dependence", *Addict behav*, 33(5), 651-67, 2007.
- Schmidt P., Küfner H., Löhnert B., Kolb W., Zemlin U., Soyka M., "Efficiency of outpatient and inpatient alcohol treatment - predictors of outcome", *Fortschr Neurol Psychiatr*, Aug, 77(8), 2009.
- Shuckit M.A., Tapert S., "Alcol", in *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*, Marc Galanter, Herbert D. Kleber Eds., Masson, Milano, 2006.
- Spiller V., Zavan V., Guelfi G.P. "Assessing motivation for change in subjects with alcohol problems: the MAC2-A questionnaire", *Alcohol Alcohol*, 41(6), 616-23, 2006.
- Weithmann M., Hoffman M., "A randomised clinical trial of in-patient versus combined day hospital treatment of alcoholism: primary and secondary outcome measures", *Eur Addict Res*, 2005.
- Zimet G.D., Powell S.S., Farley G.K., Werkman S., Berkoff K.A., "Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support", *J Pers Assess*, 55(3-4), 610-7, 1990.

## RECENSIONE



Vincenzo Caretti, Daniele La Barbera  
(a cura di)

**ADDICTION**  
Aspetti biologici e di ricerca

pp. 196, € 26,00  
Collana: Psichiatria Psicoterapia  
Neuroscienze  
Raffaello Cortina

Quella delle dipendenze patologiche è oggi una delle più importanti aree di ricerca, sviluppatasi rapidamente via via che le richieste di intervento e aiuto clinico hanno reso necessaria una più efficace competenza su patologie emergenti, tutte legate a fenomeni di addiction.

Obiettivo del volume è offrire le più recenti acquisizioni nel campo delle dipendenze patologiche, derivate dalla conoscenza clinica e dalla ricerca sperimentale, per essere d'aiuto nell'ambito sia della riflessione teorica sia del lavoro clinico.

Vincenzo Caretti, psicologo clinico e psicoanalista, insegna Psicopatologia dello sviluppo all'Università di Palermo.

Daniele La Barbera, psichiatra e psicoanalista, insegna Psichiatria all'Università di Palermo.

I curatori del volume sono membri del Comitato Scientifico Nazionale FeDerSerD.

# L'N-Acetilcisteina come possibile farmaco anticraving nel trattamento della dipendenza da cocaina: un'esperienza su 8 casi

Tommaso Vannucchi\*, Patrizia Gai\*, Sonia Garcia\*, Antonella Manfredi\*\*

## SUMMARY

■ *Preclinical studies implicate N-Acetylcysteine (NAC) as a potential medication for preventing relapse to cocaine use. Eight cocaine-dependent patients (DSM-IV TR) received NAC at dose of 2400 mg/day for 8 weeks; at the end of the study seven patients reduced completely the use of cocaine. NAC was well tolerated and may reduce cocaine craving.* ■

**Keywords:** *N-acetylcysteine, cocaine, glutamate.*

**Parole chiave:** *N-acetilcisteina, cocaina, glutammato.*

## Introduzione

In Italia il consumo frequente di cocaina è riferito da una persona ogni mille residenti tra i 15 ed i 64 anni, a fronte di una modesta percentuale di utilizzatori frequenti si osserva tuttavia una prevalenza 7 volte superiore di coloro che pur non consumando ogni giorno hanno fatto uso della sostanza nel corso dei 30 giorni precedenti l'intervista (Relazione sullo stato delle tossicodipendenze annuale al Parlamento anno 2007); l'abuso di cocaina si associa spesso a seri problemi psichici, sociali e fisici comportando gravi complicazioni vascolari (1), disturbi dell'umore, psicotici e ideazione suicidaria (2).

A differenza di altre dipendenze in cui sono disponibili soluzioni terapeutiche (es.: naltrexone nell'eroinodipendenza o il disulfiram nell'alcolodipendenza) al momento nessun farmaco registrato all'EMA risulta utile per la cocainodipendenza, vari trattamenti farmacologici sono stati sperimentati con risultati discordanti: Disulfiram (3), Baclofen (4), Topiramato (5), Modafinil (6). Studi preclinici (7) hanno evidenziato bassi livelli di glutammato a livello del *nucleo accumbens* dopo uso cronico di cocaina, i livelli di glutammato si innalzano bruscamente dopo somministrazione acuta di cocaina inducendo un comportamento "Drug-seeking" per la cocaina.

L'amminoacido cisteina sembra aumentare i livelli di glutammato a livello del *nucleo accumbens*, con un meccanismo di scambio, riducendo marcatamente il comportamento "Drug-seeking" dopo somministrazione di cocaina.

L'N-Acetilcisteina (NAC) è un profarmaco della cisteina le cui indicazioni sono patologie polmonari ed avvelenamento da paracetamolo, alcuni studi hanno evidenziato la sua utilità in alcuni disturbi psichici quali il trattamento della demenza (8) e dei sintomi depressivi del Disturbo Bipolare (9).

In base ai dati di precedenti esperienze riportate in letteratura (10-11) abbiamo voluto verificare l'efficacia e la tollerabilità della NAC nel trattamento della Dipendenza da Cocaina.

## Metodo

Lo studio è stato effettuato in aperto, sono stati arruolati 8 pazienti maschi (razza caucasica, età  $32 \pm 6$  aa) con diagnosi di Dipendenza da Cocaina (DSM-IV TR), già in trattamento con psicoterapia cognitivo comportamentale e precedentemente sottoposti a varie terapie farmacologiche anticraving con scarsi risultati (antidepressivi, antipsicotici atipici, baclofen, dopaminoagonisti); ottenuto il consenso informato al trattamento, i pazienti sono stati sottoposti al prelievo di esami ematici di routine ed a un ECG.

Criteri di esclusione sono stati: importanti patologie organiche, psichiatriche assunzione di altre droghe e l'assunzione di farmaci psicotropi (ansiolitici, antidepressivi, antipsicotici, stabilizzanti dell'umore).

I pazienti sono stati trattati con 2400 mg/die sottoforma di compresse effervescenti (1200 mg al mattino + 1200 mg alla sera) per 8 settimane sottoponendosi a visita medica settimanale (in cui venivano rilevati eventuali disturbi ansiosi, dell'umore, del sonno, astenia e il craving per la sostanza) e continuando le sedute di psicoterapia ogni 7 giorni.

Il consumo di cocaina è stato valutato mediante ricerca nelle urine di cataboliti della cocaina con due prelievi alla settimana, la valutazione del craving per la sostanza è stata misurata settimanalmente mediante una Scala Analogica Visiva (VAS).

## Risultati

Il drop-out è stato di 1 paziente durante la prima settimana per rifiuto a proseguire il trattamento a causa di gastralgia e nausea,

\* Dirigente Medico U.F. Farmacotossicodipendenze Az. USL 4 Prato.

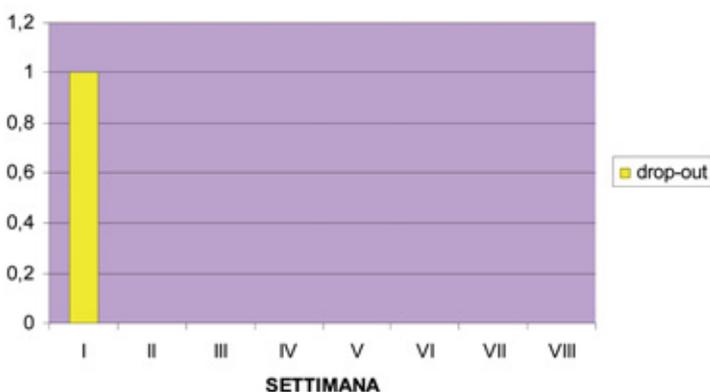
\*\* Direttore F.F. U.F. Farmacotossicodipendenze Az. USL 4 Prato.

il resto dei casi hanno portato a termine lo studio senza manifestare effetti collaterali degni di nota (Tab. 1).

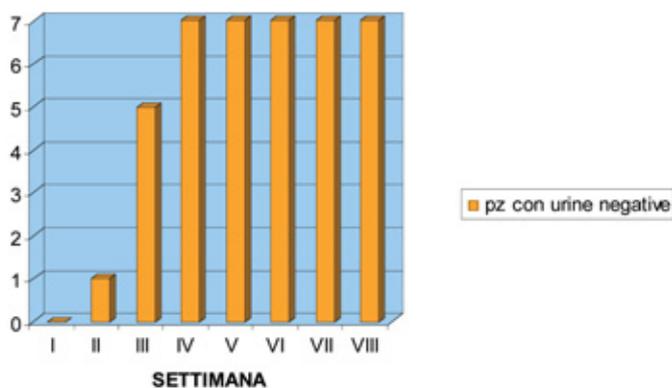
Alla settimana III, 5 pazienti hanno presentato l'assenza di cataboliti della cocaina nelle urine in entrambi i prelievi settimanali, dalla IV alla VIII settimana 7 pazienti presentavano negatività nei prelievi urinari (Tab. 2).

Dalla II settimana in poi, alla visita settimanale, non si sono rilevati disturbi d'ansia, del sonno o dell'umore; alla valutazione del craving mediante la VAS è stata osservata una riduzione di almeno del 50% a partire dalla II settimana in un paziente ma nella maggioranza dei casi si è resa più evidente nella III settimana che è andata a completarsi alla IV settimana di trattamento e mantenuta fino al completamento dello studio (Tab. 3).

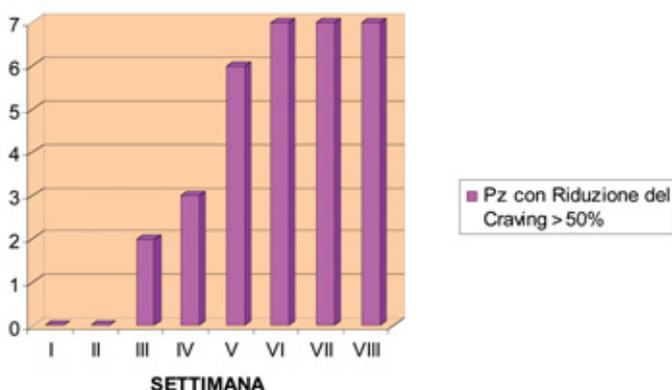
Tab. 1



Tab. 2



Tab. 3



## Conclusioni

Studi preclinici hanno dimostrato che nella cocainodipendenza i comportamenti legati alla ricerca della cocaina sono conseguenza di basse concentrazioni di glutammato a livello del *Nucleo Accumbens*, tali livelli di glutammato si innalzano bruscamente dopo somministrazione della sostanza innescando un meccanismo di ricerca della droga, l'aminoacido Cisteina è in grado di innalzare le concentrazioni di glutammato, scambiandosi con esso, a livello del *Nucleo Accumbens*, portando ad una diminuzione di "drug-seeking" indotta dalla somministrazione di cocaina (7).

Il profarmaco N-Acetil-Cisteina ha una buona biodisponibilità è deacetilato nel fegato in cisteina ed ha dimostrato di avere proprietà neuroprotettive in vari modelli sperimentali (12-14), la NAC sembra fornire alcuni benefici nel trattamento della schizofrenia e dei maggiori disturbi affettivi (15-16) normalizzando i livelli di glutazione alterati in questi disturbi psichiatrici influenzando l'ipofunzionalità glutammatergica (17) e contrastando la neurotossicità da iperfunzionalità dopaminergica (18).

Sulla base di precedenti studi (10-11) riportati in letteratura, lo scopo di questo lavoro è stato quello di verificare l'efficacia e la tollerabilità della NAC in pazienti affetti da Dipendenza da Cocaina secondo il DSM-IV TR, la tipologia dello studio in aperto e la mancanza di confronto verso placebo, il campione di piccole dimensioni, indubbiamente pongono dei limiti a questo studio ma da quanto è emerso nella nostra esperienza i dati sembrano confermare la NAC come un farmaco ben tollerato e di una possibile utilità nel trattamento anticraving per la Dipendenza da Cocaina come riportato da altri autori (10).

## Bibliografia

1. Cregler L.L., Mark H., "Medical complications of cocaine abuse", *N Engl J Med*, 315, 1495-500, 1986.
2. Garlow S.J., Purselle D., Heninger N., "Ethnic differences in patterns of suicide across the life cycle", *Am J Psychiatry*, 162, 319-23, 2005.
3. Caroll K.M., Nich C., Ball S.A., McCance E., Rounsavile B.J., "Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram", *Addiction*, 93, 713-27, 1998.
4. Shoptaw S., Yang X., Rotheram-Fuller E.J., Hsieh Y.C., Kintaudi P.C., Charuvastra V.C. et al., "Randomized placebo-controlled trial of baclofen for cocaine dependence: preliminary effects for individuals with chronic patterns of cocaine use", *J Clin Psychiatry*, 64, 1440-8, 2003.
5. Kampman K.M., Pettinati H., Lynch K.G., Dackis C., Sparkman T., Weigley C. et al., "A pilot trial of topiramate for the treatment of cocaine dependence", *Drug Alcohol Depend*, 75, 233-40, 2004.
6. Dackis C.A., Kampman K.M., Lynch K.G., Pettinati H.M., O'Brien C.P., "A doubleblind, placebo-controlled trial of modafinil for cocaine dependence", *Neuropsychopharmacology*, 30, 205-11, 2005.
7. Baker D.A., McFarland K., Lake R.W., Shen H., Toda S., Kalivas P.W., "N-acetyl cysteine-induced blockade of cocaine-induced reinstatement", *Ann N Y Acad Sci*, Nov, 1003, 349-51, 2003.
8. Adair J.C., Knoefel J.E., "Morgan. Controlled trial of N-acetylcysteine for patients with probable Alzheimer's disease", *Neurology*, 57, 1515-1517, 2001 [PubMed: 11673605].
9. Michael Berk e coll., "N-Acetyl Cysteine for Depressive Symptoms in Bipolar Disorder - A Double-Blind Randomized Placebo-Controlled Trial", *Biol Psychiatry*, 64, 468-475, 2008.
10. Pascale N. Mardikiana, Steven D. LaRowea, Sarra Heddenb, Peter W. Kalivasc and Robert J. Malcolm, "An open-label trial of N-acetylcysteine for the treatment of cocaine dependence: a pilot

- study". *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, Volume 31, Issue 2, 30 March, 389-394, 2007.
11. LaRowe S.D., Mardikian P., Malcolm R., Myrick H., Kalivas P., McFarland K. *et al.*, "Safety and tolerability of N-acetylcysteine in cocaine-dependent individuals", *Am J Addict*, 15, 105-10, 2006.
  12. Rothstein J.D., Bristol L.A., Hosler B., Brown R.H. Jr, Kuncel R.W., "Chronic inhibition of superoxide dismutase produces apoptotic death of spinal neurons", *Proc Natl Acad Sci USA*, 91, 4155- 4159, 1994.
  13. Koppal T., Drake J., Butterfield D.A., "In vivo modulation of rodent glutathione and its role in peroxynitrite-induced neocortical synaptosomal membrane protein damage", *Biochimica et Biophysica Acta*, 1453, 407-411, 1999.
  14. Andreassen O.A., Dedeoglu A., Klivenyi P., Beal M.F., Bush AI, "N-acetyl-L-cysteine improves survival and preserves motor performance in an animal model of familial amyotrophic lateral sclerosis", *Neuroreport*, 11, 2491-2493, 2000.
  15. Altschule M.D., Goncz R.M., Henneman D.H., Holliday P.D., Carbohydrate metabolism in brain disease. VII. The effect of glutathione on carbohydrate intermediary metabolism in schizophrenic and manic-depressive psychoses", *AMA Arch Intern Med*, 99, 22-27, 1957.
  16. Ozcan M.E., Gulec M., Ozerol E., Polat R., Akyol O., "Antioxidant enzyme activities and oxidative stress in affective disorders", *Int Clin Psychopharmacol*, 19, 89-95, 2004.
  17. Steullet P., Neijt H.C., Cuenod M., Do K.Q., "Synaptic plasticity impairment and hypofunction of NMDA receptors induced by glutathione deficit: Relevance to schizophrenia", *Neuroscience*, 137, 807-819, 2006.
  18. Munoz A.M., Rey P., Soto-Otero R., Guerra M.J., Labandeira-Garcia J.L., "Systemic administration of N-acetylcysteine protects dopaminergic neurons against 6-hydroxydopamine-induced degeneration", *J Neurosci Res*, 76, 551-562, 2004.

## NOTIZIE IN BREVE

### Corsi di formazione sulle tossicodipendenze rivolti ai Medici di Medicina Generale, agli operatori del servizio pubblico e del privato sociale

Proseguono con grande successo i corsi previsti dal progetto nazionale "Nuove Droghe: medici di famiglia, operatori di Ser.T. e operatori di comunità, un network nazionale di prevenzione e aggiornamento" finanziato dal Ministero della Salute e attuato tramite l'Istituto Superiore di Sanità.

Ormai per quasi tutte le Regioni italiane sono stati organizzati i Corsi, o all'ISS a Roma o in sedi regionali.

Un momento alto di confronto tra soggetti essenziali per sviluppare un sistema maturo di intervento orientato alle esigenze dei pazienti con problemi di dipendenza.

Nelle due giornate di ogni corso vengono affrontati aspetti legislativi, epidemiologici, e del sistema di raccolta del dato in Italia.

Enfasi è dedicata al tema delle reti territoriali dei MMG, del privato sociale e dei Ser.D., con attenzione sia alla analisi dei consumatori, sia all'accesso ai servizi, alla diagnosi e alla presa in carico.

Ogni attore illustra le sue competenze e ampio spazio è dedicato al dibattito e al lavoro di gruppo.

Ovviamente si parla di trattamenti, di linee guida, di protocolli. Ed è proprio con l'esame di un protocollo di collaborazione per la presa in carico, la diagnosi e i percorsi di trattamento che questa consensus esprime la sua potenzialità operativa.

La partnership scientifica ed operativa nel progetto tra SIMG, FeDerSerD, CNCA e FICT siamo certi permetterà di concludere nel prossimo autunno questa esperienza con un ritorno utile alla programmazione decentrata e alla operatività di rete.

# Modelli psicoterapici nel trattamento del disturbo da dipendenza alcolica

Lucia Coco\*

## SUMMARY

■ *The aim of this paper is to sketch out the main way of thinking about alcoholic addiction in the best-known psychical theory and in their resulting operational models.*

*About we need to remark that many studies were performed aiming at outlining alcoholic or pre-alcoholic personality. Many attempts were made in order to classify alcoholics by typology so as to have an etiological hypothesis and to contribute to alcoholism therapy.*

*Nevertheless, in spite of a wide range of published material, at the state of the art there aren't yet final evidences.* ■

**Keywords:** *pattern of psychotherapy, alcoholic's classification, psychoanalytic, cognitive, behavioural, motivational, transactional-analitic, integrated approach.*

**Parole chiave:** *modello psicoterapico, classificazione alcolisti, approccio psicodinamico, cognitivo, comportamentale, motivazionale, analitico-transazionale, integrato.*

## Il problema delle evidenze di efficacia

Un problema da considerare prima di entrare nel merito della descrizione dei vari modelli è quello relativo alle evidenze di efficacia.

Il Project Match (Miller W.R., Wilbourne P.L., "Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatment for alcohol use disorders", *Addiction*, 97, 2002) ha messo a confronto la Cognitive Behavioural Coping skills Therapy, la Motivational-Enhancement Therapy e la Twelve Steps Facilitation Therapy rilevando che non vi sono differenze sostanziali tra i tre approcci e che si verifica un miglioramento per tutte le terapie proposte ad un anno dalla fine del trattamento.

Solo la gravità psicopatologica è fattore prognostico infausto.

Il Project Match ha inoltre rilevato che tra gli ospedalizzati coloro che avevano una dipendenza più grave avevano migliori risultati con la TSF che con la CBT. Negli ambulatoriali, invece, la MET era il più efficace trattamento, persistente a 1 e 3 anni, per coloro che avevano i maggiori livelli di rabbia e irritabilità.

La TSF poi era particolarmente efficace e il coinvolgimento in AA maggiore in coloro con un contesto sociale supportivo.

Nei primi nove mesi dopo il trattamento coloro che avevano più bassi livelli di psicopatologia erano più astinenti con la TSF che con la CBT.

Tale risultato non si manteneva ad un anno.

Il Project Match ha inoltre rilevato che la preparazione all'invio al gruppo 12 passi come programma strutturato si è dimostrato efficace quanto altri approcci (MET,BC) nell'ottenere giorni di astinenza e diminuzione di giorni di bevute, ha anche un maggiore risultato sui 12 mesi in termini di astinenza assoluta.

Anche l'UKATT (UK Alcohol Treatment trial) ha messo a confronto la MET e la Social Behaviour and Network Therapy (SBNT) non rilevando nessuna differenza significativa tra i due tipi di trattamento per:

1. consumo di alcol;
2. dipendenza;
3. problemi a 3 e 12 mesi.

Il Match ha dimostrato che la rosa dei trattamenti a piè di lista per inefficacia o mancanza di prove è la seguente:

- approcci confrontazionali o centrati sull'insight (tra cui rientrano molti tipi di psicoterapie, in primis l'orientamento psicodinamico);
- approcci di sostegno generico (da cui la riflessione di una formazione specifica in alcologia per gli operatori psicosociali che fanno colloqui di sostegno).

Al contrario la rosa dei trattamenti con maggiori evidenze di efficacia è costituita da:

- l'intervento breve;
- le terapie cognitivo-comportamentali;
- l'approccio motivazionale.

## L'approccio psicodinamico

La psicoanalisi si è occupata sin dall'inizio del secolo del problema alcol all'interno di quello più ampio della dipendenza da sostanze.

Numerosi autori tra cui Freud, Ferenczi, Fenichel, Abraham hanno contribuito all'evolversi del pensiero psicoanalitico sulla "personalità" dell'alcolista e a tale proposito è interessante la rassegna di Rosenfeld sull'argomento (Rosenfeld, 1973).

Evidenziamo solo alcuni aspetti qui di seguito.

\* Dirigente Psicologo Unità Alcologia, ASL 4 Terni.

Scrive Tausk, di orientamento psicodinamico: "L'abuso di alcol ha due scopi: innanzitutto quello di offrire lo stordimento necessario per dimenticare una realtà penosa e, in secondo luogo, quello di realizzare un'alternativa di piacere..."

Secondo la teoria psicoanalitica classica l'interpretazione dell'alcolismo poggia sui seguenti punti fondamentali:

a) *Predisposizione erogena labile.*

Il bambino vive la fase orale in assenza di grosse frustrazioni e tende ad indulgere in attività che non vengono repressate, si ha un notevole soddisfacimento nelle attività riguardanti la regione labile.

b) *Struttura narcisistica.*

In alcuni alcolisti primari si è individuato un particolare tipo di struttura dinamica narcisistica.

In questi soggetti sarebbe venuto a mancare nelle prime fasi evolutive il sostegno parentale, soprattutto materno, che consente il formarsi di una solida sicurezza di base.

Pertanto vi sarà una continua ricerca di sicurezza e di affetto avente come sfondo uno stato di malessere vitale.

Quando vicissitudini esistenziali occorrono in una personalità di questo tipo assumeranno il valore di traumi importanti e ansia e depressione ne saranno la conseguenza.

c) *Rapporto con la masturbazione.*

In quanto attività sessuale autoerotica la masturbazione riprodurrebbe analogicamente la condizione di narcisismo e di negazione oggettuale che si trova nell'alcolista.

d) *Rapporto con la depressione e la mania.*

Glover considera l'alcolismo e le tossicodipendenze come "stati di transizione" e cioè forme psicopatologiche con caratteri intermedi dal punto di vista genetico e sintomatico tra nevrosi e psicosi.

Lo stato di ebbrezza alcolica riproduce, secondo Freud, una condizione simile alla mania.

Si realizza, cioè, mediante l'effetto tossico, una sospensione delle energie implicate nei processi di rimozione.

e) *Rapporto con l'omosessualità e la paranoia.*

L'alcolismo e la paranoia costituirebbero, secondo la teoria psicoanalitica, delle difese di fronte all'emergere di pulsioni omosessuali inconsce rimosse.

Accade con una certa frequenza che, dopo aver subito una delusione a causa di una donna, l'uomo sia trascinato dall'alcol; il che significa, in genere che egli ricorre all'osteria e alla compagnia degli uomini perché essi sono in grado di assicurare quella soddisfazione sentimentale che, in casa, dalla propria donna gli è venuta a mancare.

I rapporti analogici e dinamici con la psicosi maniaco-depressiva vengono successivamente sviluppati da altri psicoanalisti e psichiatri che sono interessati al problema dell'alcolismo (Knight, Blum, Clark, Simmel, Kielholz).

Glover distingue l'alcolista di "tipo depressivo" da quello "paranoide".

Nel tipo depressivo prevalgono contenuti ipocondriaci, tendenza all'autodenigrazione, richieste di commiserazione, idee di suicidio.

Nel tipo paranoide sono presenti idee persecutorie che portano a comportamenti psicopatici e antisociali, idee di gelosia.

Molti psicanalisti ritengono che l'alcolismo rappresenti una sfida tormentata caratterizzata da dipendenza, immaturità, ansia, ostilità, depressione, compulsività e autosvalutazione.

Tali problematiche vengono considerate come emergenti tra l'inconscio e il Super io.

Le possibili cause psichiche dell'alcolismo per gli psicoanalisti si poggiano su varie teorie e sono:

- Fissazione o regressione alla fase orale con conseguenze narcisismo e la necessità di autoindulgenza.
- Fissazione o regressione alla fase anale con conseguente aggressività o ribellione.

- Fissazione alla fase fallica con conseguente sviluppo di un atteggiamento superficiale di competenza e di bonarietà che copre i sentimenti di bassa autostima, di rabbia e ribellione.
- Una fuga da impulsi omosessuali.
- Desideri incestuosi.
- Tendenze sadiche e conflitto edipico.
- Uno sforzo per raggiungere un compromesso tra nevrosi isterica e compulsivo ossessiva.
- Condotta autodistruttiva, una sorta di "suicidio cronico".
- Sentimenti di inadeguatezza, paura del fallimento e scarse relazioni sociali.
- Un'inconscia necessità di dominare, associata con sentimenti di solitudine e frustrazione.
- Eccessiva dipendenza che impedisce all'individuo il raggiungimento dell'indipendenza.
- Genitori eccessivamente severi che costituiscono modelli di ruolo per lo sviluppo di atteggiamenti autopunitivi che si esprimono con il bere eccessivo.

L'assunto principale è che se il conflitto potesse essere risolto la dipendenza chimica associata scomparirebbe spontaneamente.

In tale ottica appare interessante anche l'ipotesi di Zimberg (1985) che ritiene che negli alcolisti avvenga un conflitto tra bisogni di dipendenza che non trovano soddisfazione e alla cui base sta un sentimento di inadeguatezza e bisogni di controllo che spesso si esprimono per difesa attraverso sentimenti di grandiosità.

Zimberg ritiene, dunque, che l'alcol ha lo scopo di placare l'ansia e di permettere lo strutturarsi artificioso di un'immagine grandiosa di sé.

Infine citiamo vari autori (Bean-Bayog, 1986; Wallace, 1985 ecc.) che in quest'ultimo decennio hanno proposto un modello integrato di psicoterapia psicodinamica che prevede l'astensione della sostanza come prerequisito per iniziare una psicoterapia e questo contrariamente al più tradizionale punto di vista psicodinamico che considerava l'uso di alcol quale sintomo di una patologia sottostante cosicché solo agendo su quella sembrava possibile provocare l'abbandono dell'alcol.

### *L'approccio comportamentista e la teoria dell'apprendimento sociale*

La teoria comportamentista ritiene che l'alcolismo è la conseguenza di un comportamento appreso e che:

1. Le modalità del bere e l'atteggiamento verso queste sono trasmesse all'individuo attraverso alcuni modelli, per esempio la famiglia, i coetanei, i giornali.
2. L'alcol riduce la tensione e questo calo di tensione spinge sempre più verso l'abuso.  
Da questo punto di vista ogni nuova esperienza di calo di tensione ottenuta con l'uso di alcol rinforza questo schema mentale.  
L'alcol può però diminuire la tensione e lo stress a breve termine ma aumenta quella a lungo termine.  
Così l'alcol può diminuire l'ansia nel bevitore moderato, ma l'aumenta a livelli notevoli nel forte bevitore.
3. L'aspettativa che si ha riguardo all'alcol influenza la reazione nei suoi confronti.

Le nostre attese sono influenzate dalla situazione sociale in cui beviamo, dal modo in cui rispondiamo all'alcol e dalle reazioni sociali che derivano da queste risposte.

Il punto di vista cognitivo-comportamentale ha stimolato anche ricerche sul problema delle ricadute.

In un modello la tendenza verso le ricadute viene determinata:

1. dal grado per cui gli eventi ambientali sono sotto il suo controllo;
2. dal grado con cui il bevitore sente la mancanza d'aiuto ed è facilmente influenzato dagli altri;
3. dalla disponibilità di alcol nell'ambiente;
4. dai sentimenti di costrizione verso il comportamento alcolico;
5. dalla disponibilità di adeguate alternative al bere;
6. dalle attese individuali sia sull'effetto dell'alcol che sulla capacità di sostenere una determinata situazione.

### *L'approccio sistemico*

I fattori familiari sono importanti nella genesi della dipendenza dato che l'individuo non è mai solo ma piuttosto in relazione con altri che interagiscono con lui.

L'abuso di alcol può svilupparsi in una vita matrimoniale in uno o l'altro dei coniugi e può divenire il centro di conflitti, baratti, bugie, connivenze e aggressioni di vario genere, così come può essere il perno attorno a cui le emozioni, le preoccupazioni e le finanze di una famiglia ruotano e si consumano.

Così l'abuso alcolico potrebbe esprimere la psicopatologia di una famiglia altrimenti bloccata in un disagio che, pur presente, non sarebbe capace di comparire e che quindi combinerebbe guai in un modo più nascosto e pericoloso.

Nella coppia in cui l'etilista è un uomo la donna appare aggressiva, severa e intollerante se lui è in fase astemia.

Se invece ha bevuto ed è aggressivo attacca la donna che ora si trova in posizione passiva, tale dinamica alternante sado-masochistica esprime un conflitto tra dominio o controllo e sottomissione o dipendenza; rispettivamente "simmetria" e "complementarietà" secondo la teoria della comunicazione.

Secondo l'ottica familiare dunque più che parlare dell'alcolismo come di una semplice dipendenza occorre considerare la relazione tra dominanza e dipendenza il fattore di promozione e mantenimento dell'alcolismo.

Nell'ambito dell'ottica sistemica non possiamo non citare Gregory Bateson, uno dei più interessanti pensatori del nostro tempo.

Secondo Bateson l'alcolista non è in grado di prendere la decisione di restare sobrio in base ad uno sforzo per quanto eroico di volontà: il processo di recupero è reso possibile solo dall'ammissione di impotenza di fronte all'alcol.

Il mito dell'autocontrollo si infrange perché si attua, secondo Bateson, un cambiamento nell'epistemologia, un cambiamento nel modo di concepire la personalità nel mondo.

Secondo l'autore l'impostazione di fondo delle relazioni dell'alcolista è caratterizzata da "un orgoglio alcolico" (alcoholic pride; in greco antico HIBRIS che sta per arroganza, sfida orgogliosa) che lo porta ad uno scontro continuo e dall'esito scontati, con la bottiglia e la sostanza che essa contiene.

In realtà è la sfida stessa che sostiene l'orgoglio poiché questo non è fondato su precedenti successi nella tenzone ma solo sulla presunzione di capacità.

È l'accettazione ossessiva di una sfida, il ripudio della frase "non sono capace".

La componente di sfida è dominante ed è un dato di immediata evidenza clinica nell'alcolista attivocce afferma ancora: "Voglio smettere da solo, vedrai che questa volta ci riesco".

Nella lettura batesoniana l'ossessività della sfida portata dall'orgoglio dell'alcolista all'alcol e alla sobrietà è da inquadrare nella sua classificazione dei modelli di relazione in "simmetrici" e "complementari" (Bateson, 1971; Watzlavick, Jackson, Beavin, 1967; Sluzki Beavin, 1976). L'orgoglio dell'alcolista è strutturato in forma

simmetrica, in un'escalation in cui passa dalla sfida di bere quanto il socio di bevuta, alla sfida alla sua debolezza di fronte all'alcol, alla sfida per dimostrare che l'alcol non può ucciderlo.

Alla sfida totale contro ogni relazione sociale in cui possa comparire la parvenza di competitività.

Sulla scia di Bateson Stephanie Brown (1985) afferma che il concetto di "toccare il fondo è il collasso della prospettiva logica che sosteneva la convinzione del controllo".

Nella fase dell'alcolismo attivo la cornice epistemologica è:

1. Posso usare alcol in modo controllato,
2. Non sono un alcolista.

Con l'avvio del processo di recupero avviene un completo rovesciamento della cornice epistemologica che diventa:

1. Non posso usare alcol in modo controllato,
2. Sono un alcolista.

### *L'approccio cognitivo*

Il trattamento dell'alcolismo nell'ottica cognitivista si impernia sulla visione dell'uomo tipica di essa: l'essere umano è visto come una creatura complessa la cui personalità è modellata dall'apprendimento di valori e percezioni che strutturano la visione unica di sé, degli altri e del mondo.

I valori e le percezioni che costituiscono la personalità sono organizzati in schemi cognitivi che sovrintendono ai processi di codificazione, categorizzazione e valutazione delle regole di vita. Quest'ultime vengono apprese con l'esperienza e sono utilizzate automaticamente ed inconsapevolmente.

Tuttavia le regole interpretative della realtà spesso derivano da premesse errate che danno luogo a schemi disfunzionali di pensiero.

Le distorsioni cognitive si manifestano nel disinteresse di alcuni aspetti importanti di una situazione, nella generalizzazione di eventi fallimentari e nel pensiero eccessivamente rigido e semplificato che Beck definì "primitivo" ossia monodimensionale, assoluto e irreversibile.

Lavorare con gli alcolisti nell'ottica cognitiva, dunque, vuol dire, partendo da queste premesse, usare tecniche consistenti in interventi di ristrutturazione cognitiva orientati a modificare processi di pensiero, credenze ed atteggiamenti che sottostanno alle sue cognizioni.

Per Beck il modo di pensare dell'individuo determina il suo agire e parla della disfunzionalità del pensiero attraverso la triade cognitiva: una visione negativa che l'individuo ha di sé, del presente e del futuro.

La sua terapia pertanto si indirizzerà alla soluzione del problema più che al cambiamento della personalità e questo risulta la via d'elezione in ambito alcolologico dove è indispensabile affrontare il sintomo alcol come obiettivo prioritario piuttosto che rimuovere le eventuali cause che tale sintomo hanno prodotto, anche perché spesso molti disagi psicologici risultano indotti dall'uso di alcol piuttosto che la fonte di esso e scompaiono spontaneamente con la remissione del bere inadeguato.

### *Il modello motivazionale*

Il modello transteorico degli stadi del cambiamento di Prochaska e Di Clemente e dell'approccio motivazionale (Miller e Rollnick) ad esso collegato risulta particolarmente efficace nell'ambito del trattamento dei problemi alcolcorrelati.

Il modello degli stadi del cambiamento riguarda la dimensione temporale e la motivazione al cambiamento.

Sono stati identificati cinque stadi che vanno dall'inizio del processo fino al cambiamento definitivo.

Essi sono: Precontemplazione, Contemplazione, Determinazione, Azione, Mantenimento.

Una seconda dimensione del modello riguarda i processi del cambiamento.

I dieci processi principali che si stimolano sono cinque prevalentemente cognitivo-esperienziali:

1. aumento della consapevolezza;
2. rivalutazione di sé;
3. attivazione emozionale e drammatizzazione;
4. rivalutazione dell'ambiente;
5. liberazione sociale.

I restanti cinque processi si focalizzano su aspetti comportamentali:

1. liberazione personale;
2. contro-condizionamento;
3. controllo dello stimolo;
4. gestione delle ricompense;
5. relazioni di aiuto.

L'importanza degli stadi del cambiamento consiste nel fatto che le strategie e le attività che portano al cambiamento sono differenti a seconda degli stadi in cui si trova la persona.

Pertanto il modello di terapia è basato sulle diverse esigenze dell'individuo in ogni fase del processo di cambiamento e ciò consente al terapeuta:

- a) di sviluppare appropriate finalità;
- b) di scegliere adeguate strategie terapeutiche;
- c) di sviluppare maggiore alleanza terapeutica;
- d) di ottenere una migliore comprensione dei compiti del cliente e del terapeuta nel processo di cambiamento.

E ancora: il modello motivazionale, oltre alla disponibilità al cambiamento (in relazione agli stadi di Prochaska e Di Clemente) considera altri due importanti aspetti legati alla motivazione: l'autoefficacia e la frattura interiore.

Per autoefficacia si intende la fiducia di un individuo nella propria capacità di attuare un cambiamento, per frattura interiore la percezione delle contraddizioni esistenti tra la propria attuale condizione ed importanti aspirazioni, mete e valori ideali; essa può essere intesa come la consapevolezza del conflitto che si pone quando la situazione presente (comportamenti, atteggiamenti) restituisce una definizione incompatibile con l'immagine di sé.

La disponibilità al cambiamento, l'autoefficacia e la frattura interiore sono dunque "i tre fattori" della motivazione al cambiamento.

## *Il contributo dell'Analisi Transazionale*

Berne, padre dell'Analisi Transazionale, parla del "Gioco dell'Alcolizzato".

Con tale termine non intende riferirsi a nulla di divertente o piacevole: il "gioco" infatti può essere qualcosa di estremamente serio ed avere aspetti dolorosi per i partecipanti.

Tale termine viene usato per designare una serie di attività e sequenze interattive che seguono determinate regole (di cui per lo più non si è consapevoli).

Spesso sostituisce una vera intimità tra le persone, intimità vissuta come pericolosa, ma che rappresenterebbe la sola risposta ai bisogni più profondi dell'uomo.

Berne identifica tre possibili giochi tipici dell'alcolista: "Bere, Vino e Alcolizzato".

La conoscenza delle differenze tra questi giochi è di vitale importanza ai fini terapeutici.

Chi gioca a "bere" richiede le attenzioni che gli vengono a mancare nello stato di sobrietà e si accontenta di quelle che gli vengono date nel tentativo di essere salvato dal bere.

Il comportamento alcolico viene di solito "giocato" dentro casa con un limitato numero di spettatori: quelli utili a sostenere il gioco del partner senza che questi debba esplicitare la sua parte. Finché la moglie beve il marito è senza macchia e le difficoltà emotive nel rapporto d'intimità possono abbastanza facilmente rimanere in secondo piano. "Vino" è il secondo gioco descritto da Berne: in esso l'alcolista è disposto a sacrificare la propria integrità fisica al punto di rischiare la vita purché gli altri si occupino di lui. Questo evita a lui e a chi lo circonda di responsabilizzarsi e di fare i conti con una situazione fisica e psicologica disastrosa in una persona con forti tendenze autosvalutative e con scarsissima autostima personale.

Il gioco dell'"Alcolizzato" è quell'insieme di interazioni che seguono sempre un dato schema e si ripetono nonostante provochino grosse sofferenze nei partecipanti.

Il personaggio principale in questo gioco è naturalmente l'Alcolizzato; intorno a lui ruotano altre figure: l'Accusatore, il Salvatore, il Merlo (colui che è pronto ad aiutare sempre e disinteressatamente), l'Agente di collegamento (spesso il Barman).

A volte la stessa persona, spesso il coniuge riveste contemporaneamente tutti questi ruoli.

Ci sembra opportuno riportare le parole di Berne a proposito dell'alcolismo perché offrono spunti di riflessione e comprensione riguardo ai meccanismi relazionali dei gruppi di autoaiuto e al motivo dell'efficacia di questi gruppi.

Egli afferma: "L'obiettivo transazionale del bere, a parte quel tanto di piacere personale che può dare, è instaurare una situazione in cui lo stato dell'Io Bambino si possa far rimproverare aspramente non solo dal Genitore interno, ma da tutte le figure paterne e materne del circondario disposte ad intervenire. La terapia dovrebbe concentrarsi quindi non sul bere ma sulla mattina dopo, sul compiacersi della punizione".

Concludendo la tesi transazionale ipotizza che l'intemperanza nel bere è un espediente comportamentale con cui l'alcolista può attivare una catena di giochi sociali (Steiner).

Modelli transazionali documentati argomentano che gli etilisti hanno una struttura intrapsichica incardinata su un blocco evolutivo simbiotico.

Si intende che essi funzionano interpersonale ed intrapsichicamente secondo il modello introiettato della relazione simbiotica con la madre, mai completamente superato, e che nella concretezza delle loro esistenze non hanno raggiunto i livelli di autonomia e di identità auspicabili per la vita adulta.

Secondo l'A.T. il bevitore intesse i propri rapporti interpersonali sullo schema di giochi psicologici interattivi.

Quando instaura una relazione con qualcuno ripete le modalità di altri rapporti conosciuti, secondo schemi noti dall'infanzia e dall'adolescenza.

Il gioco comporta spesso il riferimento alla relazione avuta con la madre, attraverso il gioco

l'alcolista conduce verso il compimento un copione esistenziale a conclusione tragica.

Quale che sia la variante drammatizzata il giocatore muove sempre da una posizione non OK.

Ad esempio il giocatore "Ubriaco e superbo" è quello di far incollerire i familiari a tal punto da indurli a mostrare tutto il loro livore e la loro impotenza.

Nella variante "Vino" la maggiore virulenza del gioco si deve alla determinazione dell'alcolista di giocarlo "per sempre".

Egli è disposto a sacrificare l'integrità fisica a tal punto da esporri al rischio letale, per vincolare gli altri a prendersi cura di lui.

Il suo tornaconto è la gratificazione orale; i ricatti tipici e la posizione esistenziale sono così parafrasabili:

"A meno che io stia per morire nessuno fa niente per me" e "Neanche tu che sei in posizione di superiorità sei effettivamente OK".

Ricorrono ai giochi le persone che hanno un'esperienza non risolta nelle sfere dell'autonomia e dell'intimità.

Nel loro schema di riferimento interiore il funzionamento autonomo è sentito come impossibile o molto pericoloso e simili manovre distrattive che generalmente si protraggono attraverso disconferme e ricatti sono gli unici mezzi conosciuti per ottenere ciò che vogliono.

In un gioco i partner della relazione slittano in un processo trasferenziale dove ciascuno percepisce l'altro in modo errato come se fosse una figura del proprio passato individuale (Hollway, 1981).

Gli alcolisti e i partner dei loro giochi fondamentalmente instaurano relazioni nelle quali si comportano come se insieme formassero una persona intera: il bevitore mantiene in perenne svalutazione lo stato dell'Io Adulto.

Ciò corrisponde alla definizione di simbiosi di Schiff (1975).

Gli alcolisti intrattengono in genere l'unica forma di rapporto tipica delle persone ancorate alla posizione simbiotica: si attaccano in modo vischioso e contemporaneamente si rivalgono sull'altro.

## Conclusioni

Ci sembra interessante concludere questa rassegna citando Mario Colli Alonso, Margarita Prendes, Micol Ascoli (*Personalità/Dipendenze*, Volume 10, Fascicolo II, ottobre 2004).

Tali autori hanno proposto un modello di approccio psicoterapico gruppeale integrato per pazienti alcolisti.

Si tratta di un modello eclettico in cui l'Analisi Transazionale ha un contributo notevole ma in cui anche il modello motivazionale di Prochaska e Di Clemente e il modello di Marlatt e Gordon di Prevenzione e Trattamento delle ricadute ha un posto importante. Questo approccio psicoterapico eclettico propone, a seconda di ciascun obiettivo a medio termine del paziente, una tecnica da utilizzare ed un'impostazione teorica.

Ad esempio, se la necessità del paziente è di far fronte alla sua condotta fisica e verbale aggressiva, la tecnica necessaria sarà: l'addestramento all'assertività, l'apprendimento delle abilità sociali, l'analisi dello stato dell'Io Genitore e l'impostazione teorica sarà l'Analisi Transazionale, così pure come l'Analisi Transazionale potrebbe essere la più opportuna impostazione teorica accanto alla tecnica di riconoscimento degli stati dell'Io e delle modalità transazionali nel caso la necessità del paziente sia far fronte a dei giochi patologici.

Il modello cognitivo comportamentale di Marlatt e Gordon, invece risulta l'impostazione teorica più idonea laddove la necessità del paziente è di conoscere la modalità di prevenzione e trattamento delle ricadute, mentre il modello motivazionale è il più idoneo laddove la necessità è la conoscenza delle tappe del cambiamento.

Un altro aspetto degno di rilievo riguarda il rapporto tra gruppi psicoterapici e "organizzazioni di salvataggio" come le chiama Eric Berne o gruppi di autoaiuto.

Secondo l'Autore gli "alcolizzati" non si sentono attratti dai gruppi psicoterapeutici perché cercano nel gruppo la possibilità di continuare a giocare il loro gioco con i vantaggi che ne derivano mentre sono attratti dai gruppi di autoaiuto dove possono continuare a giocare all'"alcolizzato" anche smettendo di bere. Accade così, secondo Berne, che i pazienti rimangono nei grup-

pi di psicoterapia quando vi possono giocare i loro giochi preferiti o se intravedono delle possibilità di imparare qualche gioco "migliore" e che se ne vanno invece quando sono frustrati.

La nostra posizione, poi, rispetto alle "organizzazioni di salvataggio" si discosta da quella di Berne in quanto abbiamo ragione di supporre che il modello multimodale, eclettico perché attinge a tutti i modelli (biologico, sociale, psicologico, autoaiuto), ritenendo ogni modello valido in sé ma non valido per tutti, sia il più efficace nel trattamento del Disturbo da Dipendenza Alcolica visto che la sua eziologia è su base bio-psico-sociale. Pertanto, senz'altro, ci sentiamo più vicini ad esso e, quindi, a quel processo mentale del terapeuta e dell'equipe che, individuando le risorse individuali del paziente, della sua famiglia e dell'ambiente di appartenenza, cerca di porle in connessione con le risorse terapeutiche disponibili allo scopo di allestire degli interventi atti a migliorare globalmente la qualità della vita del soggetto e del suo entourage.

## Bibliografia

- Bara B., *Manuale di psicoterapia cognitiva*, Bollati Boringhieri, 1996.
- Bateson G., *Verso un'ecologia della mente: una teoria dell'alcolismo*, Adelphi, 1980.
- Berg K., Miller S.D., *Quando bere diventa un problema*, Milano, 1992.
- Berne E., *Analisi transazionale e psicoterapia*, Astrolabio, 1971.
- Berne E., *A che gioco giochiamo*, Bompiani, 1995.
- Brown S., *Alcolismo: terapia multidimensionale e recupero*, Erickson.
- Cecchi M., *Alcol e carcere*, Fondo nazionale lotta alla droga Regione Toscana.
- Coretti A., Del Miglio C., Guerreschi C., Scotto di Tella S., *Alcolismo fenomeno e cura*, Città Nuova, 1985.
- Cummings C., Gordon J.r., Marlatt G.A., "Relapse: Prevention and Prediction", in Miller, *Una teoria cognitivo-comportamentale della ricaduta*, 1987.
- Di Clemente C.C., "Gli stadi del cambiamento: un approccio transteorico alla dipendenza", *Il Vaso di Pandora*, II, 4, 1994.
- Dimauro P.E., Patussi V., *Dipendenze. Manuale teorico-pratico per operatori*, Carocci, 1999.
- Furlan P.M., Picci R.L., *Alcol alcolici alcolismo*, Bollati Boringhieri, 1990.
- Garonna F., Pigatto A., Formigoni U., *Alcol e disturbi mentali*, Collana dell'Elleboro.
- Guelfi G.P., Spiller W., "La valutazione della motivazione al cambiamento: il questionario MAC/E", *Bollettino dell'alcolismo e delle farmacodipendenze*, 2, XXI, 1998.
- James M., Jongeward D., *Nati per vincere*, S. Paolo, 1997.
- Lucchini A., Isa L., *La malattia alcolica. Aspetti della ricerca e dell'esperienza clinica in alcologia*, Poletto edizioni, 1995.
- Lucchini A., Greco C., Cerizza G., *Il profilo professionale dell'alcolologo*, FrancoAngeli, 1999.
- Miller W.R., Heather N., *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change*, New York, Plenum Press (Eds.), 1986.
- Miller W.R., Rollnick S., *Motivational Interviewing*, Second Edition, NY, The Guilford Press, 2002.
- Perazza D., Picozzi R. (a cura di), *La realtà del povero bevitore*, Melusina editrice, 1994.
- Prochaska J.O., Di Clemente C.C., *Toward a comprehensive model of change*.
- Project Match Research Group, "Rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment", *Alcoholism: clinical and experimental research*, 1993.
- Scilligo P., "Il Questionario Espero", *Psicologia Psicoterapia e Salute*, vol. 5, n. 2, 1999.
- Spiller V., Zavan V., Guelfi G.P., "Assessing motivation for change in subjects with alcohol problems: the Mac 2 - A Questionnaire", *Alcohol and alcoholism*, vol. 41, n. 6, 2006.
- Volterra V., Bellini M., *Alcolismo diagnosi e terapia*, Milano, Massau, 1979.
- Woolams S., Brown M., *Analisi Transazionale*, Cittadella, 1985.

# Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno II, n. 5

MISSION n. 29

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

**Direttore scientifico:** Alfio Lucchini

Inviare richieste e contributi scientifici a:  
[missiondirezione@virgilio.it](mailto:missiondirezione@virgilio.it)

**Redazione:** Mauro Cibin, Ezio Manzato, Felice Nava

**Redazione Mission:** Via Martiri della Libertà n. 21 - 20066 Melzo (Milano)

## Alcol, alcolismi e cronicità

*Biagio Sanfilippo\**

Il termine cronico, in greco *chronikòs*, da *chronos* “tempo” indica una patologia ad andamento prolungato, le cui peculiarità caratterizzanti sono la durata e il carattere di irreversibilità: nelle malattie croniche l’unica speranza è la loro stabilizzazione, unitamente al controllo della sintomatologia, con particolare riferimento all’assenza di dolore/sofferenza. Lo stesso termine è sovente utilizzato per rimarcare l’aspetto durevole di un vizio o di un’abitudine radicata. In tal senso affiancare il concetto di cronicità alla dipendenza alcolica è operazione coerente, a prescindere da mere definizioni terminologiche: vizio, malattia, abitudine. Questa prospettiva è, peraltro, poco esauriente, evidenziando solo alcune caratteristiche della patologia ma lasciando completamente in ombra gli individui che ne sono portatori: il loro stile di vita, la loro storia personale, le modalità attraverso cui hanno tentato di farvi fronte, le loro risorse e capacità creative, i loro progetti e aspirazioni. Altro elemento di complessità, in un’ottica di inquadramento della patologia, è che l’alcolismo è un disturbo a genesi multifattoriale, in grado di provocare una sofferenza multidimensionale (bio-psico-sociale).

Una proficua e seria riflessione sulla cronicità non può prescindere dalla clinica, ossia dalla necessità di definire i livelli di funzionamento dei soggetti che giungono alla nostra osservazione, e dalle funzioni che l’alcol supplisce nell’economia esistenziale di ognuno di loro. Inoltre, l’uso improprio, l’abuso, la dipendenza da alcol e il poliabuso di sostanze rappresentano sempre più condizioni eterogenee, a fronte delle quali appare più opportuno parlare di alcolismi. Di conseguenza, vale la pena ricordare, che gli operatori del settore alcologico e delle

dipendenze in generale, dovrebbero disporsi mentalmente alla cura di soggetti portatori di una sofferenza poliedrica, che somma aspetti strutturali e sintomatologici disfunzionali. L’obiettivo primario diventa, allora, quello di riuscire a cogliere il senso e il significato del dolore, attraverso la costruzione di una consonante relazione terapeutica. Competenza relazionale e atteggiamento ermeneutico sono caratteristiche che sia gli operatori, fatte salve le proprie specificità professionali, sia l’equipé multidisciplinare, nel suo insieme, devono coltivare.

### Tempo e cronicità

Il fattore tempo come abbiamo osservato è intimamente connesso al concetto di cronicità, così come è elemento distintivo del funzionamento dei soggetti dipendenti: il “qui e ora” è l’imperativo categorico, una legge generale per il funzionamento dell’individuo, comprese le sue relazioni. È una forma di potere che questa tipologia di pazienti esercita sull’ambiente ma anche su di sé.

Sovente gli sforzi dell’operatore rischiano di essere oggetto del potere inanizzante del paziente (Racamier, 1980), per il quale il vuoto e l’inutilità appaiono essere la “migliore soluzione possibile” di fronte all’angoscia e alla disperazione legata ai vissuti di impotenza e di frustrazione. Accade, allora, che i tentativi del curante di instaurare una relazione empatica con il paziente si infrangono per mancanza di comunicazione e comprensione con conseguente insoddisfazione di entrambi; il paziente vede invasa la propria richiesta di aiuto e accrescere il suo bisogno di comunicare (Pazzagli-Rossi 1991) mentre l’operatore deve fare i conti con un profondo senso di fallimento e frustrazione.

\* Psicologo, psicoterapeuta, Dipartimento Dipendenze ASL Milano.

Nel tempo questi sentimenti possono determinare un rifiuto/modificazione del rapporto da parte del curante e la messa in atto di prese in carico caratterizzate da condotte ritualizzate e ripetitive, volte più al controllo che alla cura.

Il “durare a lungo” della relazione diventa cronicità del rapporto, proprio allorché subentra l’atemporalità e la ritualità della parola e dell’azione scandisce tempi e spazi sempre uguali (Pazzagli e al. 1994). La storia della persona si perde oppure si fa sterilmente o drammaticamente simile a quella di individui in condizioni analoghe, svuotandosi di significati individuali.

Questo è quanto osserviamo nelle forme severe di dipendenza, soprattutto da oppiacei e da alcol, dove nella storia dei pazienti è riscontrabile una prolungata dipendenza da figure significative (bambino viziato) o una precoce condizione di preadultizzazione (bambino maltrattato), che hanno compromesso a suo tempo il processo di separazione-individuazione (Sanfilippo et al. 2000).

Lo sviluppo del senso temporale si correla all’esistenza di quell’intervallo che intercorre tra la percezione del bisogno e la sua soddisfazione. Il ripetersi di tale esperienza porta al suo ricordo e a un’attesa che si connota in senso affettivo (pericolosa e/o rassicurante) e quindi al sorgere del desiderio dal bisogno.

Al contrario, ricordarsi di esperienze immediatamente gratificanti nega il tempo, alimenta il Sé onnipotente, strutturando una visione simbiotica della realtà, che esita in ciò che Sandor Rado definiva *corruzione del controllo edonico*.

L’esperienza della frustrazione è quindi agente, sia dello sviluppo del senso di realtà, sia dello scorrere del tempo.

Atemporalità, diniego dei bisogni (“Bisogno di non aver bisogno” Zapparoli 1992) e onnipotenza sono così caratteristici di una certa tipologia di utenza afferente ai nostri Servizi.

È con questa premessa che uno stile terapeutico, caratterizzato da una cronicità di rapporti stereotipati, privi di creatività, curiosità e movimento, diviene collusivo con la patologia del paziente.

Riflettere sulla cronicità ci costringe a interrogarci sulla clinica ove, tra gli aspetti salienti, la dimensione temporale ha un rilievo evidente, lungo quel *continuum* che è l’incontro tra la storia del paziente, la storia della sua relazione con il singolo operatore e con l’equipe curante.

Senza addentrarci sulle dinamiche transferali e controtransferali della relazione d’aiuto, possiamo osservare che la fig. 1 delinea aree macro della relazione curante-paziente, le cui implicazioni sugli esiti sono senza dubbio indiscutibili. Le aree di elezione di nostra competenza si collocano nella parte inferiore della figura, dove l’impossibilità/possibilità del paziente si interseca con l’impotenza del terapeuta e crea le condizioni per

una relazione che si muove dinamicamente sul *continuum* supportivo (reale) – espressivo (etico) ed è capace di promuovere cambiamento.



Fig. 1 - Elementi transferali e controtransferali - \* Asse del paziente \*\*Asse del terapeuta

A questo punto si porrebbe la questione della giusta distanza emotiva da tenere nella relazione terapeutica, affinché quest’ultima risulti utile a superare l’oscillazione tra distacco emozionale e identificazione. Vale la pena qui puntualizzare i rimandi (leggasi coperture) costanti tra singolo operatore ed equipe nell’adottare regole e norme particolarmente rigide e stabili: esse servono a garantire un apparente buon funzionamento del sistema e svolgono essenzialmente una funzione difensiva. Operatori freddi e distaccati non sono buoni compagni di viaggio e non promuovono cambiamento, di contro quelli che riducono la distanza rischiano pervasivamente di riproporre relazioni disfunzionali e simbiotiche delle quali la storia del paziente è intrisa.

“Fare ciò che è meglio o fare la cosa giusta” l’eccesso di tecnicismo, la normativa, l’efficienza esasperata sono tentativi per evitare la relazione con il paziente, sfuggire alla possibilità di lasciarsi ferire dalle sue ferite, di condividerne il dolore, la sofferenza e l’impossibilità: tutto ciò ci permettere di eludere l’angoscia di sentire (avere sentimento per) il paziente.

A prescindere dalla loro specifica professionalità, gli operatori delle dipendenze devono avere “competenza relazionale” che permetta loro di mantenere costante l’attenzione sulle implicazioni emotive del loro rapporto con il paziente e condividere la convinzione che solo passando attraverso il proprio vissuto (controtransfert) sia possibile reperire un’ipotesi dell’esperienza interiore del paziente e assegnare, al di là del sintomo, significato alle cose che dice o che agisce.

Occorre evitare l’appiattimento stereotipato dei comportamenti quotidiani nell’interazione operatore-paziente ed è nostro compito l’assegnazione di senso e significato di quanto succede nel “campo relazionale” (parole, gesti e fantasie, tutto ciò che il paziente suscita in noi): ciò non rappresenta un fatto marginale o inter-

ferente con il buon andamento della cura, ma una risorsa, uno strumento da utilizzare con il paziente. L'equipe curante si costruisce attraverso l'apprendimento di un ascolto attivo, non timoroso nell'esplorare le proprie e le altrui emozioni. Indispensabili sono, pertanto, la formazione e i momenti di discussione dei casi: "spazi in cui pensare" dove l'aiuto reciproco, solidale e incoraggiante, tra colleghi, permetta di far affiorare inedite configurazioni emotive e una ritrovata capacità ermeneutica.

Si comprende, così, il motivo per cui ci sentiamo attratti, indifferenti o irritati dalla vicinanza di quel paziente, consentendoci di aprire scenari nuovi nella relazione di cura.

Per finire mi permetto di dare voce a un frammento della storia di un paziente che non è esaustivo del suo percorso ma forse costituisce una traiettoria che lo orienta nella vita.

### ***Solo il Tonno è Insuperabile***

*Basterebbe con avanzo il titolo, ma approfitto del momento per suonare un po' di musica, con le sette note, e tante sono, di queste quattro chiacchiere, non dette al nostro incontro, lo scorso giovedì, nel cerchio magico del gruppo.*

*Dicevo appunto, che nel titolo è già implicito il senso evolutivo che ha ogni cosa, contraria a quello slogan che un dì lontano di vent'anni, trasformò per sempre un pesce del mar nostro rendendolo famoso e insuperabile, bloccandolo così a un livello statico nella rampa evolutiva delle specie, e ciò è contro natura.*

*E, per lo stesso motivo per il quale, come noi sappiamo bene, certe abitudini, o il loro principiarsi anche solo nel concepimento, restano con noi per tanto tempo, a me succede ancora di voler fermare certi istanti della vita e di metterli su carta, per una strana convinzione che passando dalla testa al foglio, l'inchiostro si sdrai e si riposi un po' più a lungo dello scorrere veloce dei pensieri dentro tutti gli alambicchi dritti e storti contenuti nella mente.*

*Per questo, non vedendoci da un po' e scoprendo dentro il gruppo un così grande cambiamento, giovedì, mi è riuscito uno strano e involontario esperimento che comincio a raccontarvi.*

*Nell'appello dei presenti e nel riepilogo dei giorni di sana sobrietà, si è affacciata sorridendo dentro me, l'idea che foste estranei, e che, com'è logico che capitò, quando la cosa è vera per davvero, fossi catturato dalla voglia di conoscervi.*

*E per quell'innata e curiosa necessità di adattamento, che è tipico degli esseri, ho ascoltato gli interventi, come certi viaggiatori forestieri fanno, con le storie dei clienti tra i tavoli del bar o tra i sedili del barbiere, per conoscere le usanze, le abitudini o i pericoli di un luogo o di un quartiere dove poco o tanto, e per motivi a noi non noti, son costretti a soggiornare.*

*Presto dunque ascolto alle parole di Roberto e di Rodolfo mantenendo fede a questo gioco di assoluta estraneità ai fatti e ai personaggi e alle connessioni tra di essi, e per un po' resisto.*

*Poi la luce si fa forte e si palesa uno scenario non previsto e quella fragile struttura che è lo scherzo si fa polvere quando Carmela saluta il Gruppo annunciandone da esso il suo distacco.*

*Una forza quasi elettrica mi folgora e si impone con fermezza, mi imbriglia e mi dirige verso il centro della stanza per risentire che si tratta della stessa sostanza energica e possente che nella sua silente invisibilità ha compiuto un prodigio in tutti noi, invertendo il nero in bianco, il male in bene, la dipendenza in libertà.*

*In essa è conservata la memoria in ogni singolo e preciso fotogramma del mio trascorso alcolico narrato dentro il Gruppo, che adesso, sovrainpressa alle parole di Carmela si proietta all'incontrario fino al punto di partenza di una sera di gennaio di tre anni e mezzo fa.*

*Quanta buona nuova consapevolezza c'è in ogni singola parola pronunciata questa sera in tutti noi.*

*Ecco lo spettacolo dell'uomo al quale spesso noi restiamo increduli.*

*Credere di perdere per vincere, cadere per salire, illuminare il buio, morire per rinascere.*

*Trasformare il veleno in medicina.*

*Se un qualsiasi estraneo in perfetta buona fede e non per scherzo come me, ci incontrasse adesso per la prima volta, non potrebbe mai pensare che sian state dentro noi quelle certe oscure ombre che noi stiamo controllando ed educando, affinché non sian più loro a governar per noi le vite nostre.*

*Un confuso sentimento, di quelli che non diventano mai chiari del tutto e per questo quasi inutile, spinge sempre gli uomini a tornare coi ricordi nei momenti in cui han sofferto, per scoprire infine che nel correre del tempo quei paesaggi allora angusti e inospitali hanno oggi linee morbide e contrasti più diafani.*

*Contesti più vivibili di allora.*

*Forse è che dopo tanta rabbia e sofferenza mescolata in quei colori, si fa strada in quel paesaggio il coraggio del perdono e della compassione per noi stessi e per gli errori nostri, il che accompagna la speranza di saper oggi accettare l'idea che ogni cosa intorno a noi sia come noi, in un continuo movimento di materia che fluisce e che compone in un sol verso l'universo in questa eterna vita instabile e mutante.*

*Il frutto ha superato il suo essere fiore e foglia e ramo, tronco e seme.*

*Chi l'avrebbe detto.*

*Per questo motivo, saluto come una vera fortuna, la conoscenza che mi accadde di fare, di questo gruppo e del mio alcolismo.*

*Conto oggi il mio milleduecentoottantaduesimo giorno di vita senza alcol grazie a voi.*

*Qualsiasi viaggiatore, esploratore planetario o di piccoli paesi, copre le proprie distanze cominciando da un primo, consapevole, singolo e distinto passo.*

*Le sue mete raggiunte sono le sue intenzioni realizzate, il seme diventato albero.*

*Quel che conta è innamorarsi dell'idea di migliorare.*

*Tutto è superabile.*

*Cosmici Abbracci, Davide*

## **Bibliografia consigliata**

1. Gabbard G.O., *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina, Milano, 1992.

2. Pazzagli A., Rossi R., *Schizofrenia: cronicità o bisogno inappagabile?*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1991.

3. Racamier P.C., *Les schizophrènes*, Payot, Parigi, 1980. Trad. it.: *Gli schizofrenici*, Raffaello Cortina, Milano, 1983.

4. Rado S., "The psychic effects of intoxication: attempts at a psycho-analytic theory of drug addiction", *Int. J. of psycho-analysis*, VII, 1926.

5. Sanfilippo B. et al., "La prospettiva adleriana", in Lucchini A. et al. (a cura di), *Psicoterapia delle tossicodipendenze e dell'abuso di sostanze*, FrancoAngeli, Milano, 2000.

6. Zapparoli G.C., *Paranoia e tradimento*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992.

# **Cronicità e motivazione**

*Valeria Zavan\*, Giovanni Luca Galimberti\*\**

## **Cronicità, diagnosi e linguaggio**

Nel linguaggio comune, e spesso anche all'interno dei Servizi, la cronicità viene frequentemente attribuita al soggetto che in qualche modo ne è portatore.

In effetti la "cronicità" per prima cosa riguarda il riscontro diagnostico.

La Dipendenza come "malattia cronica recidivante" viene sancita dal DSM e dalla neuropatologia delle dipendenze, ed è caratterizzata da appetizione patologica e perdita di controllo.

Coloro che non rispondono a tali criteri in effetti non possono dirsi affetti da patologia cronica, bensì essere chiamanti abusatori o che praticano un bere dannoso, bevitori problematici o con Problemi Alcol Correlati (PAC). In effetti ad esclusione dell'abuso (DSM) e del bere dannoso (ICD), tali sottogruppi non vengono nemmeno contemplati nel sistema di classificazione della patologia.

La valutazione del grado di dipendenza diviene quindi sostanziale per una previsione di evoluzione cronica e diviene altresì nella pratica clinica alcolologica particolarmente difficoltosa nelle situazioni di minore gravità.

Interessanti studi sono presenti in letteratura sul grado di accuratezza diagnostica della clinica, che diviene via via meno precisa in funzione del contesto culturale e mano a mano che ci si avvicina al limite inferiore della gravità.

Quanto agli elementi clinici predittivi di evoluzione nella direzione della dipendenza, oltre alle osservazioni di una compartecipazione genetica per circa un 50% e

ambientale per un altro circa 50% (Shuckit) e la conoscenza di alcuni elementi favorevoli o meno l'evoluzione, ben poco siamo in grado di dire circa lo sviluppo della malattia se non quando questa è sulla soglia del rendersi chiaramente palese.

Nel formulare una diagnosi alcolologica frequentemente l'approccio è quindi di tipo "prospettico": mancando importanti riscontri clinico-documentali o anamnestici l'ipotesi di Dipendenza viene di fatto avvalorata solo col trascorrere del tempo attraverso l'osservazione comportamentale del soggetto rispetto al proprio bere, rispetto al numero ed entità delle "ricadute" e rispetto alla compromissione in diverse aree di vita, assumendo contorni prognostici piuttosto che descrittivi.

Le influenze sulla qualità della vita, elemento diagnostico caratterizzante la Dipendenza da Alcol, vengono trasposte sull'individuo: non è perciò più la malattia da cui è affetto ad avere caratteristiche di cronicità bensì è il soggetto a divenire "cronico".

Implicitamente la definizione di "paziente cronico" si trasforma agli occhi degli osservatori assumendo i caratteri della pervasività: essa si connette a specifiche personali e queste si traducono in una percezione globale di incapacità piuttosto che in una percezione di capacità disfunzionale del soggetto.

La rappresentazione della cronicità che produce incapacità, generale ed interna e spesso sostenuta dai vissuti dei clienti, diviene la ragione e la causa della "scarsa motivazione a cambiare" ed il punto critico che limita la svolta viene rintracciato nella "scarsa disponibilità all'aiuto" che bisogna costruire, nel percorso di trattamento, in quanto conditio sine qua non del cambiamento stesso.

L'esito finale, di traslazione in traslazione, è che le "persone croniche" non cambiano perché da sole non

\* Medico tossicologo, Dipartimento Dipendenze Alessandria.

\*\* Medico farmacologo, Dipartimento Dipendenze ASL Monza e Brianza.

possono o non ne sono capaci e perché “non si fanno aiutare”.

Questo è sicuramente vero per una certa quota di dipendenti e per questi noi rintracciamo nel trattamento e nell'adesione allo stesso ciò che potenzialmente (e nella pratica) fa la differenza, ma non è sicuramente vero per una larga quota di dipendenti.

Dal NESARC (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, 2001-2002 e 2004-2005) infatti risulta che solo il 25% dei dipendenti da alcol da almeno un anno, cioè 1 su 4, ha avuto in trattamento anche se la percentuale si eleva sino a quasi un 30% (1 su 3) con l'aumento degli anni di dipendenza.

Il tasso di remissione spontanea riportato è di quasi il 25%, stabile da 5 anni o più per circa il 20% dei soggetti mentre permane una persistente dipendenza per un altro 25%.

Non bisogna quindi mai dimenticare che, quando gli operatori parlano di cronicità, fanno riferimento ad un sottocampione di soggetti che sono quei 1 su 4 (peccato che non vi sia uno studio altrettanto buono con dati italiani) che un trattamento lo richiedono.

Quali sono le inferenze che ne conseguono?

La prima è che i clienti cronici vengono motivati dal trattamento.

La seconda è che l'outcome della cronicità è la ritenzione nel trattamento stesso.

Vediamo quindi questi punti singolarmente.

### **Cronicità e punto di vista motivazionale**

Da un punto di vista motivazionale le persone cambiano i loro comportamenti sostanzialmente perché, in un processo governato dall'ambivalenza, riescono a trovare delle buone ragioni per farlo ed hanno una sufficiente fiducia e confidenza di poterlo fare.

Motivazionalmente quindi il cambiamento è dominato dal punto di vista del cliente, procede da questo, e può essere semplicemente favorito o accelerato, non sostituito, da una buona relazione d'aiuto professionale.

È esperienza clinica comune quella di persone estremamente disponibili a farsi aiutare, ma con grandi difficoltà (ambivalenza) rispetto ad un proprio cambiamento così come è altrettanto di comune riscontro il fatto che molte persone affette da dipendenza smettano da sole ed indipendentemente dalla presenza di un aiuto professionale (vedi NESARC).

Per alcune dipendenze lo smettere senza aiuto professionale costituisce quasi la regola, come ad esempio nella dipendenza da nicotina.

Avviene anche che alcuni pazienti possano dichiarare di desiderare di essere aiutati, ma di *non riuscire a vederne il modo* o che più semplicemente *non condividono il modo* proposto.

Per tali ragioni, anche nello sviluppo del questionario italiano sulla valutazione della motivazione in soggetti con problemi di alcol, il MAC2-A, la *Disponibilità al Cambiamento* viene distinta dalla *Disponibilità all'Aiuto*.

La *Disponibilità al Cambiamento* che il cliente esprime è fortemente collegata a due altri fattori che ne condizionano l'intensità e quindi la vicinanza alla soglia del cambiamento: da quelle che in Italia vengono chiamate Frattura Interiore (Discrepancy - di derivazione dal concetto di dissonanza cognitiva di Festinger) e Auto Efficacia (Self Efficacy - di derivazione dalle teorizzazioni di Bandura).

La Frattura Interiore, nelle sue componenti delle preoccupazioni riconosciute connesse al comportamento e delle mete/ideali connesse al cambiamento, segnano il passo all'*Importanza* del cambiamento cioè a una delle dimensioni ritenute al momento attuale dal padre della Motivational Interviewing (MI), tra le più significative per il cambiamento stesso.

L'altro elemento, l'Autoefficacia, segnala quanto una persona percepisce di essere in grado realmente di cambiare. L'Autoefficacia viene attualmente riconosciuta come elemento anch'esso fondamentale per il cambiamento, non solo nell'approccio motivazionale, ma anche più in generale nell'approccio cognitivo comportamentale alla prevenzione della ricaduta (RP di Marlatt).

Le persone perciò cambiano perché sono sufficientemente disponibili a cambiare in ragione del fatto di avere delle preoccupazioni da affrontare, dei problemi da risolvere, delle mete da raggiungere e la percezione di poter o essere in grado di farlo, dimensioni che, in una combinazione ottimale e a valori crescenti, portano sino alla soglia del cambiamento.

Il quadro caratteristico prima del cambiamento in uno specifico ambito o area problematica è di una situazione di ambivalenza tra il rimanere come si è e l'attuare un cambiamento.

La *Disponibilità all'Aiuto* invece è inerente alla capacità del soggetto di ingaggiarsi nella cura e nel trovare in essa elementi che facilitino lo sviluppo della propria personale disponibilità al cambiamento; è perciò connessa alla compliance.

Diviene essenziale quindi nella relazione di aiuto *confrontare le proprie agende*, quella dell'operatore e quella del cliente, allo scopo di trovare degli obiettivi utili, praticabili e condivisi.

Il cambiamento è inoltre comportamento specifico, non generalizzabile: una persona potrebbe essere assolutamente disponibile a cambiare in un'area, ma non in un'altra della propria vita, capace e con buone ragioni di cambiare alcune cose, ma incapace, non desideroso o non fiducioso nel cambiarne altre.

In questa prospettiva si può leggere quindi il documentato riconoscimento che, tra coloro che l'aiuto lo richiedono, essere sottoposti ad un trattamento dà senz'altro

esiti migliori che non riceverne alcuno, e del dato relativo alle interessanti segnalazioni sui miglioramenti di soggetti semplicemente in lista d'attesa o su soggetti in lista di attesa a cui vengano contestualmente fornite semplici informazioni tramite pamphlet o materiale cartaceo con ricomprese le risorse del territorio.

In questa prospettiva si può anche leggere il fatto che non vi siano, al di fuori degli studi relativi all'efficacia dei farmaci, dei trattamenti psicologici dimostrati superiori ad altri sul versante psico-sociale, ma che piuttosto esista uno spettro di trattamenti efficaci sostanzialmente equivalenti rispetto all'outcome.

Come dire che quando le persone sono "pronte" utilizzano verosimilmente quello che trovano e che ritengono essere sufficientemente sintonico coi propri obiettivi.

Non indifferente è anche il dato della influenza sul suo esito, indipendentemente dal tipo di trattamento, che hanno le specifiche caratteristiche ed abilità dell'operatore.

D'altronde il rapporto "tecnica versus relazione" ha suscitato negli ultimi anni ampi dibattiti internazionali. Da un punto di vista motivazionale quindi la diagnosi ha scarso significato o per lo meno non necessariamente ha significato prognostico, essendo il processo del cambiamento un processo complesso e le vie che portano le persone alla decisione di cambiare influenzate da molteplici fattori di cui quelli collegati al desiderio della sostanza e alla perdita di controllo sono solo una parte: il cambiamento è preceduto dalla decisione di farlo e dalla scelta delle specifiche strategie per poterlo ottenere (proprie o acquisite), in considerazione delle principali spinte verso lo stesso e del peso delle ragioni nella direzione opposta.

Il desiderio in particolare (Temptation) sarebbe direttamente in relazione inversa con l'Autoefficacia.

Anche per Marlatt, ed in maniera indiretta per le stesse ragioni pur identificando Craving e Autoefficacia come distinti determinanti di ricaduta, il principale effetto dell'effetto di violazione dell'astinenza (AVE) è dovuto ad un abbassamento dell'Autoefficacia.

Egli sostiene infatti che la ricaduta, causando vergogna e sensi di colpa porti ad una sua attribuzione da parte del soggetto a cause interne (e perciò poco modificabili) piuttosto che ad una errata valutazione della strategia attuata per evitare l'assunzione di alcol. Tale attribuzione, abbassando l'autoefficacia traduce in una ricaduta piena quello che altrimenti avrebbe potuto essere una semplice scivolata.

Cosa è quindi la cronicità se non uno "stato di ambivalenza cronica"?

Soggetti con cronica bassa autoefficacia, come avviene in soggetti con bassa autostima o con disturbi dell'umore sul versante depressivo, avranno maggior difficoltà a risolvere l'ambivalenza e a volte non la risolveranno affatto.

Soggetti che non sentono preoccupazioni o in cui le preoccupazioni non sono tali da muovere un cambiamento ne avranno altrettante, così come soggetti che non percepiscono dissonanza rispetto a queste. Ambivalenza persistente si può verificare in soggetti senza mete o in cui l'importanza del cambiamento non è rilevante: il cambiamento specifico è soggetto quindi a diversa priorità.

Soggetti con grande desiderio possono essere in grande ambivalenza o avere periodi alterni rispetto al cambiamento.

W.R. Miller, padre del Motivational Interviewing, sostiene che nei soggetti che richiedono trattamento, il cambiamento se deve avvenire avviene nelle prime sedute.

Molti studi di letteratura accreditano gli interventi brevi, spesso in setting aspecifici, come interventi efficaci a muovere il cambiamento soprattutto in forti bevitori, non escludendo comunque l'efficacia dell'intervento breve (BI) anche se non brevissimo in setting specialistici.

Questo in sostanza significa che quando un soggetto è "pronto" (ready - will and able, per dirla con W.R. Miller), il cambiamento avviene.

Può essere più difficoltoso e lungo nel tempo in presenza di elementi contro-motivazionali, ma comunque avviene.

In alcuni soggetti e per varie ragioni, il cambiamento non avviene semplicemente perché persiste lo stato di ambivalenza che di fatto non viene risolta, o viene risolta solo periodicamente senza una sua stabilizzazione.

E comunque in molti soggetti il mantenimento del risultato raggiunto implica un impegno a medio-lungo termine.

## Cronicità e dose del trattamento

Un altro interessante aspetto nell'affrontare il tema della cronicità è la sua relazione col tempo di trattamento, perché la cronicità ha molte facce: la faccia di chi non riesce/non vuole, la faccia di chi riesce/vuole in maniera discontinua, la faccia di chi riesce ma continua a fare fatica nel tempo.

L'espressione di una ambivalenza cronica pone diversi problemi nel trattamento.

Un primo è il grado di connessione tra l'agenda dell'operatore e l'agenda del cliente in quanto possono esservi delle agende tra loro inconciliabili: le priorità e gli obiettivi in esse contenute possono essere così lontane tra di loro da non permettere una negoziazione accettabile per entrambi riconoscendo per es. che queste possano essere area di negoziazione per servizi diversi dal proprio.

Questo può essere il caso di soggetti non interessati o non desiderosi di cambiare comportamento rispetto al bere, ma in azione ad es. rispetto a obiettivi collegati a

grave disagio socio-economico oppure può essere il caso di soggetti in doppia diagnosi in cui la componente alcolica non è predominante o ancora il caso di soggetti in cui l'indicazione terapeutica non è quella di un trattamento alcolologico in prima battuta.

Un secondo è la considerazione di quanto tempo debba essere dedicato e per quanto tempo a clienti in cui, non per errori di trattamento o per attività contro-motivazionale del trattamento stesso, non vi sia risoluzione o non si riesca a raggiungere obiettivi con miglioramento in almeno una o più aree di compromissione, se sia più opportuno investire ed incrementare l'intervento o ridurre al minimo l'intervento in attesa di modificazioni spontanee nella direzione del cambiamento.

Non lontano da quest'ultimo punto è la collocazione della riduzione del danno in alcologia.

Differente risulta invece il caso di clienti affetti da malattia cronica recidivante, ma con persistente necessità di sostegno per mantenere il risultato ottenuto.

*Riconoscere una cronicità non significa necessariamente riconoscere la necessità di un trattamento continuativo indefinito in un setting specialistico.*

Lungo ed interessante è il dibattito internazionale sul tema.

La mancanza di chiare e nette prove di efficacia differenziale per le principali terapie psico-sociali (MATCH, UKATT), ha a più riprese fatto discutere sul senso di affidarsi ai risultati di studi ben condotti, ma somministrati in tempi irrealistici (massimo 12 sessioni in 3 mesi), che trattano la Dipendenza alla stregua di una malattia acuta (McLellan, Humphreys) per valutare gli esiti del trattamento.

La difficoltà incontrata nell'ambito della ricerca ha progressivamente spostato il focus di interesse dagli studi finalizzati alla comparazione di trattamenti differenti rispetto all'outcome principale astinenza allo studio dei cosiddetti "ingredienti attivi" dei trattamenti cioè al riconoscimento di quei minimi comun denominatori che possano poi anche permettere il riconoscimento degli ingredienti invece "esclusivi" dei diversi trattamenti.

Ancor di più, dagli ingredienti attivi il più recente interesse si sta concentrando sullo studio dei processi, con particolare riferimento ai processi che sottendono alla modificazione della motivazione e del cambiamento, vista questa sì come chiave di volta della barra maestra del trattamento in campo alcolologico tradizionale.

Cronicità quindi sempre più gestita e vista ed inserita in un contesto territoriale con piccoli interventi *estensivi* piuttosto che *intensivi* (Humphreys), con riconoscimento di parti attive dei clienti nella cura come parti valide e capaci (resilienza) che sono perfettamente in grado di organizzarsi da sé per perseguire il mantenimento dei risultati raggiunti (es. gruppi di autoaiuto, medicina generale).

## Bibliografia consigliata

- Aa.Vv., "Commentaries on Orford (this issue)", *Addiction*, 103, 886-892.
- Humphreys K., Tucker J.A., "Toward more responsive and effective intervention systems for alcohol related problems", *Addiction*, 97, 126-132, 2002.
- Hasin D.S., Stinson F.S., Ogburn E., Grant B.F., "Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Alcohol Abuse and Dependence in the United States, Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions", *Arch Gen Psychiatry*, 64 (7), 2007.
- Marlatt G.A., Witkiewitz K., "Relapse prevention for alcohol and drug problems", in Marlatt G.A., Donovan D.M. (eds), *Relapse Prevention*, Guilford Press, New York/London, 2005.
- McLellan A.T., Lewis D.C., O'Brien C.P., Kleber H.D., "Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation", *Journal of the American Medical Association*, 284, 1689-1695, 2000.
- Miller W.R., Rollnick S., *Il colloquio motivazionale*, trad. it. Erickson, 2004.
- Miller W.R., Rose G., "Toward a Theory of Motivational Interviewing", *Am Psychol*, 64(6), 527-537, 2009.
- Moos R.H., "Theory-based active ingredients of effective treatments for substance use disorders", *Drug Alcohol Depend*, 88, 109-21, 2007.
- Orford J., "Asking the right questions in the right way: the need for a shift in research on psychological treatments for addiction", *Addiction*, 103: 875-85, 2008.
- Prochaska J.O., Di Clemente C.C., *The trans-theoretical approach: crossing the traditional boundaries of therapy*, Homewood, IL, Dow Jones Irwin, 1984.
- Project MATCH Research Group, "Matching alcoholism treatment to client heterogeneity: project MATCH three-year drinking outcomes", *Alcohol. Clin. Exp. Res.*, 22, 6, 1300-11, 1998.
- Rockville Project MATCH Research Group, "Matching alcoholism treatment to client heterogeneity: project MATCH post-treatment drinking outcomes", *J Stud Alcohol*, 58, 7-29, 1997.
- Spiller V., Zavan V., Guelfi G.P., "Assessing Motivation for Change in Subjects with Alcohol Problems: The MAC2-A Questionnaire", *Alcohol Alcoholism*, Nov-Dec 41(6), 616-623, 2006.
- Spiller V., Zavan V., Guelfi G.P., "Motivation and change: a three-dimensional continuum", in Tober G., Raistrick D., (eds.), *Motivational Dialogue*, Routledge, London, 2007, 34-51.
- Spiller V., Zavan V., Guelfi G.P., "La motivazione al cambiamento in alcologia. Validazione del questionario MAC2-A", *Bollettino per le Farmacodipendenze*, XXXII, 105-114, 3/2009.
- UKATT Research Team, "Effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised United Kingdom Alcohol Treatment Trial (UKATT)", *BMJ*, 331, 541-544, 2005.
- Zavan V., Spiller V., Guelfi G.P., "La motivazione al cambiamento in alcologia. Utilizzo nella pratica clinica del questionario MAC2-A", *Bollettino per le Farmacodipendenze*, XXXII, 115-124, 3/2009.

# Strategie di cura e concordanza nel soggetto con malattia persistente

Giovanni Alberto Fioni\*

## La cura della cronicità

Dopo tanti anni di esperienza nei servizi dedicati alla cura di soggetti portatori di patologie “croniche”, spesso coinvolgenti aspetti sanitari, sociali e problematiche multiple che necessitano dell’attivazione di reti complesse di unità di offerta pubbliche e private, appare necessaria una riflessione che coinvolga più professioni e più servizi su alcuni aspetti critici del lavoro.

La prima area che richiede un approfondimento è quella relativa all’*équipe* clinica multiprofessionale, fondamentale strumento di garanzia e tutela di utenti ed operatori durante le relazioni di cura pluriennali che si strutturano nelle cure delle patologie persistenti.

L’*équipe* multi professionale rappresenta la matrice comune ed il motore del nostro lavoro ma è ad esempio sempre molto faticoso trovarle un ruolo nei processi decisionali e di responsabilità previsti dalle procedure dell’accreditamento. L’ambito di competenza di questo strumento è l’interstizio tra le professionalità, il suo ruolo è, tra le altre cose, definire una responsabilità superiore a quella del singolo operatore, responsabilità da cui discende il mandato del coordinatore/responsabile nel pretendere dagli operatori progettualità condivisa e risultati.

Due tipologie di eventi hanno indebolito questa visione della *équipe*: da una parte, come abbiamo accennato, la richiesta di una definizione sempre più dettagliata delle procedure di servizio che limitano, fino ad annullare, le aree di interstizio attraverso la definizione delle responsabilità e dei compiti dei singoli “a priori”, dall’altra l’introduzione di modelli prestazionali molto pressanti e indirizzati alle singole professioni, pur nella comune consapevolezza che l’ansia da prestazione uccide anche il miglior amante.

Un terzo elemento, più generale, è la progressiva perdita “culturale”, avvenuta nella società oltre che nei servizi, del concetto di “lavoro di gruppo”, come veniva chiamato, praticato ed insegnato ai bambini fin dai tempi della scuola elementare

La prassi, assai faticosa, del lavoro di gruppo è qualcosa che va insegnato e promosso attraverso la pratica quotidiana con l’attenzione a renderne visibili i risultati, senza mai dare per acquisito che i nuovi operatori possiedano una formazione idonea in tal senso, né che

gli operatori esperti siano disponibili a mantenere un modello operativo sicuramente più complesso di quello legato alla mera attività professionale.

A fianco di queste criticità “istituzionali” non mancano quelle legate alla scarsa attenzione da parte dei servizi ad aspetti formali che sono invece sostanziali, come la purtroppo frequente abitudine ad indire riunioni senza ordini del giorno dettagliati, anticipati e scritti, l’assenza quasi totale di verbali di riunioni e la cronica incapacità di arrivare alle riunioni “pensati”, per finire con la leggerezza con cui non si rileggono i verbali della riunione precedente (in cui in teoria sono indicati i mandati individuali).

La disponibilità alla collaborazione e all’ascolto dell’altro sono elementi che dovrebbero caratterizzare gli operatori sia nella loro relazione con gli altri operatori (*équipe*) sia verso l’utenza (relazione operatore-utente), improntando il clima generale del servizio. Una buona *équipe* aiuta ad apprendere fino in fondo che il proprio pensare può essere rinforzato ed ampliato, e non minacciato, dal pensare degli altri, siano essi operatori o utenti, e questo rappresenta il presupposto della concordanza che svilupperemo in seguito.

L’impatto che può avere il non funzionamento, o talvolta persino l’assenza, dell’*équipe* multiprofessionale nella gestione del soggetto con malattia persistente dipende anche da altri fattori, quali l’esperienza dell’operatore che si trova a lavorare da solo e le caratteristiche cliniche e psichiche dell’utente; certo è che si assisterà ad una caduta delle garanzie offerte ad entrambi di “non farsi troppo male” in una relazione di cura a lungo termine. Formazione specifica e supervisione sono i due concetti che escono da queste riflessioni, pur in un periodo di difficoltà economiche e di contenimento della spesa pubblica. Non saper usare il gruppo di lavoro è molto più dispendioso e pericoloso di qualsiasi investimento formativo.

Un secondo elemento critico nella gestione del soggetto con patologia persistente è la tipologia della raccolta anamnestica necessaria. Quanto conosciamo il nostro paziente? Se abbiamo ormai dovuto ampliare concettualmente le aree che incidono nella genesi della malattia, per comprendere e curare sono ancora sufficienti i dati anamnestici convenzionali? Non corriamo il rischio di avere elementi insufficienti o addirittura fuorvianti quando continuiamo a raccogliere dati che riguardano solo atti fisiologici, malattie familiari e pregressi eventi patogeni? L’area delle potenzialità del paziente, di cosa sa fare, come vive ci rimane totalmente oscura, ma non sono

\* *Infettivologo, ematologo, responsabile U.O.M.T.S. ASL Monza e Brianza.*

forse queste le variabili che dovrebbero incidere di più sulle nostre proposte terapeutiche e sulla capacità di concordanza che il soggetto potrà avere nel lungo periodo?

La raccolta anamnestica in questi soggetti dovrebbe allora essere intesa come un percorso conoscitivo, una *curiosità alla persona ed al suo percorso di vita che non può che continuare ad ogni appuntamento*. Chi sei, cosa hai realizzato, cosa sai fare, come funzioni di fronte alle fatiche di lungo periodo, ti è capitato di chiedere aiuto e sei stato capace di accettarlo?

Il “metodo” di una relazione di cura di lungo periodo è trasmesso fin dalle fasi iniziali di raccolta anamnestica; predisporre ad un ascolto attivo anziché alla mera compilazione di un form anamnestico crea due mondi radicalmente diversi, l’uno può contenere il paziente, il suo dolore, le sue potenzialità, l’altro solo una malattia standard.

Talvolta ci si può rendere conto della propria incapacità a raccogliere tutte le variabili necessarie e potrebbe essere un atto di responsabilità dichiarare questo limite e aprire le porte ad altri professionisti per definire insieme un quadro di potenzialità e limiti in cui “conoscere” il paziente. Il contesto di ricomposizione delle informazioni è evidentemente il lavoro di gruppo che restituirà ai partecipanti molto più di ciò che ogni singolo operatore avrebbe potuto capire da solo (effetto condivisione idee).

Questo è ancor più vero se si considera che nel corso di lunghi anni di frequentazione continua tra operatore e paziente, la capacità individuale di cura si può stemperare, per essere sostituita progressivamente da rigidità e meccanismi difensivi che vanno a diminuire la capacità di gestione da parte del clinico proprio dei casi più complessi e fragili, e che in assenza di consapevolezza e di adeguato supporto, l’insieme dei singoli professionisti tende a indirizzarsi verso aspetti di processo e non di risultato, lungo linee di minor fatica gestionale. Il rischio insomma è tendere verso la produzione di un maggior numero di prestazioni, anche se con risultati clinici più scarsi.

Paradossalmente per ogni operatore il campanello di allarme di questa distanza dalla reale necessità clinica dell’utenza può essere il manifestarsi del suo esatto opposto, la comparsa di “cocchi”, di pazienti privilegiati, espressione del bisogno compensativo ma anche segnale di perdita di una distanza equilibrata in entrambe le direzioni.

Non casualmente il fenomeno interessa con maggior frequenza coloro che inizialmente e verbalmente risultano più motivati alla relazione di cura, ma anche più frustrati dalla comparsa di relazioni statiche o croniche.

Un elemento importante che contribuisce al sentimento di frustrazione nella relazione di cura e alla progressiva involuzione della relazione stessa è l’abitudine a focalizzarsi su ciò che non funziona, il frequente utilizzo di strategie di enfaticizzazione dell’errore, spesso associate

ad una ipernormatività reattiva. Ciò che non funziona diventa il tema centrale di visite e colloqui, e quindi della relazione di cura, talvolta addirittura con il ricorso a “sanzioni” nei confronti del paziente, malgrado esistano ben poche dimostrazioni di efficacia di un tale approccio terapeutico in letteratura.

Nel giro di pochi incontri, l’utente è perfettamente a conoscenza di quale sia il pensiero del clinico, e quando esso è improntato alla sottolineatura di aspetti negativi, la relazione di cura perde rapidamente la sua utilità e l’utente si stanca di comunicazioni a senso unico che lo riprendono su aree patologiche che spesso sono proprio uno dei motivi per i quali si trova a frequentare i servizi. Lo spettro delle possibili difese attivate dal paziente in tale situazione è evidentemente molto ampio, alcuni pazienti continuano a portare il sintomo della loro patologia sfidando il clinico ed il suo armamentario, coinvolgendolo nel tempo nell’impotenza di cui sono portatori, altri più semplicemente iniziano a dire ciò che il clinico si aspetta di sentire, altri accettano passivamente le “ramanzine”; in tutti i casi l’evoluzione è verso un’impasse che potremmo definire come “cronicizzazione della relazione di cura”.

Potremmo pensare a questa situazione come ad una “malattia depressiva della relazione”: vorremmo che la relazione finisse al più presto perché la consideriamo senza significato (anedonia), senza prospettive (sconforto), ansiogena (disagio relazionale), senza nessuna curiosità reciproca.

## La cronicità della cura

L’involuzione della cura del paziente con patologia persistente verso una situazione di impasse, che abbiamo definito come “cronicizzazione della relazione di cura”, può avvenire per numerosi motivi, spesso assai complessi. Due in particolare possono concorrere alla genesi o al mantenimento di tale situazione.

L’impostazione della relazione di cura fin dalle fasi iniziali è determinante, non solo per quanto già detto sulla specificità della raccolta anamnestica, ma anche per il ruolo chiave che in essa gioca la negoziazione e la condivisione degli obiettivi.

In ambito medico, è frequente che si pensi al consenso informato come ad un atto in cui il paziente acconsente alla decisione medica e non già come ad un atto decisionale da parte dell’interessato. Si tratta di un atteggiamento che pone le basi (pur non essendo sufficiente da solo) per una degenerazione in senso involutivo della relazione operatore-utente nel tempo. Mentre sulle patologie acute o di breve durata l’impatto del decisionismo unilaterale si riduce alla valutazione degli esiti, ottima decisione o pessima decisione, nelle relazioni di cura a lungo termine, che evidentemente proseguono perché permane la patologia, il decisionismo dei clinici

tende ad autosvalutarsi sia in quanto meno competente (alcune delle variabili in gioco sono conosciute molto meglio dal paziente che dal clinico), sia perché spesso non esistono “Soluzioni” o interventi risolutivi ma solo tanti piccoli successi concomitanti che concorrono ad un miglioramento.

Il consenso informato, spesso raccolto solo per alcuni atti medici particolarmente invasivi o rischiosi, prevede che il soggetto sia reso edotto dello stadio di avanzamento della patologia di cui è affetto, delle scelte terapeutiche proposte e della loro durata e conseguenze, delle alternative possibili e delle relative probabilità di successo e degli effetti di un non trattamento, ed ha l’obiettivo di porre il paziente in condizione di poter scegliere.

La generalizzazione del concetto di consenso informato a ogni proposta terapeutica fatta al paziente ci porta, attraverso la negoziazione degli obiettivi e alla stesura di un contratto terapeutico condiviso, al concetto di concordanza terapeutica, che, malgrado sia stato sviluppato in ambito farmacologico, contiene spunti metodologici utili nella gestione del paziente con malattia persistente. La concordanza terapeutica è un accordo ottenuto tramite negoziazione tra un medico e un paziente nel rispetto del volere e delle credenze di quest’ultimo, per definire quando, come e perché assumere una terapia.

Per estensione del metodo, la relazione di cura del paziente con malattia persistente potrà essere caratterizzata da una “negoziante permanente” su come quando e perché una determinata strategia debba essere attuata, associando una valorizzazione dei risultati ottenuti in quanto nuovo patrimonio del paziente. La forza di questa impostazione è nel processo di condivisione della decisione, ma soprattutto nella responsabilizzazione del soggetto verso gli obiettivi, indipendentemente che si tratti dell’assunzione corretta di un farmaco o dell’adozione di un nuovo comportamento.

Nell’iniziare una relazione di cura dovremo quindi porre particolare attenzione a:

- Informare verificando la reale comprensione dell’altro, come presupposto ad una decisione condivisa e non imposta.
- Definire il contratto terapeutico (cosa posso fare per Lei, ma anche cosa non posso).
- Definire un percorso terapeutico fatto di obiettivi, sotto obiettivi, verifiche e rinegoziazioni.
- Condividere ogni scelta possibile (tra cui, quando necessario e possibile, ritardare l’inizio di un trattamento per darsi tempo e conoscersi meglio).
- Accettare che il livello di delega che ogni individuo è disposto a dare è variabile nel tempo, e che la delega totale non è una opzione accettabile perché nega la possibilità della cura che è sempre un percorso di condivisione e di assunzione di responsabilità individuale.

- Relazionarsi sapendo che la realtà è soggettiva, ma nel confronto il medico e il paziente non sono pari (conoscere la realtà del paziente può essere più importante che affermare la nostra).
- Ricordarsi che la contrattazione potrebbe non sortire l’effetto desiderato dal medico, che dovrà accettare che non si può curare chi non vuole, ma che si può cominciare a prendersi cura di parti malate in attesa di una modificazione.
- Assicurare nel tempo della cura la propria partecipazione emotiva e costruttiva al percorso terapeutico, ricordando che talvolta un individuo può affidare al medico solo parti di sé (l’emergenza giustifica spesso troppe invasività che nel tempo si trasformano in abbandoni).

Uno dei limiti di questa impostazione è nel fatto che, malgrado le nuove tecnologie abbiano abituato gli individui a maneggiare molte più informazioni, non li ha parimenti impegnati ad una maggiore responsabilizzazione. È necessario valutare di volta in volta la capacità dell’individuo che abbiamo di fronte puntando sul massimo coinvolgimento e responsabilizzazione possibile.

Così di fronte ad un utente che porta informazioni, quasi mai precise, scaricate da internet, il medico dovrà accogliere la possibilità di leggerle insieme per commentarle ed aumentare sia la capacità decisionale dell’utente, sia quella di far fronte all’eccesso di informazioni/pareri provenienti dall’esterno, ricordando che il protagonismo sulla propria salute rappresenta un ottimo viatico contro la cronicizzazione della relazione di cura, attraverso un confronto bipolare che la relazione può garantire.

Vorrei concludere con due affermazioni utili ad un ripensamento sulle nostre abituali modalità operative che riprendono e concludono alcuni passaggi di questo documento:

- si impara raramente dai propri errori anche perché le possibilità di sbagliare sono infinite, viceversa i propri successi, anche se parziali, permettono ripetizioni e generalizzazioni a problemi simili;
- esiste sempre” una parte” che ha funzionato anche negli insuccessi apparentemente totali.

Una relazione di cura basata su questi presupposti modifica radicalmente la strategia relazionale del paziente con patologia persistente. Saper puntare sul rinforzo positivo, imparare a cercare-guardare-ascoltare gli aspetti funzionanti del paziente e la sua conoscenza di sé, ipotizzare con lui strategie di generalizzazione su altri problemi, condividere e sperimentare nuove soluzioni sono elementi essenziali del bagaglio di ogni operatore che opera con soggetti con patologie persistenti.

Parallelamente l’anamnesi allargata alle capacità possedute permette di attingere al sapere del paziente, unico possibile portatore di competenze su se stesso e sulle sue potenzialità.

# Cronicità e psicosi

Alberto Mascetti\*

Il termine cronicità che nell'ambito medico ha un senso e un significato generalmente condivisi, sul versante psichiatrico la terminologia, in gran parte assunta dall'esperienza medica, rimane di difficile definizione e comprensione.

Il fatto psicotico, e ci riferiamo soprattutto ai disturbi schizofrenici che in giovane età si presentano e che difficilmente trovano una loro soddisfacente risoluzione nel tempo, mostra una caratteristica di cronicità non da tutti condivisa e accettata. Non presenta tuttavia i modi e i segni della cronicità delle malattie a sicura base organica, della disfunzione persistente di singoli organi e apparati, bensì la cosiddetta cronicità psicotica abbraccia e coinvolge tutta la persona e l'esistenza del soggetto in una dimensione totalizzante.

Di qui i risvolti singolari e particolari: per prima cosa l'esistenza stessa del soggetto che nei casi estremi si presenta chiusa, confinata, afasica, abulica, aprassica; il disagio e la sofferenza della famiglia; le concomitanze sociali; la dedizione dei curanti; il costo gravoso per la società tutta.

Di fronte alla complessità del quadro rappresentato dalle psicosi croniche, il sapere psichiatrico ha cercato di trovare la chiave di lettura e di penetrare nel mondo della rappresentatività psicotica.

Le condizioni culturali e socio-economiche che hanno sempre giocato un ruolo fondamentale e hanno agito come scenario di fondo su cui le varie ipotesi e interpretazioni hanno accompagnato il difficile e contraddittorio cammino della cronicità psicotica.

La psichiatria italiana che acquisisce indubbi meriti quando promuove il superamento degli ospedali psichiatrici, liberando il malato da una organizzazione oramai obsoleta e sempre più senza significato, si muove nell'attualità in diverse dimensioni che vanno dalla farmacologia alla sociologia, dalla acquiescenza acritica, della tassonomia e della diagnostica di matrice americana al conseguente diminuito interesse per la psicopatologia e la psicologia clinica, che rimangono ancora le strade maestre per l'analisi e la comprensione delle manifestazioni psicotiche.

Accanto alla psicopatologia fenomenologica proponiamo la Psicologia Individuale di matrice adleriana come utile e necessario corollario alla comprensione della maschera della cronicità psichiatrica.

Come ci ricorda Ballerini: "nell'apparente caos dei fenomeni della follia, la psicopatologia invece ricerca caratteristiche di nucleo, di essenza e, attraverso questi, ricerca un progetto individuale di mondo, pur tragi-

co o mancato, laddove l'individuo potrebbe anche essere considerato una pura ricaduta delle circostanze: biologiche, di un corpo che non ha un senso, o sociali, di un ambiente che gli è estraneo".

È necessario ancora ricordare, come ci insegna Lanteri-Laura (1989) che uno dei compiti del fare storia in psichiatria sta nel cercare di chiarire le relazioni bidirezionali tra istituzioni e clima politico-culturale ed economico.

La psichiatria italiana si costituisce nel XIX secolo come emanazione della cultura positivista.

La formazione di una cultura psichiatrica nazionale inaugurerà il XX secolo con la Legge sui manicomi e gli alienati, approvata il 12 febbraio 1904.

La possibilità della cura della follia con tale legge, è delegata all'idea di un futuro progresso nelle scienze obiettive, in quella "romanticizzazione della scienza" propria del credo positivistic.

Le radici della psichiatria italiana affondano in un terreno di cultura positivista, laica, liberale, borghese, anticlericale, come fu la cultura prevalente del Risorgimento italiano.

Analogamente la sostituzione della Legge del 1904 con la 180 del 1978 avviene con un'analogia commistione fra pensiero psichiatrico e cultura politica, questa volta della sinistra.

In sintonia con il modello anatomo-clinico della medicina, la psichiatria in Italia, come in molti Paesi d'Europa, si allinea al precetto di considerare i sintomi quali prodotti meccanici delle lesioni dei centri funzionali, e seguendo l'insegnamento di Mejnert, Griesinger e Wernicke crede di trovare nel modello lesionale cerebrale, spaziale e localizzatorio, una griglia causale lineare ed esplicativa dei disturbi mentali.

Due grandi paradigmi persistono nella psichiatria italiana del '900 fino almeno al 1920: l'uno è quello dell'epilessia, non come lesione, ma come eccitamento di centri cerebrali e l'altro è quello della degenerazione e dell'atavismo. Lo stesso Kreipelin con il suo metodo nosologico non trova in Italia adesioni se non limitate e parziali, perché accusato insieme a E. Bleuler di riportare indietro la psichiatria a criteri "psicologistici" e squisitamente "sintomatologici".

La stessa penetrazione del pensiero psicopatologico-fenomenologico in Italia avviene in modo lento e parziale.

Anche durante il periodo fascista rimane molto scarsa la dimensione psicologica e psicopatologica della psichiatria italiana.

Figure significative e solitarie tuttavia si presentano a cavallo della seconda guerra mondiale in tale ambito quali Morselli, Cargnello e Callieri.

\* *Neuropsichiatra, didatta ufficiale SIPI, già direttore UOP 3, Varese.*

Tra i vari meriti di Cargnello vi è quello di aver fatto conoscere l'opera di Alfred Adler e la Psicologia Individuale in Italia riconoscendone la particolare importanza anche nell'ambito fenomenologico-esistenziale.

La stessa visione del mondo sottende le due prospettive a tal punto che Cargnello individua nella tecnica individual-psicologica un elemento di grande interesse, fino a dichiarare che l'analisi adleriana può rappresentare in maniera esaustiva l'analisi fenomenologico-esistenziale. Morselli prima, Cargnello poi, sulla scia del pensiero di Heidegger e Callieri allievo di Kurt Schneider ribadiscono la importanza della dimensione intersoggettiva della psichiatria.

Tornando alla storia più recente della psichiatria italiana, non dobbiamo ricordare solo Basaglia nella volontà di rimuovere il ruolo centrale e unico avuto dall'Ospedale psichiatrico; non possiamo infatti sottacere la spinta riformatrice che in Italia si ispira dopo il 1960 al modello francese della "psichiatria di settore", che affermava il principio del primato del momento extraospedaliero e della continuità terapeutica nel mantenimento del legame con l'ambiente di provenienza del malato.

Ricordiamo tra gli altri assertori di tale particolarità di superamento dell'ospedale psichiatrico Edoardo Balduzzi a Varese.

Le fonti di ispirazione culturale furono diverse, ma il composito movimento all'interno della psichiatria, sboccò nel cambiamento del paradigma assistenziale.

La trama delle ispirazioni teoriche va dal pensiero di Szaz Cooper, Laing e Goffman alla psichiatria sistemica con la centralità del concetto di relazione.

La tesi tuttavia che "il disturbo psichico è la manifestazione di contraddizioni interne che a loro volta sono un prodotto delle contraddizioni sociali esterne", è assai datata e obsoleta.

Parallelamente a tali posizioni radicali da alcuni Centri universitari parte una controffensiva ispirata alla nosologia categoriale e al modello farmacologico, elevati a principale strumento di delucidazione dei disturbi psichici. Così l'ambiente psichiatrico si è trovato diviso in Italia tra un polo biologistico e un polo sociologico. D'altro canto ci sembra importante considerare e riproporre lo studio psicopatologico quale elemento fondamentale di conoscenza dell'attività mentale e della condizione umana in generale, nella ricerca, anche nei vari gradi dell'alienazione, di una ineludibile capacità da parte del soggetto di produrre un senso. Nell'attualità, forse lentamente e con ritardi, i servizi globali di psichiatria funzionano abbastanza bene in molta parte dell'Italia.

Tatossian scriveva alla chiusura del testo sulla fenomenologia delle psicosi che se l'umanità non può scegliere le proprie malattie mentali, può almeno scegliere quale psichiatria vuole e su quali presupposti basarla.

Diciamo subito che si tratta precisamente di scelte filosofiche e di principi antropologici sull'essenza dell'essere uomo: è questo che fa da sfondo alla cultura di una data società e alla psichiatria che essa propone. In tale

linea si può adottare l'atteggiamento di pensatori come Lanteri-Laura che ci hanno mostrato come per capire il nucleo, l'eidos dei problemi psichiatrici, sia essenziale un'analisi storica.

Per concludere il discorso sulle psicosi e la cronicità, riteniamo allo stato della conoscenza del mondo dell'alienazione, che lo strumento principe di investigazione di questo ancora oscuro mondo sia quello della riflessione psicopatologica e clinica che può alimentarsi soltanto con la condivisione e la partecipe vicinanza alle persone che soffrono con un linguaggio spesso senza parole o con le espressioni creativamente assurde dei deliri e delle allucinazioni.

## Bibliografia

1. Adler A. (1912), *Über den Nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma, 1950.
2. Adler A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della Psicologia Individuale*, Astrolabio, Roma, 1947.
3. Adler A. (1927) *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo*, Mondadori, Milano, 1954.
4. Ballerini A., "Il paradosso italiano: espansione della Psichiatria di Comunità e marginalizzazione della conoscenza psicopatologica", *Psichiatria di Comunità*, vol. VIII, 2009.
5. Cargnello D., "Introduzione allo studio delle nevrosi secondo la Psicologia Individuale di Alfred Adler", *Rivista di Psicologia*, XXXVII, 213-317, 1941.
6. Ellenberger H. (1970), *The discovery of the Unconscious*, tr. it. *La scoperta dell'inconscio*, Boringhieri, Torino, 1972.
7. Ey H., Bernard P., Brisset C., *Manuel de Psychiatrie*, Masson, Paris, 1967.
8. Lanteri-Laura G., "Sul modo di fare storia in medicina e in psichiatria", in Ferro F.M., Di Giannantonio M., Riefolo S. e Tonnini Flaschi M.C. (a cura di), *Passioni della Mente e della Storia*, 1989.
9. Marasco E.E., "Storia della Psicologia individuale in Italia", *Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale*, 2000
10. Marasco E.E., "Danilo Cargnello pioniere della Psicologia Individuale in Italia", *Riv. Psicol. Indiv*, 40, 35-61, 1996.
11. Mascetti A., "Psicologia Individuale e Antropoanalisi: analogie e corrispondenze", *Riv. Psicol. Indiv.*, 6-7, 9-22, 1977.
12. Mascetti A. (1995), "Il viaggio come metafora e stile nell'approccio terapeutico della cronicità. Psicoterapia e cronicità", in Furlan P.M. (a cura di), *Atti XXVIII Congr. Sipi*, Centro Scientifico Editore, Lucca, 1994.
13. Parenti F., *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma, 1983.
14. Parenti F., Pagani P.L., *Psichiatria dinamica. Le basi cliniche della Psichiatria maggiore*, Centro Scientifico Torinese, Torino, 1986.
15. Rovera G.G., "La Psicologia Individuale", in Pancheri P., Cassano G.B., *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano, 1993.

# L'epatopatia cronica alcolica

Fabio Caputo\*, Giovanni Addolorato\*\*

## Patogenesi del danno epatico da alcol

Il 90% dell'alcol ingerito raggiunge, attraverso il sangue portale, il fegato e qui viene metabolizzato; pertanto questo organo presenta una particolare suscettibilità al danno prodotto dall'uso inappropriato di questa sostanza. Lo studio Dionysos ha evidenziato che, nella popolazione italiana, l'incremento del rischio di insorgenza di epatopatia alcolica e di cirrosi epatica alcolica (CEA) compare per consumi alcolici > 30 g/die per un periodo di almeno 10 anni; oltre questa quantità giornaliera si osserva un incremento lineare del rischio all'aumentare del quantitativo di bevande alcoliche assunto (31-60 g/die, odds ratio: 10.9; 61-90 g/die, odds ratio: 25.0). Anche se questa indagine non ha rilevato differenze legate al sesso, altri studi suggeriscono una maggiore vulnerabilità delle donne (rischio aumentato già per un consumo di alcol > 20 g/die). L'indagine Dionysos ha anche puntualizzato l'importanza della modalità del consumo di bevande alcoliche: a parità di alcol ingerito, i soggetti che assumono alcolici anche fuori pasto presentano un'incidenza di epatopatia alcolica e CEA di 3-5 volte superiore rispetto ai soggetti che bevono solo durante i pasti. Infine, rimane ancora controversa l'importanza del tipo di bevanda alcolica assunta preferenzialmente. Come già ricordato, il danno attribuibile all'azione tossica diretta dell'alcol e dei suoi metaboliti viene largamente modulato da diversi co-fattori, quali il polimorfismo genico, il sesso, lo stato nutrizionale, la risposta immunologica e l'eventuale associazione con altri agenti epatolesivi (virali e tossici) (fig. 1).

### Polimorfismo genico

Alcune isoforme degli enzimi coinvolti nel metabolismo dell'alcol sembrano avere un ruolo predisponente al danno epatico. In particolare, studi epidemiologici di popolazione dimostrano che la presenza del gene che codifica per l'enzima alcol-deidrogenasi nell'isoforma 2 (ADH2), di quello che codifica per l'enzima aldeide-deidrogenasi nell'isoforma 2 (ALDH2), dell'allele 2 del gene che codifica per l'enzima alcol-deidrogenasi nell'isoforma 2 (ADH2\*2), la condizione di omozigosi dell'allele 2 che codifica l'enzima alcol-deidrogenasi nell'i-

\* Dipartimento di Medicina Interna, Ospedale SS Annunziata, Cento (Ferrara).

\*\* Istituto di Medicina Interna, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma.

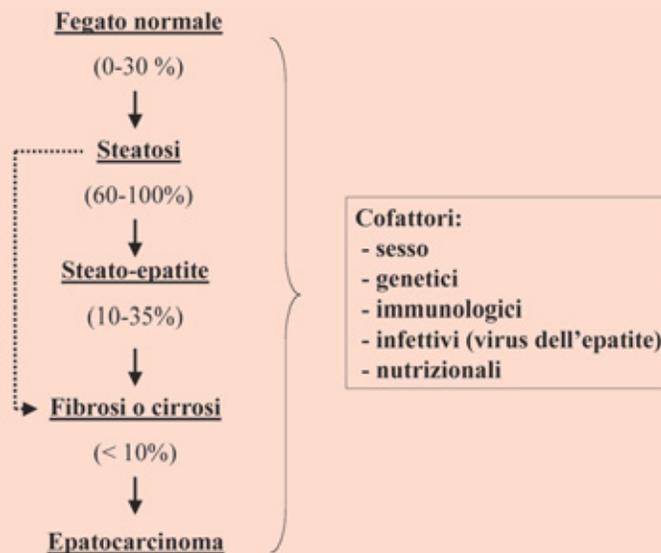


Fig. 1 - Tappe evolutive dell'epatopatia alcolica, con le relative percentuali di frequenza delle differenti lesioni osservabili nei soggetti che fanno un uso inadeguato di alcol. L'evoluitività della epatopatia alcolica è fortemente condizionata, oltre che dall'entità e dalla durata dell'abuso alcolico, dalla presenza di cofattori di danno epatico

soforma 3 (ADH3\*2) e l'allele C2 che codifica per il citocromo P-450IIE1 si associano ad una maggior danno epatico, a parità di alcol assunto. Inoltre, il gene che codifica per l'enzima alcol-deidrogenasi nella isoforma 3 (ADH3) sembra incrementare di 2-3 volte il rischio di insorgenza di epatopatia alcolica in una popolazione di alcolisti.

### Sesso

In seguito all'assunzione di dosi di etanolo (corrette per il peso corporeo) analoghe, le donne presentano un'alcolemia più elevata rispetto agli uomini. Tale differenza è determinata sia dal minore contenuto corporeo di acqua sia dal minore "first pass metabolism", a causa di una ridotta attività dell'enzima alcol-deidrogenasi gastrico. Ciò, accrescendo la bio-disponibilità dell'etanolo, sarebbe responsabile della maggiore suscettibilità del sesso femminile ai danni epatici da uso inadeguato di alcol.

### Stato nutrizionale

La malnutrizione ed, in particolar modo, la carenza di micronutrienti ed antiossidanti (Zn, Se, vitamine A-C-E, glutazione ridotto e coenzima Q) riducono l'efficienza dei meccanismi di riparazione del danno cellulare prodotto dall'acetaldeide e dall'accumulo di radi-

cali liberi dell'O<sub>2</sub> derivanti dal metabolismo dell'alcol. Ne consegue l'amplificarsi ed il perpetuarsi dei fenomeni di necrosi/apoptosi cellulare, della risposta infiammatoria e, quindi, della fibrosi. Nel paziente cirrotico, in particolare, la malnutrizione è particolarmente frequente e può diventare un fattore di primaria importanza nella progressione del danno da alcol.

### Risposta immunologia

L'acetaldeide ed i prodotti della lipoperossidazione formano legami stabili con le proteine creando composti con potere antigenico (addotti proteici: neo-antigeni) che stimolano la formazione di auto-anticorpi. Ne deriva un'amplificazione immuno-mediata del danno epatico, caratterizzato da necrosi/apoptosi epatocellulare ed infiammazione (fig. 2). In effetti, sieri di pazienti con epatite alcolica e CEA presentano elevati titoli di questi auto-anticorpi ed il 30-40% di pazienti con CEA presentano anticorpi circolanti diretti contro il citocromo P-450IIE1. Anche l'incremento della permeabilità intestinale indotta dall'abuso alcolico cronico può innescare una cascata di sfavorevoli eventi immunologici, incrementando il passaggio di endotossine prodotte dalla flora intestinale dal lume intestinale al circolo. Questi lipopolisaccaridi, infatti, stimolano le cellule di Kupffer a produrre citochine ed, in particolare, il Tumor Necrosis Factor alfa (TNF $\alpha$ ), Interleuchina-6 ed il Transforming Growth Factor beta (TGF $\beta$ ), che giocherebbero un ruolo rilevante nella genesi del danno epatico da alcol (fig. 2). Tutte queste osservazioni suggeriscono che la risposta immunitaria agli addotti proteici e la stimolazione della produzione di citochine da parte del sistema istiocitario residente nel fegato potrebbero rappresentare uno dei meccani-

smi fondamentali di progressione del danno epatico alcol-indotto.

### Quadri clinici ed istopatologici

L'abuso di alcol può determinare un ampio spettro di lesioni epatiche (fig. 1). Il danno epatico cronico si manifesta con i seguenti quadri patologici: steatosi, steato-epatite alcolica, fibrosi e cirrosi. Quest'ultima, poi, può evolvere in epatocarcinoma (HCC). Un'altra manifestazione del danno da alcol, abbastanza rara nel nostro Paese, è l'epatite acuta alcolica (tale condizione clinica non verrà trattata in questo capitolo). Le espressioni istopatologiche fondamentali del danno epatico da alcol, osservabili in diversa misura in queste patologie, sono: la degenerazione grassa e balloniforme dell'epatocita, la necrosi e l'apoptosi epatocitaria, l'infiltrazione flogistica, la fibrosi pericellulare, capace di evolvere in fibrosi perivenulare (vena centrolobulare) e settale (setti porto-centrali e porto-portali) che precede e concorre allo sviluppo del sovvertimento nodulare, proprio della cirrosi.

#### Steatosi alcolica

È la più comune espressione istopatologica del danno metabolico prodotto dall'abuso alcolico, essendo riscontrabile nel 60-100% dei soggetti che fanno un uso inadeguato di bevande alcoliche. Essa è dovuta all'accumularsi di lipidi (soprattutto trigliceridi) nella cellula epatica in forma di grosse vescicole che dislocano il nucleo alla periferia (steatosi macrovescicolare). Tale accumulo è secondario sia ad un'eccessiva sintesi di trigliceridi e sia ad un difetto della loro escrezione per ridotta produzione di lipoproteine. Clinicamente, la steatosi è di solito asintomatica o, raramente, può provocare senso di peso/dolenza all'ipocondrio destro. All'esame obiettivo, si manifesta con epatomegalia di consistenza non aumentata e con margine epatico liscio ed arrotondato. L'epatosteatosi può determinare moderate alterazioni degli indici di funzionalità epatica, particolarmente dell'alanina amino-transferasi (ALT) e delle  $\gamma$ -glutamyltranspeptidasi ( $\gamma$ -GT). La epatosteatosi "pura", cioè non accompagnata da degenerazione balloniforme epatocitaria, infiltrato infiammatorio portale e fibrosi, è un'alterazione benigna, non evolutiva ed in genere è reversibile con la sospensione dell'assunzione alcolica.

#### Steato-epatite alcolica

È riscontrabile nel 10-35% dei soggetti che fanno un uso inadeguato di bevande alcoliche. In questi pazienti non è infrequente la presenza di marcatori sierologici di un'infezione da uno o più virus dell'epatite, di obe-

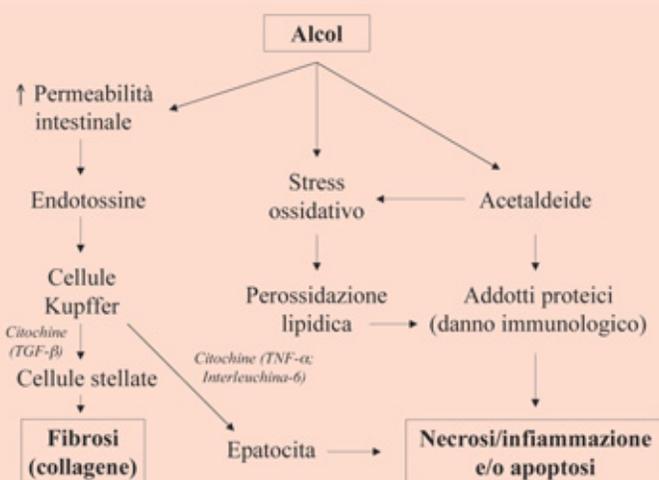


Fig. 2 - Possibili meccanismi patogenetici del danno epatico da alcol

sità, e di polimorfismo negli enzimi del metabolismo dell'etanolo (alcol-deidrogenasi e aldeide deidrogenasi). Sul piano clinico, la steato-epatite può risultare praticamente asintomatica o manifestarsi con modesti disturbi dispeptici, inappetenza, dimagrimento, astenia e subittero. All'esame obiettivo, è possibile rilevare epatomegalia, di consistenza aumentata, a superficie liscia e non dolente. Gli esami di laboratorio mostrano un moderato incremento della transaminasi (soprattutto ALT) e netta elevazione delle gamma-GT e, talora, iperlipemia. Il quadro istologico è caratterizzato dall'associazione, in vario grado, dei seguenti aspetti: un infiltrato infiammatorio portale neutrofilo, steatosi (prevalentemente macrovescicolare) e degenerazione balloniforme epatocitaria con presenza di corpi di Mallory, apoptosi e fibrosi di vario grado. Circa il 10% dei casi di steato-epatite regredisce dopo la sospensione dell'uso di bevande alcoliche e circa il 50% dei casi può evolvere verso quadri avanzati di fibrosi fino alla cirrosi in caso di persistenza di abuso alcolico.

#### *Fibrosi e cirrosi*

Nei forti bevitori la prevalenza di marcata fibrosi e cirrosi è < 10%. La fibrosi è inizialmente confinata in sede pericellulare e nello spazio di Disse. La zona centrolobulare (zona III dell'acino di Rappaport) è quella più colpita dalle lesioni degenerative e dalla trasformazione fibrosa; soprattutto se l'abuso alcolico non viene interrotto, la fibrosi si estende formando densi setti "porto-portali" e "porto-centrali", che contribuiscono alla genesi del sovvertimento strutturale proprio della cirrosi. Recentemente è stato suggerito che le cellule del Kupffer svolgono un ruolo chiave nella genesi della fibrosi, in quanto l'alcol stimolerebbe queste cellule a produrre citochine (in particolare TGF $\beta$ ) che, a loro volta, stimolerebbero le cellule stellate (cellule di Ito) a produrre collagene che si deposita nello spazio pericellulare e di Disse. Dopo il ridimensionamento causato dal frequente riscontro di una positività dei marcatori sierologici di infezione da virus dell'epatite B e C in questi soggetti, la solidità dell'associazione causale fra abuso alcolico e sviluppo di cirrosi epatica ha trovato nuove evidenze in recenti ricerche epidemiologiche, cliniche e sperimentali. Esse confermano che dosi inadeguate di alcol possono agire sia come agente eziologico unico sia come co-fattore (in presenza di altre noxae) del danno epatico. In genere, la cirrosi si instaura dopo 10-15 anni di abuso alcolico e sembra presentare un rapporto con la dose globale di alcol assunta. La cirrosi spesso si sviluppa dallo stadio steatosi/fibrosi del danno alcolico, senza essere preceduta da episodi ricorrenti di epatite acuta alcolica. Obiettivamente e clinicamente la CEA non

differisce dalle cirrosi di altra natura. Il quadro clinico è caratterizzato da astenia, dimagrimento, subittero o ittero, eritema palmare, teleangectasie del palato e del volto, nevi racemosi ("spider" nevi), circoli venosi cutanei addominali che, in caso di pervietà della vena ombelicale, possono assumere un aspetto a raggiera in sede periombelicale (*caput medusae*), ginecomastia nell'uomo, epatomegalia, ascite, *flapping tremor* e *foetor hepaticus*. Nelle fasi avanzate, con il prevalere dei processi fibrotici sui processi di rigenerazione nodulare, il volume epatico si riduce (cirrosi ipotrofica), soprattutto a carico del lobo destro. Il reperto istopatologico è caratterizzato da una diffusa trasformazione nodulare dell'organo (noduli di rigenerazione) e fibrosi densa, responsabili di un profondo sovvertimento architetturale e dei rapporti funzionali fra le diverse cellule epatiche e con il sistema di perfusione (capillarizzazione dello sistema sinusoidale, comparsa di shunt porto-sistemici intra ed extra-epatici, ed arterializzazione del fegato). È, inoltre, rilevabile una deposizione di IgA lungo i sinusoidi epatici, ritenuta altamente suggestiva di eziologia alcolica del danno.

#### *Carcinoma epatocellulare (HCC)*

La cirrosi epatica, qualunque ne sia l'eziologia, costituisce la principale condizione predisponente all'insorgenza dell'HCC. L'incidenza annuale di questo tumore varia, nel soggetto cirrotico, dall'1.5% al 5% a seconda delle casistiche. Il rischio di trasformazione neoplastica è nettamente aumentato dalla presenza di cofattori, come l'infezione da virus B e C dell'epatite e dall'eccesso di depositi marziali nel fegato. Altri importanti fattori di rischio sono il sesso maschile, l'età geriatrica (marker surrogato di una malattia di lunga durata) ed una malattia avanzata.

#### **Associazione con altri agenti epatolesivi: i virus dell'epatite**

È nota da tempo la stretta associazione tra abuso alcolico e presenza di marcatori sierologici di infezione (in atto o pregressa) da virus epatitici. Negli alcolisti la prevalenza di infezione da virus dell'epatite B (HBV) è 2-4 volte maggiore rispetto alla popolazione di controllo e la percentuale di alcolisti che presenta un'infezione da virus dell'epatite C (HCV) oscilla tra il 15 ed il 40%.

Negli alcolisti, l'epatite C presenta una più rapida evoluzione in fibrosi, cirrosi ed HCC. In uno studio condotto su più di duemila pazienti HCV positivi, un consumo di alcol > 50 g/die rappresentava un fattore di rischio indipendente per la progressione della fibrosi. In uno

studio italiano di tipo caso-controllo, un consumo di alcol > 50 g/die si è associato ad un aumentato rischio di cirrosi nei pazienti sia HCV positivi che HCV negativi; la combinazione di HCV ed alcol aveva un ruolo *additivo* sul rischio di cirrosi, che diventava *sinergico* per consumi > 125 g/die. Tuttavia, studi più recenti hanno evidenziato che l'assunzione di alcol, indipendentemente dalla quantità, durante un trattamento anti-virale per l'infezione da virus C, non rappresenta un fattore peggiorativo né della risposta al trattamento né dell'incremento alla replicazione stessa del virus, ma un fattore prognostico negativo nei confronti del mantenimento della presa in carico del paziente. Utile, quindi, nel caso di pazienti che continuano ad assumere alcol, ma necessitano di un tempestivo intervento farmacologico anti-virale, effettuare un bilancio tra rischio e beneficio e se la decisione di intraprendere il trattamento anti-virale è necessaria, piuttosto che non iniziare la terapia anti-virale, il potenziamento della presa in carico multidisciplinare (Servizi di Epatologia ed Alcolistici) del paziente diventa indispensabile.

Analogamente a quanto osservato per l'interazione fra alcol ed HCV, numerosi studi di tipo epidemiologico, virologico ed istologico hanno dimostrato come il rischio di sviluppare HCC è significativamente più alto tra gli alcolisti con infezione da HBV rispetto ai non infetti. Inoltre, il riscontro di HBV-DNA su tessuto epatico di alcuni alcolisti con HCC, in assenza di marcatori sierologici di infezione, suggerisce un ruolo favorente l'epatocarcinogenesi anche da parte di una infezione da HBV "occulta".

In conclusione, l'elevata prevalenza di infezione da virus epatitici e la diffusa abitudine al consumo di alcol condizionano nel nostro Paese la frequente coesistenza di questi due fattori nello stesso paziente. Poiché entrambi giocano un ruolo importante nella genesi del danno epatico, la loro associazione favorisce la cronicizzazione e l'evoluzione del danno.

### **Trattamento farmacologico dell'epatopatia cronica alcolica**

La steatosi epatica rappresenta la più comune forma di epatopatia causata dall'uso inadeguato di alcol. La metamorfosi grassa del fegato su base alcolica è completamente reversibile con la sospensione dell'apporto di etanolo. Sebbene esistano i presupposti teorici e sperimentali per ipotizzare che alcune sostanze (vitamina E, glutazione ridotto e S-adenosil-L-metionina) possano accelerarne la guarigione, mancano precise conferme cliniche di ciò. L'unico farmaco che si è dimostrato capace di favorire la scomparsa o la riduzione della steatosi è la *metadoxina* (piridossolo-L-2-

pirrolidon-5-carbossilato), molecola risultante dalla combinazione di piridossina e pirrolidon-carbossilato. La metadoxina aumenta la concentrazione epatica di adenosina trifosfato (ATP) e glutazione ridotto, ed è in grado di prevenire l'inibizione dell'enzima triptofano-pirrolasi causata dall'abuso alcolico. Inoltre, accelerando la clearance plasmatica di etanolo ed acetaldeide, riduce il tempo di esposizione dei tessuti agli effetti tossici di queste sostanze. Sul piano clinico, uno studio clinico controllato ha evidenziato che la somministrazione orale per un periodo di 3 mesi di 1500 mg/die di metadoxina, suddivisi in tre dosi giornaliere, ad un gruppo di etilisti cronici con steatosi epatica documentata ecograficamente riduce sia il numero di soggetti con steatosi ( $p < 0.01$ ) sia il quadro ecografico di steatosi ( $p < 0.01$ ) rispetto al placebo. Inoltre, contrariamente al placebo, la metadoxina si è dimostrata più efficace del placebo anche nel gruppo di soggetti che continuavano l'assunzione di bevande alcoliche. Comunque, prima di sancire l'applicazione di questa molecola nella comune pratica clinica, saranno necessari ulteriori studi che ne confermino l'efficacia.

Nella steato-epatite è osservabile, accanto alla steatosi, altre alterazioni degenerative degli epatociti, un infiltrato infiammatorio e la deposizioni di neocollagene, soprattutto in sede perisinusoidale e centroepatica. Come già ricordato, la steatoepatite ha un potenziale evolutivo verso la cirrosi. Queste manifestazioni di danno epatico possono scomparire (lesioni degenerative ed infiammatorie) o migliorare (fibrosi) a seguito dell'astinenza da bevande alcoliche che, quindi, è condizione imprescindibile dall'approccio terapeutico alla steatoepatite. Attualmente non esistono studi che abbiano valutato l'efficacia di farmaci specifici per il trattamento della steato-epatite alcolica. L'inibizione del processo di apoptosi (morte cellulare programmata) potrebbe migliorare le alterazioni della steato-epatite e prevenirne o rallentarne l'evoluzione verso la cirrosi. A tale scopo sono state proposte alcune molecole sperimentali quali: a) l'*acido ursodesossicolico* coniugato con ossido nitrico, che agisce bloccando l'attività di particolari recettori presenti sulle cellule epatiche implicati nel processo apoptotico; b) le anti-proteasi, che agiscono bloccando le capsasi, enzimi responsabili dell'innesco dell'apoptosi.

L'unico provvedimento terapeutico capace di prolungare inequivocabilmente la sopravvivenza dei pazienti con CEA è l'assoluta astensione da bevande alcoliche. I provvedimenti terapeutici generali non variano rispetto a quelli adottabili nella cirrosi provocata da altre cause. Nel caso specifico, tuttavia, si possono menzionare i tentativi terapeutici eseguiti allo scopo di ridurre la progressione della fibrosi con l'impiego

della colchicina, della silimarina e dell'S-adenosil-L-metionina.

La *colchicina* è stata impiegata nel trattamento dei pazienti con fibrosi/cirrosi epatica, in quanto è in grado di aumentare la produzione di collagenasi ed inibisce la migrazione granulocitaria, l'assemblaggio microtubulare e la secrezione di collagene. Tuttavia, i risultati ottenuti con questa molecola sono contrastanti. In uno studio condotto su 100 pazienti per un periodo di 14 anni, il farmaco ha prodotto un miglioramento del quadro istologico di cirrosi in alcuni pazienti, con una sopravvivenza del 75% nel gruppo trattato, contro il 34% della controparte trattata con placebo. Altri studi non hanno invece dimostrato alcuna efficacia del farmaco. Recentemente, Rambaldi e coll., combinando i risultati di 14 studi clinici controllati, per un totale di 1138 pazienti, non hanno evidenziato effetti significativi della colchicina sulla sopravvivenza o sulla evoluzione dell'istologia epatica. Infine, un ulteriore studio multicentrico, l'utilizzo di colchicina non ha evidenziato alcun beneficio sia nei confronti della mortalità correlata all'epatopatia che di quella generale.

La *silimarina* possiede un'azione protettiva nei confronti dei processi di lipoperossidazione e presenta, inoltre, proprietà antinfiammatorie e antifibrotiche. Ancora una volta, il suo impiego ha fornito risultati contrastanti. Mentre uno studio randomizzato ha dimostrato che la silimarina (140 mg x 3/die, per 2 anni) ha effetti positivi per i pazienti con cirrosi epatica ben compensata (classe A di Child-Pugh), un altro studio non ha evidenziato alcun effetto del farmaco (150 mg x 3/die, per 2 anni) sulla sopravvivenza.

L'*S-adenosil-L-metionina* (SaME) è una molecola presente ubiquitariamente nell'organismo, che interviene come donatrice di metili nelle reazioni di transmetilazione e come precursore di composti solforati (cisteina, taurina, glutazione, ecc.) nelle reazioni di transulfurazione. Il ripristino dei depositi epatici di glutazione attraverso la somministrazione di SaME potrebbe rappresentare una efficace strategia per antagonizzare l'instaurarsi della fibrosi in quanto sono ben noti, da una parte, l'importanza patogenetica dei fenomeni di lipoperossidazione e dei radicali liberi dell'ossigeno nella fibrogenesi epatica alcol-indotta e, dall'altra, gli effetti protettivi del glutazione ridotto. Un recente studio clinico controllato ha evidenziato una riduzione statisticamente significativa della mortalità a 2 anni di pazienti con cirrosi epatica non avanzata (classe A e B di Child-Pugh) sottoposti a trattamento con SaME (1200 mg/die per via orale) rispetto a quella del gruppo placebo (12% vs. 29%). Tale risultato richiede, comunque, conferme.

Infine, nell'ambito dei trattamenti farmacologici "anti-craving" finalizzati al raggiungimento e mantenimento

dell'astinenza da alcol, l'unica molecola sperimentata con risultati soddisfacenti nei pazienti affetti da CEA è stato il baclofene. Tale molecola, utilizzata da anni come miorilassante, presenta una azione agonista sui recettori GABA<sub>B</sub> ed un pressoché totale metabolismo renale. Infatti, in un recente studio clinico randomizzato, controllato, in doppio-cieco il baclofene utilizzato al dosaggio di 30 mg/die (frazionato in 3 somministrazioni giornaliere), ha dimostrato una maggiore efficacia rispetto al placebo nel mantenimento dell'astinenza da alcol in pazienti alcol-dipendenti affetti da CEA, anche di stadio avanzato.

## **Il trapianto di fegato nella cirrosi epatica alcolica**

La cirrosi alcolica rappresenta, dopo le forme ad eziologia virale, la più comune indicazione al trapianto ortotopico di fegato (OLT). In Europa, la percentuale di OLT eseguiti per cirrosi epatica alcolica (CEA) è attualmente del 40% e del 20% negli Stati Uniti. Una questione a tutt'oggi dibattuta riguarda l'*inserimento nella lista* di attesa per OLT i pazienti con CEA ed il grado di priorità da assegnare loro considerando che il 5-15% dei pazienti con cirrosi in attesa di OLT muore prima che si renda disponibile l'organo, indipendentemente dall'eziologia della malattia epatica. È importante sottolineare che la *sopravvivenza* dopo OLT dei pazienti con CEA è sovrapponibile, se non addirittura migliore, di quella dei pazienti trapiantati per altre patologie epatiche. Come riportato dall'European Liver Transplant Registry, la sopravvivenza dopo il trapianto era più alta in coloro trapiantati per CEA rispetto a quelli per infezioni virali (84% a 1 anno; 73% a 5 anni; and 58% a 10 anni versus 82%, 70% e 60%, rispettivamente; p = 0.04). Un simile dato per pazienti con CEA è stato riportato negli Stati Uniti: 92% a 1 anno, 86% a 3 e 5 anni e 76% a 9 anni. Pertanto, la risposta dei Centri trapianti al quesito se candidare o meno all'OLT il soggetto con CEA da abuso alcolico è stata universalmente affermativa ed i buoni risultati osservati dovrebbero indurre a promuovere una campagna educativa sui benefici dell'OLT anche per i pazienti con CEA.

Superato il problema generale della candidatura, resta quello individuale: in effetti, uno dei fattori avversi al buon risultato dell'intervento è la *recidiva* del consumo alcolico. La percentuale di recidiva a distanza di 3-5 anni dall'OLT varia dall'11 al 49%. È opinione diffusa che i trapiantati con recidiva abbiano una maggiore probabilità di perdita dell'organo trapiantato per una o più delle seguenti cause: mancata attinenza alla terapia immunosoppressiva, effetto epato-

totossico dell'alcol ed insorgenza di danni organici extraepatici alcol-indotti. Ciononostante, la letteratura riporta solo pochi casi di perdita dell'organo attribuibile alle suddette cause. Pertanto, la recidiva del consumo di alcol non sembra avere un impatto rilevante sulla sopravvivenza dell'organo e del paziente trapiantato. Inoltre, è stato evidenziato che pazienti con diagnosi di abuso alcolico secondo i criteri del DSM-IV in assenza di co-morbidità psichiatrica presentano un rischio di recidiva post-OLT inferiore rispetto a coloro che presentano diagnosi di dipendenza da bevande alcoliche e co-morbidità psichiatrica. Va sottolineato, inoltre, che i dati disponibili in letteratura non forniscono una precisa evidenza che 6 mesi di astinenza siano superiori a periodi di astinenza più brevi per formulare una previsione sulla probabilità di recidiva di uso dell'alcol e di aderenza al trattamento immuno-soppressivo post-OLT. Tuttavia, un studio ha mostrato che circa 1/3 dei pazienti con CEA (grado C di Child-Pugh), raggiunti i 3 mesi di completa astinenza da alcol non mostrava un ulteriore miglioramento degli indici di insufficienza epatica nei successivi 3 mesi di astinenza.

In conclusione, la CEA avanzata risulta una buona indicazione all'OLT che assicura al paziente una sopravvivenza paragonabile a quella della cirrosi di altra eziologia. I pazienti devono essere accuratamente valutati prima e strettamente seguiti dopo il trapianto da un gruppo multidisciplinare che comprenda un clinico esperto in alcolologia. Anche se non è definibile un periodo minimo di stabile astinenza pre-OLT, tale periodo deve essere di durata sufficiente per intraprendere il programma terapeutico e di supporto necessario al singolo caso e permettere di cogliere un possibile miglioramento della funzionalità epatica di grado tale da rendere il trapianto non più indicato.

### Lettere consigliate

1. Addolorato G., Leggio L., Ferrulli A., Cardone S., Vonghia L., Mirijello A., Abenavoli L., D'Angelo C., Caputo F., Zambon A., Haber P.S., Gasbarrini G., "Effectiveness and safety of baclofen for maintenance of alcohol abstinence in alcohol-dependent patients with liver cirrhosis: randomised, double-blind controlled study", *Lancet*, 370, 1915-22, 2007.
2. Addolorato G., Russell M., Albano E., Haber P.S., Wands J.R., Leggio L., "Understanding and Treating Patients With Alcoholic Cirrhosis: An Update", *Alcohol Clin Exp Res*, 33, 1-9, 2009.
3. Bellentani S., Tiribelli C., "The spectrum of liver disease in the general population: lesson from the Dionysos study". *J Hepatol*, 35, 531-7, 2001.

4. Biselli M., Gramenzi A., Del Gaudio M., Ravaioli M., Vitale G., Gitto S., Grazi G.L., Pinna A.D., Andreone P., Bernardi M., Bologna Liver Transplantation Group, "Long Term Follow-up and Outcome of Liver Transplantation for Alcoholic Liver Disease: A Single Center Case-control Study", *J Clin Gastroenterol*, 44, 52-7, 2010.
5. Burra P., Senzolo M., Adam R., Delvart V., Karam V., Germani G., Neuberger J., ELITA, ELTR Liver Transplant Centers, "Liver transplantation for alcoholic liver disease I Europe: a study from the ELTR (European Liver Transplant Registry)", *Am J Transplant*, 10, 138-48, 2010.
6. Caballeria J., Parés A., Brú C., Mercader J., Plaza A.G., Caballeria L., Clemente G., Rodrigo L., Ródes J., and the Spanish Group for the Study of Alcoholic Fatty Liver, "Metadoxine accelerates fatty liver recovery in alcoholic patients: results of a randomized double-blind, placebo-control trial", *J Hepatol*, 28, 54-60, 1998.
7. Caputo F., Stefanini G.F., "An In-depth Psychosocial and Biochemical Evaluation in Transplant Recipients for Alcoholic Liver Disease Should be Planned", *J Clin Gastroenterol*, 2010 (in stampa).
8. Corrao G., Zambon A., Torchio P., Aricò S., La Vecchia C., di Orio F., "Attributable risk for symptomatic liver cirrhosis in Italy. Collaborative Groups for the Study of Liver Diseases in Italy", *J Hepatol*, 28, 1998, 608-14.
9. DiMartini A., Day N., Dew M.A., Javed L., Fitzgerald M.G., Jain A., Fung J.J., Fontes P., "Alcohol consumption patterns and predictors of use following liver transplantation for alcoholic liver disease", *Liver Transpl*, 12, 813-20, 2006.
10. Gramenzi A., Caputo F., Biselli M., Kuria F., Loggi E., Andreone P., Bernardi M., "Review article: alcoholic liver disease - pathophysiological aspects and risk factors", *Aliment Pharmacol Ther*, 24, 1151-61, 2006.
11. Kotlyar D.S., Burke A., Campbell M.S., Weinrieb R.M., "A Critical Review of Candidacy for Orthotopic Liver Transplantation in Alcoholic Liver Disease", *Am J Gastroenterol*, 103, 734-43, 2008.
12. Lieber C.S., "Alcoholic fatty liver: its pathogenesis and mechanism of progression to inflammation and fibrosis", *Alcohol*, 34, 9-19, 2004.
13. Mato J.M., Camara J., Fernandez de Paz J., Caballeria L., Coll S., Caballero A., Garcia-Buey L., Beltran J., Benita V., Caballeria J., Sola R., Moreno-Otero R., Barrao F., Martin-Duce A., Correa J.A., Pares A., Barrao E., Garcia-Magaz I., Puerta J.L., Moreno J., Boissard G., Ortiz P., Rodes J., "S-adenosylmethionine in alcoholic liver cirrhosis: a randomized, placebo-controlled, double-blind, multicenter clinical trial", *J Hepatol*, 30, 1081-9, 1999.
14. Morgan T.R., Weiss D.G., Nemchauskys B., Schiff E.R., Anand B., Simon F., Kidao J., Cecil B., Mendenhall C.L., Nelson D., Lieber C., Pedrosa M., Jeffers L., Bloor J., Lumeng L., Marsano L., McClain C., Mishra G., Myers B., Leo M., Ponomarenko Y., Taylor D., Chedid A., French S., Kanel G., Murray N., Pinto P., Fong

T.L., Sather M.R., "Colchicine treatment of alcoholic cirrhosis: A randomized, placebo-controlled clinical trial of patient survival", *Gastroenterology*, 128, 882-90, 2005.

15. O'Shea R.S., Dasarathy S., McCullough A.J., "Practice Guideline Committee of the American Association

for the Study of Liver Diseases; Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology", *Alcoholic liver disease. Hepatology*, 51, 307-28, 2010.

16. Safdar K., Schiff E.R., "Alcohol and hepatitis C", *Semin Liver Dis*, 24, 305-15, 2004.

**Si ringrazia il Laboratorio Farmaceutico CT per il supporto educativo.**



## Quinto premio nazionale FeDerSerD

Pubbllichiamo il lavoro risultato primo classificato al Quinto Premio Nazionale FeDerSerD - anno 2009 - indetto sul tema: "I criteri per il successo della terapia con metadone"

## Valutazione dell'efficacia dei trattamenti metadonici a lungo termine effettuati nei Ser.T. della Provincia Autonoma di Trento

Raffaele Lovaste\*, Emanuela Colasante\*\*, Annalisa Pitino\*\*, Mercedes Gori\*\*

### SUMMARY

■ **Objectives:** The aim of this study is to evaluate "the outcome" of methadonic treatments (long term methadone) given to "heroin-addicts" taken in charge by Drug Addiction Services of the Local Health Unit of the Province of Trento. It focuses specifically on the role played by the methadone dose in determining the success of therapy related to the motivation of the patient to overcoming the situation of drug addiction.

**Design:** retrospective cohort study conducted from 2000 to 2008.

**Setting:** outpatients treatment in Trento Province, Italy.

**Participants:** 1.771 heroine addicts in outpatients treatment in long term methadone therapy ( $\geq 180$  days).

**Interventions:** patients were categorized into 3 groups on the basis of their clinical characteristics and motivation to change. The group A1 (n = 679) and A2 (n = 327) in high evolution, the group B (n = 765) in low evolution.

**Measurements:** for the Group A1 the methadone treatment is aimed at drug free condition; the outcome is the opioid abstinence (negative urine results in 90%-100%); for the Group A2 the methadone treatment is aimed at the "coupling" and symptom stabilization to prepare a future voluntary change for drug free situation; the outcome is the opioid abstinence (negative urine results at least 50%). For the Group B the methadone treatment is aimed at symptom stabilization not oriented to voluntary change of addiction situation; the outcome is the global improving of quality of life (such as reduction of incarceration, of overdose risk, improvement of working days).

**Methods:** The probability of successful treatment was estimated by means of multivariate logistic model. The Odds Ratios and 95% confidence intervals were calculated.

**Results:** For the Group A1, there is no statistically significant effect of methadone dose on the probability of successful treatment. For groups A2 and B, to take a methadone treatment higher than 50mg/die determines a higher probability of success (OR = 2.29 Group A2 and OR = 1.83 Group B).

**Conclusions:** Many factors can influence the effects of methadone, therefore, the concept of a specific "range" dose, which may be applied to all patients is scientifically not plausible; it is for this reason that the present study is intended to promote the importance of initial evaluation of the patients in order to build a "custom planned methadone treatment". ■

**Keywords:** long term methadonic treatments, outcome, motivation to change, methadone dose.

**Parole chiave:** trattamento a lungo termine con metadone, efficacia, motivazione al cambiamento, dose di metadone.

### Introduzione

Oggi la grande variabilità nell'organizzazione e regolazione dei trattamenti metadonici a mantenimento ha portato alcuni Paesi alla stesura di **specifiche linee guida**, anche se la terapia a lungo

termine a dosaggi adeguati è riconosciuta come la migliore nella riduzione dell'uso di oppioidi (Dole, 1991).

Tale variabilità è in parte attribuibile al disaccordo sulla definizione degli obiettivi del trattamento metadonico in relazione alla situazione clinica generale del paziente.

Nel caso di un paziente con scarsa motivazione al cambiamento l'esito del trattamento metadonico può essere quello di migliorare la condizione sia sociale che personale e ridurre i danni associati all'uso di eroina.

\* Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento.

\*\* Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto di Fisiologia Clinica.

Nel caso, invece, di un paziente con una buona motivazione al cambiamento l'intervento metadonico è visto come strumento volto all'ottenimento di una condizione drug-free come base per il superamento della tossicodipendenza. In tale contesto si inserisce anche la questione relativa all'appropriatezza dei dosaggi metadonici atti a favorire la soppressione del ricorso all'utilizzo di eroina (Maxwell S., 2002; Maremmani I., 2008).

Complessivamente dosi metadoniche elevate fino ai 100 mg per die, risultano associate ad un minor ricorso all'uso di eroina durante il trattamento ed a più bassi sintomi astinenziali (Langendam M.W., 2000; Faggiano F., 2009).

L'associazione tra dosaggio e successo del trattamento non è tuttavia del tutto chiarita se non si introduce, nella valutazione degli esiti, una suddivisione della coorte dei pazienti in base alla motivazione al cambiamento.

In effetti le caratteristiche del paziente, nonché la vision degli operatori, quali la capacità di identificare soggetti a rischio di drop out, sono altri elementi strettamente associati al successo ed alla ritenzione in trattamento (Goubert D., 1996).

L'adeguata lettura della domanda attraverso un processo di assessment consente di definire obiettivi chiari in linea con le caratteristiche cliniche, ambientali e motivazionali del paziente (Simpson D.D., 1997; McLellan A.T., 1997; DiClemente C., 2001).

Tali elementi hanno portato alla necessità di personalizzare i programmi terapeutici concordando periodicamente obiettivi specifici con il paziente (Gossop M., 2001).

In tale ottica risulta utile articolare l'esito di un trattamento adottando un modello per stadi della motivazione al cambiamento (Prochaska J.O., 1984).

In base a questo modello i pazienti vengono organizzati a seconda del livello di motivazione al cambiamento, alto o basso, a cui associare specifici esiti attesi (Lovaste R., 2005; Gori M., 2006). Obiettivo di questo lavoro sarà quello di valutare l'efficacia dei trattamenti metadonici a lungo termine effettuati nei Ser.T. della PA di Trento ponendo particolare attenzione al ruolo che svolge il dosaggio metadonico nel determinare il successo della terapia in relazione alla motivazione del paziente stesso al superamento della condizione di tossicodipendenza.

## Materiali e metodi

Sono stati considerati tutti i trattamenti metadonici a lungo termine effettuati presso i 3 Servizi per le Tossicodipendenze del-

l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento nel periodo che va dall'anno 2000 al 2008.

Per ciascun paziente sono state prese in considerazione informazioni relative alle caratteristiche anagrafiche, mediche, ambientali, tossicologiche, sociali, psicologiche e legali che ne hanno consentito la classificazione in due categorie di "alta e bassa evolutività".

I pazienti definiti ad *alta evolutività* sono quelli per cui risulta ipotizzabile un cambiamento volontario della condizione di tossicodipendenza. Il gruppo a *bassa evolutività* invece, comprende pazienti inquadrabili in una fase "pre contemplativa" o "contemplativa", secondo la classificazione proposta da Prochaska e Di Clemente, pazienti con problemi psichiatrici e/o sociali associati tali da rendere non praticabile, nel periodo di osservazione, un percorso di cambiamento volontario della condizione di tossicodipendenza.

Sono inoltre state prese in considerazione variabili quali il "tempo di ritenzione in trattamento", il "numero di precedenti trattamenti metadonici", il "tempo intercorso tra il primo uso di sostanze stupefacenti e la prima richiesta di aiuto ad un servizio per le tossicodipendenze", eventuali "problemi con la giustizia" ed eventuali "patologie concomitanti".

Gli esiti dei trattamenti farmacologici a lungo termine con metadone sono stati valutati all'interno di tre gruppi distinti di pazienti:

**Gruppo A1:** Pazienti in "alta evolutività" inseriti all'interno di un progetto terapeutico in cui si prevede il raggiungimento di un cambiamento volontario e la condizione di drug free.

Per questo gruppo il successo è definito dalla negatività dei metaboliti urinari, in un percorso che va dal 90% ed il 100% a seconda della fase di cambiamento (Tab. 1).

**Gruppo A2:** Pazienti in "stabilizzazione del sintomo" primo gradino dell'alta evolutività inseriti all'interno di un progetto terapeutico volto all'aggancio ed alla stabilizzazione dell'uso di sostanze come condizione indispensabile per intraprendere un percorso di cambiamento volontario.

Per questo gruppo il successo è definito da una negatività dei metaboliti urinari almeno del 50% (Tab. 1).

**Gruppo B:** Pazienti in bassa evolutività inseriti all'interno di un progetto terapeutico in base al quale, non prevedendo la praticabilità, al momento, di un percorso di cambiamento volontario della condizione di tossicodipendenza, si ricerca un miglioramento complessivo della qualità della vita (Tab. 2).

Tab. 1 - Trattamento farmacologico con metadone per utenti ad alta evolutività

Criteria di inclusione	Modalità di somministrazione	Indicatori di risultato positivo	Indicatori di risultato negativo
Utenti per i quali è ipotizzabile un cambiamento volontario del disturbo di tossicodipendenza, collocandosi variamente nelle varie fasi del cambiamento di: determinazione, azione, mantenimento, ev. ricaduta	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sotto controllo infermieristico al Ser.T. e/o P.S. con setting infermieristico adeguato, con counseling infermieristico, nel rispetto degli orari predefiniti, comunicati e rispettati</li> <li>- Con consegna ad un familiare e/o operatore di CT, qualora l'utente sia inserito in un programma residenziale</li> <li>- Con affido personale del farmaco, qualora l'equipe ravveda l'opportunità terapeutica di tale modalità di gestione del farmaco</li> </ul>	<p>Rilievo del raggiungimento degli obiettivi predefiniti con l'utente: riduzione dell'uso di sostanze psicoattive a seconda del tipo di PT, in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- almeno del 50% per utenti con PT di "stabilizzazione del sintomo"</li> <li>- almeno del 90% per utenti con PT di "induzione del cambiamento", "gestione del cambiamento" e "gestione delle ricadute"</li> </ul>	<p>Rilievo del mancato raggiungimento degli obiettivi predefiniti con l'utente quali la riduzione dell'uso di sostanze psicoattive a seconda del tipo di PT, in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- almeno del 50% per utenti con PT di "stabilizzazione del sintomo"</li> <li>- almeno del 90% per utenti con PT di "induzione del cambiamento", "gestione del cambiamento" e "gestione delle ricadute"</li> </ul>

Tab. 2 - *Trattamento farmacologico con metadone per utenti a bassa evolutività*

<i>Criteria di inclusione</i>	<i>Modalità di somministrazione</i>	<i>Indicatori di risultato positivo</i>	<i>Indicatori di risultato negativo</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utenti in fase precontemplativa o contemplativa: coloro che non riconoscono di avere un problema e non intendono affrontarlo</li> <li>- Utenti con problemi psichiatrici associati tali da non rendere praticabile un percorso di cambiamento volontario</li> <li>- Utenti con problemi sanitari e/o psicologici e/o sociali associati tali da non rendere praticabile un percorso di cambiamento volontario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sotto controllo infermieristico al Ser.T. e/o P.S. con setting infermieristico adeguato, con counseling infermieristico, nel rispetto degli orari predefiniti, comunicati e rispettati</li> <li>- Con consegna ad un familiare e/o operatore di CT, qualora l'utente sia inserito in un programma residenziale</li> <li>- Con affido personale del farmaco, qualora l'equipe ravveda l'opportunità terapeutica di tale modalità di gestione del farmaco</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rilievo del raggiungimento di 2 o più obiettivi predefiniti con l'utente quali:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ritenzione in trattamento: il programma terapeutico rimane aperto e/o si perviene a conclusione concordata</li> <li>- Aumento della qualità della vita: migliorate le condizioni di disagio sanitario, sociale e/o psicologico rispetto al quadro clinico iniziale, rivalutato periodicamente ogni 6 mesi secondo una griglia predefinita</li> <li>- Riduzione delle attività illegali: riduzione/assenza di procedimenti giudiziari durante il corso del trattamento</li> <li>- Riduzione del rischio di overdose: migliorato il controllo dell'uso di sostanze secondo il counseling sanitario</li> <li>- Riduzione dei comportamenti a rischio: stile di vita compatibile con il counseling sanitario</li> <li>- Aumento dell'attività lavorativa: aumento delle giornate di lavoro durante il periodo di trattamento</li> <li>- Miglioramento della compliance per interventi sanitari per patologie correlate o coesistenti</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rilievo del raggiungimento di meno di 2 obiettivi predefiniti con l'utente quali:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ritenzione in trattamento: il programma terapeutico rimane aperto e/o si perviene a conclusione concordata</li> <li>- Aumento della qualità della vita: migliorate le condizioni di disagio sanitario, sociale e/o psicologico rispetto al quadro clinico iniziale, rivalutato periodicamente ogni 6 mesi secondo una griglia predefinita</li> <li>- Riduzione delle attività illegali: riduzione/assenza di procedimenti giudiziari durante il corso del trattamento</li> <li>- Riduzione del rischio di overdose: migliorato il controllo dell'uso di sostanze secondo il counseling sanitario</li> <li>- Riduzione dei comportamenti a rischio: stile di vita compatibile con il counseling sanitario</li> <li>- Aumento dell'attività lavorativa: aumento delle giornate di lavoro durante il periodo di trattamento</li> <li>- Miglioramento della compliance per interventi sanitari per patologie correlate o coesistenti</li> </ul> </li> </ul>

La probabilità di successo delle terapie metadoniche è stata stimata utilizzando il modello di regressione logistica applicato separatamente ai tre gruppi di pazienti individuati.

Gli Odds Ratio sono stati calcolati con un intervallo di confidenza del 95%.

Nello specifico, oltre al dosaggio, sono stati studiati quali possibili determinanti dell'esito alcune variabili socio-anagrafiche quali il genere, la condizione lavorativa, la condizione abitativa, il titolo di studio, ed altre quali la presenza di patologie familiari, la frequenza dell'assunzione della sostanza, l'età di primo uso della sostanza, ecc.

Per quanto attiene al processo terapeutico sono stati valutati quali possibili determinanti dell'esito l'aggancio precoce (il tempo intercorso tra il primo uso della sostanza e la prima richiesta di trattamento, calcolato sottraendo all'età di primo trattamento, l'età di primo utilizzo della sostanza), il numero di precedenti trattamenti metadonici, precedenti ingressi in comunità terapeutica, il tempo di ritenzione in trattamento (durata del programma terapeutico).

Prima di applicare i modelli di regressione logistica è stata verificata l'assenza di eventuali collinearità tra le diverse variabili determinanti dell'esito.

## Risultati

Il campione utilizzato ai fini dello studio risulta costituito da 1.771 trattamenti metadonici a lungo termine somministrati a pazienti eroinomani classificati nelle 3 diverse tipologie: alta

evolutività in trattamento metadonico volto al cambiamento e ad una situazione drug free (Gruppo A1 = 679), alta evolutività in trattamento metadonico volto all'aggancio e alla stabilizzazione del sintomo per i quali si prevede la possibilità di intraprendere un percorso di cambiamento volontario (Gruppo A2 = 327), bassa evolutività in trattamento metadonico inseriti all'interno di un progetto terapeutico in base al quale non si prevede la praticabilità, al momento, di un percorso di cambiamento volontario della condizione di tossicodipendenza (Gruppo B = 765).

Nelle Tab. 3, 4 e 5 vengono riportati i risultati di una prima analisi descrittiva effettuata sui tre gruppi di pazienti ed i risultati emersi dai modelli di regressione logistica: sono stati riportati unicamente i valori degli OR delle variabili risultate associate con l'esito in modo statisticamente significativo.

Per il gruppo di pazienti in alta evolutività, **Gruppo A1**, si osserva che i fattori positivamente associati al successo sono l'essere in trattamento da almeno 7 anni (OR = 4,25) ed avere un'occupazione stabile (OR = 2,37), mentre l'aver avuto precedenti carcerazioni (OR = 0,28) ed avere avuto una frequenza d'uso da 2 a più volte a settimana (OR = 0,53) diminuiscono la probabilità di successo.

Non si osserva alcun effetto statisticamente significativo del dosaggio del metadone sulla probabilità di successo del trattamento.

Nel gruppo ad alta evolutività, **Gruppo A2**, l'assumere una terapia metadonica superiore ai 50mg/die (OR = 2,29) e l'aver iniziato il trattamento a più di 35 anni (OR = 1,94) risultano fattori che determinano una maggiore probabilità di successo.

Tab. 3 - Caratteristiche demografiche/cliniche dei pazienti in “Alta evolutività” e risultati emersi dai modelli di regressione logistica. Gruppo A1

Variabili categoriche	Classi	N	%	OR	IC 95%
Genere	Maschi	540	80%		
	Femmine	139	20%		
Età classi	< 35 anni	334	49%		
	>=35 anni	345	51%		
Precedenti carcerazioni	No	633	92%	0,28	0,14-0,57
	Sì	46	7%		
Precedenti trattamenti metadonici	Nessuno	21	3%		
	1-6 trattamenti	571	84%		
	>=7 trattamenti	87	13%		
Positività HIV	No	630	93%		
	Sì	49	7%		
Positività HBV	No	455	67%		
	Sì	224	33%		
Positività HCV	No	237	35%		
	Sì	442	65%		
Tempo di ritenzione in trattamento	< 7 anni	562	83%	4,25	1,29-14,02
	>=7 anni	117	17%		
Patologie psichiatriche	Assenti	321	64%		
	Presenti	185	36%		
Patologie familiari (disturbi mentali/uso-abuso sostanze)	Assenti	310	53%		
	Presenti	276	47%		
Occupazione	Disoccupato/sottoccupato	234	35%	2,37	1,47-3,84
	Occupato	428	65%		
Precedenti ricoveri	Assenti	637	94%		
	Presenti	42	6%		
Scolarità	Dell'obbligo	436	65%		
	Oltre l'obbligo	231	35%		
Convivenza	Genitori/partner	465	70%		
	Solo	119	18%		
	Altro	78	12%		
Precedenti ingressi in comunità terapeutica	No	547	81%		
	Sì	132	19%		
Poliabuso	No	230	34%		
	Sì	449	66%		
Dosaggio	<=50 mg	500	74%		
	> 50mg	179	26%		
Terapia psicologica	Assente	511	75%		
	Presente	168	25%		
Terapia sociale	Assente	466	69%		
	Presente	213	31%		
Frequenza assunzione	Quot./2-6 gg. a settimana	564	84%	0,53	0,30-0,94
	1 volta a settimana/non assume in ultimo mese	106	16%		
Variabili continue	Media	Mediana	SD	OR	IC 95%
Età primo uso	20	19	5		
Anni intercorsi tra 1° uso e 1° richiesta di trattamento	7	5	6		

\* Vengono riportati unicamente gli OR delle variabili risultate associate con l'esito in modo statisticamente significativo

Anche in questo caso, l'aver precedenti esperienze detentive (OR = 0,32) ed aver assunto l'eroina con frequenza maggiore (OR = 0,30) sono fattori che determinano una minore probabilità di successo del trattamento.

Per quanto riguarda invece il gruppo in bassa evolutività, **Gruppo B**, la probabilità di successo aumenta di circa l'83% tra i pazienti che assumono in media più di 50 mg/die di metadone rispetto a quelli che ne assumono meno. Inoltre risultano deter-

minanti d'esito positivi la presenza di terapia psicologica (OR = 1,96), di interventi sociali (OR = 1,62) e l'essere in trattamento da 7 anni o più (OR = 6,46).

Hanno invece meno probabilità di successo, rispetto alle relative categorie di riferimento, i pazienti con una frequenza di assunzione della sostanza di 2 o più giorni la settimana (OR = 0,36), quelli con precedenti carcerazioni (OR = 0,52), quelli con una scolarità non superiore a quella dell'obbligo

Tab. 4 - Caratteristiche demografiche/cliniche dei pazienti in “Alta evolutività” e risultati emersi dai modelli di regressione logistica. Gruppo A2

Variabili categoriche	Classi	N	%	OR	IC 95%
Genere	Maschi	263	80%		
	Femmine	64	20%		
Età classi	< 35 anni	143	44%		
	>=35 anni	184	56%	1,94	1,03-3,65
Precedenti carcerazioni	No	278	85%		
	Sì	49	15%	0,33	0,15-0,70
Precedenti trattamenti metadonici	Nessuno	13	4%		
	1-6 trattamenti	245	75%		
	>=7 trattamenti	69	21%		
Positività HIV	No	299	92%		
	Sì	28	8%		
Positività HBV	No	243	74%		
	Sì	84	25%		
Positività HCV	No	152	46%		
	Sì	175	54%		
Tempo di ritenzione in trattamento	< 7 anni	301	92%		
	>=7 anni	26	8%		
Patologie psichiatriche	Assenti	135	67%		
	Presenti	66	33%		
Patologie familiari (disturbi mentali/uso-abuso sostanze)	Assenti	159	53%		
	Presenti	140	47%		
Occupazione	Disoccupato/sottoccupato	175	54%		
	Occupato	148	46%		
Precedenti ricoveri	Assenti	299	92%		
	Presenti	28	8%		
Scolarità	Dell’obbligo	230	71%		
	Oltre l’obbligo	94	29%		
Convivenza	Genitori/partner	198	63%		
	Solo	68	22%		
	Altro	47	15%		
Precedenti ingressi in comunità terapeutica	No	227	69%		
	Sì	100	31%		
Poliabuso	No	98	30%		
	Sì	229	70%		
Dosaggio	<=50 mg	228	70%		
	> 50mg	99	30%	2,29	1,06-4,97
Terapia psicologica	Assente	236	72%		
	Presente	91	28%		
Terapia sociale	Assente	179	55%		
	Presente	148	45%		
Frequenza assunzione	Quot./2-6 gg. a settimana	252	78%		
	1 volta a settimana/non assume in ultimo mese	71	22%	0,30	0,16-0,59
Variabili continue	Media	Mediana	SD	OR	IC 95%
Età primo uso	19	19	5		
Anni intercorsi tra 1° uso e 1° richiesta di trattamento	7	5	6		

\* Vengono riportati unicamente gli OR delle variabili risultate associate con l’esito in modo statisticamente significativo

(OR = 0,64), i poliassuntori (OR = 0,62) e le femmine (OR = 0,44).

## Discussione

Studi clinici sul “dosaggio metadonico” hanno dimostrato che, mediamente, dosaggi più elevati di metadone aumentano la probabilità di successo dei trattamenti.

Tramite un gran numero di studi e ricerche è stato però anche rilevato che una dose “adeguata” di metadone elimina completamente ogni sintomo di astinenza ed è in grado di sopprimere l’appetizione compulsiva verso la sostanza.

Ci sono molti fattori che possono influenzare gli effetti del metadone, come del resto di altre sostanze, pertanto il concetto di un particolare “range” di dosaggio, o di un tetto massimo che possa valere per tutti non è scientificamente plausibile (Addiction

Tab. 5 - Caratteristiche demografiche/cliniche dei pazienti in “Bassa evolutività” e risultati emersi dai modelli di regressione logistica. Gruppo B

Variabili categoriche	Classi	N	%	OR	IC 95%
Genere	Maschi	649	85%	0,44	0,28-0,70
	Femmine	116	15%		
Età classi	< 35 anni	403	53%		
	>=35 anni	362	47%		
Precedenti carcerazioni	No	585	76%	0,52	0,35-0,77
	Si	180	24%		
Precedenti trattamenti metadonici	Nessuno	14	2%		
	1-6 trattamenti	513	67%		
	>=7 trattamenti	238	31%		
Positività HIV	No	724	95%		
	Si	41	5%		
Positività HBV	No	543	71%		
	Si	222	29%		
Positività HCV	No	290	38%		
	Si	475	62%		
Tempo di ritenzione in trattamento	< 7 anni	700	91%	6,47	2,48-16,88
	>=7 anni	65	9%		
Patologie psichiatriche	Assenti	419	77%		
	Presenti	128	23%		
Patologie familiari (disturbi mentali/uso-abuso sostanze)	Assenti	334	51%		
	Presenti	318	49%		
Occupazione	Disoccupato/sottoccupato	386	52%		
	Occupato	357	48%		
Precedenti ricoveri	Assenti	696	91%		
	Presenti	69	9%		
Scolarità	Dell'obbligo	492	65%	0,64	0,45-0,91
	Oltre l'obbligo	260	35%		
Convivenza	Genitori/partner	436	59%		
	Solo	192	26%		
	Altro	116	15%		
Precedenti ingressi in comunità terapeutica	No	540	71%		
	Si	225	29%		
Poliabuso	No	234	31%	0,62	0,42-0,92
	Si	531	69%		
Dosaggio	<=50 mg	551	72%	1,83	1,24-2,72
	> 50mg	214	28%		
Terapia psicologica	Assente	632	83%	1,96	1,19-3,23
	Presente	133	17%		
Terapia sociale	Assente	466	61%	1,62	1,14-2,31
	Presente	299	39%		
Frequenza assunzione	Quot./2-6 gg. a settimana	460	62%	0,37	0,26-0,51
	1 volta a settimana/non assume in ultimo mese	287	38%		
Variabili continue	Media	Mediana	SD	OR	IC 95%
Età primo uso	20	18	5		
Anni intercorsi tra 1° uso e 1° richiesta di trattamento	7	6	6		

\* Vengono riportati unicamente gli OR delle variabili risultate associate con l'esito in modo statisticamente significativo

Treatmente Forum, 1997, 2001); è per tale motivo che con il presente studio si è inteso dare spazio all'importanza della valutazione iniziale dei pazienti in fase di presa in carico, al fine di costruire un “piano metadonico personalizzato”.

L'applicazione di tale metodologia presenta però spesso delle difficoltà; tale studio, effettuato presso i Servizi delle Tossicodipendenze della Provincia Autonoma di Trento costituisce un tentativo in tal senso.

Un confronto con i risultati di diversi studi (Faggiano F., 2009), in base ai quali, l'aumento dei dosaggi metadonici determina una maggiore probabilità di “successo” del trattamento, viene confermata anche con il presente studio; tale risultato viene rilevato però, in maniera univoca, solo all'interno del gruppo di pazienti classificati in condizione di “bassa evolutività” (Gruppo B: ed inseriti quindi all'interno di un “progetto terapeutico” in base al quale non si prevede la praticabilità, al momento, di un

percorso di cambiamento volontario della condizione di tossicodipendenza), probabilmente perché meno motivati a modificare il proprio stato ed a mostrare una "compliance" al trattamento se non relativa a contenere i danni derivanti dalla condizione di dipendenza.

Da sottoporre invece, ad ulteriori ed interessanti approfondimenti, sono i risultati riguardanti i due gruppi di pazienti classificati in "alta evolutività". Una attenta valutazione clinica della "domanda di aiuto" relativa all'individuazione della presenza o meno di specifiche risorse personali familiari e relazionali, ha permesso di inserire tale pazienti all'interno di specifici progetti terapeutici volti in un caso alla "stabilizzazione del sintomo" ed alla possibilità di intraprendere un percorso di cambiamento volontario della condizione di tossicodipendenza (**Gruppo A2**), nell'altro alla "induzione e gestione del cambiamento" in cui si prevede il raggiungimento di una situazione "drug free" (**Gruppo A1**).

È stato interessante rilevare che, se per i primi la probabilità di successo del trattamento è maggiore per i pazienti sottoposti a dosaggi medio-alti piuttosto che medio-bassi (OR = 2,29) confermando quindi, ancora una volta, quanto rilevato per i pazienti in "Bassa" evolutività, per il secondo gruppo la probabilità di successo del trattamento non varia in modo statisticamente significativo in base al dosaggio metadonico.

Tutto ciò risulta perfettamente in linea con quanto riportato in letteratura internazionale dove si sottolinea sempre più l'importanza della necessaria disponibilità di tempo e risorse per una valutazione finalizzata all'individuazione di uno specifico trattamento rivolto "ad personam".

Prendere decisioni riguardo al trattamento del singolo deve essere basato principalmente su una valutazione dettagliata di quello che funzionerà per quella determinata persona.

La decisione su quale intervento offrire deve pertanto essere basata non solo su quale trattamento è disponibile, ma soprattutto sulla storia precedente del paziente, la sua situazione attuale, la rete di supporto sociale e quindi in buona sostanza sulla valutazione aprioristica del clinico riguardo alla struttura di personalità ed al tipo supporto richiesto da parte del paziente; restrizioni in tal senso sono pertanto controproducenti rispetto all'efficacia del trattamento stesso dei pazienti dipendenti.

### **Ringraziamenti**

Si ringrazia tutto il personale dei 3 Servizi per le Tossicodipendenze dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento ed in particolare la Dr.ssa Lorella Molteni.

### **Bibliografia**

- Dole V.P., Nyswander M.E., Kreek M.J., "Narcotic blockade. 1966", *J Psychoactive Drugs*, 23(2), 232, 1991.
- Maxwell S., Shinderman M.S., "Optimizing long-term response to methadone maintenance treatment: a 152-week follow-up using higher dose methadone", *J Addict Dis.*, 21(3), 1-12, 2002.
- Maremmani I., Pacini M., Lubrano S., Perugi G., Tagliamone A., Pani P.P., Gerra G., Shinderman M., "Long-Term Outcomes of Treatment-Resistant Heroin Addicts with and without DSM-IV Axis 1 Psychiatric Comorbidity (Dual Diagnosis)", *Eur Addict Res*, 14, 134-142, 2008.
- Faggiano F., Vigna-Taglianti F., Versino E., Lemma P., *Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence* (Review), *Cochrane Database Syst Rev* 2009.
- Langendam M.W., Van Brussel G.H.A., Coutinho R.A., "Van Ameijden EJC. Methadone maintenance and cessation of injecting drug use: results from the Amsterdam cohort study", *Addiction*, 95, 591-600, 2000.
- Goubert D., McKay J.R., Burke M., McLellan A.T., Randall M., Alterman A.I., "Treatment program progress: reliability and predictive validity of the treatment program progress rating scale", *Am. J. Addict.*, 5(2), 174-180, 1996.
- Simpson D.D., Joe G.W., Rowan-Szal G.A., "Drug abuse treatment retention and process effects on follow-up outcomes", *Drug and Alcohol Dependence*, 47, 227-235, 1997.
- McLellan A.T., Woody G.E., Metzger D., McKay J., Durell J., Alterman A.I., O'Brien C.P., "Evaluating the effectiveness of addiction treatments: reasonable expectations, appropriate comparisons", in Egertson J., Fox D., Leshner A. (Eds.), *Treating Drug Abusers Effectively*, Blackwell, Oxford, 1997.
- DiClemente C., "Il processo di cambiamento", *Ital Heart J* (suppl 1), 48-52, 2001.
- Gossop M., Marsden J., Stewart D., Treacy S., "Outcomes after methadone maintenance and methadone reduction treatments: two-year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study", *Drug and Alcohol Dependence*, 62, 255-264, 2001.
- Prochaska J.O., DiClemente C.C., *The transtheoretical approach: crossing the traditional boundaries of therapy*, Malabar, FL, Krieger, 1984.
- Lovaste R., "Analisi e progettazione organizzativa di un Servizio per le tossicodipendenze in una logica aziendale", *Mission* - periodico trimestrale della Federazione italiana degli operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze, 14/2005.
- Gori M., Colasante E., Mariani F., "Valutazione dei determinanti dell'esito dei trattamenti metadonici in una coorte di soggetti presi in carico presso i Ser.T. della città di Trento", *Mission* - periodico trimestrale della Federazione italiana degli operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze, 19/2006.
- Addiction Treatment Forum, *Optimal methadone dose? Research needs careful interpretation*, 6(1), 1997.
- Addiction Treatment Forum, *Redefining "adequate" methadone dose*, 10(1), 2001(Winter).

## **Il 5 per mille ad ALT Onlus**

**Associazione per la formazione e la ricerca nel settore del disagio giovanile, delle dipendenze patologiche e dell'abuso da sostanze.**

**Fondata nel 1991, O.N.L.U.S. dal 1998.**

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

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

Basta inserire nell'apposito spazio il codice fiscale e firmare.

**Codice fiscale 97103240152**



# Chronic Care Model ed intensità di cure: un modello di cura del Ser.T. basato sulle evidenze

Ugo Corrieri\*

## SUMMARY

■ *The complexity of addiction meets today with the need for new organizational models that take into account the quality of care, the limited resources and usefulness of health policies that emphasize the empowerment of individuals and community.*

*The Evidence-Based Chronic Care Model, enriched with some evolutionary ideas derived from the Model of the Intensity of Care, can help to organize a modern model of care at Addiction Services (Ser.T.) within three levels of treatment: 1) the level of high intensity of care, for highly complex patients with multiple co-morbidities, about 3% of patients, each of whom is given a "Case Manager" 2) the level of "Disease Management", for patients at risk of decompensation, approximately 15-20 % of patients, that need average intensity of care; 3) the level of low intensity of care and support to self-care, for patients at low risk of failure, about 70-80% of patients.*

*The allocation of patients in these three groups should be seen in a dynamic way, with regular reassessment of each patient (at least every 90 days, the maximum period of validity of the individual therapeutic project).*

*With this model the author proposes a new conception of the work of the Ser.T. multidisciplinary team and of the therapeutic pathways of patients, which are seen as evolutionary and prone to change, to self-care and to the active participation of patients in the processes of improvement and healing. ■*

**Keywords:** *Chronic Care Model, Intensity of Care, Ser.T., addiction, model of care, empowerment, self-care, evolutionary therapeutic processes.*

**Parole chiave:** *Chronic Care Model, Intensità di Cure, Ser.T., dipendenze patologiche, modello di cura, empowerment, auto-cura, processi terapeutici evolutivi.*

## La dipendenza come malattia cronica recidivante

Secondo una famosa (e datata) definizione della Organizzazione Mondiale della Sanità, la tossicodipendenza è una "malattia cronica recidivante": espressione che indubbiamente ebbe la grande importanza di liberare la terapia delle dipendenze da visioni moralistiche e "punitiva" e permise di poter affrontare laicamente il trattamento medico delle condizioni di "addiction", ma che allo stesso tempo costrinse e per certi versi tuttora costringe un fenomeno umano altamente complesso quale quello delle dipendenze, da sostanze e comportamentali, dentro una cornice, troppo angusta e limitativa, costituita dal riduzionismo medico e dalla linearità di una concezione etiologica causa-effetto.

Il concetto stesso di "cronico recidivante" può inoltre di per sé indurre gli operatori, tenuti come servizio pubblico a dare sempre una risposta e non di rado carenti nella formazione a metodiche interattive evolutive, a considerare i pazienti dipendenti come portatori di una patologia "inguaribile" o comunque caratterizzata da elevatissima tendenza alla cronicizzazione ed a

mettere in atto modalità assistenziali e relazionali idonee ad una patologia cronica permanente le quali, in base al fenomeno della "previsione che si avvera", possono tendere di per sé a favorire quello scenario di cronicità per il quale vengono pensate e proposte come le più adatte.

In altre parole, una definizione di patologia cronica, coniata alcuni decenni or sono per condivisibili scopi di emancipazione da una gogna morale e poi ripresa dai moderni sistemi classificativi (DSM), paradossalmente può anche contribuire a favorire una "cronicizzazione iatrogena" degli utenti ed è oggetto della critica costruttiva di molteplici autori i quali, come il sottoscritto, realizzano la terapia delle condizioni di dipendenza patologica nell'ottica di concrete possibilità di miglioramento e di guarigione.

## Il "Chronic Care Model"

Com'è noto, il Chronic Care Model (CCM) è un modello di assistenza medica dei pazienti affetti da malattie croniche sviluppato dal professor Wagner e dai suoi colleghi del McColl Institute for Healthcare Innovation, in California, alla fine del secolo scorso. Il modello propone una serie di cambiamenti a livello dei sistemi sanitari per favorire il miglioramento della condizione dei

\* Medico psichiatra psicoterapeuta, Responsabile U.F. Dipendenze Area Grossetana, ASL 9 di Grosseto.

pazienti cronici e suggerisce un approccio "proattivo" del personale sanitario ai pazienti stessi, con questi ultimi che diventano parte integrante del processo terapeutico-assistenziale.

Il 'Chronic Care Model' del gruppo del McColl Institute è caratterizzato da sei elementi fondamentali:

1. le risorse della comunità;
2. le organizzazioni sanitarie;
3. il supporto all'autocura;
4. l'organizzazione del team;
5. il supporto alle decisioni;
6. i sistemi informativi per tentare di valutarne la fattibilità di applicazione allo specifico contesto nazionale.

Oltre ad enfatizzare la promozione della salute per tutta la popolazione sana, si basa sulla stratificazione della popolazione portatrice di problemi di salute in tre livelli di necessità assistenziali correlati ad altrettanti livelli di rischio, cui si ritiene di dover far fronte con tre approcci distinti:

1. al livello inferiore, il cosiddetto 'supported self-care' (traducibile come 'autogestione guidata'), che dovrebbe riguardare all'incirca il 70-80% dei pazienti, tutti quelli a basso rischio di scompenso;
2. nel livello intermedio, il 'disease specific care management', che dovrebbe riguardare all'incirca il 15-20% della popolazione, quella ad alto rischio di scompenso ed attuare nei confronti di tali pazienti il "management specialistico della malattia";
3. in cima alla piramide dei pazienti, il 'case management' in senso stretto, che dovrebbe riguardare all'incirca il 2-3% della popolazione, cioè quei pazienti con condizioni altamente complesse che devono essere oggetto di più interventi terapeutici specialistici, per coordinare i quali è per l'appunto previsto un "Case Manager" dedicato, di solito un infermiere.

Il "Case Manager", come recita anche il Piano Sanitario Regionale 2008-2010 della Regione Toscana (alla voce 5.6.2.1 "Salute Mentale"), "è il responsabile dei processi di cura, che segue le diverse fasi del progetto terapeutico-riabilitativo ed ha il compito di garantire modalità operative idonee ad assicurare la continuità assistenziale, l'apporto integrato delle varie professionalità e l'attivazione dei servizi socio-sanitari previsti".

Al di sotto di questa piramide di pazienti si trova poi la più ampia base dei cittadini che sono esposti ai fattori di rischio e nei confronti dei quali vengono effettuati interventi di promozione della salute.

Il modello del CCM del professor Wagner risulta quanto mai utile dal momento che sostituisce il paradigma dell'attesa dell'evento acuto (la malattia, lo scompenso) con un approccio proattivo, improntato al paradigma preventivo dell'evitamento o del rinvio nel tempo della progressione della malattia ed ha già dimostrato, in studi di metanalisi, evidenti benefici in termini di outcome clinici, di processi di cura e di qualità della vita dei pazienti.

Ha quindi già ispirato una radicale revisione del modello di assistenza sociosanitaria britannico e appare destinato ad ispirare l'organizzazione dell'offerta assistenziale anche del nostro Paese nei prossimi decenni.

Occorre sottolineare che i principali punti di forza risiedono nella valorizzazione delle risorse (in inglese: "empowerment") del paziente e della comunità e nella qualificazione del team assistenziale sociosanitario nella logica dell'approccio proattivo.

## Carichi di lavoro e modelli assistenziali Ser.T.

In base ai dati del Sistema Informativo Regionale sulle Tossicodipendenze (SIRT), presso la Unità Funzionale Dipendenze Area

Grossetana, di cui sono responsabile, si sono avuti nell'anno 2007 526 utenti in carico, 458 dei quali per trattamenti con farmaci sostitutivi (metadone e buprenorfina) e 68 per problemi di alcol dipendenza, ai quali si sono aggiunti, prevalentemente in estate, 118 utenti in carico ad altri servizi ma appoggiati in terapia presso di noi. In totale in quell'anno si sono avuti oltre 800 contatti (comprendendo anche le visite per patenti di guida, i colloqui su invio della Prefettura, le consulenze varie).

Tutto ciò, a fronte di 2 dirigenti medici e 3 dirigenti psicologi, coadiuvati nel team multidisciplinare da 4 infermieri, un educatore, un assistente sociale, un sociologo ed un amministrativo. Considerando solamente i casi in carico terapeutico, ogni medico ha seguito oltre 300 pazienti ed oltre 200 ogni dirigente psicologo.

La proporzione è variata di poco nel 2008, quando da una parte si è avuto un aumento dell'utenza, con 560 utenti in carico (di cui 487 con terapia sostitutiva, 67 per alcol dipendenza e 6 per gioco d'azzardo patologico, questi ultimi in terapia familiare con il sottoscritto), con aggiunta di 90 utenti appoggiati in terapia ed un numero totale di circa 900 contatti; dall'altra, si è avuto l'aumento di una unità medica a partire dal mese di maggio, col mio arrivo che, come responsabile addetto alle molteplici funzioni organizzative, posso utilizzare me stesso per attività cliniche realisticamente non oltre il 50% del tempo.

Il confronto tra i numeri chiarisce con evidenza come sia irrealistico un modello terapeutico unico, che attribuisca aprioristicamente ad ogni utente un Case Manager quale responsabile dei processi di cura: "che segua le diverse fasi del progetto terapeutico-riabilitativo e che garantisca la continuità assistenziale, l'integrazione delle varie professionalità, la specifica attivazione dei servizi socio-sanitari".

Ciò sia perché il Case Manager, come emerge chiaramente dal Chronic Care Model, è concepito solo per quella fascia di pazienti, altamente complessi e bisognosi di molteplici interventi specialistici, che rappresenta una piccola proporzione del totale, sia perché caricare indiscriminatamente ogni operatore di una funzione talmente complessa nei confronti di tutti i pazienti – nel nostro caso centinaia di utenti per ogni operatore – finirebbe col non far svolgere un effettivo "Case Management" nei confronti di alcuno.

Come conseguenza si impone quindi quella di procedere a decodificare la domanda mediante un "triage" che indirizzi l'utenza verso percorsi assistenziali distinti a seconda dei differenti bisogni dell'utenza medesima.

La concezione di questi percorsi e la dimostrazione della loro efficacia non debbono essere ovviamente arbitrarie bensì basate su prove di evidenza.

## Chronic Care Model e Intensità di Cure nel sistema assistenziale Ser.T.

Come abbiamo già visto, il Chronic Care Model ci fornisce un modello di intervento territoriale, su grandi numeri di utenza caratterizzati da patologia cronica, già ampiamente validato da prove basate sull'evidenza.

La maggior parte dei pazienti, l'80% circa dell'utenza, quella a basso rischio di scompenso, viene indirizzata verso l'autocura, valorizzando le risorse delle persone, delle loro famiglie e della comunità e rendendo possibile un'assistenza sociosanitaria efficace nei confronti di grandi numeri di popolazione, a fronte di una inevitabile limitazione degli operatori sociosanitari. Assieme

a questi indubbi punti di forza il CCM presenta tuttavia, nei confronti delle dipendenze patologiche, una specifica criticità, anch'essa già menzionata: l'incompletezza del modello della patologia cronica di fronte a un fenomeno umano complesso quale quello dell'addiction.

Questo difetto può essere mitigato prendendo a prestito qualche elemento da un altro modello, concepito per il campo ospedaliero, che sta prendendo piede al momento presente e cioè quello dell'Ospedale per Intensità di Cure.

Com'è noto, anche questo modello si basa sull'imperativo sociale della qualità delle cure, sulla realtà delle risorse stabili o calanti e sulla necessità di un utilizzo efficiente delle risorse stesse in un'ottica di sostenibilità del sistema.

Si realizza mediante la strutturazione delle attività in aree differenziate su 3 livelli di alta, media e bassa intensità di cure.

Nei dettagli questi 3 livelli si applicano alla degenza ospedaliera ma da un punto di vista di logica generale possono fornire un contributo importante anche ad una assistenza territoriale mediante i concetti, a loro intrinseci, di evolutività e di tendenza al passaggio, per ogni caso clinico, anche il più critico che partisse dalla necessità di un'alta intensità di cure, verso una successiva intensità media e quindi verso un'area di bassa intensità di cure, per procedere infine auspicabilmente verso processi di autocura e verso il ritorno all'equilibrio ed alla salute.

In altri termini, sul piano puramente generale il Modello per Intensità di Cure si basa anch'esso su 3 livelli di differenziazione come il Chronic Care Model ma, diversamente da esso, possiede una intrinseca evolutività verso il miglioramento e la guarigione: quanto mai auspicabile nel campo delle dipendenze.

Possiamo quindi opportunamente concepire, per l'attività della U.F. Dipendenze, un modello costituito dal CCM, modificato dal contributo evolutivo dell'Intensità di Cure, che preveda 3 fasce di utenza e di risposte terapeutico-assistenziali.

Iniziamo dal livello dell'alta intensità, che corrisponde al "Case Management" per i pazienti altamente complessi.

Si tratta di pazienti che, secondo la definizione del CCM, sviluppano più di una seria condizione (co-morbidità) e nel nostro caso possono identificarsi in pazienti affetto da dipendenza e contemporaneamente da gravi problemi organici, con seri problemi carcerari, con figli minori a rischio di trascuratezza ed abbandono e così via, il cui trattamento è divenuto estremamente complesso e difficile e che necessitano di un Manager del Caso, di solito un infermiere, responsabile dei processi di cura, che "tiri le fila" di tutto ciò. Da una prima analisi dei casi in carico al nostro Servizio, sono stati censiti 21 utenti multiproblematici, corrispondenti a circa il 3,5 % del totale dell'utenza in carico: perfettamente in linea con il 2-3 % circa ipotizzato dal CCM. Ad ognuno di tali utenti verrà attribuito un Case Manager, nella persona di un infermiere del Servizio, e tali casi verranno supervisionati con periodica regolarità nelle riunioni di Servizio.

Al secondo livello, quello del "Disease Management", verranno attribuiti quegli utenti che necessitano di cure di alta qualità, di intensità "media", da parte dell'equipe multiprofessionale del Ser.T.

Si tratta di pazienti ad alto rischio, anche se non multiproblematici, per i quali non si rende necessario un Case Manager e che quindi verranno attribuiti come normali pazienti ambulatoriali ai singoli dirigenti medici e psicologici, in un contesto di terapia fornita in modo integrato da parte del team multiprofessionale. Il Chronic Care Model prevede che questa classe di pazienti rappresenti circa il 15-20 % del totale. Se così fosse, nel caso del nostro Ser.T. si tratterebbe di circa 150-180 pazienti complessivi: un carico di utenti accettabile per prestazioni di media inten-

sità di cure da parte dei professionisti e dei team (psicoterapie, terapie farmacologiche integrate, programmi terapeutico-riabilitativi individualizzati e quant'altro).

Al terzo livello, quello della bassa intensità e del supporto all'autocura, verranno infine attribuiti tutti quei pazienti, in accordo con il CCM "a basso rischio di scompenso", i quali – in equilibrio dinamico con le altre due classi di utenti – potranno attivamente partecipare alla loro cura, diventando attivi protagonisti, sia nel senso di promuovere l'auto-cura, sia nel senso di prevenire possibili complicanze, sia soprattutto nel senso di sviluppare le risorse della propria persona e del proprio entourage familiare e sociale, sviluppando circoli virtuosi che convergano verso il recupero della salute e il ritorno a quelle condizioni di appartenenza alla popolazione generale, esposta ai fattori di rischio ma non più bisognosa di assistenza.

Il CCM prevede che costituiscano il 70-80% del totale dei pazienti.

Riguardo agli utenti in carico al Ser.T., potranno fare parte di questa classe la gran parte dei pazienti stabilizzati che sono in terapia di mantenimento con farmaci sostitutivi, così come coloro i quali vengano indirizzati alla partecipazione a gruppi, anche multifamiliari, di supporto e terapia, a gruppi di auto-mutuoaiuto e ad interventi da parte delle Associazioni di Volontariato che collaborano col Ser.T.

Ognuno di loro verrà in ogni caso attribuito al singolo dirigente medico e psicologo come utente in normale carico ambulatoriale, sia pure nella fascia dei pazienti stabilizzati ed attivi protagonisti dei loro percorsi verso il benessere.

Ovviamente l'attribuzione alle tre classi va concepita in maniera assolutamente dinamica, associandola alla necessità della rivalutazione periodica delle condizioni cliniche di ogni paziente.

A tal fine occorre tenere presente che per ogni utente in carico al Ser.T. è prevista la rivalutazione obbligatoria del caso come minimo ogni 90 giorni: durata massima di validità del piano terapeutico individualizzato.

Per effettuare l'attribuzione a una classe di utenti, ogni singolo caso sarà rivalutato dal dirigente responsabile, con l'apporto dell'equipe multiprofessionale e con la supervisione del sottoscritto. Prevediamo che l'attribuzione alle 3 classi possa essere completata entro il corrente anno 2009 – in contemporanea alla effettuazione di altri processi di revisione critica delle modalità terapeutico-assistenziali: stiamo ad esempio completando la revisione delle modalità di affido dei farmaci sostitutivi, utilizzando anche il contributo di linee-guida recentemente licenziate dalla Regione Emilia-Romagna.

A fine anno potremo quindi avere le idee più chiare riguardo alla concreta applicabilità del modello CCM modificato, così come riguardo alla reale distribuzione percentuale dei pazienti nelle tre classi.

## Conclusione

La complessità dei fenomeni delle dipendenze patologiche si incontra con l'esigenza di nuovi modelli organizzativi che tengano necessariamente conto del bisogno di coniugare la qualità ed efficacia delle cure, dimostrata ogni volta che sia possibile dalle evidenze, con la limitatezza e l'uso efficace delle risorse e con la utilità di politiche sanitarie che sviluppino l'empowerment delle persone e della rete sociale, promuovendo indispensabili processi di autocura: che si fondano sulla concezione sistemica della comunità.

Il Chronic Care Model, modificato con spunti evolutivi tratti dal Modello per Intensità di Cure, può fornire un valido contributo per l'organizzazione di un moderno modello terapeutico-assistenziale dei Servizi per le Dipendenze, da sostanze e comportamentali, tenendo conto soprattutto del numero elevato e della frequente lunga persistenza in carico degli utenti di fronte alle moderate risorse disponibili e della conseguente necessità di rivedere e differenziare la calibrazione degli interventi, sinora spesso fondati sul modello unico del progetto terapeutico individualizzato attuato dai team multiprofessionali sotto la responsabilità di un Case Manager: modello quanto mai valido ed insostituibile limitatamente ai casi multiproblematici ad alta complessità ma inattuabile in modo generalizzato.

In aggiunta, un possibile vantaggio collaterale di un siffatto modello differenziato può essere quello di permettere agli operatori di effettuare una maggiore distinzione delle proprie attività assistenziali, prendendo le distanze da un possibile clima di "inseguimento continuo di ogni fenomeno emergente" che, in

assenza di opportuni organizzatori, può arrivare talora a costituire un impercettibile, quanto disturbante "retropensiero" dell'attività quotidiana.

In ogni caso, la stratificazione degli utenti in tre livelli di bisogni e necessità assistenziali, correlati ad altrettanti livelli di rischio e di intensità di cure, costituisce non solo e non tanto una semplificazione e razionalizzazione degli interventi, ma anche e soprattutto una nuova concezione dinamica del lavoro dell'equipe multiprofessionale Ser.T. e dei percorsi terapeutici compiuti dagli utenti, percorsi che sono concepiti come dinamicamente evolutivi e tendenti al cambiamento, al progresso verso l'autocura ed alla partecipazione attiva degli utenti ai processi di miglioramento e di guarigione.

Si prevede che il nuovo modello organizzativo, discusso e condiviso da tutto il personale, venga tra poco applicato alla Unità Funzionale Dipendenze Area Grossetana e sia sottoposto innanzitutto a un processo di verifica e quindi di discussione e confronto con le altre UU.FF. Ser.T. regionali.

## NOTIZIE IN BREVE

### Lettera alle Regioni: necessario valorizzare l'autonomia dei Dipartimenti delle Dipendenze e l'integrazione pubblico privato

"Da qualche tempo circola sempre più insistentemente la voce secondo la quale alcune regioni avrebbero intrapreso una serie di azioni tendenti a far confluire i Dipartimenti delle Dipendenze nei Dipartimenti di Salute Mentale. Per questo ho ritenuto opportuno, invitare le regioni con una lettera a prendere atto che, la questione era stata profondamente e lungamente analizzata e dibattuta durante la V Conferenza Nazionale sulle Droghe di Trieste con tutti gli addetti del settore e le organizzazioni scientifiche presenti, arrivando alla conclusione, riportata peraltro negli Atti finali di tale Conferenza, che l'indicazione strategica generale – condivisa da tutti gli operatori – fosse quella di mantenere distinti i due dipartimenti, considerate le diverse specificità e le necessità di organizzare risposte differenziate, anche se sicuramente integrabili per alcuni aspetti operativi, sulle due aree. Questo orientamento, presente anche a livello europeo va di pari passo con l'auspicato aumento degli investimenti e delle risorse messe a disposizione per la lotta contro la droga, che la V Conferenza Nazionale, concordemente peraltro con quanto previsto dal nostro Dipartimento, aveva segnalato con forza. Oltre a questo si ricorda che la realizzazione dei dipartimenti delle dipendenze, ancora non completamente eseguita da alcune regioni, fa parte di uno specifico atto di intesa del 21 gennaio 1999 che necessariamente deve essere attuato. Pertanto, pur nel rispetto della piena autonomia di programmazione ed organizzazione dei propri servizi regionali, si chiede di prendere in considerazione queste indicazioni provenienti dalla già citata V Conferenza, al fine di valorizzare e supportare i Dipartimenti

delle Dipendenze con una politica che preveda la loro autonomizzazione e responsabilizzazione diretta mediante forme organizzative che non sviliscano l'impegno fino ad oggi messo dagli operatori del settore sia pubblico che del privato sociale oltre che del volontariato".

**Sen. Carlo Giovanardi alle Regioni (27 maggio 2010)**

*Il Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio sen. Carlo Giovanardi ha indirizzato una lettera alle regioni per sollecitare e auspicare la valorizzazione dell'autonomia dei Dipartimenti delle Dipendenze e l'integrazione pubblico privato.*

*FeDerSerD plaude a questa iniziativa, totalmente condivisa per le motivazioni e gli argomenti espressi, e sostiene l'impegno del Senatore Carlo Giovanardi in questa direzione.*

*L'impegno di FeDerSerD è quello di supportare in ogni regione la realizzazione dei Dipartimenti delle Dipendenze con disponibilità di risorse adeguate.*

*Le competenze maturate negli ultimi 30 anni dagli operatori del Sistema dei servizi per le Dipendenze in Italia sono un patrimonio della nazione; la loro azione un aiuto e una speranza quotidiana per tutti i malati da droghe; il loro impegno nella prevenzione una risorsa specialistica per tutte le agenzie sociali dei territori.*

**Alfio Lucchini - Pietro Fausto D'Egidio (29 maggio 2010)**

# Il modello di valutazione dell'efficienza produttiva del Servizio per le Tossicodipendenze di Trento

Definizione e significato degli indicatori, valore degli indicatori anni 2006/2008 e relativi commenti

Raffaele Lovaste\*, Lorella Molteni\*\*, Edda Camin\*\*\*, Giuseppe Lorenzin\*\*\*\*, Enrico Baldantoni\*\*\*\*\*

## SUMMARY

■ *The evaluation of productive efficiency – intended as the ability of an operating unit of maximizing the relationship between its productive factors and the results obtained – is a crucial criterion for an effective clinical governance of medical services. This article examines the results emerged from the analysis of the 2006-2008 economic and productive indicators with the goal of initiating a discussion around the advantages of transposing these evaluating tools and methodologies on the still unexplored field of the Territorial Services for Drug Addiction.* ■

**Keywords:** *management and auditing control, production efficiency, key economic indicators, key output indicators.*

**Parole chiave:** *controllo di gestione, efficienza produttiva, indicatori di output ed economici.*

## Premessa

Un criterio di qualità di un Servizio per le tossicodipendenze (Ser.T.) sta nella capacità di “rendere conto” sia ai fruitori esterni del servizio, cioè i pazienti, sia alle strutture sovraordinate deputate alla *governance* complessiva del sistema aziendale, che oltre alla *governance clinica* comprende anche quella economico-finanziaria che si esercita anche con una corretta allocazione delle risorse.

La valutazione dell'efficienza produttiva, intesa come la capacità di un'unità operativa di massimizzare il rapporto tra i fattori produttivi impiegati nell'attività ed i risultati ottenuti, a parità di altre condizioni, è un aspetto preminente della capacità di rendere conto, cioè della così detta *accountability*.

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

\* Direttore del Ser.T., Azienda Provinciale Servizi Sanitari di Trento.

\*\* Sociologa ricercatrice presso il Ser.T., Azienda Provinciale Servizi Sanitari di Trento.

\*\*\* Collaboratrice Direzione Cura e Riabilitazione, Azienda Provinciale Servizi Sanitari di Trento.

\*\*\*\* Responsabile del Servizio Controllo di Gestione, Azienda Provinciale Servizi Sanitari di Trento.

\*\*\*\*\* Direttore della Direzione Cura e Riabilitazione, Azienda Provinciale Servizi Sanitari di Trento.

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

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

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

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

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

L'interpretazione infine del valore assunto da un indicatore richiede grande attenzione e va analizzato non solo singolarmente, ma anche sulla base delle relazioni con le altre misure.

In altre parole si tratta di analizzare il gruppo degli indicatori in ottica sistemica, così da poter pervenire ad un giudizio complessivo sull'efficienza produttiva.

I rischi che si corrono sono correlati alla possibilità di mettere in piedi un modello fine a se stesso, che non soddisfa il debito informativo e non ha pertanto ricadute significative sull'assetto organizzativo; in tal caso la valutazione dell'efficienza rappresenterebbe solo un costo aggiuntivo per l'organizzazione, infatti è frequente che un'organizzazione non misuri ciò che è significativo ed utile, ma che si concentri su ciò che può misurare.

Per limitare questi rischi la valutazione dell'efficienza produttiva di un Ser.T. richiede la predisposizione di un sistema di indicatori che nel complesso deve essere:

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

Il giudizio complessivo dell'efficienza produttiva di un Ser.T. infine deve documentare anche quali decisioni - riguardanti la strategia, gli obiettivi, i targets e gli standard di riferimento - vengono adottate per orientare l'organizzazione verso il punto di maggior equilibrio fra risultato e costo.

## L'efficienza produttiva presso il Ser.T. di Trento nel triennio 2006-2008

### Materiali e metodi

L'obiettivo di questo lavoro è quello di effettuare l'analisi degli indicatori di efficienza produttiva introdotti nella pratica corrente del Ser.T. di Trento nel triennio 2006-2008.

La circoscrizione dell'analisi a tale periodo è motivata dalla possibilità di incrociare i dati del sistema informativo gestionale, utilizzato dal servizio a partire dal 2000, con i costi di rilevazione ricavati dal Servizio Controllo di Gestione dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento e attivati a partire dal 2006. In questa sede, inoltre, si considereranno solo gli indicatori esprimenti l'efficienza produttiva complessiva del Ser.T., rimandando ad ulteriori lavori la trattazione separata dell'efficienza produttiva relativa alle aree sanitaria, sociale e psicologica.

Si analizzeranno pertanto:

- a) Indicatori di output:
  - n. di progetti terapeutici per operatore;
  - n. di pazienti per operatore.
- b) Indicatori di densità assistenziale per unità di contatto:
  - n. di prestazioni totali per accesso.
- c) Indicatori di copertura della popolazione con uso problematico:
  - grado di copertura della popolazione con uso problematico.
- d) Indicatori economici:
  - costo totale per paziente;
  - costo di assistenza per paziente;
  - costo totale per progetto terapeutico;
  - costo totale di assistenza per progetto terapeutico;
  - incidenza del costo di assistenza sul costo totale.

Si è proceduto, prima di tutto, a monitorare le modifiche nel tempo delle variabili che intervengono nella costruzione degli

indicatori sopra esposti: caratteristiche della popolazione generale e della popolazione con uso problematico, numero di pazienti, prestazioni, progetti terapeutici ed accessi al servizio, costo totale e costo di assistenza e numero di operatori in servizio presso il Ser.T.

Nella Tab. 1 vengono presentati i dati necessari per il calcolo degli indicatori di output e la stima della popolazione con uso problematico, nel triennio considerato.

*Tab. 1 - Andamento dell'utenza trattata, dei progetti terapeutici, del numero di prestazioni erogate e degli accessi degli utenti. Anni 2006-2008*

	2006	2007	2008
<b>N. pazienti totali</b>	1.448	1.575	1.611
- in carico secondo			
<b>indicazioni OEDT</b>	950	979	989
- altre tipologie	498	596	622
<b>N. progetti terapeutici</b>	1.480	1.845	2.004
<b>N. prestazioni totale</b>	127.998	132.685	128.585
<b>N. accessi totale</b>	69.110	69.155	69.963
<b>N. pazienti totali residenti in PAT</b>	1.137	1.278	1.319
<b>Stima popolazione soggetti con uso problematico in PAT</b>	1.800	1.849	1.898
<b>Rapporto tra popolazione residente e stima di uso problematico</b>	3.6 per mille	3.6 per mille	3.7 per mille

L'analisi della casistica trattata mostra che il numero dei pazienti totali è aumentato in modo costante dal 2006 al 2008.

Si comprendono in questo dato sia gli utenti definiti "in carico", ovvero coloro che secondo i criteri dell'OEDT (Osservatorio Europeo per le Droghe e Tossicodipendenze) hanno chiesto un trattamento per abuso e/o dipendenza da sostanze, sia i soggetti per i quali vengono consumate risorse - le prestazioni elementari - pur non risultando formalmente in carico al servizio secondo i criteri dell'OEDT. Fanno parte di questo gruppo:

- i soggetti a rischio, ovvero coloro per i quali, nell'intervallo di rilevazione, pur non possedendo i criteri per una diagnosi di abuso o dipendenza secondo il DSM IV, è stato possibile documentare un uso, più o meno occasionale di sostanze psicotrope;
- le persone che hanno portato una richiesta di sostegno per un problema di uso, abuso o tossicodipendenza di un familiare (famiglie, partner, genitori) e a fronte di questa richiesta hanno ricevuto almeno due prestazioni.

Nel complesso, dunque, si è documentato un incremento dell'utenza dell'8,2% tra il 2006 e il 2007, e del 2,3% dal 2007 al 2008.

Per i pazienti in carico, l'aumento osservato è più contenuto, del 3% nel primo biennio e dell'1% nel secondo.

Per le altre tipologie d'utenza, al contrario l'aumento è stato più significativo, il 16,4% tra il 2006 e 2007 e il 4,4% tra il 2007 e 2008.

In linea con questo aumento, anche il numero di progetti terapeutici attivati dal servizio ha subito un costante aumento dal 2006 al 2008, passando da 1480 a 2004, con una variazione in percentuale del 35,4%, nel passaggio dal 2006 al 2007 e del 24,7% dal 2007 al 2008.

L'andamento delle prestazioni, al contrario, è stato oscillante, aumentando del 3,7% tra il 2006 e il 2007 e diminuendo del 4,2% nel passaggio dal 2007 al 2008.

La contrazione delle prestazioni totali nel 2008 è legata da un lato all'aumento degli affidi dei farmaci agonisti ai pazienti con la conseguente riduzione delle prestazioni legate alla somministrazione quotidiana, dall'altro alla modifica organizzativa nel monitoraggio delle terapie farmacologiche con l'introduzione, nel 2008, della ricerca dei metaboliti urinari delle sostanze stupefacenti sulla matrice cheratinica (test del capello).

Questa nuova modalità organizzativa ha consentito di ottenere risultati più attendibili con un'unica prestazione programmata a cadenza trimestrale che ha sostituito le 12 prestazioni (i test sulla matrice urinaria) erogate nel 2007.

L'aumento del numero degli accessi al servizio, intendendo per questa voce tutte le volte che un utente accede al Ser.T. per ricevere una prestazione è stato sostanzialmente stabile con un aumento solo dell'1,2% dal 2006 al 2008.

Anche i pazienti residenti nella Provincia Autonoma di Trento sono passati da 1.137 nel 2006 a 1.319 nel 2008 con un aumento in percentuale del 12,4% nell'intervallo 2006-2007 ed un ulteriore aumento del 3,2% nell'intervallo 2007-2008.

La tabella riporta, inoltre, la stima della popolazione con uso problematico riferita ai soli residenti. Questo dato costituisce il secondo indicatore chiave proposto dall'Osservatorio Europeo per il monitoraggio del fenomeno droga.

Con l'espressione "uso problematico di sostanze" si intende il consumo di sostanze stupefacenti per via iniettiva oppure il consumo a lungo termine/regolare di oppiacei, cocaina e/o amfetamine<sup>1</sup>.

In coerenza con l'andamento, in costante aumento, del consumo di sostanze nella popolazione di età compresa tra i 15 e 54 anni, come evidenziato nei rapporti annuali sulla stima dell'uso di sostanze stupefacenti nella popolazione della Provincia Autonoma di Trento, anche le stime di uso problematico nella popolazione hanno subito un incremento dal 2006 al 2008, passando dai 1800 ai 1898 con una variazione in percentuale del 5,4%<sup>2</sup>.

Nella Tab. 2 si presentano i dati relativi ai costi complessivi e ai costi di assistenza nel triennio considerato.

**Tab. 2 - Andamento del costo complessivo e del costo di assistenza nel triennio 2006-2008**

	2006	2007	2008
Costo totale (in euro)	3.203.388	3.265.851	3.358.707
Costo totale di assistenza (in euro)	2.498.588	2.664.839	2.660.009

Il costo totale si ricava dal costo imputabile alla struttura del Ser.T., come risulta dalla contabilità analitica del periodo preso in considerazione; in pratica, il costo del personale, i consumi, gli ammortamenti e gli altri costi.

Per quanto riguarda gli altri costi si evidenzia che nel caso non sia possibile un'attribuzione diretta in contabilità analitica al Ser.T. questi sono assegnati al Servizio in base ad algoritmi di attribuzione definiti dal Servizio Controllo di Gestione.

Il costo di assistenza totale si ricava dal costo imputabile ad ognuna delle aree – sanitaria, sociale e psicologica – per la strutturazione dei progetti terapeutici.

Il dato è ottenuto principalmente dal costo degli operatori per il profilo relativo all'area; dunque, il costo dell'area sanitaria considera il costo dei dirigenti medici e degli infermieri, il costo dell'area sociale considera il costo degli assistenti sociali e il costo dell'area psicologica considera il costo degli psicologi.

Il costo dell'area sanitaria comprende anche i consumi relativi a medicinali, presidi chirurgici, materiale sanitario e di medicazione, reagenti e altri prodotti di laboratorio.

Come si evince dalla tabella, il costo complessivo del servizio e il costo destinato direttamente all'assistenza dell'utenza hanno due andamenti distinti: mentre il primo aumenta nel tempo, dell'1,9% dall'2006 al 2007 e del 2,8% dal 2007 al 2008, il costo di assistenza cresce nel primo biennio (6,6%) e cala, anche se in modo lieve, nel biennio successivo (-0,2%).

Il costo totale è influenzato principalmente dalle retribuzioni del personale che prevedono aumenti contrattuali non governabili dal Ser.T., mentre il costo dell'assistenza è legata al numero, tipologia e durata delle prestazioni specialistiche erogate.

In definitiva si moltiplica il costo minuto di ogni singola figura professionale per il tempo impiegato nella strutturazione e registrazione, sul fascicolo personale del paziente, delle prestazioni erogate.

È intuitivo che anche questa variabile è influenzata dal costo del personale che, come detto precedentemente, si modifica indipendentemente dalla struttura organizzativa adottata.

Nel biennio 2007-2008 la contrazione del costo di assistenza è legata alla diminuzione, in termini di unità equivalenti, del personale impiegato.

Nella Tab. 3 si presentano i dati riferiti al personale in organico presso il Ser.T. nel triennio considerato.

**Tab. 3 - Gli operatori in organico presso il Ser.T. della P.A. di Trento - Media annuale unità equivalenti nel triennio 2006-2008**

	2006	2007	2008
Media annuale unità equivalenti	29,30	30,44	30,05

Il dato sul personale è espresso in unità equivalenti, intendendo con questa espressione la presenza media degli operatori presso il servizio durante l'anno.

Si considerano qui tutte le figure professionali in organico, anche il personale impiegato in attività di supporto.

Come si evince dalla tabella, il numero medio di operatori presenti in servizio registra un aumento dal 2006 al 2007 (3,9%), mentre nel biennio successivo ha una lieve flessione (-1,3%).

### Gli indicatori di output

Incrociano a vario titolo i dati complessivi raccolti e descritti precedentemente è possibile analizzare separatamente gli indicatori di output.

Nella Tab. 4 si riportano i dati riferiti al triennio considerato rispetto al numero di progetti terapeutici per operatore e al numero di pazienti per operatore.

L'indicatore numero di progetti terapeutici per operatore esprime la media dei progetti terapeutici attivati per operatore ed è ricavato dal rapporto tra il numero di progetti terapeutici totali e il numero di operatori totali.

Tab. 4 - Andamento dei principali indicatori d'output. Anni 2006-2008

	2006	2007	2008
N. progetti terapeutici per operatore (N. progetti terapeutici totali/N. operatori totali)	50,5 (1480/29,3)	60,6 (1845/30,4)	66,7 (2004/30,0)
N. pazienti per operatore (N. pazienti totali/N. operatori totali)	49,4 (1455/29,3)	51,7 (1575/30,4)	53,6 (1611/30,0)

L'indicatore *numero di pazienti per operatore* esprime la media di pazienti presi in carico per operatore ed è ricavato dal rapporto tra il numero di pazienti totali e il numero di operatori totali.

Per entrambi gli indicatori si osserva un aumento costante dal 2006 al 2008: il numero di progetti terapeutici per operatore registra un aumento consistente dal 2006 al 2007 (+20%) e meno consistente dal 2007 al 2008 (+10%).

Il numero di pazienti per operatore aumenta del 4,3% nel primo biennio e del 3,6% nel secondo.

Leggendo tali indicatori nella considerazione delle variazioni degli elementi che entrano nel loro calcolo, sopra evidenziate, è possibile caratterizzare meglio le ragioni di tali valori.

Rispetto al numero di progetti terapeutici per operatore, infatti, si può notare infatti che la variazione in positivo dal 2006 al 2007 è dovuta principalmente alla maggiore incidenza dell'aumento dei progetti terapeutici rispetto a quella del personale (24,6% vs. 3,8%); nel passaggio dal 2007 al 2008 si registra un ulteriore aumento di tale indicatore che si giustifica con un parallelo aumento dei programmi terapeutici attivati (più contenuto rispetto al precedente) ed alla contestuale diminuzione del personale in organico.

L'aumento del numero dei progetti terapeutici è influenzato sia dal corrispettivo aumento dei pazienti in carico sia dalla maggiore precisione nella registrazione dei progetti da parte dei professionisti del Ser.T.

La procedura adottata infatti prevede che un progetto terapeutico va chiuso se viene modificato sostanzialmente nella sua strutturazione.

Ad esempio se un paziente ha in corso un progetto terapeutico che prevede solo un intervento di area medica e, ad un certo punto, viene inserito anche un intervento di area psicologica il primo progetto andrà chiuso e verrà aperto un secondo progetto con i due interventi di area medica e psicologica.

Questo procedura è importante per la valutazione d'esito (outcome) in quanto correlata alla precisa strutturazione del prodotto erogato per il quale è stato predefinito un obiettivo ed il contestuale valore d'esito.

Analoghe considerazioni possono essere fatte per il secondo degli indicatori in questione, il numero di pazienti per operatore.

L'incremento registrato dal 2006 al 2007 ha segno positivo (4,33%) per la maggiore incidenza dell'aumento di pazienti seguiti dal servizio rispetto all'aumento del personale (8,4% vs. 3,9%); nel biennio successivo si osserva di nuovo un incremento di questo indicatore (3,61%), dovuto questa volta all'aumento dei pazienti seguiti e contestualmente alla diminuzione del personale in organico (2,3% vs. -1,3%).

## Gli indicatori di densità assistenziale per unità di contatto

Il rapporto tra le prestazioni totali erogate e il numero di accessi misura la capacità dei vari professionisti di coordinarsi negli appuntamenti per rendere più agevole l'adesione del paziente al programma terapeutico concordato, e rileva quante prestazioni in media un paziente riceve ogni volta che accede ad una delle sedi Ser.T.

In Tab. 5 si presenta l'evoluzione di tale indicatore dal 2006 al 2008.

Tab. 5 - Indicatori di densità assistenziale. Anni 2006-2008

	2006	2007	2008
N. prestazioni erogate/ N. accessi	1,85 (127.998/ 69.110)	1,92 (132.685/ 69.155)	1,84 (128.585/ 69.963)

Come si evince dalla tabella, all'aumento del 3,7% registrato in questo indicatore nel 2007 si affianca una sua diminuzione nel biennio successivo (-4,2%).

La variazione di questo indicatore nel 2007 rispetto al 2006 ha segno positivo a causa della maggiore incidenza dell'aumento delle prestazioni totali del 2007 rispetto a quello degli accessi (3,7% vs. 0%).

Nel 2008, rispetto al 2007, l'indicatore ha segno negativo nonostante l'incremento degli accessi (1,2%) a causa della contrazione delle prestazioni totali (3%) dovuta, come si è descritto più sopra, alla modifica nella procedura di monitoraggio tossicologico e alla maggiore concessione dell'affido del farmaco.

## Gli indicatori di copertura della popolazione con uso problematico di sostanze

Un importante indicatore della capacità di un servizio per le tossicodipendenze di "attrarre" soggetti con un uso problematico di sostanze psicoattive può essere definito dal rapporto tra il numero totale di pazienti seguiti dal Ser.T., residenti in Trentino, e la stima della popolazione locale con uso problematico, riportati in Tab. 6 nella loro evoluzione nel triennio 2006-2008.

La capacità di attrazione è correlata alla capacità del Servizio di proporre interventi terapeutici coerenti con la domanda di trattamento, conscia ed inconscia, presente nel territorio.

Abbiamo ben presente che questo indicatore può esprimere anche il grado di copertura della domanda per cui enterebbe a pieno titolo nella valutazione dell'efficacia ma abbiamo voluto inserirlo nella valutazione dell'efficienza come espressione della capacità di combinazione dei vari interventi specialistici nella strutturazione dell'output.

Come si evince dalla tabella, la capacità del servizio di attrarre soggetti con uso problematico di sostanze è aumentata nel periodo in questione, in modo più consistente dal 2006 al 2007 dove si osserva un incremento del 9,42% e più lieve dal 2007 al 2008 (+0,54%).

Questi dati si correlano anche con l'aumento negli anni dei pazienti trattati e con l'incremento delle stime degli utilizzatori problematici di sostanze sul territorio.

Tab. 6 - Grado di copertura della popolazione con uso problematico di sostanze. Anni 2006-2008

	2006	2007	2008
Grado di copertura della popolazione con uso problematico di sostanze (N. pazienti totali residenti in PAT/Stima popolazione con uso problematico in PAT)	63,17% (1137/1800)	69,12% (1278/1849)	69,49% (1319/1898)

### Gli indicatori economici

Gli indicatori economici che si sono presi in considerazione in questa sede sono i seguenti:

- incidenza del costo di assistenza sul costo totale;
- costo totale per paziente;
- costo di assistenza per paziente;
- costo totale per progetto terapeutico;
- costo totale di assistenza per progetto terapeutico.

La prima di queste misure è di notevole importanza nel definire quante delle risorse economiche destinate al servizio vengono impiegate direttamente nella strutturazione dei progetti terapeutici; è ricavata dal rapporto tra il costo di assistenza e il costo complessivo (comprensivo cioè delle spese destinate a personale, consumi, ammortamenti, ecc.).

L'andamento di tale misura nel triennio considerato, chiaramente determinato dal relativo andamento dei due singoli costi esposto più sopra, non è lineare; si passa da un valore del 78% del 2006, all'81,6% del 2007, al 79,2% del 2008.

La variazione di questo indicatore ha, dunque, un segno positivo nel 2007 (+4,61%) perché a fronte di un aumento del costo di assistenza del 6,65% nel 2007 rispetto al 2006 si è osservato un aumento più contenuto (1,95%) del costo totale.

Inoltre, l'aumento del costo assistenza nel 2007 si giustifica con un decisivo aumento delle prestazioni complessive erogate ai pazienti (132685 vs. 127998 del 2006).

Nel 2008, l'indicatore ha segno negativo (-2,49%) perché il costo di assistenza è rimasto sostanzialmente invariato (-0,18%) mentre è aumentato il costo totale (2,84%).

Questo dato ci dice che per garantire lo stesso livello di qualità nel 2008 si sono spesi più soldi perché è aumentato il costo del personale anche a fronte di una sua diminuzione in termini di unità equivalenti.

Il costo totale per paziente e il costo di assistenza per paziente sono due misure che esprimono sinteticamente quanto costa mediamente un paziente in trattamento presso il Ser.T. di Trento (Tab. 7).

In analogia con quanto indicato più sopra in riferimento ai diversi andamenti del costo totale e del costo di assistenza, anche i due indicatori del costo medio per paziente hanno due distinti andamenti.

Nel passaggio dal 2006 al 2007, il costo totale medio per paziente ha subito una flessione del 5,9% mentre il costo medio di assistenza per paziente ha avuto una flessione più lieve dell'1,6%; tale dato si giustifica con un aumento più consistente delle spese destinate alla cura (+6,65%) rispetto a quelle totali (1,95%).

Nel biennio successivo, al contrario, mentre il costo totale medio per paziente ha segno positivo (0,55%), il costo medio di

Tab. 7 - Il costo medio per paziente. Anni 2006-2008

	2006	2007	2008
Costo medio per paziente (Costo totale/N. pazienti totali)	2.212,28 (3.203.388/ 1455)	2.073,56 (3.265.851/ 1575)	2.084,86 (3.358.706/ 1611)
Costo medio di assistenza per paziente (Costo di assistenza/N. pazienti totali)	1.725,54 (2.498.588/ 1455)	1.691,96 (2.664.838/ 1575)	1.651,15 (2.660.009/ 1611)

assistenza resta negativo (-2,41%), questo a causa della diminuzione del costo totale di assistenza (-0,18) a fronte dell'aumento delle spese fisse totali (2,84%).

Due ulteriori indicatori economici possono essere costruiti rapportando i costi totali ai progetti terapeutici attivati nel corso di ogni anno presso il servizio.

Similmente, dunque, a quanto appena esposto in riferimento al costo medio per paziente, calcolato rapportando il numero di pazienti al costo complessivo del servizio e il costo di assistenza, è possibile ricavare il costo medio per progetto terapeutico, esposto in Tab. 8.

Tab. 8 - Il costo medio per progetto terapeutico. Anni 2006-2008

	2006	2007	2008
Costo medio per progetto terapeutico (Costo totale/N. PT totali)	2.164,45 (3.203.388/ 1480)	1.770,11 (3.265.851/ 1845)	1.676,00 (3.358.706/ 2004)
Costo medio di assistenza per progetto terapeutico (Costo di assistenza/N. PT totali)	1.688,24 (2.498.588/ 1480)	1.444,36 (2.664.839/ 1845)	1.327,35 (2.660.008/ 2004)

Entrambi gli indicatori presentano un'evoluzione di segno negativo sia nel passaggio dal 2006 al 2007, sia nel biennio successivo, mostrando che il costo medio per ogni progetto terapeutico attivato è diminuito nel tempo.

Nel 2007, rispetto all'anno precedente, è il costo totale per progetto terapeutico a presentare la diminuzione più consistente rispetto al costo di assistenza per progetto terapeutico (18,22% vs. 14,45%), mentre nel 2008 avviene l'inverso, poiché il costo totale per progetto terapeutico diminuisce in modo più lieve (-5,32% vs. 8,1%).

La contrazione di questi due indicatori è legata all'aumento dei progetti terapeutici evidenziata più sopra.

### Discussione

L'analisi dei dati è influenzata sostanzialmente da due limiti: il primo dipende dall'assenza, per quanto di nostra conoscenza, di un benchmark esterno per cui non è possibile dire se l'efficienza produttiva ottenuta sia più o meno soddisfacente, se non misurandoci con noi stessi nell'andamento temporale, e il secondo dipende dall'assenza del case mix dei pazienti trattati

per cui non è possibile dare un valore standard all'indicatore "numero di pazienti per operatore".

L'analisi comparata dei dati dal 2006 al 2008 permette invece di affermare che gli adattamenti organizzativi che la struttura ha adottato nel triennio hanno sostanzialmente aumentato il livello di output e ridotto i costi.

Questo lavoro, ancorché sperimentale ed esplorativo, vuole essere comunque un primo esempio di utilizzo pratico di un metodo per la valutazione dell'efficienza produttiva complessiva di un Ser.T. nella speranza che in futuro sia possibile poter confrontare i dati con quelli di altre realtà analoghe ed arrivare ad avere degli standard di riferimento per i nostri servizi.

## Note

1. Si rimanda agli appositi testi per l'analisi della metodologia di stima della popolazione con uso problematico.
2. Le stime sulla diffusione sono state estrapolate dalle indagini IPSAD ed ESPAD Italia elaborate dall'Istituto di Fisiologia Clinica del Centro Nazionale Ricerche (CNR) di Pisa a fronte di uno specifico rapporto di collaborazione formalizzato.

## Bibliografia

- Bertelli B., Lovaste R., "L'integrazione socio sanitaria per le tossicodipendenze", in Bissolo G., Fazzi L., *Costruire l'integrazione socio sanitaria*, Carrocci, Roma, 2005.
- Emcdda, *Guidelines for estimating incidence of problem drug use*, 2008, disponibile al sito internet [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu).
- Emcdda and Institut für Therapieforchung, *Recommended draft technical tools and guidelines. Key epidemiological indicator: Prevalence*

*of problem drug use*, 2004, disponibile al sito internet [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## RECENSIONE



Alfio Lucchini, Giovanni Strepparola  
(a cura di)

### MODELLI DI INTERVENTO IN ALCOLOGIA

**L'esperienza e le indicazioni  
operative condivise dagli operatori  
pubblici e privati in Lombardia**

pp. 2720, € 32,00

Cod. 231.1.47 (V)

Collana: Clinica delle dipendenze  
e dei comportamenti di abuso -  
Quaderni

caratteristica del modello di consensus, in cui cioè alle relazioni principali fa seguito l'attività di/nel gruppo, opportunamente stimolata, che è assolutamente centrale, dal momento che da questa scaturiscono le indicazioni e le proposte condivise per la costruzione delle buone prassi operative.

Gli argomenti trattati durante la formazione e contenuti nei capitoli di questo libro sono quelli individuati sulla base degli obiettivi generali del Progetto Nazionale: l'analisi dei modelli organizzativi degli interventi, il percorso terapeutico dalla presa in carico alle cure specialistiche, la terapia di gruppo come trattamento per soggetti alcol dipendenti, l'intervento di gruppo nella cura dei soggetti alcolodipendenti e l'applicazione della valutazione degli interventi attraverso il rapporto costo-efficiacia e costi-benefici.

Obiettivo pratico del corso era infatti fornire alla comunità degli operatori del settore, per ogni parametro esaminato, buone prassi utili al lavoro nei servizi. Altro obiettivo dichiarato era indirizzare alla attenzione della Regione Lombardia e delle Regioni partner del Progetto Nazionale una sintesi ragionata delle conclusioni e delle indicazioni del corso e degli studi correlati: questo testo si pone proprio in questa prospettiva.

*Alfio Lucchini*, psichiatra, dirige il Dipartimento delle Dipendenze della ASL Provincia di Milano 2, responsabile scientifico per la Regione Lombardia del Progetto e del Corso di Perfezionamento in Alcologia oggetto del volume.

*Giovanni Strepparola*, psichiatra, responsabile dell'UO Programmazione Coordinamento e Qualità e referente dell'Osservatorio Droghe e Tossicodipendenze del Dipartimento Dipendenze della ASL Provincia di Milano 2.

## Nominato il Coordinamento di FeDerSerD Regione Veneto

L'anno 2010 il giorno 17 del mese di maggio alle ore 15.30 presso la sede del CEIS di Mestre (Venezia) in Viale San Marco n. 172 si è riunita debitamente convocata l'assemblea degli iscritti della Società Scientifica "FeDerSerD" residenti nella Regione Veneto sul seguente

Ordine del Giorno:

1. condivisione e discussione degli obiettivi prioritari per la nascita di "FeDerSerD Regione Veneto" e elaborazione dello Statuto Regionale;
2. costituzione del direttivo regionale di FeDerSerD;
3. pianificazione delle prossime attività formative, culturali e di ricerca di interesse regionale;
4. varie ed eventuali.

Sono presenti:

- Angelo Benvegnù - Direttore del Ceis di Mestre;
- Sonia Calzavara - Psicopedagogista - U.F. Carcere di Padova;
- Guglielmo Cavallari - Psicologo, Psicoterapeuta, Ser.T. di Padova;
- Mauro Cibir - Psichiatra - Direttore Ser.T. di Dolo (Venezia);
- Maria Chiara Forcella - Psicologa, Psicoterapeuta, Libera Professionista, Padova;
- Fabio Lugoboni - Internista, Responsabile Medicina delle Farmacotossicodipendenze, H. di Verona;
- Ezio Manzato - Psichiatra - Direttore Ser.T. di Zevio (Verona)
- Marcello Mazzo - Farmacologo - Direttore Ser.T. di Rovigo;
- Felice Nava - Farmacologo - Ser.T. di Castelfranco V.to;
- Claudia Passudetti - Psicologa, Psicoterapeuta, Ser.T. di Castelfranco V.to;
- Laura Suardi - Farmacologa - Ser.T. di Dolo (Venezia).

Assume la Presidenza della riunione il Dr. Nava in qualità di consigliere nazionale di FeDerSerD in possesso del mandato affidatogli dal Presidente e dal Direttivo Nazionale di coordinare i lavori per la nascita di FeDerSerD Regione Veneto.

Il Dr. Nava, dopo aver presentato e ringraziato tutti i presenti, constatato e fatto constatare che la riunione si è regolarmente costituita a norma di legge e di statuto, la dichiara aperta e valida a discutere e a deliberare sugli argomenti posti all'ordine del giorno.

Il Dr. Nava ricorda l'elenco dei colleghi che sono stati convocati alla riunione odierna, i cui nomi sono stati selezionati in base al criterio della loro espressa volontà di far parte di FeDerSerD Veneto e/o della loro iscrizione a FeDerSerD Nazionale.

Il Dr. Nava ricorda che a tutti i convocati, e quindi anche ai presenti, insieme all'e.mail di invito è stato allegato lo Statuto Nazionale di FeDerSerD e la bozza di Statuto Regionale.

Tutti i presenti dichiarano di aver ricevuto tali documenti.

Il Dr. Nava informa i presenti che al momento i colleghi Veneti iscritti a FeDerSerD Nazionale sono circa 50, molti dei quali sono prime iscrizioni avvenute in occasione dell'ultimo Congresso Tematico Nazionale di Padova, e che in vista della nascita della Federazione Regionale è auspicabile il coinvolgimento e l'aggregazione di un numero ancora maggiore di colleghi - anche e soprattutto del comparto e del privato sociale.

Il Dr. Nava segnala inoltre ai presenti che i dottori Daniele Berto, Valerio Mecenero, Alessandro Pani, Franco Trettenero hanno comunicato la loro impossibilità ad essere presenti alla riunione odierna ma che hanno espresso la loro intenzione di essere parte attiva del gruppo e di essere informati sugli sviluppi dei lavori.

Il Dr. Nava infine si dichiara disponibile a contattare successivamente anche gli altri colleghi, sentiti in precedenza e che avevano espresso a lui o ad altri l'intenzione di essere coinvolti nel gruppo come i dottori Raffaele Ceravolo, Maria Antonietta Giacomini e Germano Zanusso.

1. Sul primo punto all'ordine del giorno, il Dr. Nava svolge una breve presentazione dell'attività di FeDerSerD Nazionale, il suo Statuto ed i presupposti per la nascita di FeDerSerD Regione Veneto.

Il Dr. Cibir presenta la situazione dei Servizi e dei Dipartimenti nella Regione, i possibili bisogni e traccia a suo parere delle possibili linee d'azione futura.

Segue una ampia discussione dove tutti i presenti partecipano attivamente descrivendo la propria attività ed i propri punti di vista per una prospettiva futura di lavoro per FeDerSerD Veneto. Tutti i presenti si dichiarano disponibili ed entusiasti a lavorare insieme attivamente, soprattutto nei loro campi di interesse, all'interno di FeDerSerD Veneto.

Successivamente su proposta del Dr. Mazzo si sottopongono ad esame a tutti i presenti gli scopi di FeDerSerD Veneto, così come sono espressi nello statuto proposto.

Tutti gli scopi vengono condivisi ed accettati dai presenti.

2. Sul secondo punto all'ordine del giorno tutti i presenti si dichiarano disponibili a far parte del futuro direttivo di FeDerSerD Veneto.

Il Dr. Nava, considerata anche l'assenza di alcuni colleghi che hanno espresso la volontà di essere parte attiva nel futuro direttivo e per sottoporre ad un maggior numero di soci l'approvazione del Direttivo Regionale, propone che i presenti si costituiscano per il momento come gruppo coordinatore.

Viene pertanto costituito ufficialmente il gruppo di coordinamento denominato "FeDerSerD Regione Veneto" la cui Presidenza viene assunta dal Dr. Nava in qualità di consigliere nazionale con delega del Presidente e del Direttivo Nazionale alla costituzione di FeDerSerD Veneto.

I presenti approvano.

Il Dr. Nava propone che il gruppo di coordinamento così costituito, in attesa della costituzione del Direttivo Regionale, assolva con pieni poteri alle seguenti funzioni:

- a. tracciare le linee di programmazione ed operative future della Federazione Regionale per il prossimo triennio da proporre all'Assemblea Regionale;
- b. elaborare uno statuto regionale definitivo sulla base di quello proposto;
- c. proporre alla prossima Assemblea Regionale un Direttivo ed un Coordinamento Scientifico;
- d. accreditare FeDerSerD Veneto presso le istituzioni regionali;
- e. comunicare ufficialmente al Presidente e al Direttivo Nazionale la nascita di FeDerSerD Regione Veneto;
- f. svolgere, nelle more della costituzione del Direttivo Regionale, tutte le funzioni ad esso deputate comprese l'attività di eventi formativi, di ricerca clinica, di informazione e di rappresentanza.

Tutti i presenti approvano.

3. Sul terzo punto all'ordine del giorno il Dr. Nava comunica che in ottobre il Dr. Jag Khalsa direttore del branch Medical Consequences of Drug Abuse del NIDA sarà in Italia in occasione del Congresso Nazionale FeDerSerD di Riva del Garda, ed è

disposto a tenere in Veneto una lecture "sui problemi medici ed internistici correlati all'uso di sostanze nelle popolazioni a rischio come quella carceraria".

Il Dr. Nava propone pertanto un seminario di formazione che veda la partecipazione anche di relatori locali e che, vista l'importanza del relatore ospite e dell'argomento, possa essere tenuta presso le aule del Palazzo del Bo dell'Università di Padova.

La data proposta è quella dell'8 ottobre.

Tutti i presenti concordano sull'iniziativa e si dichiarano disposti a collaborare e a partecipare.

Il Dr. Nava propone che l'occasione del seminario dell'8 ottobre può essere la più adatta per convocare l'Assemblea Regionale dei Soci a cui sottoporre per approvazione il Direttivo Regionale.

Tutti i presenti concordano e approvano.

Il Dr. Nava infine ricorda che il Presidente ed il Direttivo Nazionale hanno approvato nella programmazione degli eventi formativi per il 2011, la possibilità di organizzare nel prossimo primo trimestre dell'anno il primo Congresso Regionale di FeDerSerD Veneto.

Tutti i presenti manifestano la loro soddisfazione e si dichiarano disponibili a collaborare attivamente per la buona riuscita dell'evento.

Non essendovi altro da discutere e deliberare, il Presidente dichiara sciolta la riunione alle ore 18.15 dello stesso giorno informando i presenti che sarà inviata loro nei prossimi giorni per e.mail copia del presente verbale per approvazione.

## NOTIZIE IN BREVE

### Convention degli operatori dei servizi di riduzione dei rischi e del danno a Riva del Garda

In occasione del IV congresso nazionale di FeDerSerD gli operatori dei servizi di riduzione dei rischi e del danno saranno presenti nella giornata di mercoledì 13 ottobre con desk e camper nell'area congressuale per scambi informali tra loro e con i partecipanti al congresso.

FeDerSerD, in partnership con CNCA, organizza altresì un Workshop congressuale sul tema "Consumi problematici e

dipendenze: attività del sistema di intervento nella riduzione dei rischi" mercoledì 13 ottobre dalle ore 16 alle ore 18 (Fiere Congressi di Riva del Garda).

Franco Zuin e Riccardo De Facci coordinano l'iniziativa.

Per informazioni e adesioni scrivere a [federserd@expopoint.it](mailto:federserd@expopoint.it).











# FeDerSerD

FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI  
DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

www.federserd.it

IV CONGRESSO NAZIONALE

## consumi e dipendenze

mito  
evidenze scientifiche  
realtà organizzative

Il annuncio

12-13-14-15  
ottobre 2010

FiereCongressi  
RIVA del GARDA  
Trento

– In attesa di conferma di alcuni invitati –

La scheda di iscrizione e la scheda di prenotazione alberghiera possono essere richieste alla Segreteria Organizzativa (tel 031 748814 e-mail federserd@expopoint.it) o scaricate dal sito www.federserd.it

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

EXPO POINT - ORGANIZZAZIONE CONGRESSI EVENTI  
Via Matteotti, 3 - 22066 Mariano Comense - Co  
Tel. 031 748814 - Fax 031 751525  
e-mail federserd@expopoint.it  
www.federserd.it

Fortunato Depero - Solidità di cavalieri (Solidità di cavalieri emanti). 1927, Museo di Arte Contemporanea di Trento Rovereto



ore 11.00 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI

ore 15.00 Sala Plenaria  
**MANIFESTAZIONE INAUGURALE**

Presidente Congresso e Presidente Nazionale Federserd

*Sono stati invitati*

COMMISSARIO DI GOVERNO  
VESCOVO

SINDACO COMUNE RIVA DEL GARDA

DIRETTORE GENERALE ASL TRENTO

RETTORE UNIVERSITÀ TRENTO

PRESIDENTE PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

ASSESSORE SALUTE PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Intervento del SOTTOSEGRETARIO PRESIDENZA CONSIGLIO DEI MINISTRI  
DELEGA AL CONTRASTO DELLE TOSSICODIPENDENZE  
Sen. Carlo Giovanardi

ore 16.30 LETTURE MAGISTRALI

1. MITO

2. EVIDENZE SCIENTIFICHE

3. EVIDENZE SCIENTIFICHE

4. ORGANIZZAZIONE

ore 19.30 Welcome Cocktail

FeDerSerD

mercoledì 13  
ottobre 2010

ore 9.00-11.00

**prima sessione** - Sessione Parallela A  
**CONSUMI**

MITO

1. Il consumo di droghe e la società dei consumi

EVIDENZE SCIENTIFICHE

2. I dati statistici epidemiologici sul consumo di droghe in Italia e in Europa

3. I possibili scenari di consumo di droghe nei prossimi anni

ORGANIZZAZIONE

4. L'evoluzione del mercato dello spaccio

5. La rete dei servizi e degli interventi

ore 9.00-11.00

**seconda sessione** - Sessione Parallela B  
**COMUNICAZIONI ORALI 1**

EVIDENZE SCIENTIFICHE E ORGANIZZAZIONE

Presentazione di 10 esperienze di buone prassi relative alla raccolta di dati statistici attendibili ed all'organizzazione dei servizi per la cura e la riabilitazione degli utenti.

ore 11.15-13.00

**terza sessione** - Sessione Parallela A  
**OPPIACEI 1**

MITO

1. L'evoluzione del significato attribuito all'uso di oppiacei e alla cura della dipendenza da parte dei consumatori, degli utenti e dei professionisti delle dipendenze

EVIDENZE SCIENTIFICHE

2. Gli effetti neuro farmacologici degli oppiacei

3. I trattamenti farmacologici e psicoterapeutici

ORGANIZZAZIONE

4. I Ser.T per la cura della dipendenza da oppiacei

5. Le comunità terapeutiche e il trattamento della dipendenza da oppiacei

Presentazione delle Linee Guida OMS sulla terapia della dipendenza da oppiacei

ore 11.15-13.00

**quarta sessione** - Sessione Parallela B  
**COMUNICAZIONI ORALI 2**

EVIDENZE SCIENTIFICHE E ORGANIZZAZIONE

Presentazione di 10 esperienze di buone prassi relative all'organizzazione di interventi rivolti alla facilitazione all'accesso ai servizi ed alla riduzione dei rischi collegati ai consumi problematici e alle dipendenze

ore 14.00-16.00

**quinta sessione** - Sessione Parallela A  
**OPPIACEI 2**

MITO

1. L'affido della terapia per la dipendenza: un paradosso?

EVIDENZE SCIENTIFICHE

2. Gli strumenti per la strutturazione ed il monitoraggio della valutazione d'esito dei trattamenti farmacologici- Protocollo ODAS

3. La continuità delle cure e la qualità della vita

ORGANIZZAZIONE

4. L'evoluzione dell'intervento tra Ser.T e territorio

5. I modelli di collaborazione con i medici di medicina generale

1

2

3

4

5

ore 16.00-17.00

**workshop**

Rete di sviluppo del Protocollo ODAS in Italia

ore 14.00-16.00

**sesta sessione** - Sessione Parallela B

**PREVENZIONE E RETE TERRITORIALE**

**MITO**

1. La prevenzione delle dipendenze fra mito e realtà

**EVIDENZE SCIENTIFICHE**

2. La prevenzione efficace  
3. La valutazione degli interventi di prevenzione

**ORGANIZZAZIONE**

4. Programmazione e governance delle reti territoriali

5. Attività di prevenzione e organizzazione dei servizi

ore 16.15-18.00

**settima sessione** - Sessione Parallela A

**ALCOL**

**MITO**

1. L'alcol nella cultura occidentale

**EVIDENZE SCIENTIFICHE**

2. Gli effetti neurobiologici dell'alcol nel polibuso

3. Il trattamento residenziale dell'alcolismo

**ORGANIZZAZIONE**

4. L'organizzazione dei servizi di alcolologia

5. L'efficacia dei gruppi terapeutici e di auto aiuto

ore 16.15-18.00

**workshop** (in partnership con CNCA)

Consumi problematici e dipendenze: attività del sistema di intervento nella riduzione dei rischi

ore 18.00-19.00

**workshop**

La "Newsletter di Alcolologia" di Mission

Il Comitato Scientifico incontra gli Operatori

**ORGANIZZAZIONE**

4. I modelli organizzativi integrati Ser.T/Divisioni di malattie infettive per il

trattamento delle patologie correlate alla dipendenza

5. Valutazione preliminare dei trattamenti per l'epatite C nei Ser.T: il database dedicato

ore 14.00-15.00

**workshop**

Sviluppo del Progetto Ser.T e gestione dei pazienti HCV

ore 14.00-16.00

**dodicesima sessione** - Sessione Parallela A

**DIPENDENZE E IMMIGRAZIONE**

**MITO**

1. Immigrazione, uso di sostanze, patologie e fenomeni correlati

**EVIDENZE SCIENTIFICHE**

2. L'incidenza dell'uso di sostanze fra i vari gruppi etnici presenti in Italia

3. La "cultura" di un popolo può influenzare l'approccio all'uso di sostanze?

**ORGANIZZAZIONE**

4. I percorsi di prossimità per i migranti

5. I Ser.T nell'assistenza degli utenti immigrati

Presentazione delle "Raccomandazioni per il trattamento delle Epatiti B e C in alcune popolazioni speciali: immigrati, detenuti e tossicodipendenti"

ore 14.00-16.00

**tridicesima sessione** - Sessione Parallela B

**TABACCO** (in collaborazione con SITAB)

**MITO**

1. Il simbolismo della "sigaretta" nella popolazione giovanile

**EVIDENZE SCIENTIFICHE**

2. Gli effetti della nicotina sul cervello

3. Clinica del tabagismo

**ORGANIZZAZIONE**

4. I centri per il tabagismo

5. Come progettare i "più efficaci" messaggi preventivi

ore 16.30 Sala Plenaria

**INCONTRO / DIBATTITO**

Dipendenze, tutela della salute e intervento dei servizi

Invitati: ONU, MINISTERO DELLA SALUTE, PRESIDENZA COMMISSIONE D'INDAGINE SUL SSN, PRESIDENZA DELLA CONFERENZA STATO-REGIONI

ore 18.00-19.00

**workshop**

Dipendenze, differenze di genere e genitorialità

FeDerSerD

venerdì 15 ottobre 2010

ore 9.00-11.00

**ottava sessione** - Sessione Parallela A

**COCAINA E STIMOLANTI**

**MITO**

1. La ricerca della prestazione con l'uso delle sostanze stimolanti

**EVIDENZE SCIENTIFICHE**

2. L'uso degli stimolanti e le patologie psichiatriche associate

3. Le evidenze degli interventi cognitivo comportamentali nella dipendenza da stimolanti

**ORGANIZZAZIONE**

4. I Ser.T di fronte alla dipendenza da stimolanti: adattamenti organizzativi

5. Le risposte delle comunità terapeutiche di fronte alla dipendenza da cocaina

ore 9.00-11.00

**nona sessione** - Sessione Parallela B

**NORMA - GIUSTIZIA - CARCERE**

**MITO**

1. L'influenza delle norme e delle sanzioni sui fenomeni di consumo e dipendenza

**EVIDENZE SCIENTIFICHE**

2. I trattamenti efficaci in ambito carcerario

3. Il carcere e il territorio: le indicazioni per il reinserimento

**ORGANIZZAZIONE**

4. I percorsi amministrativi prefettizi e l'organizzazione dei servizi

5. La centralità e la certificazione di tossicodipendenza nel sistema penitenziario

ore 11.15-13.00

**decima sessione** - Sessione Parallela A

**GAMBLING**

**MITO**

1. Giocare con l'azzardo

**EVIDENZE SCIENTIFICHE**

2. La realtà del fenomeno

3. Il gioco responsabile

**ORGANIZZAZIONE**

4. I modelli organizzativi per i servizi

5. I gruppi di auto mutuo aiuto e i rapporti con i Ser.T

ore 11.15-13.00

**undicesima sessione** - Sessione Parallela B

**PATOLOGIE INFETTIVE CORRELATE ALLE DIPENDENZE**

**MITO**

1. Le droghe "sicure" e le patologie dimenticate

**EVIDENZE SCIENTIFICHE**

2. Le patologie correlate all'uso di sostanze: lo studio DAVIS

3. Gli interventi di prevenzione delle patologie correlate: il ruolo dei trattamenti

ore 9.00-11.00

**quattordicesima sessione** - Sala PLENARIA

**LA REALTÀ EUROPEA ED ITALIANA:**

**I BISOGNI DI OGGI E DI DOMANI**

DG LIBE PARLAMENTO EUROPEO

Intervento VICE PRESIDENTE COMMISSIONE LIBE - LIBERTÀ CIVILI GIUSTIZIA

E AFFARI INTERNI, PARLAMENTO EUROPEO

On. Salvatore Iacolino

ore 11.00-13.00

**quindicesima sessione** - Sessione Parallela A

**CONSUMO DI SOSTANZE E MONDO DEL LAVORO**

**MITO**

1. Il consumo di sostanze tra privacy e tutela della salute collettiva

**EVIDENZE SCIENTIFICHE**

2. Come le droghe alterano le abilità lavorative

3. La certificazione di assenza di tossicodipendenza nei lavoratori: primi dati a consuntivo

**ORGANIZZAZIONE**

4. Il processo per la certificazione dell'assenza di tossicodipendenza nei lavoratori: protocolli di collaborazione con i medici competenti ed i laboratori accreditati

5. La costruzione di un "patto per la salute" negli ambienti di lavoro

ore 11.00-13.00

**sedicesima sessione** - Sessione Parallela B

**RICERCA E FORMAZIONE**

**MITO**

1. E' ancora necessaria la disciplina di clinica delle dipendenze?

**EVIDENZE SCIENTIFICHE**

2. La ricerca neuro biologica nell'evoluzione del trattamento dell'addiction

3. Come trasferire i contenuti della ricerca nel campo della pratica clinica

**ORGANIZZAZIONE**

4. I job profile nelle dipendenze

5. La medicina delle tossicodipendenze nel sistema di cura statunitense: la situazione attuale e le prospettive future

Presentazione di proposte formative specialistiche multidisciplinari

ore 13.00 Cocktail di chiusura



giovedì 14 ottobre 2010

ore 9.00-11.00

**ottava sessione** - Sessione Parallela A

**COCAINA E STIMOLANTI**

**MITO**

1. La ricerca della prestazione con l'uso delle sostanze stimolanti

**EVIDENZE SCIENTIFICHE**

2. L'uso degli stimolanti e le patologie psichiatriche associate

3. Le evidenze degli interventi cognitivo comportamentali nella dipendenza da stimolanti

**ORGANIZZAZIONE**

4. I Ser.T di fronte alla dipendenza da stimolanti: adattamenti organizzativi

5. Le risposte delle comunità terapeutiche di fronte alla dipendenza da cocaina

ore 9.00-11.00

**nona sessione** - Sessione Parallela B

**NORMA - GIUSTIZIA - CARCERE**

**MITO**

1. L'influenza delle norme e delle sanzioni sui fenomeni di consumo e dipendenza

**EVIDENZE SCIENTIFICHE**

2. I trattamenti efficaci in ambito carcerario

3. Il carcere e il territorio: le indicazioni per il reinserimento

**ORGANIZZAZIONE**

4. I percorsi amministrativi prefettizi e l'organizzazione dei servizi

5. La centralità e la certificazione di tossicodipendenza nel sistema penitenziario

ore 11.15-13.00

**decima sessione** - Sessione Parallela A

**GAMBLING**

**MITO**

1. Giocare con l'azzardo

**EVIDENZE SCIENTIFICHE**

2. La realtà del fenomeno

3. Il gioco responsabile

**ORGANIZZAZIONE**

4. I modelli organizzativi per i servizi

5. I gruppi di auto mutuo aiuto e i rapporti con i Ser.T

ore 11.15-13.00

**undicesima sessione** - Sessione Parallela B

**PATOLOGIE INFETTIVE CORRELATE ALLE DIPENDENZE**

**MITO**

1. Le droghe "sicure" e le patologie dimenticate

**EVIDENZE SCIENTIFICHE**

2. Le patologie correlate all'uso di sostanze: lo studio DAVIS

3. Gli interventi di prevenzione delle patologie correlate: il ruolo dei trattamenti

12

6

7

13

8

9

10

11

14

15

16

**Prosegue l'impegno di FeDerSerD in Ecuador**

Una delegazione di FeDerSerD e del CNCA anche quest'anno si è recata a maggio in Ecuador a supporto di iniziative progettuali nel settore dei consumi e delle dipendenze da sostanze. Per FeDerSerD presenti Guido Faillace, Roberta Balestra e Pietro Fausto D'Egidio. Lucio Babolin e Gigi Nardetto per il CNCA. Insieme al partner ecuadoregno CONFIE, ONG che vanta un network di rilievo nazionale, per una settimana si è lavorato accuratamente alle ipotesi progettuali tratteggiate nel precedente incontro del 2009.

Sostegno alle attività di consolidamento della rete nazionale di coordinamento tra associazioni e approvazione di progetti operativi di prevenzione, educativa territoriale, accoglienza sia nella città di Quito sia in aree decentrate; questi i temi affrontati nell'incontro. Sono state poste le basi per azioni pluriennali che vedranno CNCA e FeDerSerD parte attiva, insieme ad altri soggetti anche istituzionali, in una parte del mondo lontana geograficamente ma sempre più vicina per l'evolversi dei fenomeni di consumo e di dipendenza da sostanze.



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 Ardisson, Giuseppe Barletta, Marcellina Bianco, Claudia Carnino, 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, Gianna Sacchini, Giorgio Serio, Franco Zuini

**Direttivo Nazionale (membri di diritto)**

Alessandro Coacci (past-president)  
Giovanni Villani, Edoardo Cozzolino, Maria Grazia Pieri, Giovanni Gordova, Francesco De Matteis

**Comitato Scientifico Nazionale**

Felice Nava (direttore)  
Gianna Sacchini e Michele Ferdico (vicedirettori)  
Daniele La Barbera, Daniele Piomelli,  
Giorgio Barbarini, Lorenzo Somaini, Vincenzo Caretti

**RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"**

Il versamento della quota associativa, pari a € 50,00 per i laureati e a € 30,00 per i non laureati, si può effettuare tramite:

- versamento sul Conto Corrente Bancario n. 000003417x16 intestato a **FeDerSerD** presso la **Banca Popolare di Sondrio - Agenzia di Carimate - CIN D ABI 05696 CAB 51090**
- versamento diretto ai referenti regionali con rilascio di ricevuta

L'accoglimento dell'istanza di iscrizione a FeDerSerD in qualità di Socio Ordinario avverrà nella prima riunione in calendario del Consiglio Direttivo e ne verrà data comunicazione e conferma con il rilascio e l'invio della Tessera Annuale.

**ANNO 2010 - 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 2010
  - Di rinnovare l'iscrizione in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2010
- a **FeDerSerD - Federazione degli Operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze**

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Si autorizzano FeDerSerD e la Segreteria Expopoint al trattamento dei dati inclusi nella presente scheda

**Versamento quota associativa di**  € 50,00 (laureati)  € 30,00 (non laureati)  
(allegare copia bonifico bancario o ricevuta versamento)

Visto il Segretario Esecutivo Nazionale \_\_\_\_\_  
 Visto per approvazione: Il Presidente \_\_\_\_\_