

Editoriale. Prosegue l'impegno 1

AREA INFERMIERISTICA

Assistenza infermieristica alle persone affette da dipendenza
Ornella Moioli, Monia Boldini, Serafina Ravizza, Pierangelo Spada 7

AREA CLINICA

Indagine sulle prassi di screening, diagnosi e terapia delle malattie infettive nei Ser.D. del Piemonte
A. Gramoni, D. Aguilar Marucco, M. Bellinato, G. Desantis, E. De Vivo, D. Pini, S. Quaglia, E. Bignamini per il gruppo MIND 10

Dipendenza alcolica e comorbidità psichiatrica: un quadro complesso
Estello Massimo Diana 17

Aspetti generali della terapia psicofarmacologica nel trattamento dell'alcolismo
Ezio Manzato, Felice Nava, Cristina Biasin, Giuseppina Cifelli, Gisella Manzato, Sara Rosa, Giovanni D'Agostini 60

SAGGIO

Realtà virtuali o "nuove realtà"? Riflessioni sull'approccio psicoanalitico all'Internet Addiction Disorder
Michele G. Sforza 22

AREA PSICOTERAPEUTICA

Il Gruppo Terapeutico: l'esperienza del Ser.T. di Ponte San Pietro (Bergamo)
Paola Capellini, Federica Lucia Gotti, Marco Riglietta 48

AREA DIAGNOSTICA

La classificazione internazionale del funzionamento (ICF) e le dipendenze: verso un inquadramento "dinamico"
Luciano Pasqualotto, Cecilia Bernardi, Alessio Cazzin, Mauro Cibir, Emanuele Perrelli, Susanna Pisanu 55

LE RUBRICHE

Contaminazioni
Maurizio Fea 3

Ad maiora
Raffaele Lovaste 5

NOTIZIE IN BREVE 71

RECENSIONI 2, 26, 71

FeDerSerD/ORGANIZZAZIONE 72

Mission

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



Prosegue l'impegno

Il V congresso nazionale di FeDerSerD si apre in questi giorni a Roma con un titolo solo apparentemente sorprendente: "La società dipendente".

In realtà vuole essere un richiamo forte, dal punto di vista di una società scientifica, al senso del vivere di tutti noi cittadini, in uno sviluppo della società che presenta caratteristiche anche inquietanti.

Una società complessa, sempre più diseguale, sempre meno giusta, in cui i fenomeni di dipendenza patologica che appaiono sono solo una piccola parte del disagio diffuso in ampi strati della popolazione.

Con questo congresso ancora una volta proponiamo livelli di responsabilità diffusa, dai cittadini, ai professionisti di settore, alle istituzioni, alla politica.

Ci addentriamo, con letture proprie di diversi campi del sapere, in percorsi poco esplorati per il nostro settore di operatività.

Questa è d'altronde una nostra caratteristica: non accontentarci di restare nei "recinti" e muoverci a 360 gradi per cogliere tutto ciò che è utile a capire e poi curare i nostri pazienti, che sono il solo interesse per cui FeDerSerD esiste, insieme alla promozione di un sistema di operatori preparati e consapevoli del loro ruolo.

Questa ostinazione, il non accontentarci del solo fondamentale studio scientifico, il cercare e proporre innovazioni anche organizzative e manageriali, è fonte di tante difficoltà e diffidenze: "gente che non sta al suo posto, che parla anche di sociale e di governance", gente pericolosa insomma.

- **Valutazione clinica e differenze di genere in un campione di soggetti alcol-dipendenti: analisi di indicatori diagnostici e socio-anagrafici**
M.G.L. De Rosa, S. Ardito, S. Bascioni, M. Ciminari, A. Fanolla, E. Guidotti, A. Natalia, N. Orsini, L. Possanzini, A. Raffaelli, K. Rosati, A. Sangiugni, G. Sanza, M. Falcinelli
- **Un colpo al cerchio ed un colpo alla botte. Il ruolo del flumazenil in una disintossicazione da abuso iatrogeno severo di GHB e tolleranza alle benzodiazepine**
Fabio Lugoboni, Marco Faccini, Rebecca Casari
- **Il Gamma idrossibutirrato (GHB) nella ricerca e nella pratica clinica: efficacia e potenzialità d'abuso**
Mauro Cibir, Fabio Caputo, Giovanni Addolorato, Mauro Bernardi

Newsletter "Clinica dell'Alcolismo", Anno IV, n. 14

Mission

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

FrancoAngeli

ANNO XI, 2013 - N. 38

Fe Der Ser D

Proprietà: Fe Der Ser D

Sede legale

Via Giotto 3, 20144 Milano

Comitato di Direzione

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

Direttore scientifico

Alfio Lucchini

Comitato di Redazione

Maurizio Fea, Raffaele Lovaste, Vincenzo Marino, Laura Tidone, Cinzia Assi

Sede operativa e Redazione Mission

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

Direttore responsabile: Stefano Angeli

Progetto grafico: Elena Pellegrini

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

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

Chiuso in redazione il 4 ottobre 2013

Edizione fuori commercio

Tiratura: 6.500 copie

ISSN 2037-4798



Ma permettetemi, chi dovrebbe parlare di sociale, di reti territoriali, se non chi li vive tutti i giorni nelle storie e nelle sofferenze di una parte della società?

Una novità di quest'anno, di questo congresso, è la elezione dei nuovi organismi dirigenti per il prossimo triennio per la prima volta con due liste si sono confrontate su programmi e candidati.

Una bella prova di maturità, non semplice per una società scientifica, almeno attraverso queste ampie modalità che coinvolgono gli iscritti nelle Federazioni regionali. Siamo solo al dodicesimo anno di vita, la Federazione vive un inizio di adolescenza vivace e, come avviene per tanti giovani, qua e là mostra esuberanze di fronte alla novità della competizione.

Sono certo che ne uscirà una Federazione ancor più consapevole degli obiettivi, più attiva, più adulta. Di professionisti che con competenza e responsabilità cercheranno di sostenere e migliorare un settore della sanità e del welfare che deve essere maggiormente considerato nel nostro Paese.

Personalmente concludo con questo evento un ciclo del mio impegno, che mi ha visto in questi dodici anni prima segretario nazionale e negli ultimi otto presidente nazionale.

Ho visto nascere e crescere un progetto unico, grande, emozionante, esaltante in certi momenti. Tra gli operatori, nelle ASL, nelle Regioni, nel Parlamento, al Governo e in Europa la voce della Federazione è nota.

Ho vissuto il valore della autonomia, del confronto, della discussione, della organizzazione. Mai e in nessun luogo ci siamo presentati "con il cappello in mano", non è nel nostro DNA.

Credo sia stato il massimo per un professionista poter coniugare un lavoro scelto e difeso in trent'anni nel Ser.T. e poi nel Dipartimento delle Dipendenze, con l'impegno in una società scientifica in cui la valorizzazione delle evidenze scientifiche si è sempre accompagnata alla lotta per costruire e affermare un sistema di intervento reale ed efficace ed in fondo una società più inclusiva.

Io sono soddisfatto e ora sarò al servizio dello sviluppo di questo progetto.

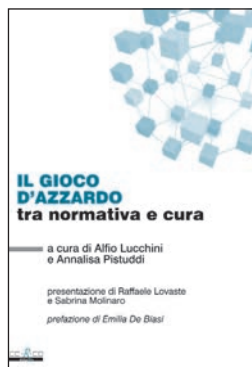
(Alfio Lucchini)

RECENSIONE

Alfio Lucchi e Annalisa Pistuddi (a cura di)

IL GIOCO D'AZZARDO tra normativa e cura

Editore: CeRCo edizioni



Il tema del gioco d'azzardo è al centro degli interessi non solo dei professionisti della salute, ma anche delle istituzioni, dell'economia, dei cittadini e delle famiglie.

Il gioco d'azzardo patologico è un comportamento compulsivo, prodotto di spinte istintuali, di problematiche psicologiche, psichiatriche, relazionali, affettive e di condizionamenti sociali e ambientali. La comprensione di tutti gli elementi che intervengono nel generare la dipendenza rende imprescindibile un'osservazione multifattoriale.

Alla realizzazione del volume hanno collaborato autori di diversa formazione, noti esperti, in un interscambio culturale e scientifico in grado di offrire una visione più completa possibile del gioco d'azzardo patologico, con i saggi di Paola Cicerone, Sabrina Molinaro, Annalisa Pitino, Mercedes Gori, Matteo Iori, Laura Ferrari, Fabio Lucchini, Mauro Croce, Clarisa Acuna Rolfi, Giovanbattista Di Carlo, Adriano Schimmenti, Vincenzo Caretti, Maurizio Fea.

Aspetti storici, evolutivi, normativi, epidemiologici, diagnostici e terapeutici sono ampiamente trattati. Un panorama di interesse per gli esperti in dipendenze patologiche, ma anche per professionisti e cultori di altre discipline e per i cittadini impegnati ad approfondire il tema del gioco d'azzardo nei territori.

Alfio Lucchini, psichiatra, psicologo clinico e psicoterapeuta, docente presso l'Università di Milano Bicocca, dirige il dipartimento delle dipendenze della ASL Milano 2. È presidente nazionale di FeDerSerD.

Annalisa Pistuddi, psicologa psicoterapeuta di formazione psicoanalitica. Docente presso l'Università di Udine, lavora presso il dipartimento delle dipendenze della ASL Milano 2.

Con questo volume inizia l'attività di una nuova casa editrice, promossa dal Centro Studi e Ricerche - Consumi e Dipendenze - CeRCo e curata da un gruppo di professionisti dei Servizi delle Dipendenze.

Contaminazioni

Maurizio Fea

Razionalità, complessità e potere

Il mito della “razionalizzazione” e del “coordinamento” inteso come un vertice onnivagante e onnipotente che controlla tutto è messo in crisi dalla società complessa e dalla globalizzazione. Complesso vuol anche dire che non tutto è conoscibile e controllabile, che ci sono ricchezze e possibilità inedite, e non solo sprechi di risorse e inefficienze.

A questa visione della complessità si oppone il riduzionismo semplificatore che ambisce a, e si propone come strumento per, risolvere al meglio le incertezze della complessità.

Proponiamo in apertura di questa riflessione alcuni estratti da una intervista di Edgar Morin, che sul tema della complessità ha fornito precise ed illuminanti osservazioni.

Razionalità e complessità intervista-lezione di Edgar Morin (rilasciata il 2 aprile del 1991 nella sede della Vivarium a Napoli)

*Uno spirito di coerenza senza limiti produce dei sistemi ammi-
revoli, capaci di spiegare tutto, ma che sono chiusi in sé, e, al
limite, deliranti: è ciò che designerò col nome di “razionalizza-
zione”. La razionalizzazione è la riduzione a un sistema coe-
rente di idee della realtà che si pretende di descrivere. La razi-
onalità è qualcosa di instabile, che ha bisogno di strategie, di cor-
rezioni, di regolazione, di auto-regolazione e, aggiungerei, di
auto-eso-regolazione, nel senso che la razionalità non si può
regolare semplicemente da sé, ma si deve regolare anche in base
al mondo esterno al quale si applica. Altrimenti è razionalizza-
zione. La razionalizzazione innanzi tutto accorda il primato alla
coerenza logica sull’empiria, tenta di dissolvere l’empiria, di
rimuoverla, di respingere ciò che non si conforma alle regole,
cadendo così nel dogmatismo. Del resto è stato notato che c’è
qualcosa di paranoico che è comune ai sistemi di razionalizza-
zione, ai sistemi di idee che spiegano tutto, che sono assolu-
tamente chiusi in sé ed insensibili all’esperienza. Non è un caso
che Freud abbia usato il termine di razionalizzazione per desi-
gnare questa tendenza nevrotica e/o psicotica per cui il sogget-
to si intrappola in un sistema esplicativo chiuso, privo di qual-
siasi rapporto con la realtà, pur se dotato di una logica propria.
In qualche modo la grande differenza tra razionalità e raziona-
lizzazione è che l’una è apertura, l’altra è chiusura, chiusura del
sistema in se stesso. Vi è una fonte comune della razionalità e
della razionalizzazione, cioè la volontà dello spirito di possede-
re una concezione coerente delle cose e del mondo. Ma una
cosa è la razionalità, cioè il dialogo con questo mondo, e altra
cosa è la razionalizzazione, cioè la chiusura rispetto al mondo.
Non si può mai sapere in quale momento avviene il passaggio
da un sistema razionale a un sistema di razionalizzazione. Per-
ché? Perché per un certo tempo disponiamo di un sistema esplicativo,
che sembra essere dimostrato, comprovato dall’esperienza.
Poi sorgono elementi nuovi, nuove acquisizioni, si scoprono*

*fatti che contraddicono la teoria. Allora si può avere un attacca-
mento alla teoria, si può voler rimuovere, dimenticare, occultare
gli elementi della contraddizione e, senza che ci se ne renda
conto, si passa dalla razionalità alla razionalizzazione. Questo
accade spesso nel caso di teorie scientifiche. Razionalità com-
plessa vuol dire che la complessità è dapprima in questa dialo-
gica del logico e dell’empirico, che deve continuare senza
accordare la preminenza a nessuno dei due. La complessità è
nel principio di incertezza e di ambivalenza che troviamo anche
tra razionalità e razionalizzazione. La complessità è nel princi-
pio di apertura, e, direi, di dialogo, perché in fin dei conti il bello
in questa avventura della razionalità è arrivare alle frontiere di
ciò che è razionalizzabile, fino a ciò che non può essere razi-
onalizzato, per tentare di sondare il mistero dell’essere.*

Questo tema non è per nulla neutro, né semplicemente ambito di dispute intellettuali, bensì argomento cruciale per la costruzione di modelli di potere in ogni campo delle relazioni umane che abbiano risvolti organizzativi, economici, sociali, politici. Esattamente per questa finalità solleviamo il tema, che sarà oggetto di ulteriori approfondimenti anche nei prossimi numeri della rivista.

Razionalizzazione, parola magica e panacea di tutti i mali che affliggono la sanità italiana – a questo ambito intendiamo circoscrivere la riflessione – che porta con sé molte conseguenze concrete nell’operare quotidiano, nei sistemi di relazione professionale, nella costruzione di gerarchie, nella affermazione di principi, nella scelta dei riferimenti valoriali, nelle determinazioni delle risorse.

Non entriamo nel merito dei risultati che i processi di razionalizzazione, veri o presunti, hanno prodotto in sanità ed in particolare nel nostro settore, per due ragioni: servirebbe ben altro spazio di approfondimento per non risultare superficiali e perché tali processi il più delle volte non sono stati condotti con il rigore e la coerenza necessari, e quindi difficilmente valutabili.

Ci limitiamo dunque a riflettere, sulla scorta delle coordinate fornite da Edgar Morin, sulle conseguenze che un certo modo di intendere la razionalità ha prodotto sul mondo professionale delle dipendenze nel suo complesso.

Negare il valore o contrastare attivamente l’esistenza di molteplici e differenziati interventi sullo stesso oggetto di lavoro sociale è uno degli atteggiamenti che discende direttamente da una certa idea di razionalità.

Per esempio, in nome di una razionalità scientifica a cui si fa appello selezionando accuratamente le fonti, si pretende di allineare e governare processi di lavoro complessi con strumenti più simili all’arbitrio autoritario che alla visione aperta dei problemi come suggerisce il metodo scientifico.

Metodo scientifico, che come abbiamo già denunciato su questa pagine, viene talora brandito come una clava per ottenere abiu-

re e proporre sanzioni, per riconoscere amici e sodali e discriminare i competitori non graditi.

Questo accade quando la razionalità degenera, ed è corrotta nella sua stessa natura da sfrenate ambizioni e avidità di potere, ma è un rischio connaturato a processi di razionalizzazione che hanno come presupposto la negazione della complessità degli oggetti e delle situazioni sulle quali intervengono.

Derive autoritarie e corruzione vanno infatti spesso di pari passo, per la insufficienza o mancanza di controlli, che potrebbero invece essere presenti ed esercitati più facilmente se si valorizzasse la molteplicità dei punti di vista, dei modi di operare, dei risultati ottenuti, con precisi e rigorosi criteri di valutazione ispirati non solo da un riduzionismo esasperato che fa del tempo e della leva economica i principi guida.

Ma sono davvero economiche queste leve, rispondono davvero alle esigenze della moderna concezione della organizzazione e dei processi di lavoro, producono efficienza in rapporto agli ambiti di applicazione, sono efficaci in relazione agli obiettivi e ai contesti nei quali si vogliono realizzare, sono sufficientemente specifiche e selettive da garantire il radicamento ottimale degli interventi validi nell'ambiente specifico?

Abbiamo bisogno di creatività per contenere i costi, suddividere gli oneri nel modo più equo possibile e dare risposte di salute efficaci al maggior numero di persone, ma anche l'autocrate più intelligente non è in grado di assicurare la creatività necessaria allo sviluppo se non può o non sa riconoscere e governare, promuovendola e stimolandola, la ricchezza che deriva dalla complessità, incerta ed ambigua come la definisce Morin.

Qual è allora il motivo che induce a contrastare ad esempio, progetti e iniziative finalizzati a contenere i danni, migliorare la qualità delle cure, incidere sulle policy del gioco d'azzardo.

Esistono decine di servizi su moltissimi temi sociali e di salute promossi ed organizzati da soggetti socialmente riconosciuti ed autonomi, che rendono servizi utilissimi a tutta la comunità, gratuiti e senza oneri da parte dello stato, e a nessun solerte o interessato funzionario dello stato, è venuto in mente di appropriarsene o di farle chiudere.

Mentre l'U.E. emana direttive allo scopo di incentivare forme di collaborazione e promuovere sinergie tra i diversi portatori di interesse, i cittadini, i ricercatori, le imprese, i governi, cercando di bilanciare obiettivi di salute con le esigenze economiche, seguendo logiche di trasparenza, eticità, responsabilità, nel nostro paese si pretende di esautorare con il solo principio di autorità, i soggetti (ricercatori, clinici, impresa) che hanno efficacemente dato forma e consistenza a progetti di cui è evidente l'efficacia e l'utilità per tutta la comunità.

Forse il fatto di essere tra i primi al mondo ad aver reso disponibile l'innovativa possibilità di cure on line per coloro che per diverse ragioni non intendono ricorrere ai servizi territoriali per problemi di gioco, giustifica dubbi di legittimità e diritto alla titolarità di questo progetto, o l'intenzione di sostituire questa iniziativa con altra più o meno analoga.

Non avremmo scomodato Edgar Morin, se pensassimo che tutto ciò sia frutto solo della finitezza umana con la quale ognuno di noi cerca o dovrebbe cercare di fare onestamente i conti.

Riteniamo che questi spiacevoli fatti, siano uno dei tanti effetti perversi, certamente potenziati dal fattore umano, che il modello della razionalizzazione cieca all'empiria, pago dei suoi discutibili presupposti e impermeabile ad ogni contaminazione culturale, produce.

È un modello obsoleto, logorato da anni di cattiva applicazione con pessimi risultati, che non è in grado di dare le risposte che servono perché non sa e non può attingere alla ricchezza faticosa della complessità.

Serve un cambiamento radicale di prospettiva, uno sguardo moderno che sappia prima riconoscere e poi fare interagire i portatori di saperi, di competenze, di risorse, allo scopo di moltiplicare i punti di vista, condividere idee, arricchire le esperienze, innovare la disciplina.

Da questa strada possono venire il contenimento degli sprechi, l'ottimizzazione delle risorse, il miglioramento della qualità, le innovazioni, la soddisfazione dei professionisti per il proprio lavoro.

Serve meno *ύβρις* e più capacità di collaborazione, meno conflitti di potere e più capacità di agire coinvolgendo e motivando, meno arbitrio e autocrazia e più sinergie controllate e valutate.

Il mito dell'efficienza formale, sapientemente coniugato con l'idea autoritaria delle relazioni (economiche, politiche, sociali, organizzative) ha generato mostri con una sola testa ma molte braccia.

Questo mito è cresciuto e si è alimentato anche grazie all'uso improprio e talora superficiale che si è fatto della complessità come paravento per mascherare incompetenze, inconfessabili interessi di bottega, o più semplicemente come sistema esplicativo capace di liquidare le contraddizioni che paiono irrisolvibili nel dominio della razionalità.

Vogliamo togliere alimento e ragioni di crescita a questo mito aprendo una riflessione ed un confronto innanzitutto tra i professionisti che vivono il proprio impegno anche come responsabilità verso i processi di lavoro ed il sistema di relazioni che ne consegue.

Contestualmente poniamo il tema ai decisori politici, strumenti più o meno consapevoli della crescita di questo mito, per ragionare sulle architetture di potere che permettono al mito di farsi forte, adulto e incarnato.

In entrambi i contesti sappiamo esservi legittime posizioni di dissenso e critica, così come consapevoli appartenenze ad un modello razionalista, efficientista e controllante, ritenuto se non il modo migliore, forse il meno peggio tra quelli disponibili.

Questo ci sembra essere il punto, ovvero l'idea, a nostro parere errata, che introdurre il concetto di complessità sia contrario e conflittuale alla razionalità ed alla efficienza, mentre ci sembra il modo migliore e più efficace per trovare risposte non stereotipe ed usate, alla esigenza indifferibile di contenere i costi, garantire al maggior numero di persone le cure necessarie, salvaguardando diritti e principi che rischiano di essere messi in mora o del tutto disattesi dalle attuali logiche razionalizzanti e controllanti.

Ad maiora

Raffaele Lovaste

Concetti base di organizzazione

Premessa

Qualsiasi organizzazione è espressione del pensiero che sottende la specifica domanda di trattamento, presente nel territorio, a cui si vuole rispondere.

Parlare quindi di una rete di cura e riabilitazione delle dipendenze, in definitiva, significa parlare della cultura (vision) ovvero del sistema conoscitivo conscio ed inconscio di riferimento delle persone che, in qualche modo, hanno un interesse nella organizzazione o che vi agiscono professionalmente (stakeholders).

La cultura dei professionisti che lavorano nei servizi per le tossicodipendenze o nelle comunità terapeutiche, può essere anche molto diversa da quella di altri stakeholder non specificatamente coinvolti nei processi terapeutici o da quella dei decisori politici che, generalmente, si esprime attraverso provvedimenti legislativi. Queste differenze culturali, quando presenti, generano reti assistenziali in perenne conflitto.

Declinare quindi i punti essenziali che, da un punto di vista organizzativo, tutte le strutture di una rete assistenziale dovrebbero necessariamente avere a prescindere dalla specificità che le anima e le caratterizza è quindi un elemento indispensabile nella costruzione di reti efficienti a tutela del paziente.

Concetti di base di organizzazione di una rete assistenziale

Una rete assistenziale di cura e riabilitazione delle dipendenze dovrebbe:

- **Essere centrata sul paziente.** Questo concetto necessita di alcune precisazioni:
 1. una rete di assistenza si rivolge in primo luogo a persone portatrici di un bisogno legato all'uso, abuso, dipendenza da sostanze o a dipendenze comportamentali; persone che, in una buona percentuale di casi non hanno una chiara coscienza della problematica portata per cui è importante che tutti i punti della rete (pubblici e privati) si attrezzino per facilitare una decodifica della domanda del cliente (cliente è colui che sceglie, colui cioè che, in questa fase, deve ancora decidere se affidarsi alla struttura interpellata);
 2. le persone portatrici di bisogni spesso non hanno una sufficiente conoscenza delle risorse che una rete assistenziale può offrire loro, per cui è indispensabile che i punti della rete assistenziale sviluppino un efficiente programma di informazione per consentire ai clienti di colmare questo deficit e fare scelte consapevoli. Utile a questo scopo sono: le carte dei servizi, la precisa definizione e diffusione della

tipologia degli interventi terapeutici erogati da ogni struttura della rete, gli obiettivi terapeutici che si propongono di raggiungere e quali indicatori d'esito saranno ricercati per la valutazione di efficacia;

3. le persone che entrano in un progetto terapeutico, erogato da qualsiasi struttura pubblica e/o privata, sono maggiormente complianti se hanno un ruolo attivo per cui è indispensabile definire e concordare: le regole da rispettare e gli impegni reciproci che entrambi, struttura e paziente, si assumono nella realizzazione del progetto.
- **Essere aperta.** Aperta significa che una persona con bisogni legati all'uso, abuso e dipendenza da sostanze e/o dipendenze comportamentali deve poter entrare nella rete assistenziale da qualsiasi punto ovvero deve avere la possibilità di rivolgersi, in prima battuta, a qualsiasi struttura organizzativa della rete (libero accesso). È importante evitare, nell'organizzazione della rete, qualsiasi percorso obbligato che renda più difficile l'aggancio con la persona. Naturalmente sarà compito dei vari punti della rete, nel rispetto della propria mission, accompagnare la persona richiedente alla struttura organizzativa più idonea a corrispondere alla domanda portata.
 - **Avere dei collegamenti formalizzati di collaborazione fra i vari soggetti.** La formalizzazione dei rapporti di collaborazione impone la chiarezza dei rispettivi ambiti di intervento e la condivisione dei sistemi di controllo previsti per corretta applicazione degli stessi. Un accordo formalizzato può essere sempre rivisto e aggiornato, un accordo verbale (accordi familiari) è soggetto più facilmente ad interpretazioni personali o a stravolgimenti.
 - **Essere trasparente.** Trasparenza significa che ogni punto della rete deve essere in grado di "rendere conto" sul corretto utilizzo delle risorse che le sono state assegnate. Ogni organizzazione dovrebbe pertanto dotarsi di un efficiente sistema di controllo di gestione, validato dalla struttura sovrastante, in grado di fornire dati in tempo reale.
 - **Deve avere risorse sufficienti per realizzare la propria mission.** Significa che tutte le strutture che entrano a far parte della rete devono avere le risorse in termini di "uomini e mezzi" necessarie per erogare, secondo le buone prassi, le prestazioni che le sono state affidate. Il finanziamento di queste strutture potrà essere di vario tipo anche se è auspicabile un finanziamento a budget a fronte di obiettivi specifici dichiarati. È doveroso però che ogni struttura definisca, in sede di contrattazione di budget e/o finanziamento, la tipologia degli interventi terapeutici che è in grado di erogare, la tipologia delle prestazioni elementari che lo compongono ed i criteri di qualità degli stessi che è in grado di garantire. Sulla base di questi dati documentabili e verificabili verrà contrattato il finanziamento necessario, fermo restando la program-

mazione territoriale prevista e l'allocazione delle risorse complessive assegnata alla singola rete assistenziale.

- **Deve avere un centro di governo e/o regia.** Significa che deve essere inserita all'interno di un dipartimento delle dipendenze patologiche.
- **Ogni punto della rete deve ufficializzare il modello organizzativo adottato.** Il punto di partenza è nell'assioma: non è possibile ipotizzare un'organizzazione che, ad un certo livello di complessità e partendo da risorse definite, produca in modo automatico e senza regole chiare servizi in grado di soddisfare determinate aspettative. Se così fosse non esisterebbe il problema organizzativo. La logica è che non è possibile accettare l'improvvisazione, un pensiero deve sempre precedere l'agito e... un pensiero tradotto in un documento scritto è valutabile.

Concetti di base di organizzazione del lavoro in équipe

Il presupposto della costruzione di una équipe terapeutica è che anche le persone più brillanti e di maggior talento, se non fanno un gioco di squadra, possono risultare dannose per l'organizzazione e per i pazienti.

Non è sufficiente riunire professionisti di diverse specialità in un servizio per costruire una équipe terapeutica.

Una squadra si costruisce partendo dalla selezione e successiva formazione dei professionisti utilizzando criteri di qualità predefiniti (job profile) coerenti con il ruolo che sono chiamati a svolgere nell'organizzazione.

Una volta costituito un team ha bisogno di essere rimodellato continuamente in funzione delle disfunzioni che eventualmente il leader riscontra dall'osservazione del lavoro quotidiano.

Le principali disfunzioni evidenziabili in un lavoro di squadra sono:

- l'assenza di fiducia fra membri del team;
- la paura del conflitto;
- la mancanza di impegno;
- la fuga dalle responsabilità;
- la disattenzione ai risultati del team

L'assenza di fiducia fra i membri del team, dove per fiducia si intende la certezza che i membri del team sono mossi da buone intenzioni coerenti con la mission del servizio.

Se non vi sono motivi di diffidenza non c'è bisogno che il singolo nasconda al gruppo i propri problemi o pensieri.

La possibilità di esprimere in maniera serena i propri dubbi o debolezze senza il timore di essere giudicato o di vedere smiunito il proprio ruolo è un requisito essenziale.

La paura del conflitto, dove per conflitto si fa riferimento ad un confronto anche acceso sulle idee, non sulle persone e mai fine a se stesso. Il conflitto è finalizzato all'affermazione di una vision rispetto ad un'altra, al prevalere di una logica interpretativa o d'intervento.

L'assenza del conflitto o lo spasmodico tentativo di evitare qualsiasi tensione porta spesso a temporeggiamenti inopportuni o a rimandare decisioni che andrebbero prese.

La paura del conflitto è generalmente collegata alla mancanza di fiducia reciproca fra membri di una squadra generano e, se non affrontata, produce inevitabilmente una diminuzione dell'impegno.

La mancanza di impegno. Percepire come non proprie le decisioni prese induce i componenti di una squadra a non impegnarsi a fondo per raggiungere obiettivi che non si condividono. La situazione diventa ancora più critica se il tutto rimane "sotto

traccia" e lo scarso impegno viene mascherato ad esempio da carenza di risorse o da impedimenti logistici irrisolvibili.

La fuga dalle responsabilità. Le disfunzioni precedenti, se non corrette, generano spontaneamente nei professionisti del team un pensiero: poiché lavoro in un gruppo di cui non ho piena fiducia, non ho condiviso la vision e, di conseguenza, non mi impegno completamente per la sua realizzazione di certo non sono io il responsabile del suo fallimento.

La disattenzione ai risultati. Ovvero attenzione alla piccola parte del progetto di stretta competenza del singolo e completo disinteresse per risultato finale.

Questa è la naturale conseguenza delle premesse che si sono poste con i primi 4 mattoni.

I membri del team, se ciò accade, non vivranno i risultati dell'équipe e quindi dell'organizzazione, come propri, conducendo entrambi (il team e l'intero servizio) all'inefficienza senza capirne il vero motivo.



Un gruppo di lavoro non nasce spontaneamente ma è il risultato di un processo di attività costruttive e formative chiamato team building.

La costruzione del gruppo è quindi un aspetto preminente della vita di qualsiasi organizzazione e ha lo scopo di ottenere il massimo in termini di performance.

Molti sono gli obiettivi che il team building deve perseguire: far conoscere le persone in modo approfondito; stimolare ed aumentare la collaborazione; costruire e potenziare relazioni interpersonali; creare un clima di fiducia e di stima tra i componenti; sviluppare creatività, ascolto, empatia, motivazione, coesione e integrazione.

Il fine ultimo è sempre essere quello di far sentire i professionisti parte di una vera squadra.

Bibliografia

- Bertani B., Manetti M. (2007), *Psicologia dei gruppi. Teoria, contesti e metodologie d'intervento*, FrancoAngeli.
- Caggiano V., Geria E. (2009), *La formazione per le risorse umane con la Visual Art*, Tangram edizioni scientifiche, Trento.
- Bottallo E., Maraschi E. (2012), *Innovare la formazione aziendale*, edito Consulman.
- Di Nubila R. (2008), *Dal gruppo al gruppo di lavoro*, Pensa MultiMedia.
- Macciocca L.M., Massimo R. (2011), *Leadership e teambuilding di successo. Come si diventa leader di una squadra vincente*, Maggioli.
- Lencioni P. (2007), *La guerra nel team*, Etas.

Assistenza infermieristica alle persone affette da dipendenza

Ornella Moioli*, Monia Boldini*, Serafina Ravizza*, Pierangelo Spada**

Prendendo spunto dalla rubrica di Raffaele Lovaste, pubblicata sul numero 36/2012 di *Mission*, una parte del gruppo infermieristico del Ser.T. dell'ASL di Bergamo, ha raccolto lo stimolo proposto, cercando di contribuire ad innescare l'auspicato circolo virtuoso attivando un sistematico confronto finalizzato al miglioramento dell'organizzazione e della cultura professionale infermieristica.

Tratteremo questo argomento in modo sistematico, guidati dal tentativo di rispondere ad alcuni quesiti, che riteniamo prevalenti nella nostra attività quotidiana.

Chi è la persona che presenta problemi correlati alla dipendenza. Quali sono i suoi bisogni manifesti e inespressi, ma soprattutto in che modo il professionista infermiere può prendersi carico e cura dei suoi bisogni nella relazione di aiuto.

Certamente la persona con problemi di dipendenza non è portatore della patologia ad un organo, non ha disfunzione di personalità psichica non strutturata, non è un disadattato sociale e un vizioso. A tali argomentazioni possiamo trovare diverse risposte, che spaziano dal Dipartimento di Salute Mentale – IV – TR, alle neuroscienze, da pregiudizi personali a giudizi culturali e religiosi.

Secondo un approccio olistico, possiamo affermare che la persona con problemi di dipendenza è una persona portatrice di una situazione complessa, che coinvolge tutta la sua sfera fisica, psichica e sociale.

Ciò si traduce nei molteplici e differenti bisogni che ci riferisce, anche in modo indiretto; dal bisogno di cura del suo uso di sostanze psicoattive, ma non solo, al bisogno di comunicare e di dialogare di condividere emozioni e relazioni non ancora in equilibrio. Possiamo assistere la persona quando nel nostro interagire con lei la ascoltiamo e la osserviamo adeguando il nostro modo di porci e di agire.

Dobbiamo tener conto sia della situazione contestuale che dei bisogni espressi e inespressi.

Dobbiamo essere consapevoli del nostro bagaglio culturale ed esperienziale nell'aggiornamento della conoscenza del fenomeno della dipendenza che è in continua evoluzione e cambiamento.

Quindi non possiamo agire nell'attività assistenziale e non possiamo gestire una situazione articolata e complessa come quella che presenta una persona con tali criticità, se prima non la ascoltiamo e la conosciamo.

Dobbiamo conoscere principalmente:

- stili e consumi che caratterizzano la persona che usa sostanze stupefacenti, abuso di alcol, di cibo, di gioco e di tabacco. La tossicodipendenza è una patologia cronica recidivante con elevata possibilità di ricaduta;
- azioni ed effetti principali delle sostanze psicoattive più usate. Diversi sono il loro modo di agire nell'organismo, tenendo presente che le sostanze psicoattive prodotte nel mercato dell'illegalità possono avere effetti imprevedibili e sconosciuti, dovuti al taglio con sostanze pericolose, peraltro non controllabili e quantificabili.

Altri elementi da considerare sono la differenza:

- tra uso, consumo e abuso di sostanze stupefacenti;
- tra la positività a un test fatto su capello o su campione biologico urinario;
- tra la positività all'eroina, alla cocaina e alla cannabis oppure a benzodiazepine o amfetamine;
- tra la positività a un test tossicologico e "l'essere sotto effetto di sostanze stupefacenti".

Conseguentemente sarà diversa l'assistenza alla persona che si presenta al Servizio con intossicazione acuta, da una persona che si presenta con una dipendenza cronica.

Come è diverso prendersi cura di una persona eroinomane da una persona cocainomane o che abusa di molte di sostanze.

Nel corso della quotidiana attività lavorativa incontriamo persone che fanno uso di eroina come stile di vita, e per questo motivo ci chiedono rispetto.

Incontriamo persone che non riescono a condurre una vita senza far uso di stupefacenti e non riescono ad integrarsi nella società; per tale motivo ci chiedono aiuto nel raggiungere una condizione di vita libera da droghe (drug-free).

Un concetto comune unisce questi stili di vita: tutte le persone ci chiedono, anche attraverso un linguaggio non verbale, il rispetto della loro condizione.

Una riflessione differente è quella legata al mondo della sieropositività.

Quali sono le domande e le richieste più frequenti poste dagli utenti che si recano al nostro Servizio?

Come possiamo muoverci tra i fantasmi e la realtà?

Per cercare di comprendere tale fenomeno, riportiamo alcune domande particolari poste dai nostri utenti.

- Il virus HIV può penetrare attraverso la pelle integra?
- È pericoloso vivere nello stesso ambiente di un sieropositivo o di un malato di AIDS?
- L'infezione da HIV può trasmettersi con il bacio profondo?
- Posso prendere il virus bevendo nello stesso bicchiere del mio amico sieropositivo o mangiando nello stesso piatto di mia madre che è in cura con i farmaci per l'AIDS?
- Posso prendere il virus se scambio il rasoio e lo spazzolino da denti?
- Le zanzare e gli animali domestici possono trasmettere il virus dell'HIV?
- Le lacrime e il sudore sono in grado di trasmettere l'HIV?
- La piscina può essere un tramite per il contagio HIV?
- Un bambino sieropositivo può contagiare un altro bambino? se lo morde? si fa male e se sanguina?
- Quali sono i comportamenti a rischio per HIV e epatiti?
- Cosa significa essere sieropositivo? significa avere l'AIDS? significa avere poca vita davanti a sé?

Come sappiamo, nel linguaggio comune è improprio parlare di sieropositività solo in riferimento al contagio dal virus dell'HIV.

Si è sieropositivi anche quando si contrae il virus dell'epatite.

Le epatiti, in particolare l'HCV, sono responsabili di epatopatie croniche e del carcinoma epatico.

Una persona sieropositiva non porta un contrassegno sulla fronte che riscontra guardandosi allo specchio e che lo fa riconoscere tra le persone a lui vicine.

* Infermiera Ser.T. di Martinengo (BG).

** Direzione delle Professioni Sanitarie e Sociali.

Azienda Sanitaria Locale della provincia di Bergamo.

Un soggetto infetto da virus HIV, HBV e HCV non è identificabile in alcun modo dal suo aspetto esteriore.

Quindi le persone non sono a rischio semplicemente per quello che sono, ma sono alcuni **comportamenti** che pongono le persone a rischio di contrarre infezione HIV e di epatiti. Ecco perché è fondamentale conoscere le condizioni nelle quali ci può essere esposizione al rischio, in modo da proporre corretti comportamenti di educazione sanitaria alle persone che assistiamo nella pratica quotidiana.

È ampiamente documentato il timore degli operatori di contrarre virus nell'attività assistenziale, in particolar modo l'HIV.

Gli effetti di tali paure risultano rilevanti sull'equilibrio dell'infermiere e di conseguenza sulla qualità dell'assistenza erogata.

Spesso da questa paura nascono reazioni emotive prive di ogni fondamento logico, che non aiutano certamente ad accrescere la sicurezza da parte dell'operatore. Impadronirsi di tecniche assistenziali, relazionali e comunicative che permettono di lavorare con tranquillità e sicurezza, rappresenta una buona soluzione a tale criticità.

Concretamente si traduce nell'adozione sistematica delle precauzioni universali applicate nei confronti di tutte le persone, prescindendo dalla conoscenza infettiva specifica reale o potenziale.

La paura non è solo appannaggio della persona che teme il contagio, ma riguarda anche chi ha contratto l'infezione, in quanto si ritrova spesso solo e isolato, oltre che malato.

Tale condizione può manifestare stati d'ansia e depressione.

La persona sieropositiva ha il diritto di cura e di condurre una vita nella scelta della propria condizione.

La persona affetta da dipendenza porta con sé anche un bagaglio socio-culturale, carico di vissuti emotivi.

Solitamente è una persona con vissuti personali più o meno dolorosi e faticosi, che si rispecchiano anche nelle relazioni sociali.

Possono essere persone sole, solitarie, senza tetto e senza fissa dimora, padri o madri con figli, occupati o disoccupati, zii o nonni accompagnati da nipoti, fidanzati o compagni, operatori sanitari o informatici, artigiani, commercianti o imprenditori, ... il panorama è ampio e variegato, come ampio e articolato è l'ambito assistenziale, proprio perché personalizzato.

Quale l'assistenza possibile alle persone affette da dipendenza?

Alcuni esempi tratti dalla realtà...

- Lucia è preoccupata dell'esito dell'esame delle urine perché la madre vuole lasciarla fuori casa. La raccolta del campione urine comporta la redazione di un referto; è un dato oggettivo che coinvolge la storia, il vissuto e le relazioni personali e familiari della persona.
- Cesare non rispetta gli orari dell'ambulatorio e Sergio non assume regolarmente il farmaco. Per quali motivi? Problemi di orario di lavoro? Problemi nell'accedere al Servizio per paura di compromettere la propria immagine sociale?
- In sala d'attesa i genitori di Mauro sono impazienti, il padre passeggia nervosamente, la madre staziona in piedi vicino alla porta d'entrata. Perché? Forse è difficile identificarsi utenti del Servizio?
- La mamma di Mario telefona 3 volte la settimana per chiederci spiegazioni e consigli. Spesso i familiari sono soli nel gestire le criticità patologiche correlate alla dipendenza, spesso è difficile parlarne anche con il medico curante, conseguentemente chiama gli infermieri del Servizio.
- Luciano ha piaghe ulcerate sulle braccia, perché le usa come zona iniettiva. L'infermiere le medica giornalmente e sono in via di guarigione. Luciano però sparisce e non si fa medicare per mesi. Poi torna con estese flebiti. Cosa ci chiede Luciano? Forse di avere uno spazio in cui raccontarsi ed essere medicato nel rispetto della privacy e della sua persona? Come è possibile rischiare di perdere un braccio a 20 anni?

- Anna è gravida e ci telefona spesso chiedendoci consigli e descrivendo le sue condizioni. Ci informa sulla presunta data del parto. Cosa ci chiede veramente? Di andarla a trovare in ospedale e di non abbandonarla? Però, perché solo per lei?
- Giorgio si presenta aggressivo in ambulatorio. Che fare? Chiedere che succede oppure scegliere il silenzio per far da contenitore di tanta rabbia esplosiva e prendere tempo senza dimenticare l'accaduto per parlarne in un momento successivo? Siamo consapevoli di rischiare di fare da "punching ball" in queste situazioni? Ovviamente non esiste una ricetta nell'assistenza di pazienti difficili, arrabbiati e/o sotto effetto di sostanze psicoattive; ogni singola situazione va contestualizzata e analizzata.
- Tiziana è maleducata e provocatoria mentre si effettua il prelievo ematico. Non è da lei, è sempre così quieta. Che succede? Ha forse paura?
- Maurizio gestisce un'azienda eppure è in crisi, si sente un incapace e un fallito. Ha litigato con la compagna e si sente a rischio di ricadere nell'alcol. La sua autostima è pari a zero. Come è possibile individuare e rinforzare con lui ciò che è riuscito a ricostruire a fatica negli ultimi 2 anni?
- Alessia è nervosa e reagisce nervosamente ad ogni domanda necessaria per la compilazione della richiesta dell'esame del capello richiesto dal Tribunale. Ha paura che le tolgano il figlio? Non si fida di noi? Ha qualcosa da nascondere? È una situazione pesante. Come ascoltare tanto dolore senza rischiare di esprimere giudizi di valore e colludere con lei?

Certamente aver acquisito abilità nell'ascoltare e gestire le emozioni in noi operatori, ci agevola nell'ascoltare e accogliere le emozioni anche quando la sofferenza è alta, oggettivando la richiesta e il contesto, e se possibile, dialogando apertamente con la persona assistita.

La domanda di assistenza, anche alla luce degli esempi sopra descritti, è sempre più complessa e comporta altresì risposte articolate e specifiche, che tengano in debita considerazione una costante riflessione critica tra esperienza e nuovo sapere.

È ideale agire all'interno di una équipe multidisciplinare; interagendo sistematicamente le diverse figure professionali sono un valore aggiunto al progetto diagnostico-terapeutico-assistenziale della singola persona che abbiamo in carico.

Il principale obiettivo è quello di attivare tutte le risorse possibili atte a sostenere il raggiungimento di una maggior autonomia della persona, soprattutto dove sussiste svantaggio e fragilità.

La persona affetta da dipendenza è una persona con paura, ansia, disistima, è confusa, fragile, riporta vissuti aggressivi che manifesta anche negli spazi di cura riservati a lui.

A noi professionisti, in stretta collaborazione alla persona assistita, la capacità di individuare i punti di forza e i punti di criticità per favorire la sua crescita o la sua stabilizzazione o almeno evitare che ricada in una condizione peggiorativa.

L'arte della comunicazione e della negoziazione sono capacità che indirizzano in modo significativo la nostra attività infermieristica all'interno dei Ser.T.

Se non utilizzate con appropriatezza possono al contrario causare indifferenza o peggio conflittualità, per tale ragione è importante acquisirne dimestichezza e padronanza.

Per molto tempo, in ambito assistenziale, la competenza relazionale è stata considerata solo cortesia e approccio educato al paziente.

Conoscere ed utilizzare correttamente i diversi strumenti e i metodi di approccio alla relazione, aiuta ad sperimentare una ulteriore competenza nel counselling infermieristico, che non perde di vista l'obiettivo di "aiutare il paziente ad aiutarsi".

Il counselling infermieristico è stile, modalità, approccio, cultu-

ra, conoscenza ed educazione sanitaria che supporta anche la valenza educativa.

Infatti nell'attività assistenziale quotidiana dell'infermiere è insito l'aspetto educativo.

Un esempio è rappresentato dalle persone che chiedono e agiscono la richiesta del "tutto e subito", come stile di vita quotidiano.

A noi il compito, dove possibile, di introdurre schemi di relazioni diversi.

Quindi, ad esempio, davanti alla richiesta di terapia fuori-orario o dell'esecuzione di un esame clinico non concordato cerchiamo di contestualizzare la richiesta, trattando e negoziando gli accordi assunti, tenendo presente le possibili eccezioni.

Quindi dietro la risposta di un "sì" o di un "no" si raccoglie l'analisi di bisogni espressi e inespressi nella fase di accoglienza, decisioni e affermazioni a volte complesse e per nulla semplici sul piano relazionale e comportamentale.

Si può affermare che l'infermiere interagisce con un atteggiamento attivo fatto di:

- **Ascolto.** Non è semplice né automatico, è necessario concentrarsi, non si può presupporre di sapere già ciò che la persona vuole esprimere.

Se non si sa cosa dire, è meglio non parlare, nemmeno con la mimica del viso e del corpo.

Riconosciamo che tutte le manifestazioni rappresentano un messaggio e che dobbiamo saper "cogliere il bisogno nella routine assistenziale quotidiana".

Tutto questo si declina nella capacità di cogliere nella relazione, anche se rapida e sporadica, il bisogno inespresso, a volte conflittuale e sfuggente che la persona esprime durante il semplice prelievo del cappello, presentandosi con la visiera calata sugli occhi, oppure portando gli occhiali da sole in una giornata grigia e piovosa o ancora attraverso un silenzio ostentato o un atteggiamento schivo o loquace e agitato o maleducato e provocatorio.

L'esperienza ci insegna che a volte è meglio gestire queste situazioni prendendo tempo senza però dimenticare l'accaduto, dialogando su quanto è successo in un successivo incontro, magari ravvicinato.

C'è tempo, se lo vogliamo davvero, per rivedere, riprendere e accogliere, mostrando interesse per la persona.

- **Interesse.** Lasciare libertà di espressione e dimostrare attenzione con domande aperte.

Alcuni indicatori di collaborazione come esempi di buona compliance sono:

1. la disponibilità a proporre suggerimenti e consigli ai pazienti. I consigli devono essere chiari e semplici e possono riguardare, per esempio, la preparazione e l'utilizzo di sostanze psicoattive, rispettando il principio della sterilità e dell'attenzione allo scambio;
2. il miglioramento della cura di sé e della propria salute, scegliendo di sottoporsi a controlli periodici per HIV, HBV e HCV;
3. la collaborazione attiva con il servizio di cura, presentandosi agli appuntamenti di verifica clinica periodica.

- **Empatia.** Significa entrare in relazione con la persona e comprendere il mondo soggettivo dell'altro.

Empatia non è amicizia, la distinzione dei ruoli nel nostro lavoro è importante.

Il prendersi cura e gestire il bisogno della persona che assistiamo, comporta una stretta vicinanza tra infermiere e persona, spesso un ingresso nella sfera intima di quest'ultima. Le difficoltà nascono quando ci troviamo di fronte a possibili atteggiamenti seduttivi e manipolatori, che fanno parte del comportamento di alcune per-

sone tossicodipendenti. In questi casi è possibile gestire la situazione cercando di andare oltre lo schema mentale che racchiude ed etichetta il nostro paziente come manipolatore, cercando di contestualizzare la situazione, gestendo il bisogno presente.

Un esempio può essere rappresentato dalla scelta di andare a trovare un paziente in ospedale, in carcere o a casa, perché in quel momento esprime un particolare bisogno di esser accudito e rassicurato, nonostante l'atteggiamento manipolatorio che ha manifestato più volte nel passato.

Uno dei maggiori ostacoli nel nostro lavoro è quello di considerare il paziente affetto da dipendenza incapace di cambiare; questo ci porta a mettere in atto una serie di interventi generici con erogazione di prestazioni che non tengono in considerazione il vissuto personale raggiunto in quel momento dalla persona.

Un altro ostacolo è quello di ritenere i pazienti delle persone difficili e aggressive.

Senza negare la reale presenza di persone difficili e complesse, si vogliono puntualizzare alcuni elementi che possono aiutarci nel gestire le relazioni difficili e in particolar modo le relazioni conflittuali, legate più a contesti e a situazioni che a persone.

Il conflitto si instaura per mancanza di relazione? è innescato dalla incompetenza dell'operatore? rappresenta un'occasione di scontro per il paziente aggressivo per indole?

Paradossalmente il conflitto può essere considerato anche una risorsa, una occasione di incontro e di confronto potenzialmente costruttivo, il prodotto naturale della diversità e la necessità di affermazione della propria identità; in sostanza il conflitto può essere un processo di crescita.

Il conflitto è parte del gioco di relazione fra persone, e come ogni gioco ha le sue regole. Le regole che mettiamo in campo sono dei tentativi di creare uno spazio sgravato il più possibile da sentimenti, ansie, emozioni e bisogni personali.

Le regole possono essere tante o poche, divieti esasperati o permissive eccezioni, procedure costruttive o raccomandazioni inutili.

L'importante è scegliere, condividere e verificare tutto quanto detto all'interno del proprio gruppo di lavoro, sia essa una équipe monodisciplinare o multiprofessionale, attraverso i momenti di consegna giornaliera e/o di briefing settimanale.

Bibliografia

- Meier S.T., Davis S.R. (1998), *Guida al Counselling in 40 regole fondamentali. Cosa fare e non fare per costruire un buon rapporto d'aiuto*, FrancoAngeli, Milano.
- Cipolla C., Artioli G. (2003), *La professionalità del care infermieristico. Risultati della prima indagine nazionale*, FrancoAngeli, Milano.
- Artioli G., Montanari R., Saffiotti A. (2002), "Lo sviluppo di strategie relazionali nell'assistenza infermieristica", *Nursing Oggi*, VII, n. 3, lug.-set.: 36-39.
- Baldini E., Moroni F., Rotondi M. (1995), *Nuovi alfabeti. Linguaggi e percorsi per ripensare la formazione*, FrancoAngeli, Milano.
- Cepollaro G. (2001), *Competenze e formazione. Organizzazione, lavoro, apprendimento*, Guerini e Associati, Milano.
- Crafen R., Hirnle C. (1998), *Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- Di Fabio A. (1999), *Counselling. Dalla teoria all'applicazione*, Giunti, Firenze.
- Goleman D. (2001), *Lavorare con intelligenza emotiva. Come inventare un nuovo rapporto con il lavoro*, Biblioteca Universale Rizzoli, Milano.
- Tannini L. (2001), *Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sanitari*, FrancoAngeli, Milano.
- Miller W., Rollnick S. (2004), *Il Colloquio Motivazionale*, Erickson.
- Rossella D. (2005), *Le regole del Gioco. Manuale per educare al senso delle regole*, Edizioni la Meridiana.

Indagine sulle prassi di screening, diagnosi e terapia delle malattie infettive nei Ser.D. del Piemonte

A. Gramoni¹, D. Aguilar Marucco², M. Bellinato³⁻⁴, G. Desantis⁵, E. De Vivo³, D. Pini⁵, S. Quaglia⁵, E. Bignamini³ per il gruppo MIND*

SUMMARY

■ **Objectives:** to get a realistic and updated picture of the clinical practices of Service for Addiction Treatment (Ser.T.) about screening, diagnosis and follow-up of drug-related infectious diseases.

Methods: a 15-questions questionnaire was sent to all Ser.T. of Piemonte and Valle d'Aosta. The answers were collected and analyzed as shown.

Results: approximately 60% of contacted Ser.T. participated to the study. A consistent inhomogeneity was observed among different Departments concerning the following items: routine serological markers, timing of screening, modalities of blood sampling, anti-HBV immunization protocols, referring to specialist services, recording and storage of data.

Conclusions: preserving local characteristics of each Ser.T., it should be achieved a higher level of homogeneity among regional Ser.T. about the clinical practices of screening, diagnosis and monitoring of infectious diseases in addicted patients. The role of Ser.T. and of infectious disease specialists operating in these services could be enhanced in order to deliver a better assistance to this kind of patients. ■

Keywords: infectious diseases screening, blood sampling, anti-HBV immunization, serological data.

Parole chiave: screening infettivologico, prelievo ematico, vaccinazione anti-HBV, dati sierologici.

Introduzione

Tra le manifestazioni patologiche correlate al consumo di sostanze d'abuso e ai comportamenti a rischio ad esso associati, le malattie infettive costituiscono un importante capitolo sia in considerazione della loro potenziale gravità clinica e della conseguente ricaduta in termini di sanità pubblica, sia relativamente all'attuazione di misure di prevenzione primaria e secondaria. Tra le infezioni più frequentemente riscontrate nei pazienti tossicodipendenti vanno ricordate le endocarditi, le osteomieliti, le infezioni dei tessuti molli, le infezioni epatiche virali, l'infezione da HIV, le Infezioni Sessualmente Trasmissibili e la tubercolosi (1-2).

Per questo motivo l'acquisizione di alcune conoscenze specialistiche in ambito infettivologico da parte del personale medico e infermieristico operante nei SerD risulta indispensabile per una gestione più appropriata del paziente tossicodipendente in

ambito ambulatoriale, pur sempre nella necessità di un'efficace collaborazione tra i Servizi di cura territoriali ed i reparti specialistici ospedalieri.

I dati piemontesi pubblicati annualmente dall'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze indicano che lo screening e il monitoraggio per le principali patologie infettive a trasmissione parenterale (HIV, HBV ed HCV) vengono effettuati nell'utenza in carico mediamente in percentuali non superiori al 50% (3).

Negli ultimi anni sono stati fatti alcuni tentativi di implementare il numero di screening complessivi, sia fornendo linee di indirizzo su questa tematica (4), sia sensibilizzando i servizi sull'importanza che i dati infettivologici ricoprono come indice di conoscenza della salute dell'utenza seguita.

Si osserva che esiste una complessiva eterogeneità dei protocolli di screening eseguiti nei diversi SerD, che non consente di avere un panorama completo ed esaustivo della situazione infettivologica complessiva.

Anche le modalità di raccolta e di rappresentazione dei dati regionali finora utilizzate non hanno consentito di ottenere report epidemiologici di facile interpretazione impedendo quindi una corretta e completa analisi epidemiologica delle patologie infettive più diffuse tra i pazienti tossicodipendenti.

Almeno per la Regione Piemonte, una raccolta più puntuale dei dati relativi ai markers infettivologici mediante l'applicativo web SPIDI (Sistema Piemontese Informatizzazione Dipendenze) potrebbe consentire, nel prossimo futuro, di avere un panorama più preciso e aggiornato sulla situazione (5).

¹ S.C. Ser.D. Pinerolo Asl TO3.

² S.C. Ser.D. Torino Asl TO1.

³ S.C. Ser.D. Torino Asl TO2.

⁴ Ser.D. Moncalieri Asl TO5.

⁵ S.C. Ser.D. Orbassano/Giaveno Asl TO3.

* M.I.N.D (Malattie Infettive e Dipendenze) - gruppo tematico FeDer-SerD Piemonte Valle d'Aosta.

Nell'ambito della FeDerSerD Piemonte - Valle d'Aosta, il gruppo tematico M.IN.D (Malattie Infettive e Dipendenze), composto da medici specialisti in infettivologia e nello stesso tempo operanti presso i Ser.D., ha promosso nel corso del 2012 un'indagine conoscitiva coinvolgendo i Ser.D. piemontesi, volta a definire un panorama aggiornato delle principali prassi inerenti lo screening, la diagnosi e il monitoraggio delle patologie infettive associate alla tossicodipendenza attuate nella pratica ambulatoriale.

Metodi

L'indagine è stata condotta con l'invio per posta elettronica ai SerD piemontesi di una lettera di presentazione del progetto e di invito alla partecipazione, che prevedeva la compilazione di un questionario.

Il questionario, composto da 15 domande, è riportato nella Figura 1.

Alcune domande erano volte a meglio conoscere gli aspetti organizzativi dei vari servizi, come le competenze specialistiche del personale medico operante o la presenza di protocolli già in essere relativi alle procedure di screening e di vaccinazione anti-HBV, altre erano finalizzate a verificare la presenza di una eventuale collaborazione con un reparto ospedaliero di riferimento, ed altre ancora vertevano sulla modalità di rilevazione dei dati sierologici dei pazienti in carico.

Le risposte ricevute dai SerD piemontesi che hanno aderito all'iniziativa, hanno permesso di effettuare una descrizione rappresentativa ed aggiornata della realtà regionale, e di evidenziarne le criticità.

Figura 1

FederSerD – gruppo MIND Questionario sulle prassi infettivologiche nei SerD del Piemonte	FederSerD – gruppo MIND Questionario sulle prassi infettivologiche nei SerD del Piemonte
INDAGINE SULLE PRASSI DI SCREENING, DIAGNOSI E TERAPIA DELLE MALATTIE INFETTIVE NEI SER.D. DEL PIEMONTE	
DATI SUL SERVIZIO	
1) SerD di: _____	
2) Appartenente alla Struttura Complessa: _____	
3) Numero di ambulatori appartenenti alla stessa Struttura Complessa: _____	
DATI SUL COMPILATORE	
1) Cognome e Nome: _____	
2) Qualifica: _____	
3) Recapito presso il SerD per eventuali chiarimenti: _____	
QUESTIONARIO	
1) Nel vostro servizio viene eseguito lo screening infettivologico? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> no, si prescrivono gli esami solo su richiesta del paziente <input type="checkbox"/> sì, ma solo nella fase di presa in carico, senza un monitoraggio successivo <input type="checkbox"/> sì, solo sui pazienti tossicodipendenti <input type="checkbox"/> sì, sui pazienti tossicodipendenti ed alcolodipendenti <input type="checkbox"/> altro: _____ 	4) Modalità del prelievo ematico: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> viene eseguito in sede (presso il SerD) con accesso libero <input type="checkbox"/> viene eseguito in sede (presso il SerD) con prenotazione <input type="checkbox"/> il paziente viene inviato ad un Centro Prelievi <input type="checkbox"/> il paziente viene accompagnato ad un Centro Prelievi <input type="checkbox"/> altro: _____
2) Nel vostro servizio sono già esistenti ed operative linee di indirizzo relative allo screening infettivologico? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no 	5) Nel vostro servizio è presente un medico specialista infettivologo? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
3) Quali test vengono prescritti? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anti-HIV <input type="checkbox"/> HbsAg, anti-HBc, anti-HBs <input type="checkbox"/> Anti HCV 	6) Chi prescrive gli esami sierologici di screening e/o di monitoraggio? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> un medico dedicato (<input type="checkbox"/> infettivologo <input type="checkbox"/> non infettivologo) <input type="checkbox"/> ogni medico prescrive gli esami ai propri pazienti <input type="checkbox"/> altro: _____
	7) Chi effettua la restituzione degli esiti dello screening infettivologico? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> un medico dedicato (<input type="checkbox"/> infettivologo <input type="checkbox"/> non infettivologo) <input type="checkbox"/> ogni medico restituisce gli esami ai propri pazienti <input type="checkbox"/> altro: _____
	8) In caso di positività agli anticorpi anti-HCV: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> si effettua in sede il test di secondo livello (HCV-RNA e genotipo) <input type="checkbox"/> si invia il paziente in consulenza specialistica <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> infettivologica <input type="checkbox"/> gastroenterologica <input type="checkbox"/> indifferentemente <input type="checkbox"/> altro: _____
	9) Invio al Centro Specialistico di Riferimento: in caso di positività agli anticorpi anti-

HCV:

 esiste un Ambulatorio/Specialista specifico cui inviare i pazienti:

Quale/Chi? _____

 il paziente viene inviato oppure il paziente viene accompagnato su appuntamento oppure senza appuntamento

10) In caso di positività per HBsAg+:

 si effettua in sede il test di secondo livello (HBeAg, Anti HBe, HBV DNA) si invia il paziente in consulenza specialistica infettivologica gastroenterologica indifferentemente altro: _____

11) In caso di negatività per Anti-HBs ed Anti-HBc, si effettua la vaccinazione

anti- epatite B:

 di routine, da parte degli operatori sanitari del SerD tramite invio a centri specializzati (ospedale/servizio di Igiene) tramite invio al medico di base del paziente altro: _____

12) Invio al Centro Specialistico di Riferimento: in caso di positività agli anticorpi anti-

HIV:

 esiste un Ambulatorio/Specialista specifico cui inviare i pazienti:

Quale/Chi? _____

 il paziente viene inviato oppure il paziente viene accompagnato su appuntamento oppure senza appuntamento

13) Il centro specialistico di Riferimento appartiene :

 alla stessa ASL ad altra ASL o ASO

Risultati

Hanno aderito all'iniziativa e restituito il questionario compilato 41 centri (il 60% di tutti i SerD invitati alla partecipazione).

In particolare 8 di Torino città, 13 della provincia di Torino, 20 complessivamente delle province di Alessandria, Asti, Cuneo e Novara.

L'analisi dei questionari mette in risalto alcuni aspetti di diversità nell'approccio alle problematiche infettivologiche fra i vari Ambulatori.

Dal punto di vista organizzativo si osserva che la maggior parte dei Ser.D. non dispone di un medico specialista in Malattie Infettive (27; 65,8%) e che nella quasi totalità di essi (39; 95,1%) ogni medico è responsabile della prescrizione degli esami di screening per i propri pazienti, così come della restituzione dei referti.

Nella totalità dei Servizi viene offerta a tutti gli utenti la possibilità di effettuare uno screening infettivologico che in numerosi SerD (32; 78,1%) è previsto all'interno di uno specifico protocollo, mentre nei restanti non esiste un approccio sistematizzato alla diagnosi di queste importanti patologie correlate all'utilizzo di droghe.

Pressoché tutti i Ser.D. eseguono i controlli sierologici per epatite B e C ed HIV, ma quasi la metà di essi (20; 48,8%) non ricer-

14) All'interno del SerD c'è un operatore sanitario (medico o infermiere) che si occupa di monitorare ed archiviare i dati sierologici dei pazienti?

 no sì, un infermiere è incaricato di conservare i dati di tutti i pazienti del SerD sì, un medico è incaricato di conservare i dati di tutti i pazienti del SerD sì, un medico infettivologo è incaricato di conservare i dati di tutti i pazienti del SerD

15) Esiste un archivio completo e aggiornato della situazione sierologia di tutti i pazienti in carico al servizio?

 sì, su supporto cartaceo sì, su supporto informatico no

Altri dettagli o procedure specifiche possono essere riportate qui sotto:

GRAZIE PER LA COLLABORAZIONE

cano attivamente altre infezioni prevalenti come la sifilide e l'epatite A (Figura 2).

Riguardo alla modalità di esecuzione del prelievo ematico, nella maggior parte dei servizi esso viene eseguito presso il SerD, ma in un numero comunque cospicuo di casi (7; 17,1%) il paziente viene inviato presso altri servizi sanitari (Figura 3).

Relativamente alla vaccinazione anti-HBV, si osserva che viene eseguita in sede solo in 19 casi su 41 (46,3%), ma è comunque raccomandata tramite invio degli utenti presso altre strutture specializzate (ospedale o Servizio di Igiene).

Riguardo alle potenzialità diagnostiche, si osserva che numerosi Ser.D. possono richiedere, quando indicato, approfondimenti diagnostici di secondo livello (Figure 4 e 5).

Nel caso di positività all'anti-HCV, ad esempio, 22 Servizi (53,6%) richiedono l'HCV-RNA ed il genotipo HCV prima di procedere all'invio del paziente in consulenza infettivologica o gastroenterologica.

Riguardo alle modalità di invio in consulenza, nella maggior parte dei casi il paziente viene inviato al centro di riferimento senza che venga previsto un accompagnamento da parte di un operatore. In circa tre quarti dei casi però (31; 75,6%) gli opera-

Figura 2

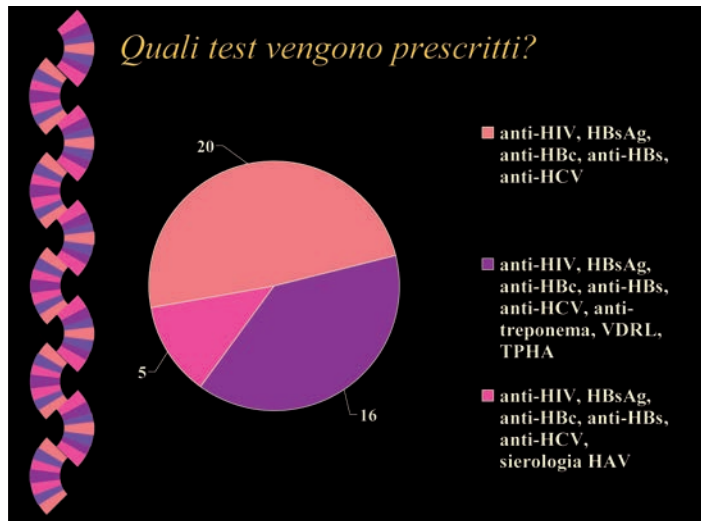


Figura 3

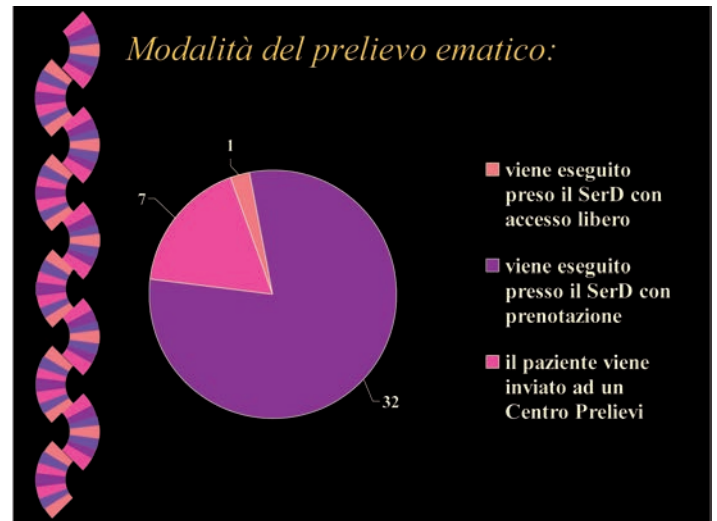


Figura 4

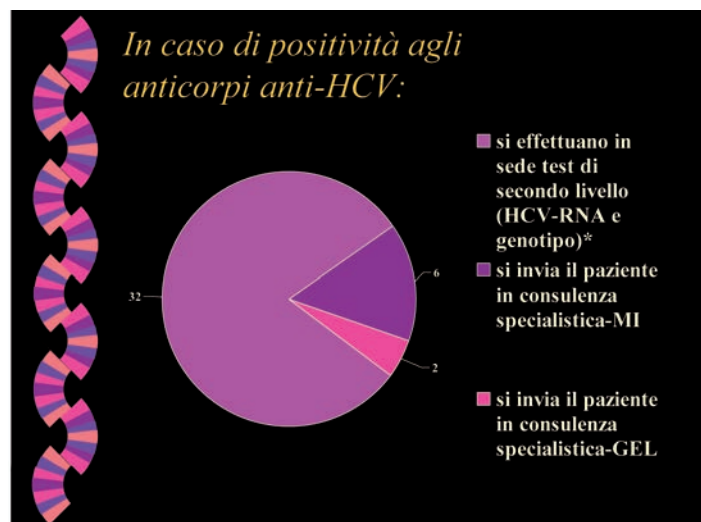
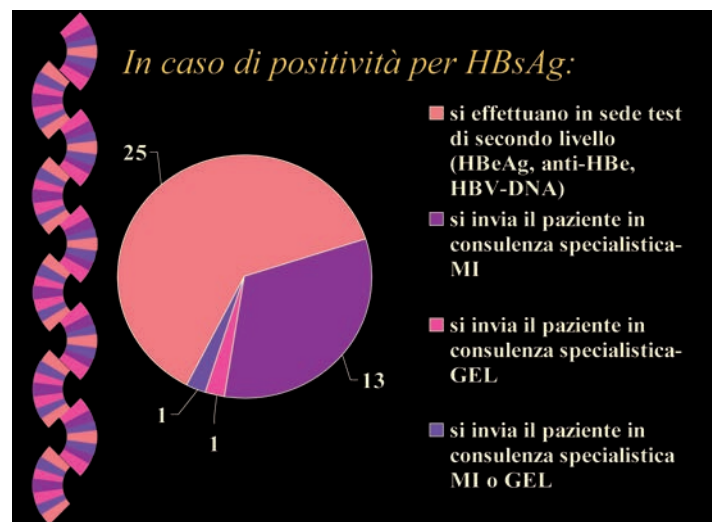


Figura 5



tori del Ser.D. si occupano di prendere un appuntamento per il paziente presso il centro specialistico (Figura 6). Per quanto riguarda la raccolta dei dati sierologici, nel 26,8% dei Ser.D., non esiste un sistema di registrazione interna dei dati

ed in ulteriori 8 casi i dati vengono registrati solo su un supporto cartaceo (Figura 7). Altrettanto frequentemente (11; 26,8%) non vi è alcun operatore sanitario referente per la registrazione ed aggiornamento dei

Figura 6

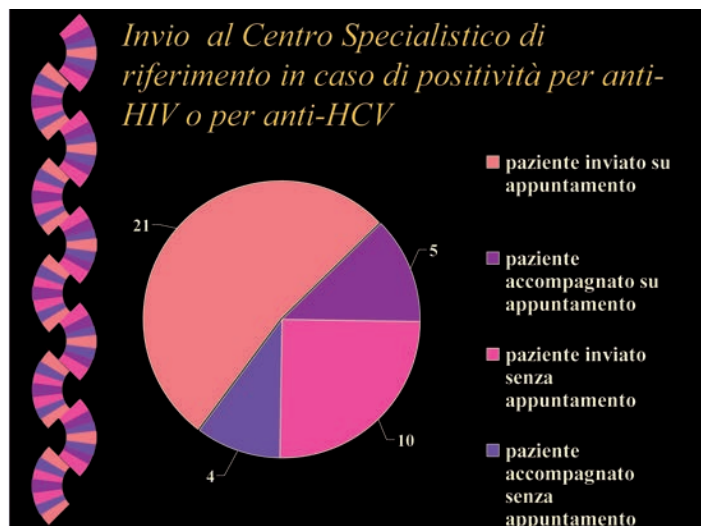
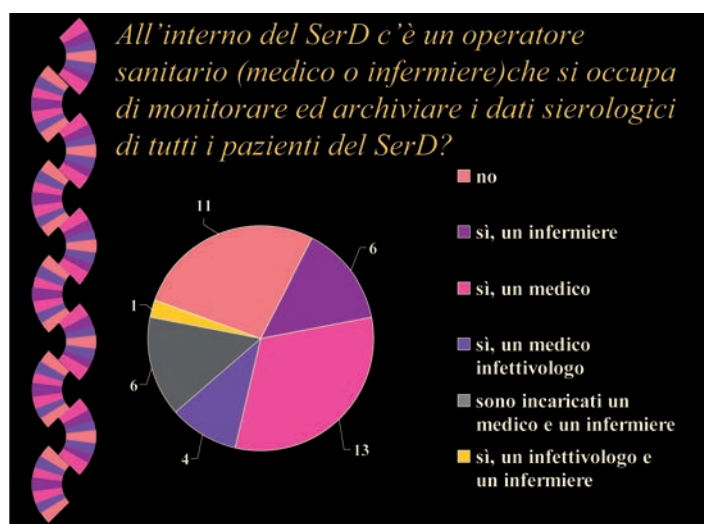


Figura 7



Figura 8



dati sierologici di tutti i pazienti in carico presso il proprio Servizio (Figura 8).

Quando presente, è in genere rappresentato da un medico o da un infermiere.

Discussione

Stanti i limiti di questo studio, che vuole essere un'indagine conoscitiva della realtà piemontese con finalità descrittive e che pertanto è stato condotto con una metodologia poco potente quale il questionario, è possibile discutere alcuni dei risultati ottenuti.

Gli esami di screening

In primo luogo, emerge una disomogeneità fra i vari SerD intervistati rispetto agli esami per lo screening infettivologico.

Se i markers sierologici delle infezioni da HIV, HCV ed HBV sono ricercati in maniera sistematica e diffusa, non del tutto condivisa è la necessità di screenare i pazienti per alcune infezioni sessualmente trasmissibili, quali ad esempio la sifilide e l'epatite A (Figura 2).

A nostro avviso queste due entità nosologiche sono comunque meritevoli di attenzione: la sifilide perché si presenta con maggiore frequenza nella popolazione tossicodipendente rispetto a quella generale (6), l'epatite A perché l'episodio epatitico acuto potrebbe aggravare il decorso di un'epatite cronica virale (HCV o HBV-correlata) e/o esotossica pre-esistente (7-8).

Inoltre la presenza di un panel di markers sierologici uniforme a livello regionale consentirebbe un'analisi epidemiologica più esaustiva e dettagliata della popolazione in carico ai SerD. piemontesi.

A differenza di alcuni Autori (9), che su queste pagine hanno espresso dei caveat rispetto all'opportunità di uno screening per l'HCV esteso a tutti gli utenti afferenti ai SerD. che abbiano utilizzato droghe per via endovenosa, noi sosteniamo l'importanza di proporre il test HCV a tutti per i seguenti motivi: ogni paziente deve essere correttamente informato rispetto al suo stato di salute anche se non può o non vuole, nell'immediato, sostenere terapie specifiche; la consapevolezza di essere portatore di un

problema di salute potrebbe fornirgli motivazioni per affrontare con più risolutezza le sue problematiche droga-correlate; potrebbe inoltre adottare misure di prevenzione rispetto alla diffusione del virus ai partners sessuali o attraverso paraphernalia; il riscontro di un'eventuale positività costituisce un riferimento temporale che potrà essere successivamente utile per la valutazione e la gestione clinica; l'eventuale positività stimolerà un adeguato counselling rispetto ad altri fattori epatotossici come l'assunzione di alcol e indicherà la necessità delle vaccinazioni per HBV e HAV (8) se non già effettuate e di un monitoraggio clinico-laboratoristico per la prevenzione o la diagnosi precoce delle complicanze (cirrosi, epatocarcinoma); un'eventuale negatività del test suggerirà invece l'opportunità di ripeterlo con una frequenza almeno annuale per effettuare con minor tempo di latenza una eventuale diagnosi di sier conversione e di epatite C acuta, consentendo anche un approccio terapeutico più immediato e verosimilmente più efficace (10-12).

Rispetto alla percentuale di pazienti screenati, i dati piemontesi (3) non si discostano significativamente da quelli nazionali; in Italia, nel 2011 i pazienti in carico non testati per l'HIV sono stati il 69,5%, per l'epatite B il 78,9% per l'epatite C il 83,4% (1,13), a fronte di una significativa prevalenza di queste patologie nella popolazione tossicodipendente (8,3% per l'HIV, 33,4% per HBV, 61% per HCV) (14-16), con tassi più elevati rispetto alla popolazione generale.

Le cause della scarsa percentuale di pazienti sottoposti a screening possono dipendere da fattori legati al paziente, all'operatore sanitario, o all'organizzazione dei servizi.

Come mostrato nella Figura 3, in alcuni SerD non è possibile effettuare in sede il prelievo ematico, e pertanto i pazienti vengono inviati presso altri centri sanitari.

A nostro avviso l'esecuzione del prelievo ematico presso l'ambulatorio SerD. potrebbe consentire una maggiore compliance del paziente e un minor rischio di perdere la tracciabilità dei risultati dei test infettivologici.

I test a risposta rapida per HIV ed HCV che nel prossimo futuro saranno disponibili nella pratica clinica potrebbero costituire uno strumento complementare per aumentare il grado di conoscenza dello stato sierologico dei pazienti in carico.

Le indagini diagnostiche di secondo livello

Di rilievo rimane inoltre l'interrogativo su quali siano le competenze dei SerD. nell'ambito degli approfondimenti diagnostici di secondo livello; mentre nel caso di positività per anti-HIV tutti i SerD. inviano i pazienti al centro di riferimento infettivologico, nel caso di positività per anti-HCV o per HBsAg, i comportamenti sono meno uniformi (Figura 4 e 5).

È lecito richiedere senza alcuna consulenza specialistica esami quali l'HCV-RNA quali-quantitativo ed il genotipo HCV?

In primo luogo riteniamo positivo il fatto che nella maggior parte dei SerD. coinvolti in questa indagine esista la possibilità concreta di richiedere questi esami ma, a nostro avviso, anche in considerazione dei costi rilevanti di queste indagini, è necessario valutare con attenzione l'opportunità della loro esecuzione, che deve essere finalizzata alla definizione della migliore scelta terapeutica.

In altri termini, gli esami di secondo livello dovrebbero essere limitati solo a quei pazienti che, una volta stabilizzati sotto il profilo tossicologico, siano nella condizione psicologica, fisica e sociale di comprendere l'utilità di una terapia antivirale e di aderirvi in modo adeguato.

Un discorso analogo può essere fatto per l'epatite B. Infatti, le indagini di approfondimento di II livello (come l'HBV-DNA, la genotipizzazione, l'antigene delta) richiedono una lettura esperta e sono in genere finalizzate a meglio definire le modalità e le tempistiche della terapia farmacologica antivirale, che è di esclusiva competenza dei centri specialistici infettivologici o gastroenterologici.

In merito alle indagini diagnostiche di secondo livello, riteniamo in conclusione che qualsivoglia scelta gestionale non possa prescindere dalle competenze degli operatori, dall'organizzazione interna, dalle risorse specialistiche presenti sul territorio e dagli eventuali accordi di collaborazione (17) che con esse siano stati avviati al fine di ridurre al minimo la dispersione dei pazienti che – per le loro caratteristiche personalologiche – faticano a seguire prenotazioni, liste d'attesa, prelievi ematici difficoltosi, referti non immediatamente disponibili, appuntamenti, eccetera.

La vaccinazione anti-HBV

Per quanto riguarda la vaccinazione anti-HBV, riteniamo che l'impatto in termini di sanità pubblica sia tale da giustificare gli investimenti necessari per poter fornire ai pazienti tossicodipendenti non già immunizzati la possibilità di vaccinarsi presso il proprio Ser.D.

Questo porterebbe ad una maggior compliance al protocollo vaccinale, ad un aumento del numero di cicli vaccinali completati, oltre ad un più stretto monitoraggio del titolo anticorpale anti-HBs (18-19).

La raccolta dei dati

Una conoscenza più approfondita dei dati infettivologici relativi ai pazienti costituisce pertanto un elemento imprescindibile non solo per motivazioni cliniche, ma per poter meglio intraprendere iniziative di prevenzione primaria come la vaccinazione anti-HBV, che senza dubbio devono essere inserite nelle competenze di un Ser.D.

Dalla nostra indagine risulta che a fronte di una buona prassi di screening manca a livello locale un'adeguata organizzazione per la raccolta dei dati sierologici (Figure 7 e 8) in quanto più del 25% dei Ser.D. intervistati non dispone del personale dedicato alla registrazione dei dati in un archivio di tipo cartaceo o informatico.

La possibilità di poter utilizzare il sistema informatizzato di recente introduzione in tutti i Ser.D. del Piemonte (Sistema Piemontese Informatizzazione Dipendenze) potrebbe consentire di ottenere nel prossimo futuro report epidemiologici maggiormente fruibili anche in termini di programmazione strategica (5).

Alcuni aspetti organizzativi

Da un punto di vista organizzativo, è da valutare l'ipotesi che laddove sia presente un medico infettivologo, questi possa essere delegato alla prescrizione degli esami di screening sierologico, in modo da uniformare il comportamento prescrittivo, organizzare il pre- ed il post-counselling, canalizzare la collaborazione con il reparto specialistico ospedaliero di riferimento e facilitare la registrazione e l'archiviazione dei dati.

Laddove non vi sia la disponibilità di questo Specialista tra gli

operatori del Ser.D. si può comunque valutare la possibilità di delegare ad un singolo medico la gestione degli aspetti infettivologici, compatibilmente con la salvaguardia della relazione terapeutica che ogni medico stabilisce con i propri pazienti.

Un altro fattore che può incidere sulla gestione delle problematiche infettivologiche dei pazienti in carico presso i Ser.D. dal punto di vista organizzativo è la collocazione geografica dell'Ambulatorio, nel territorio cittadino piuttosto che periferico, all'interno piuttosto che nei pressi oppure distante dalla struttura ospedaliera.

Da ciò può dipendere la maggiore o minore utilità di proporre il prelievo ematico in sede, oppure di accompagnare il paziente alla visita specialistica (Figura 6), strumenti volti a garantire il completamento degli approfondimenti diagnostici necessari ad una corretta gestione del paziente con problematiche infettivologiche.

Conclusioni

Considerando che le linee di indirizzo generali dettate dalle attuali conoscenze scientifiche e promosse a livello nazionale e regionale debbano essere ovviamente declinate secondo le diverse realtà locali, promuoviamo l'idea che presso i Ser.D. debba essere possibile offrire una ampia gamma di test diagnostici di primo livello, utili ad aumentare la precocità della diagnosi delle patologie infettive.

Ma la diagnosi costituisce solo uno fra i possibili obiettivi dei Ser.D., che possono giocare un ruolo fondamentale nell'accompagnare il paziente nella fase di approfondimento diagnostico, e successivamente lungo percorsi terapeutici che – nel caso delle infezioni da HIV, HCV ed HBV – sono quasi sempre lunghi, penalizzanti dal punto di vista fisico e psicologico, e richiedono un alto livello di aderenza.

Ringraziamenti e contatti

Si ringraziano gli operatori dei Ser.D. che hanno partecipato all'indagine rispondendo al questionario: *Arnaudo Isabella e Ielasi Marina (DIP. PATOLOGIA DIPENDENZE TO1 OVEST); Bordoni Cinzia, Bargellini Marco, Gatti Ruggero, Gallo Francesco e Calogero Gianfranco (DIP. PATOLOGIA DIPENDENZE TO1 EST); Scarpinato Antonina e Finotti Elena (DIP. PATOLOGIA DIPENDENZE ASL TO3); Gaia Silvana (DIP. PATOLOGIA DIPENDENZE ASL AL); Pasetto Nicoletta e Vallino Alessandra (DIP. PATOLOGIA DIPENDENZE ASL TO4); Ruschena Maurizio (DIP. PATOLOGIA DIPENDENZE ASL AT); Ferrero Nadia, Conterno Ivana e Arnaudo Alberto (DIP. PATOLOGIA DIPENDENZE ASL CN1); Borredon Alberto, Barbero Alessandro, Giuliano Livio, Rossi M. Enrica e Gioria Daniele (DIP. PATOLOGIA DIPENDENZE ASL NO)*

È ancora possibile inviare il proprio contributo, o richiedere ulteriori informazioni contattando gramoni@hotmail.com o deveni@libero.it

Bibliografia

1. Uso di sostanze stupefacenti e patologie infettive correlate. Dipartimento Politiche Antidroga. Ottobre 2012. "Epidemiologia dell'infezione da HIV, HBV e HCV": 13-28.
2. Integrated Prevention Services for HIV Infection, Viral Hepatitis, Sexually Transmitted Diseases, and Tuberculosis for Persons Who Use Drugs Illicitly: Summary Guidance from CDC and the U.S.

- Department of Health and Human Services. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) November 9, 2012 / 61(rr05): 1-40.
3. Fatti e cifre sulle dipendenze da sostanze e comportamenti in Piemonte. Bollettino 2011. Assessorato tutela della salute e sanità. Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze ASL TO3: 27-29.
 4. Screening e diagnosi precoce delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti. Dipartimento Politiche Antidroga. Gennaio 2011: 2-71.
 5. www.ruparpiemonte.it/cms/servizi-rupar/servizio/256-spidi-sistema-piemontese-informatizzazione-dipendenze.html.
 6. Kanno M.B., Zenilman J. (2002), "Sexually transmitted diseases in injection drug users", *Infect Dis Clinic North Am*, 16(3): 771-80.
 7. Bertino G., Arditi A.M., Bruno M.C., Valenti M., Lerna D., Boemi P.M., Interlandi D., Urso G., Fisichella A., Pulvirenti D., Neri S. (2007), "HAV infection in patients with chronic hepatitis", *C.Clin Ter*, May-Jun, 158(3): 223-5.
 8. Tenner C.T., Herzog K., Chaudhari S., Bini E.J., Weinshel E.H. (2012), "Knowledge, attitudes and barriers regarding vaccination against hepatitis A and B in patients with chronic hepatitis C virus infection: a survey of family medicine and internal medicine physicians in the United States", *Int J Clin Pract*, Oct, 66(10): 1009-13.
 9. Fasoli M., Cinquegrana A. (2012), "Valutazione dei comportamenti prescrittivi per lo screening delle malattie a trasmissione parenterale in un Dipartimento Dipendenze", *Mission*, 34.
 10. De Rosa F.G., Mollaretti O., Audagnotto S., De Blasi T., Cariti G., Aguilar Marucco D.M., Bonora S., Di Perri G. (2009), "Efficacy of early pegylated interferon alpha-2b monotherapy for acute hepatitis C in HIV-infected patients", *Clin Infect Dis*, Jun 1, 48(11): 1636-7.
 11. De Rosa F.G., Bargiacchi O., Audagnotto S., Garazzino S., Cariti G., Calleri G., Lesioba O., Belloro S., Raiteri R., Di Perri G. (2007), "Twelve-week treatment of acute hepatitis C virus with pegylated interferon- alpha -2b in injection drug users", *Clin Infect Dis*, Sep 1, 45(5): 583-8.
 12. Calleri G., Cariti G., Gaiottino F., De Rosa F.G., Bargiacchi O., Audagnotto S., Quaglia S., De Blasi T., Romano P., Traverso A., Leo G., Carbone R., Del Mastro B., Tinelli M., Caramello P., Di Perri G. (2007), "A short course of pegylated interferon-alpha in acute HCV hepatitis", *J Viral Hepat*, Feb, 14(2): 116-21.
 13. Relazione annuale al Parlamento sull'uso delle sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia, 2012. Dipartimento Politiche Antidroga. Luglio 2012. "Implicazioni e conseguenze per la salute": 14-18.
 14. Camoni L. *et al.* (2009), "Prevalence and correlates of infection with human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, and hepatitis C virus among drug users in Italy: a cross-sectional study", *Scand J Infect Dis*, 41(6-7): 520-3.
 15. Camoni L. *et al.* (2010), "Continued high prevalence of HIV, HBV and HCV among injecting and noninjecting drug users in Italy", *Ann Ist Super Sanità*, 46(1): 59-65.
 16. Nelson P., Mathers B., Cowie B., Hagan H., Des Jarlais D., Horyniak D., Degenhardt L. (2011), "The epidemiology of viral hepatitis among people who inject drugs: Results of global systematic reviews", *Lancet*, August 13; 378(9791): 571-583.
 17. Suardi L., Ferrara C., Ghezzi N., Cibir M., Marin R., Marin G. (2006), "Trattamento del tossicodipendente con epatite cronica da virus C: descrizione di un modello di gestione integrata fra il medico specialista del Ser.T. (tossicologo) e l'epatologo ospedaliero", *Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo*, XXIX-3-4: 7-13.
 18. Hwang L.Y., Grimes C.Z., Tran T.Q., Clark A., Xia R., Lai D., Troisi C., Williams M. (2010), "Accelerated Hepatitis B Vaccine Schedule among Drug Users – A Randomized Controlled Trial", *Infect Dis*, Nov 15, 202(10): 1500-1509.
 19. Tran T.Q., Grimes C.Z., Lai D., Troisi C.L., Hwang L.Y. (2012), "Effect of Age and Frequency of Injections on Immune Response to Hepatitis B Vaccination in Drug Users", *Vaccine*, Jan 5, 30(2): 342-349.

Dipendenza alcolica e comorbidità psichiatrica: un quadro complesso

Estello Massimo Diana*

SUMMARY

■ *Acamprosate, or N-acetyl homotaurine, is an N-methyl-D-aspartate receptor modulator approved by the Food and Drug Administration (FDA) as a pharmacological treatment for alcohol dependence. The exact mechanism of action of acamprosate is still under investigation, but the drug appears to work by promoting a balance between the excitatory and inhibitory neurotransmitters, glutamate and gamma-aminobutyric acid, respectively, and it may help individuals with alcohol dependence by reducing withdrawal-associated distress. Acamprosate has an excellent tolerability and safety profile.*

Male, 50 years old. The patient reaches the center advice of the psychologist. He complains a pre-existing "panic disorder" and now also a problem of depression. The psychiatric examination enables you to highlight, as well as the "panic disorder" and a "major depressive disorder" is also a strong "alcohol dependence." ■

Keywords: *alcohol dependence, panic disorder, major depressive disorder, acamprosate.*

Parole chiave: *dipendenza alcolica, disturbo di panico, disturbo depressivo maggiore, acamprosato.*

Descrizione del caso

Paziente di 50 anni, di sesso maschile.

È arrivato all'attenzione del medico psichiatra su invio di una psicologa-psicoterapeuta.

Mai giunto all'attenzione di uno specialista ha chiesto aiuto perché da qualche tempo a un preesistente "disturbo di panico", si sarebbe aggiunta una depressione.

La visita psichiatrica ha consentito di evidenziare, oltre il "disturbo di panico" e un "disturbo depressivo maggiore", anche una forte "dipendenza da bevande alcoliche".

È stato preso in carico psicofarmacologico contemporaneamente per tutti i suoi disturbi e incoraggiato, dopo il raggiungimento di una buona stabilizzazione psico-fisica, a proseguire il trattamento psicoterapeutico a orientamento bionomico già iniziato.

Anamnesi

Anamnesi familiare: il padre, vivente, 73 anni, lavora ancora col figlio nell'attività commerciale di famiglia.

Il padre avrebbe sofferto per tanto tempo di un disturbo depressivo non ben precisato.

Il paziente ha riferito la sensazione che il padre, in passato, abbia almeno una volta tentato il suicidio, ma lui era bambino.

In quel periodo lui venne accolto dai nonni materni per qualche mese e quando ritornò in famiglia era presente anche la nonna materna perché la mamma non stava tanto bene.

Madre, 72 anni, affetta da cardiopatia ipertensiva in trattamento, ipotiroidismo in trattamento sostitutivo e da un disturbo d'ansia, presumibilmente un disturbo d'ansia sociale per il quale sarebbe stata sempre seguita da psichiatri, con scarsa compliance ai trattamenti farmacologici.

Da anni assume solo benzodiazepine prescritte dal medico di famiglia, con tendenza all'abuso per controllare l'ansia e indurre il sonno notturno arrivando ad assumere giornalmente in media 8-10 mg di lorazepam. Fratello di 46 anni cardiopatico.

Sorella di 44 anni che avrebbe sofferto in passato di "disturbo di panico" risolto dopo trattamenti psicofarmacologici e un lungo trattamento psicoterapeutico a orientamento cognitivo-comportamentale.

Non informazioni di presenza di patologia psichiatrica o d'abuso negli altri parenti (nonni, zii e cugini).

Anamnesi fisiologica: nato a termine da parto eutocico, sviluppo psico-fisico presumibilmente nella norma.

Alvo e diuresi regolari.

Ha conseguito il diploma di scuola media superiore e frequentato per alcuni anni un corso di laurea, con discreto successo, che è stato interrotto in quanto l'attività commerciale familiare aveva necessità dell'apporto di tutti i familiari.

Ha quindi sempre lavorato come commerciante.

È coniugato, dall'età di 25 anni, con una donna che attualmente ha 45 anni, dalla quale ha avuto 3 figli rispettivamente di 22, 19 e 13 anni.

Modico fumatore soltanto nel periodo dai 17 ai 19 anni, ha interrotto perché praticava sport (calcio).

Anamnesi alcolologica e tossicologica: ha iniziato a bere all'età di 20 anni, prima occasionalmente, poi è arrivato a bere, negli ultimi tempi, grandi quantità di bevande alcoliche (1 litro e mezzo di vino nei 2 pasti, aperitivi, amari, caffè corretti).

A suo dire questo non ha creato "grossi problemi" anche se da anni "non c'è giorno che non beva".

Ha negato l'uso, anche occasionale, di cannabis, cocaina, oppiacei o altre sostanze d'abuso.

Anamnesi patologica remota: comuni esantemi dell'infanzia.

Frattura, all'età di 18 anni, della tibia destra durante una partita di calcio, trattata con apparecchio gessato.

Comparsa delle prime crisi d'ansia intorno all'età di 16 anni, accentuatesi durante la preparazione dell'esame di maturità.

Successivamente comparsa di veri e propri attacchi di panico in occasione dell'inizio della storia con Roberta (la moglie).

* Direttore S.C. Ser.D. 2 via Liguria, ASL Cagliari.

Successivamente gli attacchi di panico sono cessati per ricomparire nell'imminenza della nascita del primo figlio.

In quel periodo ha iniziato anche ad abusare di bevande alcoliche traendone un certo beneficio.

Anamnesi patologica prossima: comparsa, da circa 6 mesi, di una sintomatologia caratterizzata da umore triste, sensazione di inutilità, perdita di interesse sia per il lavoro sia per tutto ciò che precedentemente gli dava piacere.

Mancanza di entusiasmo, ha scarso appetito e negli ultimi 4 mesi ha perso 5 kg di peso.

Da circa tre mesi sarebbero comparsi attacchi di panico che riuscirebbe a controllare assumendo in maniera irregolare lorazepam arrivando, a volte, ad assumerne complessivamente 7,5-10 mg.

È consapevole che la sua abitudine al bere è aumentata traducendosi in una vera e propria dipendenza e in una sorta di automedicazione di alcuni dei suoi disturbi.

In particolare ha aumentato l'assunzione di bevande alcoliche (superalcolici) per placare l'ansia quando deve esporsi a situazioni sociali; inoltre utilizza e bevande alcoliche, spesso insieme alle benzodiazepine, per "medicare" l'attacco di panico.

Attuale bevitore di circa 2 litri di vino al giorno, qualche birra, 2-3 aperitivi, l'amaro a fine pasto, non disdegnando superalcolici quando riesce a sottrarsi al controllo della moglie.

Insomnia iniziale affrontata con un induttore del sonno prescrittogli dal medico di famiglia; presente comunque sempre risveglio anticipato e stanchezza.

Difficoltà di concentrazione e insicurezza in quasi tutti gli aspetti della sua vita.

Esami clinici e strumentali

Il medico di medicina generale ha provveduto a fargli eseguire tutta una serie di esami che hanno consentito di evidenziare un fegato lievemente ingrossato e steatosico e, dal punto di vista ematochimico un lieve aumento degli indici di funzionalità epatica e un MCV pari a 102,5 fL.

Esame obiettivo: le condizioni generali sono discrete.

L'esame obiettivo ha permesso di evidenziare un minimo ingrossamento del fegato, senza dolorabilità.

Null'altro da segnalare dal punto di vista fisico.

All'esame psichiatrico il paziente è stato collaborante, vigile, ma rallentato nell'eloquio, presumibilmente a causa dell'eccesso di ansiolitici assunti; orientato nel tempo e nello spazio ha presentato un'espressione atteggiata a tristezza, gestualità controllata ridotta.

Non sono stati rilevati disturbi formali del pensiero e delle sensopercezioni.

Sono stati verbalizzati pensieri tristi senza sconfinamento in deliri di rovina.

Non sono stati evidenziati spunti auto o etero- aggressivi anche se ha riferito che nei mesi scorsi ha pensato che "morire gli avrebbe risolto tutti i problemi".

Decorso clinico e gestione terapeutica

Il paziente è risultato affetto da:

1. disturbo depressivo maggiore;
2. disturbo di panico, in parziale remissione farmacologica;
3. abuso di benzodiazepine;
4. dipendenza alcolica.

I disturbi, tutti in Asse I secondo i criteri del DSM-IV, sono risultati abbastanza gravi e cronicizzati.

Disturbo depressivo con caratteristiche di un disturbo recidivante.

La dipendenza alcolica si è instaurata gradualmente con una modalità tipo automedicazione. I disturbi sono sembrati tra loro concatenati.

Il paziente ha riferito anche una familiarità per disturbi dell'umore non sottovalutabile. Il paziente è stato seguito da un punto di vista psicoterapeutico e, per quanto riguarda il suo rapporto con le bevande alcoliche, ha fatto un buon percorso "motivazionale" ed è risultato pronto a "passare all'azione".

Si è deciso, concordandolo con il paziente e con la moglie presente alle visite, un intervento farmacologico che consenta di affrontare contemporaneamente tutti i disturbi. Si è prescritta una terapia con paroxetina 10 mg/die; alprazolam 4 mg/die; acamprosato 666 mg tid; acido valproico 300 mg/die, lorazepam cp 1 mg al bisogno con la raccomandazione di non superare i 3 mg al giorno.

È stata fatta una generica raccomandazione di ridurre progressivamente l'assunzione di bevande alcoliche.

Follow-up

Al controllo, dopo una settimana, il paziente ha riferito di non aver avuto attacchi di panico, un minore desiderio di assumere bevande alcoliche, meno risvegli precoci e soprattutto un leggero miglioramento del tono dell'umore peraltro obiettivamente.

Riduzione della compulsione per l'assunzione di lorazepam; ha riferito un'assunzione di 1 cp solo nei primi giorni di trattamento.

Si è aumentato il dosaggio di paroxetina a 20 mg/die e si è consigliato di interrompere l'assunzione di lorazepam; per il resto la terapia è rimasta invariata con prosecuzione di psicoterapia a cadenza settimanale.

Dopo altre due settimane il paziente si è presentato alla visita in netto miglioramento per quanto riguarda l'umore e ha riferito di non avere ansia; ha riportato inoltre di aver completamente sospeso l'assunzione di bevande alcoliche.

Buona produzione di sonno notturno e, soprattutto, assenza completa di craving per bevande alcoliche. Rimodulazione della terapia, con aumento a 30 mg/die di paroxetina e programmazione di una graduale riduzione dell'ansiolitico.

Oggi, dopo circa 12 mesi, il paziente pratica una terapia di mantenimento e prosegue la psicoterapia.

Assume paroxetina 20 mg/die e continua ad assumere acamprosato, per altri 3 mesi.

Non ha più avuto attacchi di panico, l'asse timico si è normalizzato, è riuscito a sospendere completamente l'assunzione di benzodiazepine, non ha più assunto bevande alcoliche per le quali, peraltro, non ha manifestato più alcun craving, grazie all'assunzione di acamprosato.

I parametri ematochimici si sono normalizzati.

Discussione

Abbiamo analizzato il caso di un paziente con un quadro iniziale di comorbidità senz'altro molto complesso dove è stato difficile capire quali fossero i disturbi primari, quali quelli indotti e con un'anamnesi familiare importante: il padre con disturbo depressivo e un tentato suicidio; la madre con disturbo d'ansia e una sindrome d'abuso da benzodiazepine. In questo paziente sembra che la dipendenza alcolica, così come quella da abuso di benzodiazepine, si sia sviluppata come forma di automedicazione.

Nel momento della presa in carico, di particolare aiuto nel decidere il trattamento psicofarmacologico sono state alcune considerazioni: il paziente era ben sostenuto dalla moglie, seguito dal medico di medicina generale, con un percorso motivazionale già avanzato e una presa in carico psicoterapeutica.

Per queste ragioni si è optato per una terapia con un antidepressivo non molto "disinibente" ed efficace nel trattamento del "disturbo di panico", utilizzando in fase iniziale le benzodiazepine sia come sintomatici per prevenire gli attacchi di panico sia per ridurre o prevenire eventuale sintomatologia astinenziale.

Per la riduzione dell'abitudine al bere utilizzando acamprosato sono stati ottenuti risultati molto soddisfacenti.

L'efficacia della terapia con acamprosato in pazienti alcol-dipendenti con disturbi d'ansia è stata valutata in diversi studi e i risultati ottenuti confermano miglioramenti dei livelli di ansia e del sonno.

Anche sintomi subsindromici d'ansia e la storia clinica di una grave psicopatologia possono avere effetti negativi sull'esito del trattamento per l'alcoldipendenza.

Acamprosato si è dimostrato efficace, indipendentemente dai suoi effetti anti-craving, nel ridurre tali effetti negativi, compensando quindi le maggiori difficoltà che si incontrano nel curare pazienti alcol-dipendenti con sintomi d'ansia o antecedenti psichiatrici.

Realtà virtuali o “nuove realtà”? Riflessioni sull’approccio psicoanalitico all’Internet Addiction Disorder

Michele G. Sforza*

πάντα ρεῖ ὡς ποταμός (*Pánta rhêi hÿs potamós*), la realtà è in continuo mutamento. Tutto scorre come un fiume, niente è lo stesso anche solo un attimo dopo.

È questo che fa dire ad Eraclito, 2.500 anni fa, che è impossibile bagnarsi nella stessa acqua di un fiume.

Ogni punto della corrente appare immutabile, ma, in realtà, è composto da acqua sempre diversa per via del suo scorrere.

Sono concetti che la nostra ragione considera perfettamente accettabili, ma che ancora ci lasciano disorientati nel loro significato più profondo, che va ben al di là della ragione e si ancora al nostro sentire e al nostro modo di essere.

Questo continuo sfuggire della realtà e il caos del mondo in cui siamo immersi, senza neppure sapere perché, sono per l’essere umano fonte di incertezza e di angoscia esistenziale a causa dell’imprevedibilità e del pericolo che ne consegue.

Dare un minimo di senso a questo caos esterno è diventato per gli esseri viventi un imperativo fondamentale che ha portato, lungo il percorso evolutivo, alla formazione di strutture specializzate a raccogliere e ad elaborare dati per ottimizzare le possibilità di sopravvivenza.

Maggiore è la quantità e la qualità dei dati raccolti, maggiore è la capacità di elaborare previsioni.

Sapere, sia pure con approssimazione statistica, che cosa ci aspetta ci consente di attivare strategie che possono salvarci la vita.

Nell’essere umano questa funzione si è concretizzata in un organo specializzato, il cervello, grazie alla cui attività si sono sviluppati quei sistemi interpretativi che danno senso e continuità al nostro essere.

La prospettiva, infatti, cambia radicalmente se possiamo pensare che, anche se tutto passa, se tutto cambia, noi restiamo sostanzialmente gli stessi, pur a distanza di anni o in luoghi diversi.

Certo, non proprio gli stessi ma, almeno, come suggerisce S. Edelman, “parenti” di quei noi stessi di qualche tempo prima.

Il nostro cervello, nascondendoci i cambiamenti sottostanti e raggruppandoli in immagini stabili, ci mostra “pietosamente” un fiume costante e relativamente prevedibile, risparmiandoci così vertigini ininterpretabili e fornendoci strumenti cognitivi per non annegare nel più vasto fiume del nostro esistere.

L’effetto alla fine è efficace, ma non è certo “per misericordia” che il nostro cervello compie queste (e molte altre) operazioni, quanto piuttosto per necessità vitale.

Il suo percorso evolutivo è giustificato infatti dal compito di assicurare all’organismo (e alla specie) di cui fa parte una capacità

interpretativa e previsionale di ciò che succede “là fuori”, ai fini di migliorare le possibilità di sopravvivenza e di riproduzione.

I meccanismi evolutivi che vediamo operare negli ambiti di tante e diverse realtà (dal biologico al culturale, dalla cellula al linguaggio) hanno convinto tutti (o quasi tutti) della grande realtà dell’evoluzione come meccanismo adattivo che tutto fa cambiare e che porta a sempre nuove forme e a nuove funzioni.

Essendo immersi nello scorrere dell’esistente, non sempre è facile accettare questo concetto se non quando lo pensiamo in azione in tempi enormemente lunghi.

Tempi che ci trascendono e che ci vedono solo come spettatori, come bambini affascinati dalle meraviglie di un museo della scienza.

Le classiche immagini che raffigurano l’essere umano che esce dall’acqua e che da ominide si erge progressivamente fino ad assumere le attuali sembianze, ci stupiscono e, al contempo, ci tranquillizzano.

“In fondo”, ci diciamo, “questi cambiamenti non riguardano me ora, riguardano la mia specie e gli individui che sono stati prima di me e che saranno dopo di me, mooolto dopo di me!”.

Ci sentiamo invece meno tranquilli quando constatiamo che l’evoluzione non riguarda solo gli oggetti osservabili e tangibili, i fenotipi della realtà che definiamo “esterna”. Vediamo infatti, e ultimamente sempre in maggior misura per via della rapidità con cui avvengono certi cambiamenti, che le funzioni dei fenotipi cambiano in modo evidente sotto i nostri occhi, creando nuove realtà che ci appaiono addirittura come nuovi fenotipi.

Tutto questo ha un che di inquietante, come se ci trovassimo nella zona di un terremoto dove l’ambiente circostante cambia e “ci” cambia.

Per dare un senso a questi nuovi scenari e a questi nuovi oggetti con cui è inevitabile doversi rapportare, cerchiamo continuamente nuove definizioni che fanno capo a vecchie e note esperienze, e diamo a queste nuove entità il nome di “giochi”, “curiosità tecnologiche”, o, usando un termine di insieme, quello di “realtà virtuale” (RV).

Realtà virtuale, vale a dire non una realtà “vera”, percepibile cioè dai nostri sensi e indipendente da noi, ma una realtà prodotta da noi, controllata da noi, frutto, insomma, della nostra abilità di *homo faber*.

Eppure spesso ci scontriamo con il fatto che questa realtà che non possiamo toccare, ma che non per questo è meno concreta di quella “reale” a cui la paragoniamo, entri prepotentemente nelle nostre vite modificandole negli aspetti più minuti e quotidiani su cui poggiano le certezze dei nostri riferimenti esistenziali.

Sappiamo peraltro che poter toccare le cose non è l’unico modo per definire se un oggetto sia reale oppure no.

Nessuno ha mai carezzato un neutrino o un bosone di Higgs, eppure queste “immateriali” realtà hanno sempre costituito la

* *Psichiatra, psicoterapeuta, psicoanalista SPI e IPA.*

Direttore reparto “Abuso e dipendenza da sostanze alcoliche, gioco d’azzardo patologico, tabagismo” Casa di Cura Le Betulle, Appiano Gentile (Como).

materia stessa di cui siamo composti, senza che noi ne fossimo coscienti.

Col tempo e con le tecnologie, ne abbiamo poi ipotizzato l'esistenza e siamo riusciti ad avvicinarci alla loro dimostrabilità, dotandoci di strumenti in grado di percepirne e misurarne l'esistenza.

Ed ancora, chi può negare le conseguenze che alcune realtà immateriali, fatte di concetti e ideologie, hanno avuto sull'essere umano e sulle società in cui viviamo?

La comparsa del linguaggio, forse la più grande delle rivoluzioni che hanno coinvolto l'essere umano, ha cambiato radicalmente la vita e le prospettive non solo di una specie ma di tutta la realtà in cui questa specie vive.

Eppure il linguaggio non è un oggetto tangibile, anche se sappiamo bene quanto il suo effetto possa essere "concreto" quando diventa veicolo di comunicazione.

E pur non essendo composta da materiale tangibile, abbiamo sotto nostri occhi quanto questo strumento sia capace di evolversi per adattare i suoi "memi"¹ (R. Dawkins 2009) e i suoi fonemi in un continuo processo di mutazione.

A questo punto il termine di realtà diventa un po' angusto, soprattutto se applicato ai continui e veloci cambiamenti cui assistiamo negli ultimi decenni.

Potrebbe forse essere più utile parlare di "nuove realtà", che ci riguardano molto da vicino perché toccano la nostra stessa essenza, il nostro modo di funzionare, di pensare, di sentire, di osservare il mondo.

In sostanza mutano la nostra realtà "attuale", mutando il nostro modo di guardarla, la nostra *Weltanschauung*, la nostra stessa visione del mondo.

A nuovi modi di raccogliere ed elaborare dati corrispondono nuove realtà in un processo continuo di cambiamento che permette migliori *chances* vitali.

E, come avviene per ogni forma di evoluzione, le "nuove realtà" che risultano essere poco o affatto utili, vengono eliminate o messe da parte.

La situazione in cui viviamo è senza dubbio molto diversa da quella che devono aver vissuto i nostri progenitori, anch'essi esposti alle mutazioni.

Per loro il trauma del cambiamento è stato, sotto la prospettiva della consapevolezza, decisamente meno drammatico giacché il passaggio da una condizione all'altra, ad esempio da proto-scimmie a ominidi, non è stata direttamente percepita.

Per noi la situazione è diversa, gli strumenti che sono nati, che stanno nascendo e che nasceranno ancora dalle nostre elaborazioni, stanno cambiando la nostra vita e il nostro stesso modo di pensare e di essere.

Alcuni ritengono che i prodotti di questa τέχνη (*téchne*) cambieranno addirittura il nostro fenotipo quando le "protesi divine" di cui parlava Freud (1930) osservando i progressi della scienza del suo tempo, si saranno fuse con i nostri corpi e le nostre menti.

Ma forse manca ancora un po' di tempo per questo e posso, per ora, continuare a utilizzare la tastiera del mio computer per scrivere queste riflessioni.

Tranquillizzante, senza dubbio.

In sostanza possiamo affermare che abbiamo una realtà che produce nuove realtà che, a loro volta, modificano le posizioni di partenza, in un continuo cambiamento evolutivo, che coinvolge anche l'ambiente in cui esso avviene insieme a uno "spazio" ancora più ampio nel quale è possibile vivere e riprodursi.

Realtà e spazio.

"Realtà virtuale" e "spazio virtuale".

Oggetti contenuti nella realtà e oggetti prodotti da una realtà e immessi in uno spazio virtuale di un'altra realtà.

Sembra uno scioglilingua senza fine ma, in fondo, accettabile se non dimentichiamo la complessità dell'universo di cui facciamo parte.

A volte la necessità di "specializzare" le nostre conoscenze ci porta a perdere di vista l'insieme, che è fatto di complessità e che ha bisogno, come ci esortano Morin (2011) o da Empoli (2013), a ritrovare e mantenere, nel cambiamento, quelle caratteristiche che ci rendono "così umani".

"Virtuale" o "Reale e condiviso"?

Considerando il contesto sul quale stiamo riflettendo, la consapevolezza dello scorrere, del mutare, diventa sempre meno eludibile, tirata per il bavero da realtà virtuali che diventano sempre più "manesche", più tangibili, per le conseguenze che esercitano sulle nostre vite e per le progressive capacità di cadere sotto le nostre percezioni sensoriali.

Sono realtà ancora *in fieri*, non ancora del tutto tangibili o ancora non completamente visibili, ma che, fra non molto, col progredire della tecnologia, si arricchiranno di ulteriori proprietà per legarsi inestricabilmente ai nostri sistemi percettivi o, come si comincia ad ipotizzare, si renderanno indipendenti da noi, diventando, in questo modo, "reali", almeno nel senso con cui usiamo comunemente questo termine.

Allo stesso tempo le conoscenze sul cervello e sul suo funzionamento (vedi i massicci investimenti per lo studio e la mappatura del cervello che sono stati fatti dagli USA (progetto BRAIN) e da altri 20 paesi compresa l'Italia (Human Brain Project)) implementano la creazione di realtà virtuali che, a loro volta, sono arricchite dalle nuove conoscenze che esse stesse producono, in un continuo *feedback* senza fine.

Il coinvolgimento in queste nuove realtà riguarda ovviamente tutti noi, ma, in modo particolare, coinvolge tutti coloro che, a titolo diverso, si occupano dello studio e della cura della mente umana, delle sue funzioni e dei comportamenti che da essa derivano.

Fra questi studiosi ci sono gli psicoanalisti, soprattutto quelli che, fra loro, sono i più sensibili a questi cambiamenti.

Anche nel campo della psicoanalisi le nuove realtà si stanno imponendo all'attenzione e alla riflessione.

Del resto come potrebbe essere diversamente?

La nascita di questa disciplina, fra la fine dell'Ottocento e gli inizi del Novecento, è avvenuta sulla base delle conoscenze neurologiche e psicologiche di quel tempo.

Le ipotesi che nascevano per spiegare fenomeni clinici e funzioni neuro-psichiatriche non potevano che basarsi su quelle conoscenze e su uno *Zeitgeist*, uno spirito del tempo, certo estremamente ricco, se solo pensiamo alle tante personalità nel campo della fisica, matematica, letteratura, filosofia, sociologia, che hanno dato vita ad un periodo aureo nella cultura europea.

Proprio in quel periodo sono nate teorizzazioni ed ipotesi che, in alcuni casi, alla luce delle nostre conoscenze attuali, si sono rivelate inesatte.

Così come altre ipotesi sono risultate sorprendentemente predittive (vedi gli studi di neuroimaging che confermano le ipotesi ottocentesche delle scelte inconsce dell'individuo).

Per tanto tempo la psicoanalisi ha dovuto procedere utilizzando concettualizzazioni ed elaborazioni come soli strumenti opera-

tivi e predittivi da usare per la comprensione del funzionamento della psiche e per l'approccio terapeutico.

I nuovi apporti provenienti dal campo delle neuroscienze, della fisica, della biologia e dell'esperienza clinica, sono comparsi molto tempo dopo e ci hanno portato nuove e più accurate conoscenze sul funzionamento neuro-psichico.

Queste conoscenze hanno smentito a volte le ipotesi precedenti della psicoanalisi, della psicologia, neuropsichiatria, sociologia, mentre altre volte le hanno confermate con soddisfacente sorpresa reciproca.

Il *new deal* ha coinvolto inevitabilmente tutti i nostri modi di vedere e di approcciare i problemi che da sempre abbiamo dovuto affrontare e quelli nuovi che avanzano, portando con sé nuovi interrogativi e nuove criticità.

A nuove realtà, infatti, si accompagnano inevitabilmente nuovi problemi e, di conseguenza, quindi anche il mondo dell'elaborazione e dell'approccio clinico della psicoanalisi è destinato a cambiare.

Negli ultimi tempi non è infrequente osservare come nelle bibliografie di lavori psicoanalitici compaiano citazioni non più esclusivamente autoreferenziali, ma che fanno riferimento e si aprono a nuove conoscenze e ad apporti di altre discipline. Sembra quasi ovvia questa affermazione di "ecumenismo culturale", considerato che l'obiettivo comune di ogni disciplina è quello della conoscenza e, nel nostro caso, della cura.

Ma ciò che a noi sembra oggi ovvio era decisamente meno ovvio nei tempi bui delle contrapposizioni culturali che, pur essendo talora propulsive per la ricerca, hanno prodotto anche rallentamenti delle conoscenze globali.

Il libro

Nell'ambito di questo dibattito si inserisce **un volume da poco apparso nelle librerie per i tipi di FrancoAngeli, a cura di A. Marzi e intitolato "Psicoanalisi, identità e Internet. Esplorazioni nel cyberspace"**.

Il libro nasce proprio con l'intento di prendere atto, attraverso il contributo di diversi autori, tutti psicoanalisti, delle nuove realtà e di approfondirne la conoscenza.

Gli autori sentono tutti quanto sia oggi impossibile ignorare le tante istanze che ormai fanno parte della vita dell'uomo contemporaneo occidentale per il quale la psicoanalisi ha rappresentato uno dei fondamenti culturali nell'ultimo secolo.

La crisi della psicoanalisi, di cui frequentemente si parla, è inscindibile dalla crisi di tutto un mondo culturale più ampio.

Lo scorrere della vita ha un talento particolare per mettere in crisi gli esseri umani e il loro modo di vivere, di pensare e di sentire.

A volte sembriamo quasi sorpresi dalla stessa parola "crisi", come se fosse qualcosa di inaspettato.

Eppure nella nostra esperienza, in ogni campo della vita, la crisi è, è stata e sarà sempre imprevedibilmente prevedibile proprio in ragione del continuo scorrere e del continuo cambiamento delle cose.

Semmai il problema va visto secondo la prospettiva di come costruire strategie adeguate per affrontarla e adattarsi alle nuove e mutate condizioni, di cui la crisi rappresenta solo l'esperienza percepita dal soggetto.

Credo quindi che il libro debba essere situato proprio nel contesto in cui si tenta di adeguare al nuovo che avanza e che entra già a far parte della nostra vita le conoscenze e l'approccio terapeutico di una disciplina come la psicoanalisi.

Fin dall'inizio questo obiettivo traspare e viene messo in evidenza dalla bella introduzione di Antonino Ferro (che della Società Psicoanalitica Italiana è il Presidente).

Ferro mette in rilievo come le riflessioni sui significati e sulle ripercussioni retroattive che le nuove realtà producono sulla mente del soggetto, vengono affrontate con umiltà e grande senso di curiosità scientifica.

Per chi si occupa della mente e, soprattutto delle relazioni fra le menti, è una sfida particolarmente eccitante studiare i cambiamenti che stanno avvenendo grazie alle nuove realtà.

Gli autori passano in rassegna, da prospettive diverse, alcuni degli infiniti aspetti che coinvolgono il sapere psicoanalitico quando si confronta con i nuovi concetti di "realtà virtuale" e "spazio virtuale".

Già prima sottolineavamo come a nuove realtà corrispondono, purtroppo, nuovi problemi.

In questo caso i nuovi problemi a cui in particolare ci riferiamo sono quelli che i lettori di *Mission* conoscono molto bene: le dipendenze.

Da anni ormai assistiamo a continui cambiamenti del fenomeno delle dipendenze sia dal punto di vista della comparsa delle varie sostanze produttrici di *addiction*, sia dalle conseguenze che queste producono sull'aspetto sociale, personale e relazionale. Se ci soffermiamo sui fenomeni di massa nella storia delle dipendenze, abbiamo sotto gli occhi le "invasioni barbariche" che, a partire dalla fine degli anni '60 hanno portato alla comparsa dei cannabinoidi prima e, via via, alla comparsa dell'eroina, della cocaina e delle droghe sintetiche.

Ma "nuovi barbari" sono alle porte e già da un po' ne avvertiamo la presenza.

Le dipendenze da sostanza sono state infatti affiancate da quelle che ormai chiamiamo dipendenze "senza sostanza" o "dipendenze da comportamento".

Il gioco d'azzardo patologico (ludopatia) che un tempo ci appariva un'entità lontana e più consona ad altri paesi e ad altre realtà, ora fa parte della nostra quotidianità e, ciò che più da vicino ci riguarda, del nostro lavoro clinico.

È stato inevitabile per noi clinici attrezzarci e affrontare queste nuove situazioni in un lavoro di adeguamento concettuale, operativo e organizzativo.

Sulla scia di queste nuove dipendenze, stanno facendosi largo, sempre più prepotentemente, altre manifestazioni, facilitate dall'uso progressivamente più massiccio e pervasivo di strumenti di comunicazione e connessione globale.

Internet e tutto il mondo della comunicazione (telefonia mobile, tablets, e ogni altro *device*) stanno velocemente cambiando e stanno, di conseguenza, cambiando il nostro modo di comunicare.

La connessione, la Rete, è sempre più vasta e più fittamente connessa e lo sarà ancora di più col passare del tempo e con lo sviluppo delle tecnologie che favoriscono le modalità più svariate e più raffinate di collegare in rete non solo ogni tipo di apparecchiatura, ma addirittura le nostre menti.

È inevitabile quindi che il nostro modo di comunicare, ma anche di percepire e addirittura di pensare, sia in costante cambiamento.

Cambia il linguaggio, cambiano le modalità di rapporto, cambia la formulazione del pensiero.

Di fronte a tali epocali cambiamenti le reazioni sono varie.

Ci sono i "tradizionalisti" che si rifiutano di condividere queste nuove realtà, negando loro valore col ritenerle "solo" giochi, vezzi, mode passeggeri e ininfluenti.

Altri, i “catastrofisti”, appaiono più preoccupati e addirittura preconizzano fosche prospettive per l’umanità, considerando il fenomeno “net” come qualcosa che, col tempo, ci farà perdere capacità, trascinandolo il genere umano verso una fatale regressione.

Altri ancora sottolineano invece le positive ricadute che questi nuovi strumenti stanno avendo sulla nostra vita e sostengono, al contrario degli altri, che la comunicazione che avviene, grazie a queste nuove modalità, ci arricchisce nella formulazione stessa del pensiero, del linguaggio e perfino nella scrittura.

Per dirla con Rheingold (2012), “internet ci rende intelligenti”. Lungi dal considerare queste forme di comunicazione come negative o pericolose, questa prospettiva le ritiene, al contrario, molto utili e ricche di potenzialità per ulteriori sviluppi di nuove forme di comunicazione che non penalizzano le componenti emozionali, cognitive e relazionali ma che le fanno fiorire sotto altre forme.

Questo permetterebbe, come già si evidenzia da diversi lavori, addirittura di costruire nuove possibilità di diagnosi e cura, utilizzando, con le dovute modalità, lo strumento della rete.

Parlando dei problemi causati dall’uso della rete è inevitabile parlare della patologia dell’abuso e della dipendenza da internet.

In questo caso l’uso compulsivo e ripetitivo della navigazione attraverso la rete, come avviene in alcuni soggetti, diventa il focus su cui si è posata l’attenzione del mio contributo che compare nel capitolo che conclude il volume.

Le modalità con cui appaiono gli aspetti compulsivi e coattivi ci sono familiari e non si discostano molto da quelle che siamo abituati da anni a vedere e curare sotto altre forme.

I meccanismi sottostanti alle forme con cui queste nuove dipendenze si presentano sono gli stessi, come studi recenti dimostrano (Dunbar, 2011).

Nel seguire la linea conduttrice del libro, vale a dire l’approccio psicoanalitico, l’obiettivo del mio lavoro è stato quello di mostrare come non ci sia alcuna spaccatura fra la costruzione di teorizzazioni e approcci clinici basati su conoscenze neuroscientifiche e fra aspetti squisitamente psicoanalitici.

Semmai il punto più delicato consiste nell’inserire queste nuove conoscenze nel nostro bagaglio concettuale per modificare le nostre precedenti idee sul funzionamento e sulla struttura della mente.

Non è un’operazione semplice quella che porterà alla costruzione di una nuova psicologia, ma è l’inevitabile, a volte doloroso, cammino sulla via della conoscenza. L’aspetto unificante fra i differenti approcci mi sembra possa essere quello che ruota, come in ogni dipendenza, intorno al perno centrale del processo della gratificazione e della motivazione quando, in alcuni soggetti, i sistemi di controllo che limitano quantità e durata di un’esperienza gradevole vengono meno trasformando un evento utile e funzionale in un inferno fatto di ripetitività coatta fuori da ogni possibilità di controllo volontario.

Nel caso dell’Internet Addiction Disorder il perno è rappresentato, a mio parere, dall’esperienza gratificante che scatta dal soddisfacimento di quella caratteristica fondamentale dell’essere umano di cercare instancabilmente dati.

Come abbiamo in precedenza visto, la ricerca di informazioni è un fattore fondamentale per la sopravvivenza.

Questa spinta a conoscere (epistemofilia) viene connotata da M. Klein (1950) come un vero istinto e, come tale, dotato di una spinta pulsionale che lo dirige verso il suo obiettivo.

È quindi inevitabile che venga “premiato” già quando la ricerca si mette in moto verso il suo oggetto di interesse e quando, a maggior ragione, l’obiettivo viene raggiunto.

Il premio anche in questo caso, come avviene per le sostanze e i comportamenti d’abuso, si realizza ad opera del Rewarding System (Zak 2005; Tamir, 2012; Mitchell, 2012).

In una precedente occasione, sempre su Mission, mi è capitato di mettere in rilievo come l’essere umano racchiude in sé una tendenza connaturata al suo essere, la ricerca della felicità (Sforza, 2006) ma, in questo caso, rovesciando il paradigma, possiamo dire con Edelman S. (2012) che il comportamento che viene premiato è quello della “felicità della ricerca”.

Purtroppo per alcuni soggetti il meccanismo premiante, per svariati motivi, non viene modulato nel giusto modo e di conseguenza, quello che in origine aveva il compito di generare gratificazione ed efficacia evolutiva, quindi vita e benessere, diventa al contrario fonte di sofferenza e, talora, di morte.

Non so se i miei tentativi di trovare delle convergenze fra i vari sistemi interpretativi per mostrare come non ci sia conflitto fra approcci diversi, potrà avere un esito condivisibile.

Il giudizio resta nelle mani del lettore che si troverà anche a valutare le mie intenzioni di utilizzare in modo convergente teorizzazioni di provenienza diversa, per dare un contributo alla comprensione di realtà complesse.

A ciascuno resta il diritto della sua particolare visione dei fenomeni studiati, ma sappiamo anche che ogni specifico angolo di osservazione diventa uno degli elementi che contribuiscono ad una visione d’insieme sull’interminabile strada della conoscenza, soprattutto quando questa, come nel nostro caso, è finalizzata alla cura di esseri umani.

Note

1. Il termine meme è stato coniato nel 1976 da Richard Dawkins e designa un “frammento vivente di informazione” (S. Edelman, 2012).

Bibliografia

- Barak A., Hen L. (2008), “Exposure in cyberspace as means of enhancing psychological assessment”, in Barak A., *Psychological aspects of cyberspace: Theory, research, applications* (pp. 129-162), Cambridge University Press, New York, NY, US, xx, 298 pp.
- Calderoni A. (2013), *Psicologia digitale*, Ecomind.
- da Empoli G. (2013), *Contro gli specialisti. La rivincita dell’umanesimo*, Marsilio, Venezia.
- Dawkins (1976), *The Selfish Gene*. Trad. it. *Il gene egoista*, Mondadori, Milano, 2009.
- Dunbar R., Machin A. (2011), “The brain opioid theory of social attachment: a review of the evidence”, *Behaviour*, 148: 985-1025.
- Edelman S. (2012), *The Happiness of Pursuit. What Neuroscience Can Teach Us About the Good Life*. Trad. it. *La felicità della ricerca. Le neuroscienze per stare bene*, Codice Edizioni, Torino, 2013.
- Freud S. (1930), *Il disagio della civiltà*, OSF vol. X.
- Hofmann W., Baumeister R.F., Foerster G., Vohs K.D. (2012), “Everyday temptations: An experience sampling study of desire, conflict, and self-control”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 102: 1318-1335.
- Klein M. (1950), *La psicoanalisi dei bambini*, Martinelli, Firenze, 1970.
- Lucchini A., Cicerone P.E. (2011), *Oltre l’eccesso. Quando internet, shopping, sesso, sport, lavoro, gioco diventano dipendenza*, FrancoAngeli, Milano.
- Marzi A. (a cura di) (2013), *Psicoanalisi, identità e Internet. Esplorazioni nel cyberspace*, FrancoAngeli, Milano.

Morin E. (2011), *La voie*, Librairie Arthème Fayard, Paris. Trad it. *La via. Per l'avvenire dell'umanità*, Raffaello Cortina, Milano, 2013.

Rheingold H. (2012), *Net Smart. How to thrive Online*. Trad it. *Perché la rete ci rende intelligenti*, Raffaello Cortina, Milano, 2013.

Sforza M.G. (2006), "La ricerca della felicità. L'aspirazione, la malattia", *Mission*.

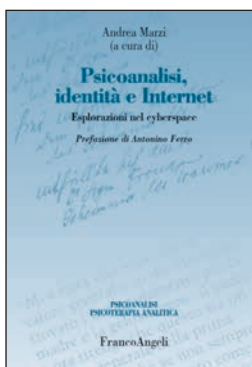
Sforza M.G. (2013), "Epistemofilia-Epistemopatia. L'utilizzo di internet fra normalità e malattia", in Marzi A. (a cura di) (2013), *Psicoanalisi*,

si, identità e Internet. Esplorazioni nel cyberspace, FrancoAngeli, Milano.

Tamir D.I., Mitchell J.P. (2012), "Disclosing information about the self is intrinsically rewarding", *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(21): 8038-8043.

Zak P.J. (2005), "Trust: a temporary human attachment facilitated by oxytocin", *Behavioral and Brain Sciences*, 28(3): 368-369.

RECENSIONE



Andrea Marzi (a cura di)

PSICOANALISI, IDENTITÀ E INTERNET Esplorazioni nel cyberspace

pp. 256, € 30,00

Collana: Psicoanalisi psicoterapia
analitica

Codice 1217.1.19

Editore: FrancoAngeli

In Internet "navighiamo" ogni giorno: bambini, adolescenti o seniores che siamo, entriamo in relazione con gli altri con i social networks, i blog, con la posta elettronica, con Skype. Su Internet cerchiamo informazioni, facciamo acquisti, giochiamo. Ma in che spazio navighiamo? Di che spazio si tratta? È virtuale o reale? Le sue vie possono essere mappate?

E la realtà virtuale in cui ci immergiamo più o meno completamente, in una simulazione di guida, in un videogioco, vedendo un film in 3D, come si pone rispetto alla realtà psichica di cui si occupa la psicoanalisi? Dove vanno a finire la corporeità, il tempo e lo spazio

che siamo abituati a considerare come i pilastri dell'esperienza soggettiva? Dove va a finire la relazione "reale" tra le persone?

I contributi qui ospitati individuano nelle principali teorie psicoanalitiche di oggi gli strumenti adeguati per cogliere le nuove soggettività che si affacciano al mondo attuale, al tempo del *cyberspace* e di Internet. Non è solo la psicoanalisi che "legge" la sfaccettata natura della realtà virtuale, è anche il *cyberspace* che stimola, in modo reciproco, riflessioni sulla psicoanalisi e gli "spazi virtuali" della mente. Il volume esplora quindi le conseguenze della realtà virtuale nel campo analitico e le peculiari caratteristiche dell'incontro con la mente degli "Internet-addicted" mostrando nel dettaglio i percorsi della cura, analitica o psicoterapica, dell'analista con il "navigatore" smarrito nella realtà virtuale. Se consideriamo il ventaglio dei punti di vista, ad un estremo il *cyberspace* appare come uno specchio che imprigiona persone vulnerabili, le irretisce in una pseudo-realtà, all'altro estremo è una dimensione che libera la fantasia creativa. In ogni caso, si tratta di una dimensione che ci cimenta ogni giorno, espandendosi, attraendoci, sfuggendoci.

Andrea Marzi, psichiatra, psicoanalista, dottore di ricerca in deontologia ed etica medica, è membro ordinario della SPI e dell'IPA. Vive e lavora a Siena. Tra i suoi lavori più recenti: *Articolazione e peculiarità dell'intervento psicoanalitico nella realtà istituzionale* (2011), e *Realtà psichica e fantasia sociale nella relazione analitica. Spunti clinici sull'aziendalismo interno* (2012).

Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno IV, n. 14

MISSION n. 38

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

Direttore scientifico: Alfio Lucchini

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

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

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

Valutazione clinica e differenze di genere in un campione di soggetti alcol-dipendenti: analisi di indicatori diagnostici e socio-anagrafici

M.G.L. De Rosa*, S. Ardito**, S. Bascioni[^], M. Ciminari***, A. Fanolla^{^^}, E. Guidotti^{°°°}, A. Natalia[°], N. Orsini**, L. Possanzini^{°°°}, A. Raffaeli[#], K. Rosati^{°°°}, A. Sanguigni**, G. Sanza^{°°}, M. Falcinelli^{^^}

Introduzione

La letteratura specialistica evidenzia che la Dipendenza da alcol è maggiormente rappresentata nel genere maschile; studi del NIDA e del NIAAA rilevano rispetti-

vamente un rapporto maschi/femmine pari a 2,3:1 e a 2,6:1 (1) (2).

Differenze di genere si rilevano non solo in ambito epidemiologico, ma anche in campo clinico, psicologico e sociale, tanto da stimolare la definizione di programmi di prevenzione, cura e riabilitazione sempre più specifici in base al sesso.

L'alcolismo femminile si connota, in generale, per una sostanziale difficoltà da parte della donna nella richiesta di aiuto: il ritardo dell'intervento terapeutico determina più frequentemente una rapida evoluzione della Dipendenza da alcol verso quadri clinici complessi.

La tendenza a rimandare la richiesta di aiuto è rinforzata dal giudizio morale e dalla riprovazione sociale che ricade sulla donna alcolista.

Nelle donne con problemi alcol-correlati si rileva un tasso significativo di separazioni e divorzi dal coniuge associato frequentemente alla perdita della potestà dei propri figli.

Un primo elemento da considerare, nella comprensione degli eventi che caratterizzano l'andamento e l'evoluzione dell'alcolismo femminile, è la comprovata *vulnerabilità biologica* che le donne presentano a seguito degli effetti tossici dell'alcol.

Ciò si traduce, sul piano clinico, in una maggiore frequenza e gravità di patologie alcol-correlate soprattutto

* Direttore Dipartimento Dipendenze Asur Marche - Area Vasta 3 – Sede di Civitanova Marche.

** Dirigente Medico Dipartimento Dipendenze Asur Marche - Area Vasta 3 – Sede di Civitanova Marche.

*** Assistente Sociale a contratto Dipartimento Dipendenze Asur Marche - Area Vasta 3 – Sede di Civitanova Marche.

° Dirigente Psicologo Dipartimento Dipendenze Asur Marche - Area Vasta 3 – Sede di Civitanova Marche.

°° Psicologo a contratto Dipartimento Dipendenze Asur Marche - Area Vasta 3 – Sede di Civitanova Marche.

°°° Infermiere Dipartimento Dipendenze Asur Marche - Area Vasta 3 – Sede di Civitanova Marche.

^ Psichiatra volontario Dipartimento Dipendenze Asur Marche - Area Vasta 3 – Sede di Civitanova Marche.

^^ Sociologo a contratto Dipartimento Dipendenze Asur Marche - Area Vasta 3 – Sede di Civitanova Marche.

^^^ Statistico c/o Osservatorio Epidemiologico Provincia Autonoma di Bolzano.

Psicologo tirocinante Dipartimento Dipendenze Asur Marche - Area Vasta 3 – Sede di Civitanova Marche.

a carico del sistema cardio-vascolare, gastroenterico, muscolare e neurologico.

Il fenomeno del *telescoping course* indica il rapido decorso dell'alcolismo femminile che si contraddistingue per un'età di inizio più tardiva rispetto ai maschi, un uso più modesto in termini quantitativi di alcol, una rapida evoluzione verso la Dipendenza e il manifestarsi di gravi conseguenze fisiche e psichiche.

Sono sufficienti questi dati di base per intuire quanto sia importante una prevenzione, una diagnosi ed un intervento terapeutico precoce rispetto al consumo problematico di alcol nelle donne.

La Dipendenza da alcol nella donna presenta delle specificità anche rispetto ai fattori di rischio.

La letteratura scientifica rileva numerosi fattori che, se presenti, possono favorire l'insorgenza dell'Abuso alcolico nel sesso femminile: familiarità per alcolismo (i fattori genetici incidono per il 50%-60% sulla vulnerabilità all'alcolismo in entrambi i sessi), storia di abusi e violenze familiari, comorbilità psichiatrica.

Negli studi di Kessler (3) (4) su un campione di pazienti con Dipendenza da alcol è stata diagnosticata, retrospettivamente, una comorbilità psichiatrica nel 37% dei casi esaminati, distribuita nei due sessi con le seguenti percentuali:

- Disturbi d'Ansia: 35.8% nei maschi; 60.7% nelle femmine
- Disturbi dell'Umore: 28.1% nei maschi; 53.5% nelle femmine
- Dipendenza da droghe: 29.5% nei maschi; 34.7% nelle femmine
- Personalità Antisociale: 16.9% nei maschi; 7.8% nelle femmine

Nella ricerca di Hesselbrok (5) le femmine con un inizio precoce del consumo di alcolici hanno una maggior prevalenza di disturbi emotivo-affettivi: Depressione ed Ansia, a differenza dei maschi che nei casi di esordio precoce presentano maggiormente disturbi del comportamento e Personalità Antisociali.

L'Epidemiologic Catchment Area Survey (6) nel campione esaminato, costituito da soggetti abusatori/dipendenti da alcol, ha evidenziato una comorbilità psichiatrica nel 65% dei soggetti di sesso femminile e nel 44% dei soggetti di sesso maschile; il campione femminile presentava una prevalenza di Disturbi Depressivi e di Ansia.

Si può pertanto concludere che la comorbilità psichiatrica è più frequente nella donna rispetto all'uomo, ad eccezione del Disturbo Antisociale di Personalità più rappresentato nel sesso maschile. In particolare nel sesso femminile la comorbilità psichiatrica si caratterizza per una elevata frequenza dei Disturbi dell'Umore.

Obiettivi

Lo studio si sviluppa sulla base delle evidenze della letteratura scientifica e della nostra osservazione clinica

riguardo la presenza di differenze di genere nella fenomenologia della Dipendenza da alcol.

La nostra ricerca ha l'obiettivo di rilevare il dato qualitativo e quantitativo elaborato da un punto di vista clinico-statistico delle differenti espressioni della Dipendenza da alcol tra i due sessi.

In tale prospettiva è stato utilizzato un metodo di analisi osservazionale di tipo naturalistico considerando variabili cliniche correlate con indicatori socio-anagrafici in un campione di soggetti alcol-dipendenti afferiti al Dipartimento delle Dipendenze dell'ASUR Marche, zona di Civitanova Marche nel corso degli anni 2010 e 2011.

Materiali e metodi

È stato preso in considerazione inizialmente un campione costituito da n. 111 utenti con problemi e patologie alcol-correlate che si sono rivolti, nel corso degli anni 2010-2011, al Dipartimento delle Dipendenze di Civitanova Marche per un trattamento clinico. Successivamente sono stati selezionati n. 84 soggetti rispondenti ai criteri di inclusione della ricerca.

I criteri scelti per la costruzione del campione sono stati i seguenti:

1. soggetti presi in carico da parte del Servizio dopo l'adesione ad un contratto terapeutico, escludendo gli utenti che avevano avuto solo un contatto occasionale o con un pregressa diagnosi di Dipendenza da sostanze stupefacenti;
2. soggetti con diagnosi di Dipendenza da alcol formulata secondo i criteri del DSM IV-TR (7).

Il Dipartimento delle Dipendenze di Civitanova Marche prevede una valutazione clinica dopo una prima fase di accoglienza volta ad un'analisi preliminare della domanda.

La valutazione è di tipo multidisciplinare ed è finalizzata alla presa in carico dell'utente definendo, in accordo con lo stesso, all'interno dell'articolato ventaglio dei possibili trattamenti, un percorso terapeutico-assistenziale personalizzato.

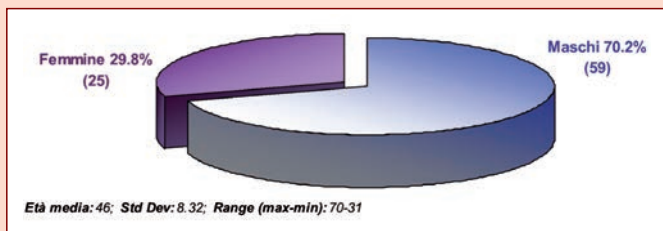
Riguardo al metodo di rilevazione si è utilizzata una Scheda socio-anagrafica derivata dalla Cartella Clinica, mentre l'elaborazione statistica è stata effettuata con il software Epi-Info 3.5.3.0 e SAS Eg4_92.

Risultati

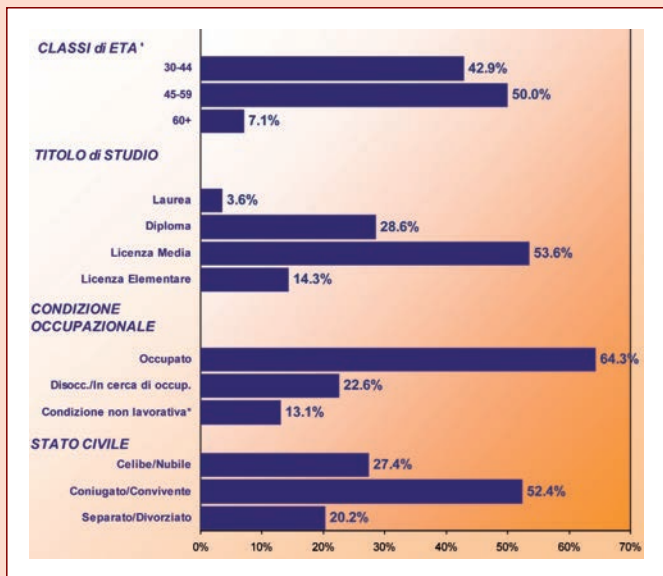
Aspetti socio-anagrafici

In linea con i dati di carattere epidemiologico e clinico riportati in letteratura, anche nel Dipartimento delle Dipendenze di Civitanova Marche la prevalenza dei soggetti che presentano una Dipendenza da alcol è di sesso

Graf. 1 - Genere soggetti arruolati nella ricerca



Graf. 2 - Caratteristiche socio-anagrafiche dei soggetti analizzati



maschile. Infatti degli 84 casi osservati, 59 (70.2%) sono maschi e 25 (29.8%) sono femmine (graf. 1), con un rapporto maschi/femmine pari a 2,3/1.

La variabilità dei valori riscontrati riguardo all'età (tab. 1) nell'intero campione risulta rilevante, il range oscilla infatti da un massimo di 70 anni ad un minimo di 31 anni.

L'età media dei pazienti analizzati è di 46 anni (dev.st. = 8.32) con una lieve differenza relativamente al sesso: i

maschi hanno mediamente 45 anni (media = 45.49, dev.st. = 7.82), le femmine 47 anni (media = 47.20, dev.st. = 9.47).

Rispetto alla scolarità (graf. 2 - tab. 1), il 67.9% del campione ha un basso titolo di studio di cui 12 soggetti hanno ultimato le scuole elementari e 45 le medie inferiori, il 28.6% ha conseguito un diploma di scuola media superiore, il 3.5% è laureato.

Il 64.3% (n. 54) dei soggetti ha un'occupazione lavorativa (graf. 2), senza una differenza significativa tra maschi e femmine.

Il 66.1% (n. 39) degli utenti maschi ed il 60% (n. 15) delle femmine risultano occupati.

Il 40% (n. 10) delle utenti di sesso femminile a fronte del 33.9% (n. 20) di quelli di sesso maschile, non ha un'occupazione lavorativa: il 16% è disoccupato, il 20% si compone di casalinghe, invalide e/o pensionate, il 4% è in cerca di lavoro (tab. 1).

Rispetto allo stato civile (graf. 2) il 52.4% (n. 44) dei soggetti esaminati ha un legame affettivo significativo e stabile: sono coniugati n. 22 maschi e n. 14 femmine, hanno una situazione di convivenza n. 6 maschi e n. 2 femmine, mentre il 27.4% (n. 23) del campione è celibe o nubile ed il 20.2% (n. 17) è separato/o.

Analizzando le variabili stato civile e sesso si riscontra una netta prevalenza del numero dei maschi in condizioni di solitudine relazionale, il 52.5% (n. 31) di essi è celibe o separato rispetto al 36% (n. 9) delle femmine.

Aspetti clinico-diagnostici

Gli 84 soggetti afferiti al Dipartimento delle Dipendenze di Civitanova Marche al momento della presa in carico (tab. 2) avevano un'età media di 42 anni (media = 42.32; dev.st. = 9.21): più precisamente 44.08 anni le femmine e 41.58 i maschi, con una maggiore variabilità per le prime (dev.st. = 9.95) rispetto ai secondi (dev.st. = 8.86). Nel biennio osservato non risultano soggetti di sesso femminile che abbiano intrapreso un programma tera-

Tab. 1 - Caratteristiche socio-anagrafiche dei soggetti analizzati

Sesso	M (n=59)	F (n=25)	p	test
Età media (std dev) (range max-min)	45.5 (7.8) (70-31)	47.2 (9.5) (70-33)	0.65	Wilcoxon
% "Bassa scolarità" (Lic. Elementare, Dip. Media Inf.)	67.8%	68.0%	0.99	Chi-Square
% "Precarietà lavorativa" (Disocc., In Cerca di occup., In Cond. di non occup.)	33.9%	40.0%	0.59	Chi-Square
% "Solitudine relazionale" (Separato/a, Celib./Nub.)	52.5%	36.0%	0.17	Chi-Square

Tab. 2 - Età media per sesso dei soggetti osservati:

al momento della Presa in Carico al Servizio				
	Media	Std Dev	Mediana	Range (Min - Max)
Totale	42.3	9.2	41.5	22-69
Maschi	41.6	8.9	42	22-65
Femmine	44.1	9.3	41	32-69
<i>P= 0.26 (test t student)</i>				
al momento di inizio dell'Uso/Consumo di sostanze alcoliche				
	Media	Std Dev	Mediana	Range (Min - Max)
Totale	22.1	10.5	17	13-58
Maschi	21.5	9.5	17	13-50
Femmine	23.7	12.8	17	13-58
<i>P= 0.66 (test Wilcoxon)</i>				

peutico con un'età inferiore ai 32 anni, mentre si sono rilevati soggetti di sesso maschile con un'età minima anche di 22 anni.

In entrambi i sessi la presa in carico avviene maggiormente nelle fasce di età 35-39 e 40-44 anni, nelle quali si concentrano il 22% (n. 13) ed il 20.3% (n. 12) dei pazienti maschi ed il 28% (n. 7), in entrambe le classi di età, delle pazienti femmine.

Tuttavia è importante rilevare alcune differenze: mentre tra i 20 ed i 34 anni si riscontra il 22.% dei maschi, rispetto al 12% delle femmine, viceversa oltre i 50 anni si osserva il 24% delle femmine rispetto al 22% dei pazienti di sesso maschile.

Riguardo all'età d'inizio dell'uso/consumo delle bevande alcoliche (tab. 2), il valore medio per l'intero campione è di 22 anni (dev.st. = 10.52), più precisamente di 21.46 anni per i maschi e di 23.68 anni per le femmine, con una variabilità che va da un minimo di 13 ad un massimo di 58 anni per le femmine (dev.st. = 12.75) e da un minimo di 13 ad un massimo di 50 anni per i maschi (dev.st. = 9.47).

L'età adolescenziale rappresenta in tutti i casi e per entrambi i sessi, una fase ad elevato rischio: il 57.1% (n. 48) dei soggetti del campione, in particolare il 56% (n. 14) delle femmine ed il 57.6% (n. 34) dei maschi, si sono avvicinati al bere tra i 13 ed i 18 anni.

È rilevante anche la prevalenza (10.7%) dei soggetti, di entrambi i sessi, che hanno iniziato a consumare bevande alcoliche tra i 19 ed i 24 anni: il 10.2% dei maschi ed il 12% delle femmine.

In età adulta, la fascia di età che raccoglie il maggior numero dei casi è per i maschi quella tra i 25-30 anni e per le femmine tra i 37-42 anni.

Rispetto alla diagnosi (graf. 3) solo 4 casi (3 maschi ed 1 femmina) non presentano una condizione clinica di "dual diagnosis", nei restanti 80 casi si è evidenziato un

quadro clinico in cui la Dipendenza da alcol è associata ad uno o più disturbi psichiatrici.

In particolare, prendendo come riferimento il sistema multiassiale del DSM IV-TR, il 75% dei soggetti (pari al 72% delle femmine ed al 76.3% dei maschi) presenta un unico disturbo psichico, mentre nel 20.2% dei soggetti, la diagnosi riguarda una duplice psicopatologia: nel sesso femminile nel 24% dei casi, nel sesso maschile nel 18.6% dei casi.

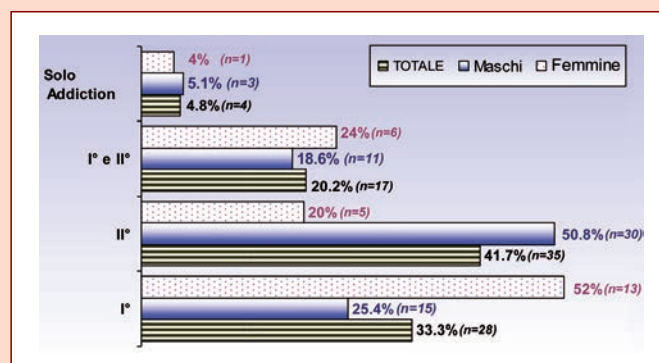
Nel dettaglio, il 33.3% dei soggetti con una Dipendenza da alcol presenta anche un disturbo sull'Asse I, il 41.7% sull'Asse II ed un 20.2% in entrambi gli Assi.

La frequenza del Disturbo di Personalità (Asse II) trova corrispettivi simili in altre evidenze della letteratura scientifica (9).

Mentre i Disturbi di Personalità sull'Asse II trovano una maggiore frequenza nei pazienti maschi (tab. 3), ovvero il 50.8% dei casi, al contrario le pazienti femmine hanno una frequenza minore, il 20% dei casi.

I disturbi sull'Asse I interessano soprattutto le femmine, sono presenti infatti nel 52% dei casi (n.13 soggetti) contro il 25.4% dei soggetti maschi (n. 15).

Graf. 3 - Diagnosi assiale per sesso dei soggetti analizzati



Tab. 3 - Diagnosi specifica per sesso dei soggetti analizzati

Diagnosi	Sesso		
	F	M	Totale
ASSE I Disturbi Clinici			
Disturbi d'Ansia	0	1	1
Col %	0	1.7	1.2
Disturbi dell'Umore			
bipolare	1	3	4
Col %	4	5.1	4.8
ciclotimia	1	0	1
Col %	4	0	1.2
depressivo	11	3	14
Col %	44	5.1	16.7
distimia	0	1	1
Col %	0	1.7	1.2
psicotico	0	5	5
Col %	0	8.5	6
Cognitivi			
demenza	0	1	1
Col %	0	1.7	1.2
Somatoformi			
ipocondriaco	0	1	1
Col %	0	1.7	1.2
TOTALE ASSE I	13	15	28
Col %	52	25.4	33.3
ASSE II Disturbi di Personalità			
Cluster B			
antisociale	0	2	2
Col %	0	3.4	2.4
borderline	3	15	18
Col %	12	25.4	21.4
narcisistico	1	9	10
Col %	4	15.3	11.9
dipendente	0	1	1
Col %	0	1.7	1.2
Disturbo di personalità NAS	0	3	3
Col %	0	5.1	3.6
Ritardo mentale	1	0	1
Col %	4	0	1.2
TOTALE ASSE II	5	30	35
Col %	20	50.8	41.7
ASSE I e ASSE II			
bipolare e borderline	1	0	1
Col %	4	0	1.2
bipolare e narcisistico	0	2	2
Col %	0	3.4	2.4
ciclotimia e dipendente	0	1	1
Col %	0	1.7	1.2
ciclotimia e narcisistico	0	2	2
Col %	0	3.4	2.4
depressivo e borderline	0	1	1
Col %	0	1.7	1.2
depressivo e narcisistico	4	5	9
Col %	16	8.5	10.7
depressivo e ipocondriaco	1	0	1
Col %	4	0	1.2
TOTALE ASSE I e II	6	11	17
Col %	24	18.6	20.2
Solo Addiction Sost. Alcoliche	1	3	4
Col %	4	5.1	4.8
TOTALE	25	59	84
Row %	29.8	70.2	100
Col %	100	100	100

Tab. 3.1 - Diagnosi assiale per sesso dei soli soggetti con una doppia diagnosi

ASSE	Femmine	Maschi
I	13	15
Col%	54.17	19.64
II	5	30
Col%	20.83	53.57
I e II	6	11
Col%	25.00	19.64
Totale	24	56

<i>Chi-square</i>	<i>df</i>	<i>Probability</i>
7.94	2	0,0189

Escludendo dall'analisi i 4 pazienti che hanno solo un disturbo di Addiction si è evidenziata una significatività statistica ($p = 0.0189$) tra la diagnosi assiale ed il sesso (tab. 3.1), in particolare (tab. 3.2) le donne soffrono maggiormente di Disturbi dell'Umore mentre gli uomini di Disturbi di Personalità ($p = 0.0003$) soprattutto (tab. 3.3) del Cluster B ($p = 0.0245$).

Come già indicato, le pazienti femmine registrano anche una maggiore percentuale dei casi con una doppia diagnosi sull'Asse I e II, il 24% (n. 6), rispetto al 18.64% dei maschi (n. 11).

Per quanto concerne le **tipologie dei disturbi** (tab. 3), si osserva che n. 16 delle 25 pazienti femmine (64%) presentano un Disturbo dell'Umore di tipo Depressivo, 4 casi associata ad un Disturbo Narcisistico di Personalità ed in un caso ad Ipocondria.

I pazienti maschi in n. 34 casi (57.6%) hanno un Disturbo di Personalità del Cluster B, in particolare n. 18 soggetti è stato diagnosticato un Disturbo Narcisistico di Personalità (in 9 casi associato ad un Disturbo dell'Umore e a n. 16 un Disturbo Borderline di Personalità. Associando le variabili socio-anagrafiche dell'intero campione (stato civile, titolo di studio e condizione lavorativa) con la tipologia diagnostica non si riscontrano differenze significative, anche che se le maggiori percentuali di situazioni di criticità si riscontrano nei soggetti con Disturbi di Personalità (Asse II) piuttosto che con Disturbo dell'Umore (Asse I).

È il caso di soggetti che risultano separati, celibi o nubilati (n. 40 degli 84 pazienti arruolati nello studio): nel 42.5% (n. 17) hanno una diagnosi di Disturbo di Personalità, analoga situazione si osserva rispetto al livello di

Tab. 3.2 - Diagnosi per macro area e sesso dei soli soggetti con una doppia diagnosi

MACROAREA DISTURBO	Femmine	Maschi
Disturbo dell' Umore	13	7
Col%	56.52	14.58
Disturbo di Personalità	4	30
Col%	17.39	62.50
Disturbo dell' Umore e di Personalità	6	11
Col%	26.08	22.91
Totale	23	48

<i>Chi-square</i>	<i>df</i>	<i>Probability</i>
16.38	2	0,0003

Tab. 3.3 - Diagnosi del Cluster B e sesso dei soli soggetti con una doppia diagnosi

CLUSTER B	Femmine	Maschi
Presente	9	37
Col%	36.00	62.71
Non Presente	16	22
Col%	64.00	22.00
<i>Chi-square</i>	<i>df</i>	<i>Probability</i>
5.0575	1	0.0245

Tab. 4 - Esito del trattamento per sesso dei soggetti analizzati

ESITO	SESSO		TOTALE
	F	M	
Decesso	0	3	3
Col %	0	5.1	3.6
Fine programma	5	14	19
Col %	20	23.7	22.6
In corso	9	16	25
Col %	36	27.1	29.8
Interrotto	6	22	28
Col %	24	37.3	33.3
Trasferito	5	4	9
Col %	20	6.8	10.7
Totale	25	59	84
Col %	100	100	100

scolarità e alla condizione lavorativa, rispettivamente il 36.8% ed il 54.2% dei pazienti con un basso (n. 21) e medio (n. 13) titolo di studio, così come il 43.3% (n. 13) dei soggetti che versano in una condizione di precarietà lavorativa, appartengono all'Asse II.

I risultati emersi relativamente agli esiti (tab. 4) dei percorsi terapeutici non evidenzia una differenza significativa tra i due sessi.

Se dal campione iniziale escludiamo 9 pazienti per interruzione di programma o per intervento residenziale ed analizziamo il gruppo femminile si può riscontrare un esito positivo e un grado di *retention* rispetto al percorso terapeutico del 70%, intendendo per esito positivo tutte le situazioni con un fine programma o un trattamento in corso mentre con la dizione esito negativo intendiamo i casi di decesso ed interruzione.

La distribuzione presenta dei valori diversi nel gruppo maschile che nel 54.5% dei casi (n. 30) ha un esito positivo, mentre nel 45.5% (n. 25) ha abbandonato il trattamento per un'interruzione volontaria o perché deceduto. Non sono emerse differenze significative degli esiti dei trattamenti rispetto alla diagnosi assiale degli 84 pazienti studiati.

Neanche gli esiti per diagnosi e per genere dei pazienti hanno evidenziato significatività statistiche, anche se la distribuzione dei dati ha rilevato che le 14 pazienti femmine con una risposta positiva al trattamento (con un "fine programma" o con un trattamento "in corso") in 6 casi presentano una diagnosi di "Depressione" ed in 3 casi un quadro clinico di tipo Depressivo associato ad un Disturbo Narcisistico di Personalità.

D'altro canto i 30 pazienti di sesso maschile con un esito positivo rispetto al percorso di cura presenta un Disturbo di Personalità del Cluster B.

Analizzando l'età di inizio dell'uso/consumo di alcol rispetto al quadro clinico, per i pazienti maschi è significativa la variabilità dei dati: per i pazienti con Distimia e Psicosi, il primo approccio con l'alcol è compreso tra un valore medio di 14-15 anni, per pazienti con diagnosi di Disturbo Depressivo e Bipolare il valore è compreso tra 27-29 anni.

Nel gruppo delle pazienti femmine si rileva una maggiore precocità nell'approccio con l'alcol e precisamente, nelle pazienti con una diagnosi di Disturbo Bipolare e Narcisistico di Personalità il valore medio è pari a 14 anni, mentre nelle pazienti con una diagnosi di Distur-

bo Depressivo e di Disturbo Borderline di Personalità hanno un valore medio di pari rispettivamente a 27 e a 20 anni.

I soggetti di sesso maschile con un Disturbo Dipendente di Personalità, un Disturbo Narcisistico di Personalità e un Disturbo Psicotico presentano il valore più basso rispetto all'età media in cui formulano una richiesta di aiuto avendo un'età media di 38 anni.

Al contrario i soggetti con una diagnosi di Demenza, di Disturbo d'Ansia, di Distimia e di Disturbo Bipolare hanno in tutti i casi un'età media della presa in carico al Servizio oltre i 45 anni.

Infine le pazienti con una diagnosi di Ciclotimia e di Disturbo Borderline di Personalità manifestano una maggiore precocità nell'inizio di un percorso di cura, con un'età media rispettivamente pari a 33 e 36 anni; mentre il Ritardo mentale, il Disturbo Bipolare ed il Disturbo Narcisistico di Personalità sono associati invece a valori medi piuttosto alti: 60 anni nei primi due casi ed oltre i 50 anni nel secondo caso.

Discussione

Nella nostra ricerca, si confermano i dati della letteratura nazionale ed internazionale con un rapporto di frequenza tra maschi e femmine nella Dipendenza da alcol di 2,3:1.

L'età media di afferenza al Servizio (46 anni) non presenta differenze significative di sesso, ma evidenzia comunque la tardività della presa in carico di tutti gli utenti con questa problematica. Il dato si spiega verosimilmente con un percorso antecedente di "negazione" del problema da parte della persona, ma anche, probabilmente, per una sottovalutazione del problema o per una carenza nella formazione alcolologica dei sanitari che potrebbero intercettare precocemente tali pazienti (MMG, medici ospedalieri, figure parasanitarie).

Ciò deve far riflettere sull'importanza di sensibilizzare queste figure sanitarie nel cogliere i primi segni e sintomi di Patologie alcol-correlate al fine di prevenire la degenerazione o l'aggravamento.

In particolare le utenti di sesso femminile risultano prese in carico oltre i 32 anni.

Tra i 20-34 anni sono stati presi in carico il 22.03% dei maschi e solo il 12% delle femmine.

Il ritardo nella presa in carico di soggetti di sesso femminile è stato già documentato in precedenti lavori (8) (9) (10) (11).

Questa evidenza è oltremodo problematica in quanto la donna è particolarmente vulnerabile agli effetti dannosi dell'alcol a livello fisico e psichico.

Rispetto alla Diagnosi risulta che il 95.24% dei soggetti del campione presenta una "dual diagnosis" a conferma che la Dipendenza da alcol non può intendersi come una patologia esclusivamente organica, ma si correla e si

associa anche causalmente con problematiche psichiche come già evidenziato da diversi autori (12) (13) (14) (15).

Nel campione esaminato il 52% delle femmine e il 25.42% dei maschi ha un Disturbo Psichiatrico sull'Asse I del DSM IV-TR, mentre nel 20% delle femmine e nel 50.85% dei maschi si riscontra un Disturbo Psichiatrico sull'Asse II.

Nello specifico il 64% delle donne manifesta un Disturbo dell'Umore e il 57.60% degli uomini un Disturbo di Personalità con una significatività statistica dei due dati rilevati ($p = 0.0003$).

Il Disturbo di Personalità nella totalità dei casi si rappresenta significativamente nei Disturbi del Cluster B ($p = 0.0245$).

La prevalenza nel sesso femminile dei Disturbi dell'Umore associato all'Alcol-dipendenza è confermata da un'ampia letteratura (9) (16) (8).

Al contrario nei maschi la fenomenologia dell'Alcol-dipendenza si correla ad una compromissione globale e pervasiva della Personalità.

Si caratterizza quindi con una problematicità totalizzante, arcaica e indifferenziata della psiche.

È stato rilevato inoltre che i maschi con una "solitudine relazionale" (celibi o separati) sono rappresentati in maniera prevalente nel campione di pazienti alcolodipendenti presi in esame: i soggetti celibi-nubili, divorziati/separati risultano nel 42.50% con un Disturbo di Personalità del Cluster B che si associa nel 91% dei casi con un basso-medio titolo di studio.

Analizzando gli esiti del trattamento si rileva che nel 70% delle pazienti si riscontra un esito positivo; questo campione ha una diagnosi nel 90% dei casi di Disturbo dell'Umore, mentre l'esito positivo al trattamento è nel 54.50% dei soggetti di sesso maschile ed hanno tutti una diagnosi di Disturbo di Personalità del Cluster B, in particolare di Disturbo di Personalità nella dimensione Narcisistico-Borderline.

Il dato sugli "esiti" del trattamento non è statisticamente significativo, ma evidenzia comunque una differenza clinica nella prognosi tra maschi e femmine: è suggestiva l'ipotesi che il Disturbo dell'Umore ha una migliore "compliance terapeutica" e un esito sensibilmente favorevole rispetto a quanto accade nei maschi dove la diagnosi più frequente è di Disturbo di Personalità e la prognosi è in percentuale meno positiva.

Conclusioni

Il nostro studio ha evidenziato l'importanza di una diagnosi precoce della Patologia e Problematica alcol-correlata al fine di prevenire un aggravamento di tale condizione in fenomeni di Dipendenza da alcol con gravi complicanze sistemiche sia fisiche che neuro-psichiche. In questa prospettiva si enfatizza la necessità di opera-

re nella sensibilizzazione di operatori socio-sanitari rispetto alle problematiche alcol-correlate e di promuovere un "lavoro di rete" tra i diversi Servizi ed Enti che intercettano comunemente i soggetti con tale patologia. La prevalenza nel sesso maschile di una diagnosi di Dipendenza da alcol associata con un Disturbo Narcisistico-Borderline di Personalità deve far riflettere sulla gravità che tale quadro clinico manifesta, per cui è necessario definire programmi di trattamento integrati farmacologico, psicoterapeutici e sociali che tengano conto della specificità di questa complessa patologia psichica per favorire il buon esito della terapia.

Al contrario nel sesso femminile risulta meno rappresentato il Disturbo di Personalità, mentre il Disturbo dell'Umore è più frequente.

Questo risultato è in accordo con gran parte della letteratura specialistica che rileva una prognosi maggiormente favorevole nei casi di Dipendenza da alcol comorbile con il Disturbo dell'Umore.

La prevalenza del Disturbo dell'Umore nel sesso femminile e la sua migliore prognosi al trattamento suggerisce la presenza nella donna di una maggiore vulnerabilità affettiva all'alcol.

Questo aspetto evidenzia, come dato osservazionale, che nel sesso femminile la problematicità correlata con la Dipendenza da alcol è maggiormente nella dimensione della frustrazione affettiva del desiderio nella prospettiva esistenziale.

Nel maschio al contrario la dimensione affettiva appare meno coinvolta.

La prevalenza di Disturbi di Personalità, in particolare del Cluster B, esprime altresì una forma di Dipendenza da alcol che "collude" con un'identità fragile e poco strutturata.

La problematicità risulta quindi più profonda a livello psichico e relata a desideri di "riconoscimento di sé" nel versante dell'affermazione personale.

Le nostre osservazioni necessitano ovviamente di ulteriori conferme scientifiche, ma pongono in evidenza la presenza di nuclei psicologici differenti tra i due sessi nella fenomenologia della Dipendenza da alcol, derivandone una prognosi diversa e la necessità di un trattamento di genere specifico.

Bibliografia

1. Greenfield S.F., *Women's recovery group study*. NIDA, R01DA015434.
2. *Women and alcohol*, National Institutes of Health: NIAAA Module 10 B.
3. Kessler R.C. (1997), "Lifetime co-occurrence of DSM III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey", *Archives of General Psychiatry*, Apr., 54(4): 313-21.
4. Kessler R.C. (2004), "The epidemiology of dual diagnosis", *Biological Psychiatry*, Nov. 15, 56(10): 730-7.
5. Hesselbrock V. (1996), "Female alcoholism: new prospective findings from the COGA study", *Alcoholism*, vol. 20, Nov., suppl. S8: 168-171.
6. Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S., Locke B.Z., Keith S.J., Judd L.L., Goodwin F.K. (1990), "Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study", *Jama*, Nov. 21, 264(19): 2511-8.
7. American Psychiatric Association (2000), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, DSM IV-TR, Masson, Milano.
8. Travaglini R., Giardinelli L. (2005), "Fenomeno alcolismo e differenze di genere", *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 11: 437-444.
9. Dunne F.J., Galatopoulos C., Schipperheijn J.M. (1993), "Gender differences in psychiatric morbidity among alcohol misusers", *Comprehensive Psychiatry*, 34: 95-101.
10. Weisner C., Greenfield T., Room R. (1979), "Trends in treatment of alcohol problems in the US general population", *American Journal Public Health*, 85: 55-60.
11. Pala B. (2004), "Il consumo alcolico femminile tra ricerca di parità e aumento del rischio: quale prevenzione?", *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 40: 41-6.
12. Vizzuso P., Brero M., Pantone F., Sodano A.J. (2012), "Efficacia dell'intervento riabilitativo in un reparto di alcool-farmaco dipendenze: studio di follow up", *Alcolologia*, n. 13, aprile.
13. De Rosa M.G.L., Pierini C., Grimaldi C. (2005), *Alcolismo: analisi del craving*, FrancoAngeli, Milano.
14. De Rosa M.G.L., Mazzanti A., Sanguigni A., Raffaelli A., Manzato E. (2008), "Il craving alcolico nella personalità narcisistico-onnipotente", *Mission*, n. 28, FrancoAngeli, Milano: 73-88.
15. Kernberg O. (1987), *Disturbi gravi della personalità*, Bollati Boringhieri, Torino.
16. Brady K.T., Randall C.L. (1999), "Gender differences in substance use disorders", *Psychiatric Clinical of North American*, 22: 241-52.
17. Madeddu F., Movalli M.G., Prunas A. (2000), "I disturbi psichiatrici di Asse I e Asse II (DSM IV) nell'alcoldipendenza", in Manzato E., Barbera G. (a cura di), *La comorbilità psichiatrica nell'Alcoldipendenza*, Verona.

Un colpo al cerchio ed un colpo alla botte. Il ruolo del flumazenil in una disintossicazione da abuso iatrogeno severo di GHB e tolleranza alle benzodiazepine

Fabio Lugoboni*, Marco Faccini*, Rebecca Casari*

Introduzione

Benzodiazepine (BZD), alcol e gamma idrossibutirrato (GHB), condividono l'azione inibitoria esercitata sul sistema GABAergico nel sistema nervoso centrale.

Le BDZ deprimono l'eccitabilità neuronale attraverso l'azione inibitoria sui recettori dell'acido γ -aminobutirrico (GABA), il principale aminoacido inibitorio nel sistema nervoso centrale, di tipo A.

Alcol e GHB agiscono, tramite un'azione sui recettori GABA di tipo B, aumentando l'inibizione mediata dal GABA, in modo simile alle BZD (1).

Questi meccanismi simili di azione rendono le BZD lo strumento terapeutico di scelta nel trattamento della dipendenza da alcool e, in casi molto più rari, da GHB (2,3).

D'altra parte, gli effetti alcool mimetici del GHB si sono rivelati oltremodo efficaci nel trattamento della sindrome da astinenza da alcool, nel ridurre craving e ad aumentare il tasso di astinenza negli alcolisti trattati (1,4).

Sebbene la maggior parte dei consumatori di GHB sperimentano una sindrome da astinenza lieve dopo la sospensione del farmaci, quelli con un uso cronico pesante GHB possono sviluppare una grave dipendenza, con tolleranza, craving e sindrome da sospensione marcata (5-7).

Dall'introduzione clinico del clordiazepossido nel 1960, le BZD hanno rapidamente sostituito quasi completamente l'uso di barbiturici nel trattamento di ansia e insonnia.

La loro grande diffusione è stata dovuta principalmente alla loro bassa tossicità e la tollerabilità. D'altra parte, una tale diffusione rapida e prolungata può essere spiegato anche con la tendenza a causare tolleranza e dipendenza che le BZD hanno dimostrato (3,8,9).

Il rischio di dipendenza dopo un uso a lungo termine può provocare la comparsa di una serie di sintomi quando il farmaco viene sospeso.

I sintomi di astinenza da BZD hanno molti tratti in comune con quelli della dipendenza da alcool e possono

essere gravi e richiedere la necessità di ospedalizzazione.

Il trattamento ospedaliero è generalmente riservato per i casi più gravi e in questi casi può accadere che i pazienti possono essere a consumatori cronici BZD.

Occasionalmente, uso cronico di BZD può raggiungere le dimensioni di un vero abuso, questa situazione, per il fenomeno tolleranza crociata, pone alcuni problemi nella gestione clinica di disintossicazione.

Anche la sindrome d'astinenza da alte dosi di GHB (sia nell'abuso di tipo illecito con prodotti illegali che in quello di tipo prescrittivo con dosi eccedenti a quelle massime consentite, per fenomeni di tolleranza) è potenzialmente grave e necessita di un trattamento clinico aggressivo, preferibilmente in regime di ricovero nei casi gravi (6,7).

I sintomi sono in gran parte assimilabili all'astinenza alcolica.

Le BZD alte dosi sono state dimostrate il trattamento più efficace nella gestione farmacologica dell'astinenza da GHB (6,7).

Nei casi refrattari alle BZD, per sviluppata o pregressa tolleranza alle BZD, i sintomi astinenziali hanno risposto bene ad altri agenti sedativi, soprattutto ai barbiturici (6,7).

I pazienti con questi problemi necessitano di dosi molto elevate di BZD, che devono essere calate lentamente, per non avere a che fare con tutti i sintomi ed eventuale craving relativi alla sospensione delle BZD.

L'alcol, secondo il comitato scientifico indipendente sulle droghe, occupa il primo posto nella scala della pericolosità delle sostanze d'abuso, il GHB il nono, le BZD il decimo (10).

Va detto che nel mondo anglosassone l'abuso e lo spaccio di GHB sono molto più diffusi che non in Italia, dove l'abuso di GHB si presenta marginale rispetto ad alcol e BZD.

Il GHB è un farmaco attualmente usato per il trattamento della dipendenza da alcool in alcuni paesi, tra cui l'Italia.

Tuttavia, un possibile rischio di sviluppare craving per la sostanza con il rischio di abuso e di dipendenza sono stati riportati in soggetti in terapia con GHB per alcolismo, soprattutto in casi di polidipendenza e di disturbi psichiatrici (5).

* Dipartimento di medicina Interna, Medicina delle Dipendenze, Policlinico GB Rossi - Università di Verona.

Descriviamo un caso di grave sovradosaggio iatrogena di GHB e dipendenza da BZD.

Case report

La signora B. una caucasica di 44 anni di età, single, ipertesa, ha avuto una lunga storia di abuso di sostanze illecite, soprattutto eroina.

Ha deciso di sottoporsi a un programma di metadone durante la gravidanza, nel 2002, continuando la terapia sostitutiva per un paio d'anni senza più ricadute in eroina o altre sostanze illecite, nemmeno dopo la sospensione del metadone.

Nel 2007 ha cominciato a bere in modo problematico, sviluppando rapidamente dipendenza.

Nello stesso anno entra in una comunità terapeutica per alcolisti, dove rimane per 4 mesi.

All'uscita B. rapidamente ricade nell'abuso di alcol.

Per questo motivo, presso il Ser.T. che l'ha sempre avuta in cura, inizia un trattamento di GHB in mantenimento, con immediati effetti positivi sul craving alcolico.

Con questo trattamento B. si è mantenuta stabilmente astinente dall'alcol.

Nel 2009 B. inizia a richiedere dosi sempre maggiori di GHB, che le vengono via via accordate ma che comportano affidi sempre più limitati del farmaco.

Nel 2010 il consumo di GHB raggiunge dosi veramente notevoli (circa 180 ml/die) con somministrazione quotidiana c/o il Ser.T., cosa che rende difficile a B. avere un rapporto lavorativo e che le causa un sentimento di colpa importante per la nuova dipendenza, pur mantenendosi astinente da alcol e droghe.

B. si limita ad assumere il farmaco c/o il Ser.T., non ricorrendo mai a vie di approvvigionamento illegali. Dopo una consulenza psichiatrica, le viene prescritto alprazolam a dosi crescenti, nel tentativo di limitare l'uso del GHB.

Il risultato è che B. inizia ad assumere stabilmente 2 mg/die di alprazolam, senza calare l'uso di GHB.

Nel 2012, con la piena adesione di B., viene programmato un ricovero ospedaliero per sospendere l'uso di GHB in reparto qualificato per le disintossicazioni da alcol.

Le viene somministrata una terapia con dosi medie di BZD e neurolettici, ma in 5° giornata B. lascia il ricovero per craving da GHB e chiede (e ottiene) di rientrare in terapia, raggiungendo in breve le alte dosi di prima del ricovero.

Pressata dal Ser.T., che non riesce più a gestire tal terapia, viene indirizzata, dopo 3 mesi dal fallito ricovero, c/o il nostro reparto di Medicina delle Dipendenze, dove esplicita, durante la visita di programmazione, tutta la sua paura di non reggere il craving da sospensione da GHB e descrivendo come "terribile" l'esperienza del ricovero precedente.

La paziente viene rassicurata sulla possibilità di ricevere dosi particolarmente alte di BZD e, in seguito, essere sottoposta a trattamento di risensibilizzazione con flumazenil in infusione lenta (FLU-IL).

B. accetta e viene ricoverata 15 gg. dopo.

Decorso del ricovero. Al momento dell'ingresso B. assumeva 200 ml/die di GHB, 2 mg di alprazolam, 100 mg di sertralina e terapia antipertensiva.

All'ingresso il GHB veniva sospeso e B. veniva trattata con infusione di alte dosi di BZD, i primi giorni, mediamente, 80 mg di diazepam, con dosi aggiuntive in caso di craving.

Con questo schema B. riferiva un craving significativo ma sopportabile, limitato ad alcuni momenti nei primi 3 giorni di ricovero ma bassi livelli astinenziali.

Con il 7° giorno di ricovero, l'infusione di diazepam veniva bruscamente sospesa ed iniziava infusione di FLU-IL (1mg/die), con solo 1 cp. da 2 mg di clonazepam, la sera.

Anche in questa fase nessun sintomo astinenziale significativo si è manifestato alla misurazione quotidiana con scale CIWA e Mintzer (22-24) ed il craving per GHB, alcol, BZD è rimasto a livelli bassi o assenti.

La terapia durava 10 gg. e B. veniva dimessa con 1 mg di clonazepam oltre agli antipertensivi ed antidepressivi normalmente assunti.

Ad un controllo telefonico a 6 mesi B. era astinente dall'alcol e non aveva più assunto GHB.

Un ulteriore controllo a 12 mesi c/o il Ser.T. confermava il buon andamento clinico di B.: non assumeva più GHB e non era più ricaduta in alcol o droghe.

Contattata direttamente B. confermava di stare molto bene e di essere molto contenta del percorso intrapreso; su consiglio dello psichiatra continuava ad assumere dosi terapeutiche di BZD.

Conclusioni

Il misuso di GHB è di gran lunga meno prevalente di quello alcolico o da BZD.

Ciò nondimeno, una dipendenza iatrogena anche a dosi molto elevate è di non raro riscontro in Italia, uno dei pochi paesi dove il farmaco è ammesso.

A lato di queste modalità esiste un largo abuso, fuori dal controllo medico, a scopo euforizzante del farmaco (6,7).

La prevalenza di uso protratto di BZD è stato stimato essere del 2-7% nella popolazione generale, con una stima di dipendenza da alte dosi pari allo 1,6 % della popolazione generale svizzera (11,12). Tali stime di prevalenza sono descritte come molto più elevate negli alcolisti e nei tossicodipendenti (13-15).

Un misuso di BZD da parte degli etilisti è stato osservato da molto tempo e la paura di indurre una co-dipen-

denza è stata descritta come il freno principale manifestato dai medici britannici nell'usare BZD nei loro pazienti etilisti (2,15).

Gli etilisti tendono ad assumere le BZD per beneficiare del loro effetto ansiolitico, finendo per assumerle talvolta a dosi rapidamente progressive per il fenomeno della tolleranza crociata.

Il trattamento della sindrome da sospensione da GHB può essere particolarmente problematico e da trattare in modo aggressivo.

Il craving poi, come per tutte le sostanze d'abuso, può complicare notevolmente la compliance ed il decorso del trattamento.

Nel caso di un ricovero per una doppia dipendenza/tolleranza GHB-BZD vanno messi in conto i seguenti fattori di complessità: un ricovero di durata maggiore e quindi più costoso; un uso maggiore di BZD (l'uso di neurolettici va considerato con cautela perché potrebbe abbassare la soglia epilettogena) (16).

Il flumazenil, un farmaco normalmente utilizzato per il trattamento di intossicazione acuta BZD, permette una rapida disintossicazione perché, se infuso lentamente, agisce come un agonista parziale e normalizza rapidamente il disaccoppiamento dei recettori GABA_A causato dalle alte dosi di BZD (3,17-19).

Il questi casi è possibile trattare in modo sequenziale pazienti refrattari a BZD con dosi molto più elevate di quelle convenzionali, evitando di accentuare o risvegliare una dipendenza BZD già presente, oppure di dovere usare farmaci sicuramente più problematici come i barbiturici (21).

Nella nostra opinione l'uso di FLU-IL si è dimostrato un valido supporto anche in questo caso di doppia dipendenza/tolleranza, esattamente come facciamo, conformemente ad altri gruppi, ormai da anni nei casi di monodipendenza da alte dosi di BZD (22-25).

Il trattamento è semplice e sicuro e la recente introduzione della via sottocutanea di infusione (non nel caso presentato) ne ha ulteriormente migliorato la semplicità d'impiego (18,19).

Nel caso presentato, le alte dosi di BZD usate hanno tenuto basso il craving per GHB, vero punto problematico di B. che aveva fatto fallire un recente ricovero in ambiente specialistico, senza scatenare una nuova dipendenza/abuso da BZD, molto probabile in casi come quello presentato.

Vi sono evidenze sperimentali che un disaccoppiamento recettoriale GABA_A-BZD può avvenire in tempi molto brevi, ancor più rapidi in chi ha già sviluppato tolleranza in precedenza (19,26).

Questo, secondo quanto ci è dato di sapere, è il primo caso descritto di doppia disintossicazione GHB-BZD usando FLU-IL.

Conflitto di interessi

Nessuno.

Bibliografia

1. Caputo F., Francini S., Brambilla R., Vigna-Taglianti F., Stoppo M., Del Re A., Leggio L., Addolorato G., Zoli G., Bernardi M. (2011), "Sodium oxybate in maintaining alcohol abstinence in alcoholic patients with and without psychiatric comorbidity", *Eur Neuropsychopharmacol*, 21: 450-456.
2. Chick J., Nutt D.J. (2011), "Substitution therapy for alcoholism: time for reappraisal?", *J Psychopharm*, 26: 205-212.
3. Lader M. (2011), "Benzodiazepines revisited – will we ever learn?", *Addiction*, 106: 2086-2109.
4. Addolorato G., Leggio L., Ferrulli A., Caputo F., Gasbarri A. (2009), "The therapeutic potential of gamma-hydroxybutyric acid for alcohol dependence: balancing the risks and benefits. A focus on clinical data", *Expert Opin Investig Drugs*, 18: 675-686.
5. Caputo F., Francini S., Stoppo M., Lorenzini F., Vignoli T., Del Re A., Comaschi C., Leggio L., Addolorato G., Zoli G., Bernardi M. (2009), "Incidence of craving for and abuse of gamma-hydroxybutyric acid (GHB) in different populations of treated alcoholics: an open comparative study", *J Psychopharmacol*, 23: 883-890.
6. Ungur L.A., Neuner B., John S., Wernecke K., Spies C. (2013), "Prevention and therapy of alcohol withdrawal on intensive care units: systematic review of controlled trials", *Alcohol Clin Exp Res*, 37: 675-686.
7. Wood D.M., Brailsford A.D., Dargan P.I. (2001), "Acute toxicity and withdrawal syndromes related to γ -hydroxybutyrate (GHB) and its analogues γ -butyrolactone (GBL) and 1,4-butanediol (1,4-BD)", *Drug Test Anal*, 3: 417-425.
8. Chouinard G. (2004), "Issues in the clinical use of benzodiazepines: potency, withdrawal, and rebound", *J Clin Psychiatry*, 65 (Suppl. 5): 7-12.
9. Marriott S., Tyrer P. (1993), "Benzodiazepine dependence. Avoidance and withdrawal", *Drug Saf*, 9: 93-103.
10. Nutt D.J., King L.A., Phillips L.D., Independent Scientific Committee on Drugs (2010), "Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis", *Lancet*, 376: 1558-1565.
11. Petitjean S., Ladewig D., Meier C.R., Amrein R., Wiesbeck G.A. (2007), "Benzodiazepine prescribing to the Swiss adult population: results from a national survey of community pharmacies", *Int Clin Psychopharmacol*, 22: 292-298.
12. Fang S.Y., Chen C.Y., Chang I.S., Wu E.C., Chang C.M., Lin K.M. (2009), "Predictors of the incidence and discontinuation of long-term use of benzodiazepines: a population-based study", *Drug Alcohol Depend*, 104: 140-146.
13. O'Brien C.P. (2005), "Benzodiazepine use, abuse, and dependence", *J Clin Psychiatry*, 66 (Suppl. 2): 28-33.
14. Liebrez M., Boesch L., Stohler R., Caffisch C. (2010), "Agonist substitution-a treatment for high-dose benzodiazepine-dependent patients?", *Addiction*, 105: 1870-1874.
15. Ciraulo D.A., Sands B.F., Shader R.I. (1988), "Critical review of liability for benzodiazepine abuse among alcoholics", *Am J Psychiatry*, 145: 1501-1506.
16. Albiero A., Brigo F., Faccini M., Casari R., Quaglio G., Storti M., Fiaschi A., Bongiovanni L.G., Lugoboni F.

- (2011), "Focal nonconvulsive seizures during detoxification for benzodiazepine abuse", *Epilepsy Behav*, 23: 168-170.
17. Gerra G., Zaimovic A., Giusti F., Moi G., Brewer C. (2002), "Intravenous flumazenil versus oxazepam tapering in the treatment of benzodiazepine withdrawal: a randomized, placebo-controlled study", *Addict Biol*, 7: 385-395.
 18. Hulse G., O'Neil G., Morris N., Bennett K., Norman A., Hood S. (2012), "Withdrawal and psychological sequelae, and patient satisfaction associated with subcutaneous flumazenil infusion for the management of benzodiazepine withdrawal - a case series", *J Psychopharmacol*, 27: 222-227.
 19. Hood S.D., Norman A., Hince D.A., Melichar J., Hulse G.K. (2012), "Benzodiazepine dependence and its treatment with low dose flumazenil", *Br J Clin Pharmacol*, Nov 5. doi: 10.1111/bcp.12023. [Epub ahead of print]
 20. Lugoboni F., Faccini M., Quaglio G., Casari R., Albiero A., Pajusco B. (2011), "Agonist substitution for high-dose benzodiazepine-dependent patients: let us not forget the importance of flumazenil", *Addiction*, 106: 853.
 21. Lugoboni F., Faccini M., Albiero A., Casari R. (2012), "Un colpo al cerchio ed un colpo alla botte: il ruolo del flumazenil nelle disintossicazioni miste alcol-benzodiazepine", *Mission*, 35: 37-39.
 22. Quaglio G., Pattaro C., Gerra G., Mathewson S., Verbanck P., Des Jarlais D.C., Lugoboni F. (2012), "High dose benzodiazepine dependence: Description of 29 patients treated with flumazenil infusion and stabilised with clonazepam", *Psychiatry Res*, 198: 457-62.
 22. Faccini M., Leone R., Pajusco B., Quaglio G., Casari R., Albiero A., Donati M., Lugoboni F. (2012), "Lormetazepam Addiction. Data Analysis from an Italian Medical Unit for Addiction", *Risk manage Healthcare Pol*, 5: 43-48.
 23. Hood S., O'Neil G., Hulse G. (2009), "The role of flumazenil in the treatment of benzodiazepine dependence: physiological and psychological profiles", *J Psychopharmacol*, 23: 401-409.
 24. Lugoboni F., Quaglio G. (2013), "Exploring the dark side of the moon: the treatment of benzodiazepine tolerance", *Br J Clin Pharmacol*, in press. Editorial.
 25. Lalive A.L., Rudolph U., Luescher C., Tan K.R. (2011), "Is there a way to curb benzodiazepine addiction?", *Swiss Med*, Wkly 141, w13277.

Il Gamma idrossibutirrato (GHB) nella ricerca e nella pratica clinica: efficacia e potenzialità d'abuso

Mauro Cibir*, Fabio Caputo^o#, Giovanni Addolorato[^], Mauro Bernardi[#]

Il concetto di Alcolismo (AD) come malattia del cervello (Diana M., 2013) trova la sua articolazione nelle acquisizioni neuro scientifiche e nella loro applicazione nel setting clinico.

Un elemento fondamentale di questo processo è stato la acquisizione della centralità del craving (desiderio irresistibile, compulsione...) nel mantenimento della dipendenza e nella genesi della ricaduta.

La validazione di strumenti farmacologici e psicologici atti a contrastare il craving prevenendo la ricaduta nell'uso di alcol costituisce, oggi, un importante obiettivo nella ricerca e nella clinica. L'utilizzo del Sodio Ossibato (SO) o Acido Gamma-idrossibutirrico (GHB) come anti-astinenziale ed anti-craving si colloca nel contesto descritto.

Il ventennale uso del GHB per il trattamento dell'alcolismo in Italia ha permesso di precisarne le caratteristiche, le indicazioni ed il potenziale di abuso e di definire le tipologie dei pazienti e le modalità di utilizzo che ne massimalizzano l'efficacia riducendone i rischi.

Il GHB nel trattamento della Sindrome di Astinenza da Alcol

La Sindrome da Astinenza da Alcol (SAA) è la più grave tra le astinenze da sostanze e nella sua forma peggiore, il delirium tremens, è potenzialmente mortale.

La SAA è mediata da una ridotta attività GABA-ergica nel sistema nervoso centrale (Davies, 2003; Snead & Liu, 1993; Caputo & Bernardi, 2010).

L'assunzione di GHB sopprime la SAA grazie alla attivazione indiretta dei recettori GABA_A dovuta alla conversione di GHB in GABA (Snead & Gibson, 2005); tale attività GABA-ergica, innescando il trasporto del cloro attraverso la membrana neuronale, induce una diminuzione della eccitabilità del neurone (Malcom, 2003) con conseguente risoluzione dei sintomi.

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

^o U.O. di Medicina Interna, Ospedale SS. Annunziata, Cento (Ferrara);

[^] Istituto di Medicina Interna, Università Cattolica, Roma.

[#] Centro per lo studio ed il trattamento multidisciplinare dell'uso inadeguato dell'alcol "G. Fontana", Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Bologna.

Nel primo studio pilota (Gallimberti e coll., 1989) in singolo cieco il GHB ha mostrato una efficacia simile al diazepam, considerato il "gold-standard" (cioè il trattamento migliore disponibile) per il trattamento della SAA (Addolorato e coll., 1999); un ulteriore studio ha mostrato come il GHB riduca l'ansia, l'agitazione e la depressione associate alle SAA più rapidamente del diazepam (Nava e coll., 2007).

Quest'ultimo dato è stato confermato da un altro studio più recente che ha anche mostrato la maggiore capacità del GHB rispetto al diazepam nel ridurre i livelli di cortisolo; essendo l'ipercortisolismo associato alla attivazione dell'asse dello stress che avviene durante la SAA, questo dato fa pensare ad un effetto maggiormente fisiologico e normalizzante della situazione generale del paziente rispetto al diazepam.

Quest'ultimo dato coincide con le nostre osservazioni cliniche: il paziente con SAA trattato con GHB riprende la propria funzionalità fisica e cognitiva più rapidamente che i pazienti trattati con benzodiazepine; questa caratteristica risulta essere vantaggiosa sia per il benessere soggettivo del paziente, sia per la possibilità di iniziare gli interventi non farmacologici più precocemente; non va, inoltre, sottovalutata, nella scelta della terapia anti-astinenziale, il vantaggio di poter passare direttamente con lo stesso farmaco alla fase "anti-craving".

L'efficacia del GHB nel sopprimere la SAA, ben dimostrata dalla ricerca clinica (Leggio e coll., 2008), è stata ulteriormente confermata dalla osservazione di quasi trecento pazienti con SAA che erano stati ricoverati in ospedale per motivi diversi quali patologie organiche, neurologiche o psichiatriche, traumi o interventi chirurgici (Korninger e coll., 2008).

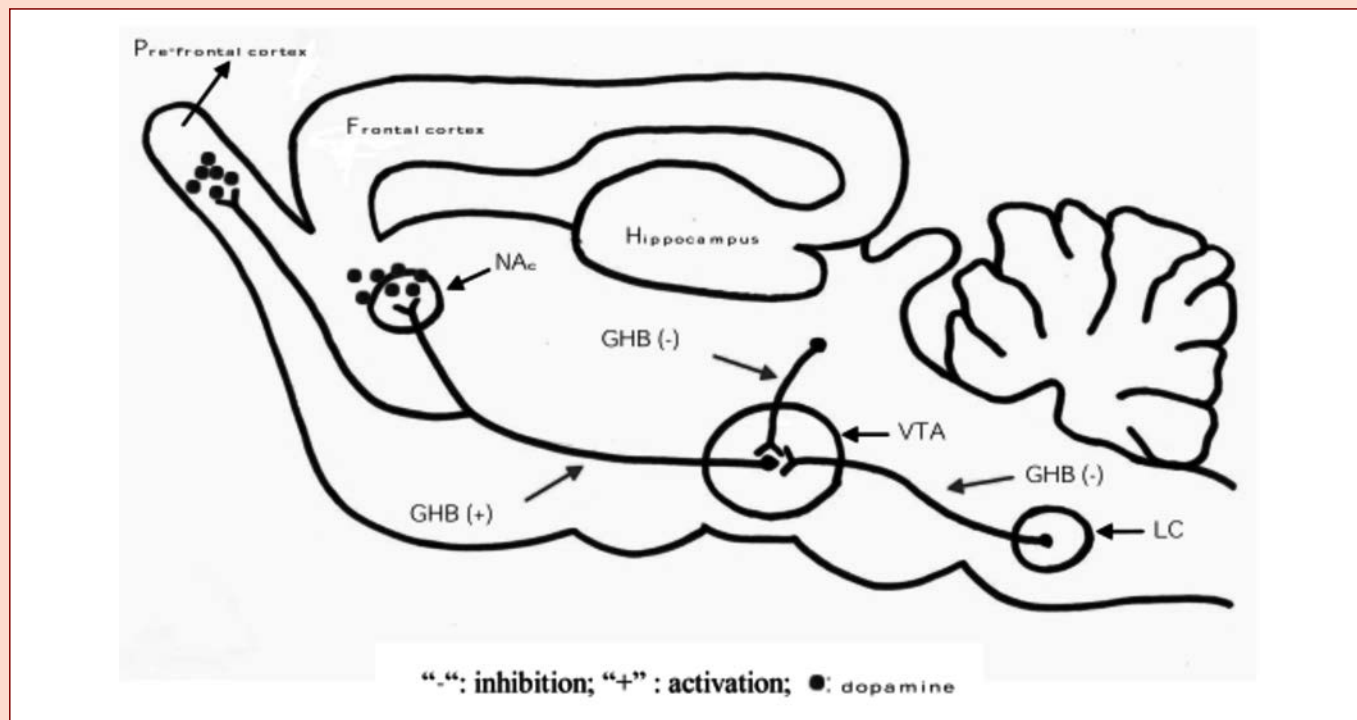
In tutti gli studi citati, il GHB è stato impiegato alla dose di 50-100 mg/kg/die suddiviso in tre o quattro somministrazioni giornaliere; non sono stati segnalati effetti collaterali gravi.

Il GHB come anti-craving

Il GHB è in grado di inibire il consumo volontario di etanolo nei ratti alcol preferenti attraverso una azione alcol-mimetica (Agabio e coll., 1998; Gessa e coll., 2000) (fig. 1).

Uno studio randomizzato in doppio cieco nel quale pazienti con Dipendenza da Alcol (AD) sono stati trat-

Fig. 1 - Attività del sistema mesolimbocorticale durante la somministrazione di GHB



Il GHB provoca attivazione dei neuroni Dopaminergici (DA) che originano dall'Area Ventrale Tegmentale (VTA) attraverso la azione diretta sui neuroni stessi e la inibizione dei neuroni gabaergici e noradrenergici, a tali azioni consegue l'aumento del rilascio di dopamina da Nucleo Accumbens (NA) e Corteccia Prefrontale. Questo meccanismo sta alla base delle proprietà alcol mimetiche del GHB.

tati con GHB a dosi di 50 mg/kg suddivise in tre somministrazioni giornaliere o placebo per tre mesi, ha evidenziato che il GHB era significativamente superiore al placebo nell'aumentare il numero di giorni di astinenza, nel ridurre il numero di assunzione di bevande alcoliche giornaliere e nel ridurre desiderio di alcol (Gallimberti e coll., 1992).

Uno studio multicentrico in "aperto" ha confermato l'efficacia del GHB nel migliorare il tasso di astinenza e nel ridurre l'appetizione per l'alcol (Addolorato e coll., 1996). Questi studi hanno anche mostrato come gli eventuali effetti collaterali, quali vertigini, sonnolenza e stanchezza scomparivano proseguendo il trattamento.

Il trattamento con GHB determina, quindi, la riduzione del craving ed il miglioramento della condizione clinica del paziente; tuttavia, il 30-40% degli alcolisti trattati non riesce a raggiungere la completa astinenza da alcol che è, comunque, lo scopo primario nel trattamento dell'AD.

Tenendo conto della breve emivita del GHB (Ferrara e coll., 1992), uno studio è stato condotto per valutare l'efficacia della somministrazione di un maggiore frazionamento (sei volte al giorno) della stessa dose (50 mg/kg) di GHB in quei soggetti che non hanno raggiunto l'astinenza da alcol dopo la somministrazione delle tre dosi giornaliere (Addolorato e coll., 1998).

I risultati hanno mostrato che in questo modo una maggior percentuale di pazienti che erano in grado di raggiungere la completa astinenza.

Uno studio in aperto della durata di un anno ha testato l'efficacia del GHB (dosi comprese tra 25 e 100 mg/kg/die) in alcolisti "resistenti", cioè pazienti che avevano precedentemente seguito almeno due tentativi di trattamento dell'AD senza raggiungere l'astinenza da alcol o che erano ricaduti nel bere durante la partecipazione a gruppi di auto-aiuto o che, trovandosi in condizioni psico-sociali o ambientali precarie, avevano particolari difficoltà a raggiungere l'astinenza (Maremmanni e coll., 2001).

Al termine dello studio, il 60% dei pazienti erano "responder", vale a dire, avevano raggiunto con successo la completa astinenza da alcol insieme con una migliore stabilità sociale (full-responders) o avevano ridotto il loro consumo di alcol pur senza raggiungere la completa astinenza (partial-responders).

I pazienti inclusi nello studio mostravano miglior aderenza al trattamento con GHB rispetto a quanto osservato nei trattamenti precedenti; tale aderenza era ancora migliore nei soggetti in cui il dosaggio era frazionato fino a sei volte al dì.

È interessante notare come nei partial-responders si osservavano meno gli effetti legati alla contemporanea assunzione di GHB ed alcol abitualmente consistenti nell'aumento dell'effetto euforizzante e sedativo delle singole sostanze (Thai e coll., 2006).

La conclusione che è possibile trarre da questi due studi è che il GHB agisce meglio se frazionato in più sommini-

strazioni giornaliere (in accordo con la cinetica molto rapida della molecola pari a circa 2-4 ore).

La prescrizione in tre dosi viene abitualmente adottata per comodità; tuttavia, ove i risultati fossero insoddisfacenti, potrebbe essere opportuno adottare un maggiore frazionamento (sei dosi, una ogni 4 ore), a parità di dosaggio; molto interessante da questo punto di vista potrebbe essere l'introduzione di una formulazione a lento rilascio che, rallentandone la cinetica, consenta una maggiore stabilità, nel tempo, degli effetti del farmaco.

Associazione con Naltrexone e Disulfiram

Alcuni studi hanno preso in considerazione la combinazione del GHB con altri farmaci utili nel trattamento dell'AD (Vignoli T., 2013).

In questo contesto la combinazione con il naltrexone (NTX) è apparsa particolarmente interessante, in quanto permetterebbe di combinare gli effetti alcol-mimetici del GHB alle proprietà "anti-reward" del NTX.

Il NTX, infatti, bloccando i recettori m degli oppioidi, ha una azione di "freno" sul consumo di alcol che è stata utilizzata per ridurre le conseguenze della ricaduta in alcolisti in trattamento (Soyka, 2013).

In un primo studio randomizzato aperto a tre mesi è stata evidenziata la maggiore efficacia del GHB (50 mg/kg/die) rispetto al NTX nel mantenere l'astinenza in pazienti con AD moderata (Caputo e coll., 2003); nello stesso studio si evidenziava come la ricaduta nei pazienti con NTX era meno grave, non comportando una completa perdita di controllo sull'uso di alcol.

Un altro studio con modello randomizzato in aperto ha comparato l'efficacia di GHB, NTX e DF osservando una efficacia simile sul mantenimento dell'astinenza (Nava e coll., 2006).

Un ulteriore studio randomizzato a tre mesi condotto in pazienti con forme gravi di AD (Caputo e coll., 2007) ha mostrato come il trattamento combinato con GHB e NTX sia più efficace nel mantenere l'astinenza da alcol rispetto ai due farmaci utilizzati singolarmente; oltre a ciò, le ricadute nel gruppo con trattamento combinato apparivano meno gravi; questi risultati supportano l'ipotesi iniziale, ovvero, che l'azione dei due farmaci si combinano sinergicamente con effetti favorevoli.

Particolarmente interessante appare l'osservazione secondo la quale nel gruppo "combinato" nessun soggetto ha sviluppato craving per il GHB, mentre tale evento si è osservato nel 10% del gruppo "solo GHB".

Gli stessi autori riportano tre casi clinici in cui il craving per il GHB è stato soppresso dalla somministrazione contemporanea di NTX (Caputo e coll., 2005).

È possibile ipotizzare che le proprietà "anti-reward" del NTX siano in grado di evitare lo sviluppo di craving per il GHB e, quindi, di minimizzarne i fenomeni di abuso.

Un'altra combinazione farmacologica potenzialmente utile nel trattamento dell'AD può essere quella tra GHB e DF.

In questo caso, il vantaggio deriverebbe dalla combinazione delle capacità anti-craving del GHB con quelle di "deterrente psicologico" del DF.

Maremmani e coll. (2011) propongono la somministrazione di DF a pazienti già trattati con GHB con risultati soddisfacenti ed osservano un miglioramento nel raggiungimento dell'astinenza da alcol e nella permanenza in trattamento.

Abuso di GHB negli studi clinici

I fenomeni di abuso farmacologico sono uno dei punti cruciali durante l'uso del GHB nella clinica dell'AD.

Tale fenomeno riguarderebbe circa il 10% dei pazienti, secondo osservazioni che hanno incluso nella categoria "abuso" manifestazioni molto varie come impatto clinico: dal semplice sviluppo di craving per la molecola, alla assunzione occasionale di dosi maggiori o più frequenti (fenomeno che può essere letto anche come tentativo di auto-regolazione del dosaggio per combattere il craving per l'alcol) a infrequenti situazioni di assunzione impropria acuta e continuativa (Addolorato e coll., 2000).

Lo sviluppo di una vera e propria dipendenza da GHB in un setting clinico ed alle dosi terapeutiche è evento raro e riportato finora solo da segnalazioni aneddotiche.

Nella pratica clinica, è possibile limitare questi fenomeni attraverso un maggior controllo nell'approvvigionamento del farmaco, analogamente a quanto avviene per altri farmaci soggetti a fenomeni di abuso (distribuzione solo in centri specializzati, limitazione della quantità a disposizione del paziente, affidamento del farmaco a familiari o altri referenti affidabili).

Un'altra via è la individuazione di tipologie di pazienti maggiormente a rischio per lo sviluppo di craving per il GHB, come effettuato da Caputo e coll. (2009).

In questo studio 47 pazienti con AD sono stati divisi in 4 gruppi sulla base delle caratteristiche cliniche e trattati con GHB per tre mesi: gruppo A (alcolisti puri), Gruppo B (alcolisti con dipendenza da cocaina in remissione completa protratta) Gruppo C (alcolisti con dipendenza da eroina, in remissione completa protratta), gruppo D (alcolisti in trattamento di mantenimento con metadone).

Al termine dello studio è risultato che, mentre l'efficacia del GHB nel mantenere la astinenza da alcol era analoga nei quattro gruppi, il craving per il GHB era significativamente maggiore nel gruppo B rispetto agli altri gruppi.

Considerando solo i soggetti con pregressa dipendenza da eroina, il craving era inferiore nei soggetti in trattamento con metadone.

L'abuso di GHB veniva riscontrato in maniera significativamente maggiore nel gruppo B rispetto ai gruppi A e D, mentre nel gruppo C era significativamente maggiore rispetto al gruppo A e D.

In altre parole, si riscontra una maggiore tendenza all'appetizione ed all'abuso di GHB negli ex cocainomani (categoria in cui fenomeni di abuso si riscontrano nel 90% dei casi) e negli eroinomani non in trattamento con metadone, mentre tale tendenza non si riscontra negli ex eroinomani che assumono metadone.

Secondo gli autori questi dati non raccomandano la somministrazione di GHB ad alcolisti ex tossicodipendenti, mentre depongono a favore del trattamento di alcolisti in trattamento di mantenimento con metadone. Gli Autori spiegano la predisposizione all'abuso di GHB dei soggetti con pregressa tossicodipendenza attraverso il persistere nella riduzione del rilascio di dopamina nelle aree meso-cortico-limbiche a sua volta legata alla sregolazione dei recettori D2 nello striato che consegue all'uso di cocaina, alcol ed oppiacei ed al persistere di tale alterazione anche per lungo tempo dall'interruzione dell'uso di sostanze.

Al fenomeno può, inoltre, contribuire la riduzione dei recettori GABA_B conseguente alla cronica assunzione di cocaina.

È interessante notare come i soggetti con pregressa dipendenza da eroina in trattamento di mantenimento con metadone non abbiano manifestato un aumento del craving o dei fenomeni di abuso del GHB rispetto agli "alcolisti puri".

Alcuni studi hanno evidenziato come la terapia di mantenimento con metadone possa causare la desensibilizzazione dei recettori m degli oppioidi nel ratto e la conseguente riduzione del rilascio di dopamina nello striato nei soggetti che hanno utilizzato eroina: queste osservazioni consentono di attribuire la mancanza di appetizione per il GHB nei soggetti in trattamento con metadone a fenomeni di interferenza con le vie dopaminergiche.

Un ulteriore studio effettuato dallo stesso gruppo di ricerca ha comparato un gruppo di alcolisti senza comorbidità psichiatrica con un gruppo che presentava problematiche psichiatriche, evidenziando dopo tre mesi di trattamento la stessa efficacia del GHB nel mantenimento della completa astinenza da alcol in entrambi i gruppi, mentre il gruppo che presentava una comorbidità psichiatrica ha sviluppato craving per il farmaco in una percentuale significativamente maggiore (circa 40%) rispetto al gruppo di alcolisti senza comorbidità psichiatrica (Caputo e coll., 2011).

Va segnalato come tra gli alcolisti con diagnosi psichiatrica svilupparono maggiormente craving per il farmaco e fenomeni di abuso quelli con diagnosi di disturbo di personalità di tipo borderline.

Tali soggetti presentano un importante grado di impulsività e tale aspetto, sembra essere la molla scatenante l'abuso del GHB.

La presenza di questi disturbi di personalità nei pazienti con AD è evento frequente al punto da spingere Cloninger a inserirla come elemento discriminante nel distinguere due tipologie di alcolisti (Cloninger, 1987; Hinnenthal e coll., 2010).

In un recente studio condotto su un consistente campione di alcolisti ricoverati in programmi residenziali brevi (Soares Pinto e coll., 2013), si rileva come il circa 1/3 sia affetto da disturbi di personalità comorbili, frequentemente associato a poliabuso di sostanze.

La percentuale di pazienti alcolisti rispetto ai quali sussiste la necessità di un particolare cautela nell'uso del GHB è, dunque, rilevante.

Un approccio potenzialmente utile nel ridurre/sopprimere l'insorgenza di craving per il GHB può essere la contemporanea prescrizione del NTX (Caputo e coll., 2005, 2007); tuttavia, ulteriori studi saranno necessari per confermare l'utilità dell'associazione GHB e NTX sia nel prevenire la perdita di controllo in corso di ricaduta, sia sulla riduzione dei fenomeni di abuso di GHB. Caputo e coll. (2009), dopo una revisione dei dati di letteratura concludono a favore dell'uso del GHB nel trattamento della AD, sottolineando la differenza tra l'uso del GHB con droga ricreazionale ed il suo impiego come farmaco sotto stretta sorveglianza medica.

Per minimizzare i rischi di intossicazione e di uso voluttuario gli autori suggeriscono, quindi, il rispetto delle seguenti regole:

- a) utilizzare un dosaggio di GHB non superiore a 50-100 mg/kg frazionato da 3 fino a 6 somministrazioni giornaliere;
- b) utilizzare GHB solo per il trattamento di alcolisti senza co-dipendenza pregressa da altre sostanze ed in assenza di disturbo borderline di personalità (controindicazioni relative e non assolute);
- c) pianificare controlli medici frequenti;
- d) individuare un membro della famiglia a cui il GHB possa essere affidato.

Il GHB nella pratica clinica in Italia

Il GHB è registrato e commercializzato in Italia dal 1991 come Alcover® sotto forma di soluzione orale, con l'indicazione al trattamento della SAA e del mantenimento dell'astinenza in pazienti con AD; dal 2004 è registrato anche in Austria.

Secondo la *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 "Legge Quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati"* (www.salute.gov.it) nel 2011 sono state distribuite, in gran parte da strutture pubbliche, 16.413.070 dosi di Alcover per un costo di 6 milioni di euro (su un totale di 7.900.000 di spesa per farmaci indicati nel trattamento dell'AD).

Questi dati ci mostrano, in maniera evidente, come l'utilizzo del GHB nel trattamento dell'AD sia radicato e diffuso nel nostro paese: vi è una maggioranza di "alcolologi" che ritiene questo impiego utile e che non ritiene problematico l'utilizzo di una sostanza psicoattiva nel trattamento dell'AD, fatte salve, ovviamente, le cautele già segnalate.

Va, tuttavia, segnalato come una parte dei professionisti che si occupano di Problemi alcol correlati non ritiene etico l'utilizzo del GHB come farmaco per il trattamento dell'alcolismo a causa del suo potenziale d'abuso.

L'attività clinica "reale" è, spesso, diversa da quella in cui si svolgono le ricerche farmacologiche; i vari setting terapeutici e le differenti competenze professionali introducono variabili che differenziano le modalità di utilizzo dei farmaci e degli interventi non farmacologici; questo aspetto è particolarmente vero nel caso dell'Alcover farmaco per il quale le componenti "operative" quali la modalità di distribuzione e di somministrazione giocano un ruolo rilevante, in particolare, per quanto riguarda la prevenzione dei fenomeni di abuso.

Per esporre e discutere tutte le problematiche legate all'uso del farmaco sono state organizzate a Bologna nel maggio 2008 e giugno 2009 due giornate di studio dal titolo "Il trattamento dell'alcoldipendenza dopo quindici anni di Alcover® (GHB): buone pratiche cliniche - integrazione dei trattamenti".

Dopo lo svolgimento della prima conferenza, è stato elaborato e distribuito un questionario, strutturato in 125 domande suddivise in 5 capitoli principali (indicazioni terapeutiche, modalità del trattamento, effetti collaterali ed abuso, associazioni farmacologiche, trattamento non farmacologico associato).

Il questionario è stato compilato da 48 servizi territoriali per le dipendenze con esperienza nell'uso di Alcover; i risultati raccolti sono stati discussi nel corso della seconda conferenza da cui sono emerse una serie di raccomandazioni (Maremmani e coll., 2010).

Lo scopo della discussione e del questionario era quello di valutare il grado di accordo dei "testimoni" (medici che utilizzano l'Alcover nella pratica clinica quotidiana) su alcuni temi riguardanti il farmaco.

Non si tratta, dunque, di affermazioni "giuste" o "sbagliate", ma di maggiore o minore accordo. Nella costruzione del questionario sono stati volutamente utilizzate alla lettera affermazioni emerse dalla discussione.

Questo fatto spiega lo "stile" discorsivo che il questionario stesso assume a tratti come pure alcune contraddizioni interne.

Vengono, di seguito, enumerate le raccomandazioni emerse dal consenso ottenuto alle risposte del questionario (80% di consenso):

- non aspettare che il paziente smetta di bere per iniziare la somministrazione del GHB;
- continuare l'uso di GHB nei pazienti che, dopo l'inizio della terapia, migliorano la loro condizione clinica;

- i pazienti in trattamento per HCV/HIV possono essere trattati anche con GHB;
- non considerare l'GHB un farmaco da riservare a pazienti "irrecuperabili";
- non usare dosaggi contenuti nella speranza di prevenire il craving per GHB, ma usare dosaggi ai quali il paziente controlla il craving per l'alcol e, comunque, non superiori a 100 mg/kg/die;
- non trattare tutti i pazienti per un tempo fisso, ma per un tempo variabile da paziente a paziente;
- non usare GHB soltanto nei pazienti stabilizzati;
- frazionare maggiormente la dose giornaliera, fino a 6 volte al giorno nei pazienti non-responders alle 3 somministrazioni;
- non usare GHB con sedativi del sistema nervoso centrale come oppiacei e benzodiazepine per favorire il sonno;
- non esistono casi di arresto respiratorio documentato durante l'uso clinico del GHB;
- affidare il farmaco, preferibilmente, ad un soggetto terzo in grado di supervisionare che l'assunzione di esso avvenga secondo le modalità prescritte;
- considerare che alcuni pazienti possono sviluppare craving per il GHB;
- ricordare che l'approccio multimodale è necessario per la riuscita del trattamento;
- il "counselling" sul paziente è necessario e riveste un ruolo importante sia nel processo di cura che di prevenzione della ricaduta.

Il processo descritto testimonia il buon grado di affidabilità che i medici del campione attribuiscono al trattamento con GHB, ove effettuato correttamente, oltreché la sostanziale concordanza tra le evidenze della ricerca e la pratica clinica (Cibin e coll., 2010).

Conclusioni

Sia gli studi clinici che l'esperienza clinica mostrano l'utilità del GHB nella gestione della SAA e nel mantenimento della astinenza da alcol.

Secondo i dati disponibili i fenomeni di craving ed abuso per il GHB possono interessare circa il 10% dei pazienti con una maggiore incidenza nei soggetti con storia di uso di droghe e disturbo di personalità di tipo borderline.

Come osservato dalla revisione Cochrane (Leone e coll., 2010; Brambilla, e coll., 2012), gli studi disponibili sull'uso del GHB nel trattamento dell'AD sono stati condotti quasi tutti in Italia e presentano una bassa numerosità campionaria ed una marcata eterogeneità di confronti, misure di esito e tempi.

Questi elementi possono costituire un limite nel trarre conclusioni definitive.

Nonostante ciò, gli stessi Autori sottolineano che il GHB ha mostrato un basso tasso medio di ricaduta (18,7%) rispetto al NTX ed all'acamprosato, rispettivamente del

50,6% e 64,4%, secondo quanto recentemente pubblicato nelle revisioni sistematiche sull'efficacia dei due farmaci.

Quanto riportato coincide con la impressione di chi usa il GHB nella attività clinica quotidiana. A fronte di una elevata efficacia anti-astinenziale ed anti-craving, la prescrizione di GHB richiede una accurata selezione dei pazienti, un costante monitoraggio ed una attuazione di provvedimenti tendenti a limitarne la disponibilità come ad esempio l'affido ai familiari.

In altri termini, si tratta di un farmaco che esprime il massimo delle potenzialità in un setting controllato e specialistico, come sottolineato anche da Sewell & Petrakis (2011), mentre difficoltà nel suo uso si possono incontrare in situazioni in cui sia limitata la possibilità di selezione dei pazienti e di controllo nell'utilizzo (Cibin e coll., 2013).

La individuazione di popolazioni di alcolisti rispetto ai quali il GHB espleti la maggior efficacia terapeutica con il minimo prezzo in termini di fenomeni di abuso costituisce probabilmente il futuro della ricerca su questo farmaco (Caputo F., 2011).

Bibliografia

- Addolorato G., Balducci G., Capristo E., Attilia M.L., Taggi F., Gasbarrini G., Ceccanti M. (1999), "Gamma-hydroxybutyric acid (GHB) in the treatment of alcohol withdrawal syndrome: a randomized comparative study versus benzodiazepine", *Alcohol Clin. Exp. Res.*, 23: 1596-1604.
- Addolorato G., Castelli E., Stefanini G.F., Casella G., Caputo F., Marsigli L., Bernardi M., Gasbarrini G. (1996), "An open multicentric study evaluating 4-hydroxybutyric acid sodium salt in the medium-term treatment of 179 alcohol dependent subjects. GHB Study Group", *Alcohol Alcoholism*, 31: 341-345.
- Addolorato G., Cibin M., Caputo F., Capristo E., Gessa G.L., Stefanini G.F., Gasbarrini G. (1998), "Gamma-hydroxybutyric acid in the treatment of alcoholism: dosage fractioning utility in non-responder alcoholic patients", *Drug Alcohol Depend.*, 53: 7-10.
- Addolorato G., Caputo F., Capristo E., Stefanini G.F., Gasbarrini G. (2000), "Gamma-hydroxybutyric acid efficacy, potential abuse, and dependence in the treatment of alcohol addiction", *Alcohol*, 20: 217-222.
- Agabio R., Colombo G., Loche A., Lobina C., Pani M.L., Reali R., Gessa G.L. (1998), "Gamma-hydroxybutyric acid reducing effect on ethanol intake: evidence in favour of a substitution mechanism", *Alcohol Alcoholism*, 33: 465-474.
- Brambilla R., Vigna-Taglianti F., Avanzi G., Faggiano F., Leone M. (2012), "Il gamma-idrossibutirrato (GHB) nel trattamento a medio/lungo termine della dipendenza da alcol: una revisione sistematica", *Riv Psichiatr.*, Jul-Aug, 47(4): 269-80. www.rivistadipsichiatria.it
- Caputo F., Vignoli T., Lorenzini F., Ciuffoli E., Del Re A., Stefanini G.F., Addolorato G., Trevisani F., Bernardi M. (2005), "Alcoholism Treatment Study Group. Suppression of craving for gamma-hydroxybutyric acid by naltrexone administration: three case reports", *Clin Neuropharmacol*, 28(2): 87-9.
- Caputo F., Bernardi M. (2010), "Medications acting on the GABA system in the treatment of alcoholic patients", *Curr Pharm Des.* 2010. 16(19): 2118-25.
- Caputo F., Addolorato G., Lorenzini F., Domenicali M., Greco G., Del Re A., Gasbarrini G., Stefanini G.F., Bernardi M. (2003), "Gamma-hydroxybutyric acid versus naltrexone in maintaining alcohol abstinence: an open randomized comparative study", *Drug Alcohol Depend.*, 70: 85-91.
- Caputo F., Francini S., Brambilla R., Vigna-Taglianti F., Stoppo M., Del Re A., Leggio L., Addolorato G., Zoli G., Bernardi M. (2011), "Sodium oxybate in maintaining alcohol abstinence in alcoholic patients with and without psychiatric comorbidity", *Eur Neuropsychopharmacol*, 21: 450-456.
- Caputo F., Addolorato G., Stoppo M., Francini S., Vignoli T., Lorenzini F., Del Re A., Comaschi C., Andreone P., Trevisani F., Bernardi M. (2007), "Comparing and combining gamma-hydroxybutyric acid (GHB) and naltrexone in maintaining abstinence from alcohol: An open randomised comparative study", *Eur. Neuropsychopharmacol*, 17: 781-789.
- Caputo F., Francini S., Stoppo M., Lorenzini F., Vignoli T., Del Re A., Comaschi C., Leggio L., Addolorato G., Zoli G., Bernardi M. (2009), "Incidence of craving for and abuse of gamma-hydroxybutyric acid (GHB) in different populations of treated alcoholics: an open comparative study", *J Psychopharmacol*, 23(8): 883-90.
- Caputo F., Vignoli T., Maremmani I., Bernardi M., Zolo G. (2009), "Gamma Hydroxybutyric Acid (GHB) for the Treatment of Alcohol Dependence: A Review", *Int J Environ Res Public Health*, 6(6): 1917-1929.
- Caputo F. (2011), "Gamma-hydroxybutyrate (GHB) for treatment of alcohol dependence : a call for further understanding", *Alcohol Alcohol*, 46,1, 3.
- Cibin M., Lucchini A., Rossi A. (2013), *La gestione delle Dipendenze da Alcol in Medicina Generale*, Disease Management SIMG, Pacini Editore, Pisa, 2013, www.pacini-medicina.it.
- Cibin M., Danieli D., Levarta E., Suardi L. (2010), "Alcover nella pratica clinica: i risultati del questionario alla luce dei dati di letteratura", in Ceccanti M., Maremmani I., Cibin M., Mosti A., *Craving*, Clueb, Bologna.
- Cloninger C.R. (19887), "Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism", *Science*, 236: 410-416.
- Hinnenthal I., Nava F., Ferdico M., Cibin M. (2010), "Personalità Borderline ed Alcolismo: Aspetti Neurobiologici e Clinici", *Mission*, 31: 29-39.
- Korninger C., Roller R.E., Lesch O.M. (2003), "Gamma-hydroxybutyric acid in the treatment of alcohol withdrawal syndrome in patients admitted to hospital", *Acta. Med. Austriaca.*, 3: 83-86.
- Davies M. (2003), "The role of GABAA receptors in mediating the effects of alcohol in the central nervous system", *J. Psychiatry Neurosci*, 28: 263-274.
- Diana M. (2013), "The Addicted Brain", *Front Psychiatry*, 4: 4054.

- Ferrara S.D., Zotti S., Tedeschi L., Frison G., Castagna F., Gallimberti L., Gessa G.L., Palatini P. (1992), "Pharmacokinetics of gamma-hydroxybutyric acid in alcohol dependent patients after single and repeated oral doses", *Br. J. Clin. Pharmacol*, 34: 231-235.
- Gallimberti L., Canton G., Gentile N., Ferri M., Cibir M., Ferrara S.D., Fadda F., Gessa G.L. (1989), "Gamma-hydroxybutyric acid for treatment of alcohol withdrawal syndrome", *Lancet*, 2: 787-789.
- Gallimberti L., Ferri M., Ferrara S.D., Fadda F., Gessa G.L. (1992), "Gamma-hydroxybutyric acid in the treatment of alcohol dependence: a double-blind study", *Alcohol. Clin. Exp. Res*, 16: 673-676.
- Gessa G.L., Agabio R., Carai M.A., Lobina C., Pani M., Reali R., Colombo G. (2000), "Mechanism of the anti-alcohol effect of gamma-hydroxybutyric acid", *Alcohol*, 20: 271-276.
- Leggio L., Kenna G.A., Swift R.M. (2008), "New developments for the pharmacological treatment of alcohol withdrawal syndrome. A focus on non-benzodiazepine GABAergic medications", *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*, 32: 1106-1117.
- Leone M.A., Vigna-Taglianti F., Avanzi G. et al. (2010), "Gamma-hydroxybutyrate (GHB) for treatment of alcohol withdrawal and prevention of relapses", *Cochrane database Syst Rev*, 17, 2.
- Malcolm R.J. (2003), "GABA systems, benzodiazepines, and substance dependence", *J. Clin. Psychiatry*, 64: 36-40.
- Maremmani A.G.I., Pani P.P., Rovai L., Pacini M., Dell'Osso L., Maremmani I. (2012), "Terapia combinata a lungo termine a base di acido gamma-idrossibutirrico e disulfiram negli alcolisti cronici resistenti al trattamento con GHB", *Mission*, 35: 47-54.
- Maremmani I., La Manna F., Tagliamone A. (2001), "Long-term therapy using GHB (sodium gamma hydroxybutyrate) for treatment-resistant chronic alcoholics", *J. Psychoactive Drug*, 33: 135-142.
- Maremmani A.G., Pani P.P., Rovai L., Pacini M., Dell'Osso L., Maremmani I. (2011), "Long-term γ -hydroxybutyric acid (GHB) and DF combination therapy in GHB treatment-resistant chronic alcoholics", *Int J Environ Res Public Health*, 8(7): 2816-27.
- Maremmani I., Cibir M., Mosti A., Ceccanti M. (2010), "GHB nella clinica dell'alcolismo: raccomandazioni e osservazioni", *Medicina delle Tossicodipendenze*, 67.
- Nava F., Premi S., Manzato E., Campagnola W., Lucchini A., Gessa G.L. (2007), "Gamma-hydroxybutyrate reduces both withdrawal syndrome and hypercortisolism in severe abstinent alcoholics: an open study vs. diazepam", *Amer. J. Drug Alcohol Abuse*, 33: 379-392.
- Nava F., Premi S., Manzato E., Lucchini A. (2006), "Comparing treatments of alcoholism on craving and bio-chemical measures of alcohol consumptions", *J. Psychoactive Drug*, 38: 211-217.
- Soares Pinto S.P., Zambon A., Cibir M., Agostini D. et al. (2013), "La residenzialità alcolologica ospedaliera: caratteristiche dei pazienti e dei percorsi terapeutici/riabilitativi", *Mission*, 37: 19-28.
- Sewell R.A., Petrakis I.L. (2011), "Does gamma-hydroxybutyrate have a role in the treatment of alcoholism?", *Alcohol Alcoholism*, 46, 1: 1-2.
- Soyka M. (2013), "Review: in alcohol use disorders, acamprosate is more effective for inducing abstinence while naltrexone is more effective for reducing heavy drinking and craving", *Evid Based Ment Health*, 16(3): 71.
- Snead O.C. III, Liu C.C. (1993), "GABAA receptor function in the g-hydroxybutyrate model of generalized absence seizures", *Neuropharmacology*, 32: 401-409.
- Snead O.C. III, Gibson K.M. (2005), "Gamma-hydroxybutyric acid", *N. Engl. J. Med.*, 352: 2721-2732.
- Thai D., Dyer J.E., Benowitz N.L., Haller C.A. (2006), "Gamma-hydroxybutyrate and ethanol effects and interactions in humans", *J. Clin. Psychopharmacol*, 26: 524-529.
- Vignoli T. (2013), "L'associazione di più farmaci per il trattamento dell'alcoldipendenza", *Mission*, 37.

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

Il Gruppo Terapeutico: l'esperienza del Ser.T. di Ponte San Pietro (Bergamo)

Paola Capellini*, Federica Lucia Gotti**, Marco Riglietta***

SUMMARY

■ *The recent literature acknowledges the group therapy as a significant therapy in the treatment of addictive patients. In the Department of Addictive Behaviours, the institutional input was well mixed with other various factors such as motivation and interest in the experimentation of therapeutic groups, the availability of different professionals with a common psychotherapeutic backgrounds, a shared authentic interest of the equip towards integrated treatments.*

This study describes two examples of psychotherapeutic groups, the first one addressed to the parents and the second one to addictive patients. ■

Keywords: *Group therapy, addiction, Ser.T.*

Parole chiave: *Terapia di gruppo, tossicodipendenza, Ser.T.*

Introduzione

La recente letteratura riconosce nel trattamento gruppale una delle terapie elettive nella cura di pazienti con dipendenza da sostanze psicoattive.

In sintonia con gli studi e le ricerche più recenti e con la diffusione crescente del trattamento gruppale nei servizi per le dipendenze, il Dipartimento Dipendenze di Bergamo, ha fatto proprio tale indicazione sollecitando gli operatori, in particolare gli psicologi, ad ampliare e differenziare le tipologie degli interventi terapeutici rivolti ai pazienti e ai loro familiari, anche attraverso l'offerta di adeguati percorsi formativi.

Nell'unità operativa di Ponte San Pietro, presso la quale lavoriamo, l'input istituzionale, di per sé insufficiente ad alimentare nuovi e fecondi percorsi terapeutici, si è ben incrociato con altri fattori che insieme hanno costituito il terreno fertile e decisivo intorno al quale poter ripensare il compito istituzionale di cura del servizio e sperimentare nuovi percorsi terapeutici: la motivazione di operatori con diverse professionalità (medico e psicologo) ma una comune formazione psicoterapeutica, la presenza di un'équipe sufficientemente coesa e in grado di sostenere processi di integrazione di pensieri e azioni, il sostegno della responsabile del servizio all'introduzione e sperimentazione di modelli terapeutici di gruppo.

Quando parliamo di gruppo, pensiamo ad un setting psicoterapeutico per pazienti in carico ai servizi, ma pensiamo anche ad una attitudine e ad un modo di muoversi e lavorare dentro i servizi, nelle équipe cliniche, tra operatori con diverse formazioni e professionalità.

La presenza di operatori con funzioni e competenze professionali diverse non è infatti di per sé garanzia di un approccio complesso e integrato al paziente, ma può limitarsi a produrre un semplice e inefficace accostamento di compiti specifici fra loro disgiunti e frammentati; resistenze, paure, incertezze, arroccamenti al proprio orientamento e al proprio sapere, attaccamento a tipologie di intervento sperimentate o protocolli rigidamente codificati possono, in altre parole, costituire il terreno rassicurante ma sterile sul quale anche nuovi protocolli terapeutici possono trasformarsi difensivamente in sterili setting di lavoro; al contrario, un buon clima di lavoro e la presenza di un'équipe capace di valorizzare "le differenze tra i suoi... e contenere tali differenze entro certi limiti, pena la disfunzionalità e la disgregazione di tutto l'insieme" (Trinciarelli e Zane, 2002) possono favorire e alimentare un approccio complesso e integrato; un clima fatto di relazioni "sufficientemente buone" può aiutare gli operatori a non colludere con la patologia dei pazienti, spesso così abili a contrapporre gli operatori, a negare le differenze, ad ampliare i conflitti e le divergenze, a pretendere risposte immediate e monolitiche, a peregrinare da un servizio o da un operatore all'altro alla ricerca della "ricetta" risolutiva, mantenendo in tal modo inalterato un funzionamento psichico scisso e frammentato, riprodotto collusivamente nel funzionamento speculare di un servizio frammentato e non sufficientemente coeso.

La consapevolezza di un funzionamento psicologico tossicomano che tende a frammentare e scindere e che il paziente tende a proiettare sull'intero gruppo di lavoro, l'attenzione alla costruzione di un clima di lavoro fatto di buone relazioni umane e professionali, la costante messa in comune di pensieri e ipotesi operative, hanno rappresentato lo scenario decisivo favorevole all'avvio dell'esperienza; il gruppo psicoterapeutico, rivolto ai pazienti o ai loro familiari e condotto da due operatori professionisti, si alimentava costantemente anche del sostegno dell'intero gruppo di lavoro dell'équipe.

* Tossicologa, psicoterapeuta, Ser.T. Ponte S. Pietro, Bg.

** Psicologa, psicoterapeuta, Ser.T. Ponte S. Pietro, Bg.

*** Direttore Dipartimento delle Dipendenze ASL di Bergamo.

L'avvio dei gruppi

Dall'introduzione del primo gruppo, avviato nel 2008, ad oggi, diverse sono state le esperienze di conduzione di gruppi attivati nel servizio, esperienze sempre accompagnate da un fecondo lavoro di supervisione e da un costante affinamento e ripensamento del lavoro clinico:

- Gruppi per genitori (12 sedute, 40 sedute)
- Gruppi per pazienti tossicodipendenti (25 sedute, 40 sedute)
- Gruppi per giovani donne (8 sedute, 12 sedute),

una serie di contenitori gruppali che si articolavano in percorsi terapeutici diversificati, caratterizzati da obiettivi specifici, termini temporali brevi o medio lunghi, in grado di accogliere e rispondere ai diversi bisogni dei pazienti nelle diverse fasi del loro percorso evolutivo e della loro storia tossicomana; una serie di percorsi volti a costruire uno spazio di pensiero tra un malessere emotivo poco riconosciuto e scarsamente elaborato e l'agire tossicomano come tentativo inadeguato e incongruo di dare una risposta concreta e immediata ad un dolore al momento non esprimibile con le parole.

Descriveremo, in particolare, due esperienze di gruppo psicoterapeutico: il primo rivolto a genitori. Il secondo a pazienti tossicodipendenti in trattamento metadonico.

Un gruppo per genitori

La **prima esperienza di gruppo** si realizza nel nostro servizio con un gruppo terapeutico rivolto ai genitori di giovani pazienti in carico al servizio.

È stata l'esperienza pionieristica che ci ha consentito di:

- rispondere ad uno dei bisogni rilevati nel servizio ed evidenziati nelle numerose richieste implicite od esplicite portate nei colloqui con i pazienti e i loro familiari;
- riconoscere l'idea che la famiglia è coinvolta nella vita e nel percorso terapeutico dei pazienti; e ciò non solo perché genericamente il disagio psichico del singolo è legato ad un intreccio di relazioni tra soggetto e gruppi di appartenenza, ma perché il contesto familiare, in termini reali o fantasmatici, accompagna il percorso dei nostri utenti e può favorirne o ostacolarne l'iter riabilitativo;
- attuare una prima sperimentazione di terapia di gruppo, verificando le affinità e le diversità nella co-conduzione tra gli psicoterapeuti.

Tutto ciò mantenendo un approccio analiticamente orientato, rispettoso dei fondamentali principi teorici dell'orientamento psicodinamico in un percorso di gruppo: un'attenzione privilegiata al mondo interno delle emozioni e alle dinamiche trasferali e controtrasferali sollecitate dal gruppo, l'astensione e lo scoraggiamento di facili giudizi o inefficaci consigli a favore di un clima di ascolto e comprensione, l'attenzione a non saturare le richieste e le attese del gruppo favorendo la circolazione delle emozioni e le risonanze emotive tra i partecipanti.

Finalità

La **finalità generale** è quella di offrire ai genitori uno spazio di riflessione e confronto e un lavoro di integrazione parallelo al percorso terapeutico dei figli, uno spazio che permetta loro di:

- orientare positivamente le energie spesso spese dai genitori in termini negativi (controllo, delega, espulsione, messa in atto di risposte immediate e collusive...);

- introdurre uno spazio di pensiero che li aiuti a muoversi con maggior consapevolezza e competenza nella complessità e gravità della situazione;
- costruire un'alleanza terapeutica che favorisca e renda più agevole l'iter riabilitativo del figlio tossicodipendente.

Target

L'individuazione dei genitori per la costruzione del gruppo si è realizzata focalizzando l'attenzione su alcune **caratteristiche dei figli** in carico al servizio.

Si è posta una particolare attenzione nel garantire una certa omogeneità al fine di favorire una maggior facilità di rispecchiamento e identificazione tra i genitori, allontanare fantasmi persecutori e proiettivi ("anche mio figlio diventerà così", "tutti i tossici finiscono male", o viceversa "mio figlio non è un tossico perché non è come quelli là"), agevolare una maggior dimensione di confronto e condivisione, facilitare la costruzione di un senso di appartenenza al gruppo.

I dati clinici relativi ai figli sono così riassumibili:

- la giovane età (20-25 anni);
- una storia di tossicodipendenza relativamente breve;
- l'uso di eroina come sostanza primaria;
- un discreto funzionamento su un piano sociale e lavorativo.

I genitori sono stati contattati e motivati al percorso terapeutico di gruppo previa condivisione con i figli.

Il gruppo, composto da **9 genitori** (3 coppie, una madre e due padri) si è incontrato con sedute a cadenza settimanale, ciascuna della durata di un'ora e mezza, per una durata complessiva di 12 sedute.

Il percorso terapeutico

Il percorso terapeutico viene descritto mettendo in evidenza le posizioni emotive emerse nel gruppo in fasi diverse del trattamento.

Brevi frammenti di seduta permettono di cogliere l'emotività che circola nel gruppo fin dalle prime sedute, dietro un clima iniziale connotato da diffidenza, vergogna e timore.

Gli inizi del gruppo

La caratteristica saliente del gruppo nella fase iniziale è la grande fatica dei genitori a parlare di sé e la tendenza a mantenere uno sguardo esclusivo sul figlio tossicodipendente.

La concretezza della sostanza stupefacente e la drammaticità dell'esperienza tossicomana attivano nei genitori la dimensione dell'urgenza e la richiesta pressante di risposte concrete e immediate, che rischiano di cortocircuitare il pensiero del gruppo.

Mantenere da parte dei conduttori la giusta distanza emotiva ed una costante attenzione alle dimensioni controtrasferali è stato fondamentale per non favorire o amplificare l'alleanza collusiva già in atto tra gli stessi genitori.

Domande sulla funzione terapeutica del metadone piuttosto che sugli effetti delle sostanze, ripetute ed estenuanti richieste di consigli pratici e immediati, ricerca di rassicuranti conferme sui propri comportamenti, ne rappresentano solo alcuni esempi.

Dietro l'apparente rigidità e l'ostentata sicurezza si nascondeva un ricco ed inesplorato mondo emotivo: aggressività, rabbia, sfi-

ducia, rivendicatività, svalutazione dell'operato dei servizi circolavano in modo dirompente nel gruppo.

“Uno degli aspetti unificanti, quasi un'ideologia del gruppo”, era rappresentato dall'idea che “la situazione di bisogno o di difficoltà creasse automaticamente nei genitori il diritto ad avere un aiuto” (Saottini, 2001), un risarcimento; i conduttori rappresentavano i genitori onnipotenti su cui proiettare tali richieste; loro i genitori passivi, incapaci, incompetenti, svalutati, fallimentari, alla ricerca di un modello cui adeguarsi senza mettere in discussione il proprio stile relazionale e la qualità dei loro rapporti, riproducendo la modalità tossicomantica che annulla ogni tensione e ogni spazio di pensiero: uno stile di dipendenza in cui il vissuto di inadeguatezza e di incompetenza genitoriale veniva veicolato talora attraverso atteggiamenti arroganti e onnipotenti e proiettato sull'istituzione, consentendo loro di tenere a distanza una percezione di sé, ben più dolorosa, di vergogna e inadeguatezza.

La costante sollecitazione emotiva ci ha indotto talora anche ad agire risposte eccessivamente saturanti e poco differenzianti; costantemente messi alla prova dal gruppo, se non agivamo risposte immediate, ci sentivamo genitori inadeguati, insensibili alle loro richieste, incapaci di cogliere la profondità del loro bisogno e di offrire risposte chiare e regole rigide di comportamento.

Risuonava spesso nella mente dei conduttori l'analogia con la fatica del lavoro di tutta un'équipe e di operatori impegnati in prima linea e quotidianamente a contenere le richieste onnipotenti e arroganti dei pazienti.

Ritrovare prima di tutto dentro di noi operatori una capacità di pensare e di sentire diveniva lo strumento indispensabile perché anche i genitori ritrovassero la loro capacità di pensare e sentire e una competenza relazionale troppo spesso soffocate dall'angoscia e dalla paura.

La fase del rispecchiamento e dell'elaborazione

Il gruppo si compatta e si confronta; la possibilità di riconoscersi e di rispecchiarsi attenua le ansie e allenta le difese.

Il clima del gruppo diviene più sereno, meno persecutorio; il modo in cui ci si saluta all'inizio e alla fine della seduta, le strette di mano, il ricordare le sedute successive, il dispiacere per l'assenza di qualche membro del gruppo, la ricerca di una certa complicità anche con gli operatori, ne sono una testimonianza.

La modalità di comunicazione si fa più vivace e variegata, meno stereotipata; si esprimono paure, incertezze, difficoltà e anche qualche curiosità in più rispetto a se stessi e agli altri genitori.

Ci si concede anche qualche puntatina fuori dal mondo della tossicodipendenza, lontano dal mondo dei figli: qualcuno racconta della propria passione per i viaggi o delle camminate in montagna, qualcuno porta episodi della propria vita o della storia coniugale.

Una nuova strada che qualcuno comincia a percorrere, che qualcun altro invece non si permette ancora, soffocato dal senso di colpa e dalla vergogna (“da quando abbiamo scoperto che nostra figlia si droga, non usciamo più a far grigliate con gli amici”, “con un drogato in casa, come si fa ad andare in vacanza”).

Ci si concede qualche puntatina anche nel passato, laddove i figli vengono descritti inizialmente come “bravi e buoni”, poi, succede qualcosa di imprevedibile ed incomprensibile e diven-

tano improvvisamente bugiardi, inaffidabili, sconosciuti (“era la nostra principessa” dicono i genitori di M., lasciando intuire che forse oggi la loro principessa è diventata “una strega”).

Permangono meccanismi di scissione e atteggiamenti di espulsività, ma iniziano ad emergere contenuti più intimi ed emotivamente investiti, che favoriscono la costruzione di nessi e l'integrazione di elementi scissi, che sollecitano uno sguardo più benevolo sui figli, non solo “tossici” da controllare, bugiardi e irriconoscenti, ma persone fragili e sofferenti.

La signora A. che si era posta all'inizio del gruppo come “la madre del tossico più combattiva, la dura del gruppo” (“ho tolto mio figlio dallo stato di famiglia, o dentro come dico io o fuori”) e proprio per questo all'inizio invidiata dagli altri genitori per la sua determinazione e sicurezza, racconta della propria solitudine e di un marito che la lascia sola in questa drammatica situazione (“non se la sente di venire al gruppo”), o si commuove quando racconta del figlio allontanato da casa per il quale con tanta cura prepara un pasto quando, in assenza del marito, il figlio chiede di essere invitato a pranzo.

La facciata del carabiniere saccente e controllore si sgretola e lascia posto a una donna sofferente, che si intenerisce e si commuove; ed il gruppo sembra accogliere favorevolmente questo disvelamento (“ah, allora anche lei ha un cuore tenero, non è solo dura come ci aveva fatto pensare”) che agevola negli altri genitori la possibilità di dar voce a una parte di sé negata e allontanata.

Il gruppo la ascolta con attenzione, si interroga, la sostiene, associa.

La fase conclusiva

Il gruppo assume sempre di più il significato di uno spazio da tutelare e proteggere, uno spazio dentro il quale comprendere, approfondire, narrare, raccontare, vivere emozioni, senza giudizi, senza aggressioni, senza svalutazioni.

Le regole del setting definite con il gruppo (puntualità, costanza, rispetto della privacy, ecc.), vissute all'inizio come rigide e severe, divengono strumenti di definizione di uno spazio e di un tempo, di un dentro e di un fuori, garantendo tutela e protezione dei confini del gruppo stesso.

I membri del gruppo riconoscono come significativa la presenza dell'altro, si interrogano sulle presenze e assenze e sui movimenti emotivi del singolo e del gruppo; chi è assente sperimenta il timore di “perdere un pezzo del viaggio” o di essere escluso, chi è presente proietta sull'assente il timore di una svalutazione o di una rottura di uno spazio faticosamente condiviso.

La costruzione di una storia di appartenenza al gruppo rende “possibile” comunicare eventuali assenze, senza evocare fantasie persecutorie da un lato e dall'altro timori abbandonici ed allarmismi su un possibile sfaldamento anticipato del gruppo (né traditori né traditi); l'assenza introduce il tema della conclusione del gruppo terapeutico, permettendo di percepire la separazione come un evento certamente faticoso, ma al tempo stesso evolutivo.

Così come per i genitori è stato una prima palestra di allenamento, in vista di una diversa qualità della relazione con i propri giovani figli, per i conduttori il gruppo è stata una palestra per affrontare, usando la metafora costruita dal gruppo, “viaggi più complessi e articolati” attraverso nuove proposte terapeutiche di gruppo; ha stimolato nei genitori la “curiosità” e il desiderio di partecipare ad ulteriori percorsi psicoterapici.

Un gruppo per pazienti tossicodipendenti in trattamento metadonico

Dopo una prima sperimentazione nella conduzione di un gruppo rivolta a genitori di giovani tossicodipendenti, ci siamo orientate ad un gruppo psicoterapeutico rivolto a pazienti con una lunga storia di tossicodipendenza (dipendenza da eroina come sostanza primaria, da anni in carico al servizio, in trattamento farmacologico con metadone).

Una scelta dettata dal desiderio di rifondare una motivazione alla cura e proporre anche a pazienti con una dipendenza protratta l'accesso ad una offerta orientata in senso psicoterapico.

L'avvio di un gruppo rivolto a questo target di pazienti ha rappresentato una sfida contro la rassegnazione alla cronicità, che spesso, usando le parole dei nostri pazienti, assume i connotati della "predisposizione genetica" o del "tanto sono sempre stato così", una sfida della parola e del pensiero contro la tangibilità della sostanza.

Lo **strumento gruppale** ci è parso utile e appropriato in quanto, offrendo una maggior possibilità di rispecchiamento, confronto e identificazione con gli altri membri del gruppo, favorisce lo sviluppo di transfert laterali in grado di attenuare la fatica di una relazione terapeutica individuale.

L'intervento di gruppo infatti permette maggiormente al paziente:

- a) di modulare la propria distanza relazionale in funzione delle proprie risorse personali;
 - b) di sviluppare processi di identificazione all'interno di uno scambio tra pari,
- favorendo l'adesione ad un progetto terapeutico terapeutico più adeguato e accessibile.

La **frequenza settimanale** sembrava fornire la distanza emotiva ottimale idonea ad una sollecitazione non troppo calda o eccessiva da un lato, non troppo distante dall'altra.

La **durata** relativamente breve dell'intervento (25 sedute a cadenza settimanale) rendeva più facile e accessibile l'adesione ad un percorso psicoterapico, offrendo la possibilità di prefigurarsi un orizzonte temporale limitato sperimentando buone relazioni terapeutiche in tempi relativamente brevi.

Target

I principali dati clinici relativi ai pazienti sono così riassumibili:

- una lunga storia di tossicodipendenza, con eroina come sostanza primaria, attualmente in trattamento farmacologico con metadone;
- età compresa tra i 35 e 45 anni;
- assenza di diagnosi psichiatrica sull'asse I del DSM IV TR.

Tutti presentano un **discreto adattamento personale e sociale** con:

- una attività lavorativa stabile;
- la non convivenza con genitori o partner psicopatologicamente disturbati o tossicodipendenti;
- la presenza di un esame di realtà integro e un livello intellettuale nella norma.

Il gruppo è costituito da **8 pazienti** con un'età variabile tra i 35 e 45 anni, maschi e femmine.

Tutti i soggetti hanno aderito in modo positivo alla proposta terapeutica esprimendo da un lato il timore di non essere adeguati, manifestando dall'altro la soddisfazione di una opportunità terapeutica vissuta come un privilegio a loro offerto.

Due degli 8 pazienti che hanno aderito al progetto gruppale, hanno abbandonato nelle fasi iniziali, agendo una "fuga" dal

trattamento; in un caso la rigida struttura narcisistica di personalità della paziente, la fatica a reggere le identificazioni coi compagni in una fase di recente astensione dell'uso di sostanze, il conseguente vissuto paranoide del gruppo come qualcosa di minaccioso, hanno presumibilmente portato ad un arroccamento narcisistico e ad una sorta di ritiro ed evitamento dalla relazione.

Il secondo abbandono è quello di R. per il quale alle difficoltà psicologiche si sono aggiunte difficoltà di ordine concreto (fallimento dell'azienda familiare e trasferimento della attività professionale in una sede lontana).

Parallelamente al percorso psicoterapico di gruppo, ad alcuni pazienti sono stati offerti **colloqui individuali di sostegno** volti a:

- affrontare la difficoltà a mantenere la psicoterapia di gruppo in presenza di ricadute nell'uso, con i vissuti di vergogna e fallimento connessi, o difficoltà legate ad eventi di vita concreta;
- rinforzare il significato della partecipazione al gruppo terapeutico.

Un **colloquio successivo** alla conclusione del percorso psicoterapico è stato offerto a tutti i partecipanti al fine di focalizzare i risultati individuali, esplorare insieme prospettive future, offrire ulteriori indicazioni terapeutiche.

Rilettura del percorso a partire dall'ultima seduta

Di seguito presenteremo alcune riflessioni emerse durante la conduzione del gruppo di psicoterapia attraverso un percorso a ritroso, focalizzando l'attenzione sul clima affettivo e sui contenuti dell'ultima seduta espressi attraverso le verbalizzazioni dei pazienti, seguendone il processo evolutivo ed evidenziandone contemporaneamente elementi di criticità.

L'ultima seduta si svolge nella nuova sede del Ser.T., suscitando perplessità, qualche battuta umoristica rispetto alla vicinanza alla sede dei carabinieri, ma soprattutto una sensazione di spaesamento e smarrimento che ben si sintonizza con il senso di spaesamento legato alla fine della terapia e alle emozioni che questo sollecita nei partecipanti; è la separazione il tema conduttore della seduta per i pazienti, è il "contenitore tempo" una importante chiave di lettura per i conduttori.

Il clima emotivo e relazionale è caldo; i pazienti esprimono con modalità articolate e sfumature diverse le emozioni sollecitate dalla fine del percorso terapeutico; un clima caldo che se da un lato testimonia la rimessa in gioco della vitalità emotiva spesso "congelata" del tossicodipendente, dall'altro rischia di essere troppo caldo e non favorire il riconoscimento dei passi evolutivi, sollecitando la posizione onnipotenza-impotenza del tutto o niente o pericolose fantasie megalomane di trasformazione che azzerano ogni cambiamento.

La dimensione gruppale con le sue diverse posizioni e gli interventi dei conduttori consentono di raccogliere e restituire "elaborate e arricchite di significato" le emozioni legate al tema della separazione e alla conclusione del percorso e di evidenziarne gli aspetti di evoluzione e cambiamento resi possibili proprio da un tempo scandito da un inizio e una fine, il tempo della terapia.

Aprè la seduta Paolo con una certa eccitazione; non vedeva l'ora di comunicare i 15 giorni di astensione dall'uso di sostanze e il benessere conseguente.

È molto contento perché è il suo primo serio tentativo, la prima volta che si pone attivamente di fronte al problema opponendosi alla nota "pigrizia" e fronteggiando la "predisposizione gene-

tica" (sono questi i termini che hanno accompagnato le sue verbalizzazioni nel corso delle sedute), che lo fa sentire anche oggi un bambino solo, rassegnato e senza speranza, o un "uomo di serie B".

Il gruppo risponde con stupore e compiacimento, ma non manca di minare la contentezza di Paolo con il fantasma di fatiche future e ricordandogli con una certa acrimonia che continua comunque ad essere un dipendente da metadone.

C'è nella risposta del gruppo certamente un elemento di realismo e contenimento di aspetti megalomaniaci, ma si avverte soprattutto una posizione invidiosa che esprime non solo l'incapacità di gioire per i progressi degli altri, ma soprattutto un attacco alla speranza e al cambiamento.

Interviene successivamente Carla esprimendo la propria perplessità nell'apprendere dell'ultima seduta; era convinta che fosse la penultima, ne è molto rammaricata, perché ha trattenuto le lacrime per quattro giorni per potersi sfogare in gruppo raccontando delle sue tristezze "ma oggi, dice piangendo, certamente non lo posso fare perché voglio chiudere in bellezza".

Da qualche tempo si sente irrequieta, ha terminato il contratto di lavoro (faceva la bidella in una scuola media superiore), deve partire per il mare con i bambini... "e adesso finisce anche il gruppo".

Carla esprime la delusione per aver perso l'ennesima occasione e oscilla tra la negazione del lutto e della separazione (non si aspettava che fosse l'ultima seduta) e il desiderio di preservarne l'esperienza (chiudere in bellezza), tra l'incapacità di sperimentare la depressione e la tristezza per il concludersi dell'esperienza e la possibilità di interiorizzare l'esperienza, raccogliendo frutti e potendo pensare ad un eventuale altro pezzo di percorso.

Maria, che all'inizio della terapia di gruppo manifestava una eccessiva concentrazione su di sé esibendo le sue variegate malattie in una sorta di lamentela ipocondriaca e di auto assorbimento narcisistico, esprime in ultima seduta la parte più evoluta del gruppo; è visibilmente triste per la fine della terapia e riesce con le sue parole a dare un nome ai sentimenti; ha trovato qui un luogo dove potersi raccontare, dove poter riflettere con persone che non l'hanno fatta sentire diversa e dove non si è sentita giudicata; fantastica sulla partecipazione ad un nuovo gruppo che non sarà questo, ed esprime la preoccupazione legata alla possibilità di "non essere più scelta, perché al Ser.T. ci sono tanti altri pazienti... più giovani di noi... magari messi meno peggio di noi...".

Pietro, che per buona parte della terapia ha invaso le sedute dilagando, richiedendo talvolta di essere contenuto anche attraverso il richiamo alle buone regole che il gruppo si è dato all'inizio, e che da qualche tempo rispetta e favorisce i tempi altrui, oggi deve essere stimolato e invitato ad esprimere il proprio vissuto. Comincia un po' sorridendo e un po' imbarazzato chiedendo se avrà ancora una dottoressa, perché la dottoressa Capellini forse se ne andrà, sollecitando nei conduttori da un lato il bisogno di rassicurare (nessuno sarà abbandonato) e dall'altro la necessità di valorizzare il percorso grupale concluso e di rinforzare la possibilità di colloqui individuali al termine della terapia di gruppo e l'opportunità di formulare ipotesi per eventuali futuri programmi terapeutici.

Mauro, la parte più inibita e depressa del gruppo, oggi non c'è; ha tuttavia telefonato un po' rammaricato e scusandosi per non poter essere presente, per problemi di lavoro, all'ultima seduta. Le verbalizzazioni sopra riportate hanno il tempo come denominatore comune e, come dicevamo, rappresentano per noi una delle possibili chiavi di lettura.

Il tempo, una variabile importante per pazienti come i nostri per i quali il tempo è il tempo sempre uguale della sostanza, il tempo della ripetitività e dell'indifferenza, introduce proprio quell'elemento di discontinuità che permette di riconoscersi in un passato e proiettarsi in un futuro, di cogliere un inizio e una fine della terapia, di riprogettarsi in un possibile nuovo percorso terapeutico; di opporsi, in altre parole, ad un tempo del "sempre tutto uguale", del "nulla cambia", il tempo dell'indifferenza e della cronicità, dell'incapacità di cogliere le differenze; il tempo dell'automatismo, del ripetersi sempre uguale degli eventi, usando le parole di Carlo Zucca Alessandrelli; il tempo della "predisposizione genetica", usando le parole dei nostri pazienti (Zucca Alessandrelli, 1982).

Riflessioni conclusive

Il trattamento grupale, lungi dall'essere pensato come un trattamento risolutivo, ha rappresentato uno spazio mentale e un contenitore emotivo entro il quale ricostruire spazi di pensiero e di relazione, l'assaggio di un percorso terapeutico che non satura ma apre al desiderio, un'esperienza di cura che mira a rifondare la motivazione ad un percorso ulteriore; un'esperienza di cambiamento visibile rispetto ad atteggiamenti di rassegnazione, a posizioni difensive di arroccamento narcisistico o di isolamento schizoide e/o paranoide ("nulla cambierà mai, ce la faccio da solo, non ho bisogno di nessuno, il mondo è una minaccia").

L'esperienza con i nostri pazienti gravi, che facilmente regrediscono a vecchie identificazioni, ci convince della necessità di interventi integrati e successivi, di moduli e contenitori multipli con focus e obiettivi specifici che favoriscano il consolidamento di quanto appreso e l'evoluzione verso una migliore qualità di vita e di relazioni.

Il colloquio conclusivo di follow up, cui individualmente i partecipanti al gruppo sono stati invitati tre mesi dopo la conclusione della psicoterapia, si proponeva di focalizzare i risultati individuali ed esplorare future prospettive terapeutiche; nello specifico, Carla, che evidenziava una completa astensione dall'uso di sostanze e un miglioramento del proprio funzionamento sociale e lavorativo, concordava un monitoraggio clinico con controllo tossicologico e colloqui psicologici a cadenza mensile per un periodo di sei mesi; con Paolo si è condivisa l'opportunità di dar seguito al percorso terapeutico con invio ad una psicoterapia individuale in regime privatistico; Pietro e Maria chiedevano la possibilità di poter accedere a eventuali successivi percorsi grupali presso il servizio; infine, Claudio concordava di continuare il programma terapeutico presso il Ser.T. attraverso incontri mensili con il medico, non ritenendosi nell'attualità opportuna la proposta di un ulteriore trattamento psicoterapico.

Concludiamo con alcune sequenze dell'ultima seduta, che testimoniano la ricchezza emotiva e relazionale di una psicoterapia di gruppo.

Pietro: stai dicendo che ti mancano le sedute... e adesso cosa facciamo?

Maria: bravo, mi hai letto nel pensiero...

Pietro: anche a me manca il raduno

Paolo: è un punto di riferimento...

Carla: sei in buona compagnia

Maria: ho detto a mia mamma... a me mancherà... mi dispiace che finisce... penso che per trarne buon fine, ce ne vorrebbero ancora di incontri...

Pietro: lo fanno ancora, hanno detto...

Maria: ma penso che loro selezioneranno altre persone... ci sono tante altre persone al Ser.T. ... con tanti problemi

Paolo: chi te l'ha detto... pensi che hai fatto le tue 25 sedute e sei a posto?

Maria: no, ma gli utenti sono tanti.. e non so se avrò la fortuna di...

Pietro: prova a chiedere, magari ti dicono di sì...

Paolo: è la prima volta che faccio un'esperienza del genere...

Maria: anch'io

Paolo: le ho sempre viste raccontate o nei film

Paolo: è strano il fatto di essere in una sede nuova nell'ultima seduta... sembra una roba impersonale... il nostro vecchio studiolo in fondo al corridoio... aveva un suo fascino... lo scalpiccio dei piedi... la signora delle pulizie... aveva tutta una sua... adesso è tutto così asettico

Maria: è freddo

Paolo: sì, è freddo... si riscalderà col tempo... entri... l'odore del nuovo è piacevole... ma nello stesso tempo è spersonalizzato...

Carla: sì, perché deve ancora accumulare emozioni l'ambiente

Paolo: sì, non è pregno... è vuoto

Carla: non ha ancora accumulato niente di...

Paolo: le vibrazioni mancano... là in fondo invece... aveva una sua...

Carla: comunque mi mancherà... perché quando mi capitava qualcosa e non ne potevo parlare con nessuno, mi dicevo "magari mercoledì al gruppo..." ... oppure a volte non parlavi... parlava un altro e ti riconoscevi, ti ritrovavi in qualcosa... mi scoccia questa cosa, ero proprio convinta che fosse la penultima, non l'ultima seduta...

Carla: va be' dai... Sono le 19,25... cosa ci dite... ci sarà un nuovo corso... hai il magone (chiede rivolgendosi a Pietro)?

Pietro: macché... mentre venivo qua pensavo... adesso... continua... finisce, mah... ci sarà ancora...

Maria: ma anche loro devono dire qualcosa... adesso che siamo alla fine... se è stato positivo... negativo...

Pietro: fai conto che la Capellini viene qua gratis... non è vero?... l'ho sentita io questa storia.

Bibliografia

- Aa.Vv., a cura di Trinciarelli G. e Zane P. (2002), "Gruppo e tossicodipendenze", Atti del convegno, Azienda Ulss 12 veneziana, Mestre.
- Aa.Vv., a cura di Carraro I. e Ricci G. (2001), *Percorsi di gruppo nella cura delle dipendenze da sostanze*, Atti del seminario, ed. Società di Psicologia delle dipendenze, Dolo.
- Carraro I., Lotti V. (1997), *I gruppi terapeutici nei disturbi da sostanze*, Piccin.
- Correale A. (2006), *Area traumatica e campo istituzionale*, Borla.
- Fasolo F. (1989), "La psicoterapia di gruppo nelle tossicomanie", *Psichiatria Generale e dell'Età Evolutiva*, 27,3.
- Gabbriellini G. (2010), *Giovanni Hautmann e il pensiero gruppale, Dialogo sulla gruppalità tra Giovanni Hautmann e Salomon Resnik*, Atti del Convegno di studi, Pisa, Scuola Superiore Sant'Anna, 30 gennaio 2010.
- Khantzian, Halliday, McAuliffe (1997), *La dipendenza ed il sé vulnerabile*, Piccin.
- Luborsky L. (1989), *Principi di Psicoterapia Psicoanalitica. Manuale per il trattamento supportivo-espressivo*, Boringhieri.
- McKenzie K. Roy (1997), *Psicoterapia di gruppo, applicazioni efficaci a tempo limitato*, Erickson.
- Mckenzie K. Roy (1997), *Psicoterapia Breve di Gruppo*, Erickson.
- Saottini C. (2001), "Dalla collusione alla condivisione, il lavoro psicoterapeutico con le famiglie dei tossicodipendenti", in Sacchi M. (a cura di), *Teoria e clinica dei processi di gruppo*, Mercurio, Vercelli.
- Tagliagambe F. (1987), "Il cambiamento nella Tossicomania", *Gli Argonauti*, n. 34.
- Zucca Alessandrelli C. (1982), "La malattia della differenza: l'indifferenza", *Gli Argonauti*, n. 12.
- Zucca Alessandrelli C. (1998), "Come per magia. La ripresa delle funzioni", *Gli Argonauti*, n. 12.
- Zucca Alessandrelli C. (2001), "GRF: Gruppo per la Ripresa delle Funzioni (parte prima)", *Gli Argonauti*, n. 23.
- Zucca Alessandrelli C. (2002), "GRF: Gruppo per la Ripresa delle Funzioni (parte seconda)", *Gli Argonauti*, n. 24.
- Zucca Alessandrelli C. (2002), "La latenza terapeutica", Relazione al Convegno su "Latenza terapeutica tra autonomia ed emancipazione", svoltosi al Cart di Milano.
- Zucca Alessandrelli C., Giannelli A. (2001), "Psicoterapia di gruppo: a nuove domande nuove risposte", *Funzione Gamma*, n. 6.

La classificazione internazionale del funzionamento (ICF) e le dipendenze: verso un inquadramento “dinamico”

Luciano Pasqualotto*, Cecilia Bernardi**, Alessio Cazzin**, Mauro Cibir**, Emanuele Perrelli**, Susanna Pisanu**

SUMMARY

■ *Among professionals involved in the care of addictions is emerging the strong need to develop interventions aimed at activation of personal and social skills as well as prevention of disabilities related to addiction. The approaches based only on medical care seem to be insufficient: it is appropriate to adopt a broader perspective about the addiction disorders, which is able to consider the person in the totality of his condition of life and health, and in synchronous way pursues the cure of addiction and the psycho-social rehabilitation. An important aspect of this process is the definition of tools that allow an objective assessment of skills and the definition of personalized programs.*

The ICF allows to describe the condition of each individual through a series of domains, that include all aspects of life, from those biological to psychological and social factors.

In the Department of Addiction of Local Health Agency 13 is in progress a research that involves the application of a core set of codes of the ICF called Activities and Participation in a group of patients, through which it defines a “functioning profile” built on the interaction between the performance of the subject and the environmental factors. This profile provides support in the definition of individualized rehabilitation paths and of improvement targets, with the involvement of patient. ■

Keywords: *Functioning, social inclusion, rehabilitation, evaluation, assessment, personalized programs, addiction.*

Parole chiave: *Funzionamento, inclusione sociale, riabilitazione, valutazione, programmi personalizzati, dipendenze.*

Tra coloro che si occupano di cura delle Dipendenze emerge con sempre maggior forza la necessità di sviluppare interventi miranti all’attivazione di abilità personali e sociali nonché alla prevenzione delle patologie fisiche e psichiche correlate alla Dipendenza stessa, che non di rado assumono le caratteristiche di vere e proprie disabilità.

L’intervento sanitario infatti presenta in questo campo buoni livelli di efficacia in termini di prevenzione degli eventi acuti (overdose, infezioni da siringa, disturbi psichiatrici...), di controllo della ricaduta, di riduzione della mortalità correlata.

A fronte di tali dati positivi si assiste tuttavia alla crescita del numero di persone con Dipendenza che non sviluppano o perdono le abilità personali e sociali necessarie per una vita dignitosa e che necessitano di costanti interventi di supporto su aspetti di base quali il lavoro, l’alloggio, le relazioni.

Questa situazione è particolarmente visibile nei pazienti in cura per Dipendenza da Eroina per un tempo superiore ai cinque anni: si tratta spesso di soggetti in trattamento con agonisti degli

oppioidi e che presentano nella loro storia lunghi e ripetuti soggiorni in comunità terapeutica.

Difficile dire quanto questa situazione sia legata all’invecchiamento, quanto alla situazione di base e quanto sia “iatrogena”: sta di fatto che accanto a percorsi di assistenza per le situazioni di reale “cronicità” e disabilità è necessario strutturare interventi tendenti a prevenire il crearsi di situazioni di questo tipo.

Secondo una ricerca condotta dal gruppo Co.Ri. (Coordinamento Riabilitazione), il 35% degli utenti dei Ser.D. della Provincia di Venezia presenta problemi rilevanti in area lavorativa o abitativa, oppure assenza di supporto familiare, mentre il 10% presenta problemi in tutte queste aree; la stessa popolazione presenta nel 22% dei casi una diagnosi psichiatrica grave.

Si evidenzia inoltre come le problematiche sociali aumentino col crescere dell’età (Manzoni e coll., 2013).

L’Osservatorio Europeo sulle Droghe (*European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction- EMCDDA*, 2012) riconosce che il trattamento della dipendenza da solo non è sufficiente a prevenire l’esclusione sociale e indica i seguenti punti come centrali per migliorare l’integrazione sociale dei pazienti con Dipendenza:

- aumentare la disponibilità e l’accessibilità degli interventi di integrazione sociale;

* Università di Verona.

** Dipartimento delle Dipendenze Azienda ULSS 13 – Dolo-Mirano (VE).

- comprendere gli interventi di integrazione sociale nei programmi di trattamento fin dalle fasi iniziali;
- considerare la reintegrazione sociale come obiettivo del programma di trattamento;
- sviluppare linee guida sugli interventi efficaci;
- adattare gli interventi agli specifici bisogni ed alle caratteristiche personali.

L'EMCDDA sottolinea dunque come gli interventi di integrazione sociale siano di pari livello degli interventi sanitari in senso stretto: essi vanno considerati parte integrante del programma di trattamento, vanno effettuati fin dall'inizio e sono oggetto di ricerca scientifica.

Per quanto riguarda il nostro Paese occorre riconoscere che, storicamente, il contrasto alla condizione di dipendenza da alcol o da sostanze psicoattive ha avuto come *mainframe* d'intervento la riduzione dei livelli di intossicazione ed il perseguimento di comportamenti di completa astinenza, supportata o meno da terapie farmacologiche.

Un'attenzione minore, sia in termini di risorse professionali che di interventi, è stata dedicata alla disabilità psicosociale che pure accompagna la Dipendenza da Sostanze e che investe – non di rado in modo drammatico – gli ambiti relazionali, lavorativi e ricreativi dei pazienti dei Servizi.

Di fronte all'aumento delle situazioni di cronicità nell'uso di sostanze o di alcol (Manzoni *et al.*, 2013) ed al moltiplicarsi delle condizioni di dipendenza (da fumo, gioco d'azzardo, da tecnologia, da shopping, da sport ecc.), cresce l'esigenza di adottare una prospettiva ermeneutica più ampia sulla condizione di dipendenza, che sia in grado di considerare non solo il paziente ma la persona nella globalità della sua condizione di vita e di salute.

Rispetto alla attuale impostazione del trattamento delle Dipendenze è dunque necessario un cambiamento di mentalità che permetta agli interventi riabilitativi di acquisire centralità e "pari dignità" rispetto alla clinica, in un percorso che va dall'assistenza alla Riabilitazione Orientata alla Guarigione (Carozza, 2006).

Il paradigma bio-psico-sociale nella definizione delle dipendenze

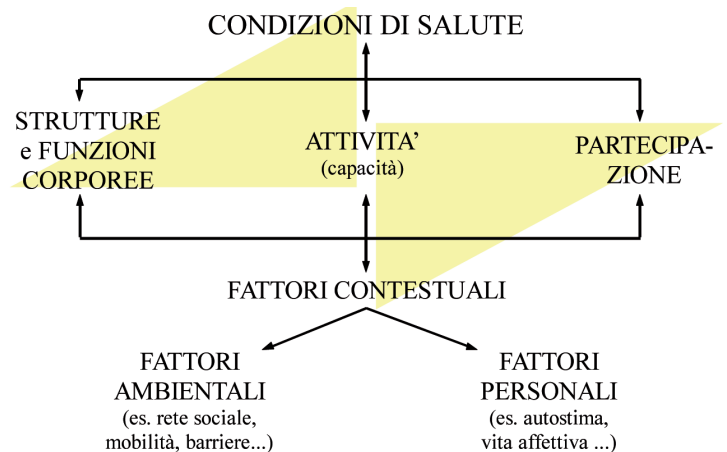
Il cambio di prospettiva delineato richiede, a monte, l'adozione di quel paradigma che suggerisce di guardare alla dipendenza come ad una sindrome, cioè non tanto come ad una malattia ben definita quanto ad una serie di sintomi o di determinanti di carattere biologico, psicologico e sociale che si possono manifestare in diversi tipi di comportamenti compulsivi (Shaffer, 2012).

È questa la lettura che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) suggerisce nella decima revisione dell'*International Classification of Diseases and Health Problems* (ICD-10, 1992) e che si ritrova con più definita articolazione nella più recente Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF, 2001).

L'ICF permette di descrivere la condizione di ciascun individuo attraverso una serie di domini, cioè di determinanti della salute, che comprendono tutti gli aspetti di vita, da quelli biologici a quelli psicologici e sociali.

Il concetto più innovativo introdotto dall'ICF è quello di "funzionamento" (*functioning*), che viene ad assumere un significato opposto a quello di "disabilità" poiché si riferisce all'interazione positiva o neutra tra un individuo (con una certa condizione di

salute) ed i diversi fattori ambientali presenti nel suo contesto di vita.



Secondo questa prospettiva, menomazioni alle strutture o alle funzioni del corpo limitano le attività della persona e la sua partecipazione alla società nella misura in cui i fattori ambientali e personali fungono da barriere o da facilitatori.

Si riconosce dunque a questi fattori contestuali il potere di modulare il processo in base al quale una certa condizione di salute si traduce in una disabilità psicosociale, che nell'ICF viene descritta come limitazione dell'attività e/o restrizione alla partecipazione nei contesti di vita.

In altri termini, pur in presenza di condizioni di salute sfavorevoli, l'azione positiva dei fattori ambientali può consentire più ampie possibilità di inclusione sociale e lavorativa.

Nell'ICF il principio di causalità eziologica è sostituito dalla nozione di parità tra le diverse componenti nel determinare lo stato di disabilità: ciascuna di queste componenti può essere codificata in modo rigoroso attraverso una scala nominale composta da cinque qualificatori.

L'ICF e le Dipendenze

La prospettiva ermeneutica della disabilità che l'OMS ci offre con l'ICF risulta interessante anche per le dipendenze patologiche, non solo perché queste si traducono molto spesso in vere e proprie invalidità personali, ma anche per le conseguenze (ed i costi) sociali che ne derivano.

Nell'ottica bio-psico-sociale la condizione di dipendenza viene collocata entro una relazione disarmonica tra la persona e il suo ambiente.

Di conseguenza il processo di cura e riabilitazione passa attraverso un riequilibrio relazionale, con interventi non soltanto sul soggetto ma anche e necessariamente su una serie di fattori esterni, con lo scopo di sostenere l'attività e la partecipazione sociale.

Secondo l'approccio ecosistemico ed olistico formulato dall'OMS, il focus di ogni azione terapeutico-riabilitativa deve essere la qualità di vita della persona, la sua possibilità di svolgere attività positive e di integrarsi efficacemente nei contesti sociali e lavorativi, anche in presenza di una condizione di dipendenza da sostanze psicotrope, dall'alcol o dal gioco d'azzardo.

L'applicazione dell'ICF in chiave valutativa offre dunque potenzialità molto interessanti per la definizione di un processo di *recovery* che possa essere perseguibile anche e nonostante la cronicità della condizione di dipendenza.

Nella prospettiva dell'OMS occorre spingersi oltre i limiti dell'assistenza sul piano strettamente terapeutico: la riabilitazione va vista come parte irrinunciabile del trattamento, poiché è attraverso esperienze positive che un paziente può trovare la motivazione per impegnarsi in un percorso di contrasto alla dipendenza patologica o, quanto meno, per riuscire a vivere in autosufficienza ed in modo dignitoso.

Per arrivare a questi obiettivi occorre riconoscere che non è più sufficiente inquadrare correttamente la dipendenza sul piano nosografico, ma è necessario essere in grado di valutare il funzionamento complessivo della persona secondo criteri attendibili, fornendo evidenze scientificamente fondate in ordine all'efficacia dei trattamenti.

Le esperienze in corso

Un'analisi sistematica della letteratura effettuata da Cerniauskaite e collaboratori (2011) ha evidenziato oltre cento lavori che presentano approfondimenti ed applicazioni dell'ICF per la valutazione del funzionamento di particolari categorie di soggetti.

Simeonsson (2009) riferisce di diverse esperienze in cui una selezione di codici (*core set*) dell'ICF-CY¹ è stata utilizzata in ambito medico e riabilitativo per descrivere il funzionamento di una specifica tipologia di pazienti. Egli cita persone con artrite reumatoide, ma in letteratura ricorrono esperienze con bambini affetti da paralisi cerebrale infantile (Van Ravesteyn *et al.*, 2010), con bambini prematuri (Msall, 2005), con pazienti affetti da cancro (Tschiesner, Oberhauser & Cieza, 2011), da ictus (Snogren & Sunnerhagen, 2009), da grave miastenia (Leonardi *et al.*, 2009). Interessante anche l'esperienza italiana di applicazione dell'ICF nella riabilitazione di pazienti psichiatrici (Reed *et al.*, 2009).

Per quanto riguarda lo specifico ambito delle dipendenze patologiche, nella letteratura internazionale si rintraccia un'unica esperienza effettuata da Kamman e collaboratori in Germania (2011).

Lo studio è stato condotto selezionando un set di item ritenuti significativi per il target di riferimento; lo strumento che ne è derivato è stato sottoposto al giudizio di 20 professionisti al fine di migliorarne la capacità descrittiva e valutativa.

La sperimentazione nell'Azienda ULSS 13

Nel Dipartimento delle Dipendenze dell'Azienda ULSS 13 di Dolo-Mirano (VE) è in corso, dal 2011, una sperimentazione che prevede l'applicazione di un *core set* di codici della sola componente di Attività e Partecipazione dell'ICF, per la valutazione del funzionamento/disabilità sociale di un gruppo di pazienti in trattamento per Dipendenza.

Lo strumento viene utilizzato in modo congiunto dagli Educatori e dai singoli pazienti, che sono così chiamati a verificarsi su aspetti molto importanti della loro vita quotidiana.

La valutazione della situazione individuale, attraverso i qualificatori dell'ICF, permette di definire un "profilo di funzionamento" costruito sull'interazione tra le performance del soggetto ed i fattori ambientali presenti nel contesto di vita.

Tale profilo fornisce un supporto molto interessante sul piano metodologico nella definizione dei percorsi educativo-riabilitativi individualizzati e degli obiettivi di miglioramento, che vengono definiti in modo congiunto da operatori e paziente.

Si consideri inoltre che la prospettiva di cura e di riabilitazione indicata dall'ICF permette di programmare non soltanto inter-

venti sul soggetto ma anche su una serie di fattori esterni, con lo scopo di sostenerne le attività e la sua partecipazione sociale.

La somministrazione della scheda ICF è stata inizialmente effettuata con un piccolo gruppo di pazienti coinvolti in un'attività educativa, il laboratorio "Salotto", svolto all'interno del Ser.D. e che prevede continuità nella frequenza e definizione di minimi obiettivi di cambiamento (Galuppi e coll., 2009).

L'esperienza è stata in seguito allargata anche ad altri pazienti, con i quali si era instaurato da tempo un rapporto significativo.

Il criterio di selezione dei partecipanti all'esperienza è stato quello di rivolgersi a utenti che mostrassero una collocazione nello stadio della determinazione (Prochaska & DiClemente, 1992), quale requisito minimo per tentare percorsi di cambiamento sul piano del comportamento.

A partire da aprile 2012 sono stati coinvolti fino ad oggi in totale 8 pazienti, rispettivamente 5 del Ser.D. di Dolo (VE) e 3 del Ser.D. di Mirano (VE).

Sulla base delle risorse disponibili, si è scelto sia di focalizzare la scheda esclusivamente sulle performance, sia di articolarla in due distinti strumenti: uno di autovalutazione per i pazienti ed uno di osservazione/valutazione per gli operatori.

Successivamente si è proceduto con la compilazione da parte di ogni utente della prima scheda, facendo seguire, quando possibile, la valutazione di due diversi operatori attraverso una speculare scheda di osservazione.

Una volta rilevati gli items dai quali emergeva una performance critica, si è definito con ogni paziente il piano di cambiamento (leggasi "obiettivi") a partire dalla sua disponibilità ad impegnarsi, individuando di volta in volta le strategie di facilitazione e/o di rimozione di barriere.

Dopo un periodo adeguato di tempo (da 1 a 3 mesi), si è valutato lo sviluppo del piano assieme al soggetto, al fine di oggettivare i cambiamenti avvenuti.

A tale confronto è seguita la ripetizione dell'osservazione da parte dei due operatori, per dare carattere di attendibilità alle valutazioni raccolte (Braga & Tosi, 1998, p. 125).

Conclusioni

La prima sperimentazione di un modello di valutazione dei bisogni di vita e di programmazione riabilitativa basato sull'ICF consente di evidenziare una serie di considerazioni sull'opportunità di approfondire un approccio di questa natura.

In primo luogo occorre rilevare che lo strumento messo a punto fornisce una prima risposta al bisogno di definire in modo molto preciso gli obiettivi riabilitativi e di documentarne i risultati. Questa possibilità è molto importante non solo dalla prospettiva istituzionale, ma anche da quella del paziente; si è visto, infatti, che l'autovalutazione aumenta la consapevolezza globale di sé e permette di valorizzare il percorso di cambiamento intrapreso, riconoscendo più chiaramente i propri punti di forza e le proprie difficoltà.

Affinché questo si realizzi, occorre che la persona sia situata nella fase della determinazione, secondo il modello transteorico di Prochaska e DiClemente (1992).

Diversamente la valutazione degli operatori e quella del paziente rimane così divergente che non è possibile dare seguito alla definizione di piani di intervento condivisi.

Per quanto riguarda l'orientamento della *recovery*, l'adozione del paradigma bio-psicosociale dell'ICF ha sollecitato la definizione di interventi all'esterno del contesto ambulatoriale, reperendo risorse e collaborazioni nell'ambiente di vita della persona.

Solo in questo modo, infatti, è possibile arrivare alla riprogrammazione di quei fattori ambientali che tanta parte hanno nel functioning di un paziente, in vista di una migliore e più dignitosa qualità di vita.

Questo cambiamento di prospettiva e di "setting" richiede un percorso di condivisione all'interno dell'équipe del Ser.D., che deve necessariamente riguardare sia i presupposti teorici sia le ricadute sul piano operativo, cioè la definizione dei trattamenti. Nell'evoluzione di questa sperimentazione si sta provvedendo a riconsiderare il *core set* di item dell'ICF, in modo da arrivare alla definizione di uno strumento in grado di avere una più ampia possibilità di descrivere il funzionamento delle persone con disturbo da uso di sostanze.

A questa seconda fase partecipano i Ser.D. di Dolo e Mirano e alcune Comunità Terapeutiche dell'area veneziana (Olivotti, Contatto e Confine/Ceis don Milani, Emmaus) con la collaborazione dell'Università di Verona.

Si può ragionevolmente prevedere che, attraverso questa via, si possano individuare modalità operative che permettano di sincronizzare più efficacemente la cura sul piano medico/farmacologico e la riabilitazione psico-sociale.

In tal modo sarà possibile raccogliere evidenze sui progressi dei singoli pazienti, anche nell'ottica di una migliore continuità assistenziale tra Servizi per le Dipendenze e Comunità Terapeutiche.

Note

1. Si tratta della versione per bambini e ragazzi della Classificazione ICF (OMS, 2007).

Riferimenti bibliografici

- Amann K., Stracke R., Veltrup C., Küfner R., W., R.-R. (2011), "Towards a Consent on Developing an ICF-Core Set Alcohol and Drug Dependence - A Pilot Study with 20 Experts on Addiction", *Suchttherapie*, 12(1): 20-28.
- Braga P., Tosi P. (1998), "L'osservazione", in Mantovani S. (a cura di), *La ricerca sul campo in educazione. I metodi qualitativi* (pp. 83-162), Bruno Mondadori, Milano.
- Carozza P. (2006), *Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione*, FrancoAngeli, Milano.
- Cerniauskaite M., Quintas R., Boldt Raggi A., Cieza A., Bickenbach J.E. et al. (2011), "Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: its use, implementation and operationalisation", *Disability and Rehabilitation*, 33(4): 281-309.
- EMCDDA (2012), *Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment*, Lisbona, www.emcdda.europa.eu.
- Galuppi O., Barillaro A., Perrelli E., Cibin M. (2009). "Snupi" method in the addiction treatment: A theoretic and technical experience of set-

tings that can be new, possible and imaginable. Atti di "17th Congress of International Association for group Psychotherapy". Roma, agosto 2009.

- Leonardi M., Raggi A., Antozzi C., Confalonieri P., Maggi L., Cornelio F. et al. (2009), "Disability and functional profiles of patients with myasthenia gravis measured with ICF classification", *International Journal of Rehabilitation Research*, 32(2): 167-172.
- Manzoni A., Dal Ben G., Saccon D., Tagliapietra Vidal M. (2013), "Rilevazione preliminare sulla prevalenza della Cronicità tra i pazienti SerD della provincia di Venezia", in Saccon D., Banon D., Boatto E. (a cura di) (2013), *Evoluzioni nelle dipendenze da sostanze. Il problema delle cronicizzazioni*, Cleup, Padova.
- Msall M.E. (2005), "Measuring Functional Skills in Preschool Children at Risk for Neurodevelopmental Disabilities", *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 11(3): 263-273.
- OMS (1992), *ICD-10: classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali: descrizioni cliniche e direttive diagnostiche, criteri diagnostici per la ricerca* (D. Kemali, M. Maj, F. Catapano, S. Lobracc & L. Magliano, Trad.), Masson, Milano.
- OMS (2001), *ICF. Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute*, Erickson, Trento.
- OMS (2007), *ICF-CY. Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute - Versione per bambini e adolescenti*, Erickson, Trento.
- Prochaska J.O., DiClemente C.C. (1992), "Stages of change in the modification of problem behavior", in Hersen M., Eisler R., Miller P.M. (eds.), *Progress in Behavior Modification*, vol. 28, Sycamore Publishing Company, Sycamore, IL.
- Prochaska J.O., DiClemente C.C., Norcross J.C. (1992), "In search of how people change: Applications to addictive behaviors", *American Psychologist*, 47(9): 1102-1114.
- Reed M., Leonardi M., Ayuso-Mateos J., Materanzini A., Castronuovo D., Manara A. et al. (2009), "Implementing the ICF in a psychiatric rehabilitation setting for People with Serious Mental Illness in the Lombardy region of Italy", *Disability and Rehabilitation*, 31(S1): S170-S173.
- Shaffer H.J. (eds.) (2012), *APA Addiction Syndrome Handbook*, American Psychological Association, USA.
- Simeonsson R.J. (2009), "ICF-CY: A Universal Tool for Documentation of Disability", *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 6(2): 70-72.
- Snogren M., Sunnerhagen K.S. (2009), "Description of Functional Disability among Younger Stroke Patients: Exploration of Activity and Participation and Environmental Factors", *International Journal of Rehabilitation Research*, 32(2): 124-131.
- Tschiesner U., Oberhauser C., Cieza A. (2011), "ICF Core Set for head and neck cancer: do the categories discriminate among clinically relevant subgroups of patients?", *International Journal of Rehabilitation Research*, 34(2): 121-130.
- Van Ravesteyn N.T., Scholtes V.A., Becher J.G., Roorda L.D., Verschuren O., Dallmeijer A.J. (2010), "Measuring Mobility Limitations in Children with Cerebral Palsy: Content and Construct Validity of a Mobility Questionnaire (MobQues)", *Developmental Medicine & Child Neurology*, 52(10): 229-235.

Aspetti generali della terapia psicofarmacologica nel trattamento dell'alcolismo

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

SUMMARY

■ *The co-occurrence of substance and alcohol abuse with other psychiatric disorders is increasingly recognised as a major public health problem and community-based surveys in the USA and the Europe have reported high rates of comorbidity, particularly substance abuse in people with serious mental illness. The pattern of this comorbidity varies between comorbid anxiety, mood, psychosis and personality disorders in patients accessing addiction services, and comorbid alcohol, cannabis and cocaine abuse in patients accessing general psychiatric services. Individuals with dual diagnosis have varied and complex needs and require high-quality, comprehensive and integrated care. Integrated care by a single team delivers better outcomes than serial care or parallel care. The principles of treatment of substance abuse in people with severe mental illness are: assertive outreach, close monitoring, integrated concurrent service, comprehensive and wide range of interventions, stable living situation, stages of treatment (engagement, persuasion, active treatment and relapse prevention), longitudinal perspective and optimism. Various interventions at different stages of treatment are based on pharmacotherapy (for substance abuse and dependence and psychiatric disorders) and on psychosocial treatments (case management, family work, motivational interviewing, cognitive-behavioral psychotherapy, social skills training, self-help group, ...). The vast range of psychopharmacological treatments (antipsychotics, antidepressants, mood stabilisers and anxiolytics) for psychiatric disorders is carried out in the context of attracting and retaining patients, enhancing their motivation to seek support and to maintain pharmacological compliance, and monitoring pharmacological side effects and laboratory evaluation (regard to the specific alterations of laboratory tests in the various psychopharmacology drugs: clozapine, olanzapine, quetiapine, imipramine, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, nefazodone, valproate, ...).* ■

Keywords: Principles of treatment of dual diagnosis, general aspects of psychopharmacotherapy, tests of laboratory.

Parole chiave: Principi del trattamento della doppia diagnosi, aspetti generali della psicofarmacoterapia, esami di laboratorio

La gestione organizzativa del trattamento della doppia diagnosi

La copresenza di disturbi da uso di sostanze e/o alcol (DUS/DUA) e disturbi psichiatrici è attualmente riconosciuta in modo crescente come problema di salute pubblica per diversi sistemi sanitari nazionali (Abou-Saleh, 2004; Madeddu e coll., 2006).

L'abuso o la dipendenza da sostanze è stata trovata in diversi paesi con percentuali significative (25-50%) tra i pazienti con

disturbi psichiatrici severi, come schizofrenia, disturbi bipolari e depressione cronica (Petrakis e coll., 2006; Green e coll., 2007). Analogamente i disturbi psichiatrici coesistenti con disturbi da uso di sostanze e/o alcol sono presenti in percentuale alta (15-60%) e sono distribuiti nei diversi ambiti della psicopatologia di Asse I e di Asse II del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) dell'American Psychiatric Association (APA, 2000; Hasin e coll., 2006; Guglielmo & Janiri, 2008).

I disturbi dell'umore, d'ansia e di personalità sono frequentemente presenti in pazienti che accedono al sistema delle dipendenze e d'altra parte l'abuso di alcol, cannabis e cocaina è spesso presente nei soggetti che accedono al sistema della salute mentale, in particolare nei pazienti dello spettro schizofrenico e bipolare (Abou-Saleh, 2004).

La comorbilità psichiatrica nei pazienti con disturbi da uso di sostanze e/o alcol inoltre si associa ad aumento di rischio di violenza, suicidio, omicidio, criminalità, vagabondaggio, infezioni,

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

** Sanità Penitenziaria Azienda ULSS 16 Padova.

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

° Collaboratore di ricerca Verona.

tra cui epatite B e C e infezione da HIV, ospedalizzazioni, ricadute e peggiori outcomes clinici e sociali (Abou-Saleh, 2004; Petrakis e coll., 2006; Green e coll., 2007).

Nel caso della comorbidità per disturbi da uso di sostanze nella schizofrenia le implicazioni cliniche sono rappresentate da aumento significativo di morbilità (gravi malattie da fumo pesante) e di mortalità (overdose o avvelenamento) e anche da peggioramento degli effetti indesiderati degli antipsicotici di prima generazione (FGA) (Rosen e coll., 2008; Volkow, 2009).

I pazienti con doppia diagnosi afferiscono sia ai servizi del sistema della salute mentale che a quello delle dipendenze e il modello di trattamento da preferire è quello integrato, sviluppato per la gestione di pazienti con disturbi psichiatrici gravi (disturbi dello spettro schizofrenico, bipolari, depressivi e di personalità gravi).

Il trattamento integrato si configura con le seguenti caratteristiche organizzative: unico trattamento globale e stadiale a lungo termine, con un'unica équipe di clinici esperti nei due disturbi (da sostanze e/o alcol e disturbo psichiatrico), con interventi centrati su misura sulla persona e con un repertorio di diverse tecniche terapeutiche e utilizzo di strutture residenziali e sistemazioni abitative (Fig. 1) (Drake e coll., 1998, 2008; APA, 2002a, 2006; Mueser e coll., 2003, 2006; Abou-Saleh, 2004; Brunette e coll., 2004).

Fig. 1 - Principi terapeutici del trattamento riabilitativo integrato

- Approccio assertivo/direttivo
- Monitoraggio serrato della condizione clinica e dell'uso dei farmaci
- Monitoraggio dell'uso di sostanze
- Simultanea integrazione dei servizi
- Range complessivo e globale di interventi
- Stabilità di vita
- Flessibilità e specializzazione degli approcci (repertorio di diverse tecniche terapeutiche)
- Trattamento stadiale (I fase ingaggio, II fase persuasione, III fase trattamento attivo, IV fase prevenzione della ricaduta)
- Prospettiva longitudinale riguardo a ricadute e cronicità del disturbo (trattamento terapeutico a lungo termine e progetto terapeutico con mini obiettivi e sequenziali)
- Ottimismo per pazienti e curanti

In particolare sono stati segnalati gli interventi relativi ai diversi stadi del trattamento (ingaggio, persuasione, trattamento attivo e prevenzione della ricaduta) (Noordsy e coll., 2003).

In generale le specificità dei singoli componenti usuali del trattamento riabilitativo integrato sono: case management, multidisciplinare per ingaggiare e ritenere in trattamento i pazienti nei servizi; monitoraggio stretto, supervisione farmacologica, screening urinario delle sostanze d'abuso e approcci coercitivi; trattamento dell'abuso di sostanze, terapia motivazionale, riduzione del danno, terapia cognitivo-comportamentale in setting individuale, gruppale e familiare, auto-aiuto (programma dei 12 Passi), training per le abilità sociali e lavoro con la famiglia; riabilitazione professionale, previsione di supporto a lungo termine nella comunità, cura diurna o residenziale, per permettere il recupero/guarigione della funzionalità sociale e occupazionale; sistemazioni abitative, sia supportate che indipendenti; psicofarmacoterapia, fornitura di farmaci antipsicotici (in particolare l'antipsicotico di seconda generazione-SGA clozapina) nei soggetti con schizofrenia e miglioramento della compliance farmacologica con interventi educativi e supervisione delle cure mediche (Noordsy e coll., 2003).

La polifarmacoterapia

A causa della presenza di più patologie nei pazienti con disturbi psichiatrici, un aspetto terapeutico (gestionale) importante è rappresentato dall'uso di molteplici farmaci.

La polifarmacoterapia riguarda in particolare le patologie croniche, con terapia a lungo termine che si aggiunge ai diversi psicofarmaci; questa condizione richiede un'attenzione particolare nei confronti delle interazioni farmacologiche e delle eventuali reazioni avverse (aumenti dei livelli di litio da ibuprofene, accelerazione della clearance di contraccettivi orali da hypericum perforatum, induzione del metabolismo di clozapina e olanzapina da fumo di tabacco...) (Khan & Preskorn, 2005).

I fattori clinici che influenzano la polifarmacoterapia sono diversi: comorbidità medica e psichiatrica, aumento di farmaci approvati e autoprescrizione di farmaci (medicines alternative, preparati vegetali e preparati da banco), acquisto di farmaci in internet, terapia degli effetti indesiderati, patologie legate all'invecchiamento.

Due altri aspetti gestionali-organizzativi che favoriscono la polifarmacoterapia sono la mancanza di formazione sugli interventi psicosociali dei medici delle cure primarie e la prescrizione farmacologica da parte degli psichiatri senza discussione di tecniche comportamentali (igiene del sonno...) (Mintz e coll., 2004). La polifarmacoterapia è risultata associata ad aumento dei rischi per la salute e dei costi sanitari; inoltre, è risultata correlata con interazioni farmacologiche (farmacocinetiche e farmacodinamiche), che non sono collegate unicamente alla classe farmacologica, ma anche alla risposta individuale del singolo paziente (variabilità biologica).

Per esempio, l'inibitore delle proteasi ritonavir aumenta i livelli plasmatici di antidepressivi triciclici (TCA) (imipramina, clomipramina e amitriptilina), di benzodiazepine (BDZ) (alprazolam, triazolam e zolpidem), dell'antipsicotico APA clozapina e dell'agonista degli oppioidi metadone (Flexner, 1998).

Relativamente alla non compliance farmacologica, è stato segnalato che è maggiormente frequente con la polifarmacoterapia, in particolare con la complessità del regime terapeutico (maggior numero di dosi die e più farmaci prescritti), che aumenta anche i rischi di ospedalizzazione (Col e coll., 1990).

I pazienti con disturbi psichiatrici presentano un maggiore rischio di sviluppare problemi medici a causa dello squilibrio fisiologico delle condizioni psichiatriche o come risultato di terapie somatiche utilizzate per la loro cura, e quindi rischio di interazioni farmacologiche a causa dell'assunzione contemporanea di più farmaci; pertanto, gli psichiatri, per migliorare l'efficacia e la sicurezza, devono conoscere come arginare le potenziali difficoltà dei disturbi psichiatrici e delle malattie organiche seguendo i principi di indirizzo definiti (Khan & Preskorn, 2005). Analogamente nel sistema delle dipendenze è attualmente in uso la prescrizione di più farmaci per la terapia della comorbidità psichiatrica e di quella medica e infettivologica, per cui è necessaria da parte dei clinici attenzione alle interazioni farmacologiche e agli effetti indesiderati che possono causare problemi clinici ai pazienti e sviluppare non compliance terapeutica (Bignamini e coll., 2002; Nava, 2004).

La terapia psicofarmacologica

All'interno del trattamento integrato la terapia farmacologica per l'*addiction* e la psicofarmacoterapia per i disturbi psichiatrici e

di personalità associati sono due strategie terapeutiche fondamentali.

Diverse classi di psicofarmaci sono state utilizzate nel trattamento dei disturbi psichiatrici comorbili con l'alcolismo e il loro utilizzo è stato raccomandato in associazione ai farmaci per l'*addiction* (naltrexone-NAL, acamprosato-ACP, disulfiram-DSF, acido gamma-idrossibutirrico/sodio oxibato-GHB, baclofene e topiramato) e agli interventi psicosociali riabilitativi e psicoterapeutici (Fig. 2) (Thase e coll., 2001; Marenmani e coll., 2001, 2010, 2011; APA, 2002a, 2006; Nunes & Levin, 2004; Manzato e coll., 2006a, b, 2007).

Fig. 2 - Psicofarmaci utilizzati nella terapia dei disturbi psichiatrici associati all'alcolismo

-
- Antipsicotici tipici e atipici (schizofrenia e altri disturbi psicotici, disturbi dell'umore e disturbi di personalità)
 - Antidepressivi (disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, disturbi del sonno, disturbi del controllo degli impulsi, disturbi dell'alimentazione e disturbi di personalità)
 - Stabilizzatori dell'umore (disturbi dell'umore, disturbi del controllo degli impulsi e disturbi di personalità)
 - Ansiolitici (disturbi d'ansia)
-

La terapia con psicofarmaci inizia con la formazione di un legame terapeutico tra il medico e la persona che richiede la terapia farmacologica.

Dopo aver definito nel modo migliore il problema clinico, con particolare attenzione all'identificazione di specifici sintomi psicopatologici bersaglio il cui miglioramento indicherà l'efficacia della terapia farmacologica, le procedure terapeutiche per la prescrizione farmacologica prevedono che il clinico attui un'anamnesi farmacologica remota e recente su tutti gli agenti chimici prescritti, spieghi il rationale d'uso della terapia con psicofarmaci, i rischi, i benefici e le alternative terapeutiche sia sul piano cognitivo che emotivo, scelga il farmaco in funzione dell'anamnesi farmacologica precedente e del profilo degli effetti indesiderati, sia attento alle strategie per aumentare l'efficacia, definisca la dose terapeutica efficace, l'opportuna titolazione/induzione farmacologica e la durata del trattamento, metta in guardia i pazienti dall'impulso pericoloso a sospendere gli psicofarmaci e rinforzi il ruolo degli stessi.

Durante la terapia è necessario verificare il miglioramento clinico sia mediante l'impressione soggettiva del paziente che con strumenti quantitativi di valutazione psichiatrica e le possibili ragioni di insuccesso terapeutico (Sadock & Sadock, 2003a).

L'ottimizzazione dei risultati della terapia psicofarmacologica dipende da cinque fattori:

1. la diagnosi rappresenta il primo passo per la terapia farmacologica ottimale; un errore diagnostico fa scegliere una psicofarmacoterapia inappropriata che peggiora le condizioni cliniche del paziente e ritarda la risoluzione del disturbo psichiatrico;
2. la scelta del farmaco, che dipende dalla diagnosi, è importante per gli eventuali effetti indesiderati e per il rischio di interazioni farmacologiche;
3. la dose, che deve essere adeguata;
4. la durata, che deve essere adeguata (ciclo terapeutico con farmaci antipsicotici, antidepressivi e stabilizzatori dell'umore di almeno 4-6 settimane, diversamente gli ansiolitici e gli stimolanti danno il massimo beneficio terapeutico già entro un'ora dall'assunzione);

5. il dialogo, che deve basarsi sull'informazione al paziente degli effetti indesiderati, sulla gestione della preoccupazione e degli aspetti emotivi e psicologici collegati all'assunzione farmacologica (Sadock & Sadock, 2003a, b).

Gli esami di laboratorio nella prescrizione psicofarmacologica

La prescrizione degli psicofarmaci per i disturbi psichiatrici associati in comorbilità necessita di una valutazione completa e accurata sia nella fase di induzione della terapia farmacologica che nel prosieguo della gestione terapeutica a lungo termine (management clinico) (Marenmani e coll., 2001; Cornish e coll., 2005; Manzato e coll., 2006a).

Per la prescrizione degli psicofarmaci e per il monitoraggio della terapia psicofarmacologica nella pratica clinica attuale è stata raccomandata l'esecuzione periodica di esami di laboratorio (prima della terapia farmacologica e durante il suo monitoraggio), in particolare i test per la funzionalità epatica, renale, tiroidea e l'emocromo con conta leucocitaria, e di indagini strumentali (ECG, ...).

Oltre a tali indagini laboratoristiche e strumentali sono opportuni una dettagliata anamnesi patologica remota e prossima, un esame fisico completo e un'annotazione di precedenti risposte terapeutiche del paziente e dei suoi familiari a specifici farmaci, di effetti indesiderati, di reazioni allergiche e di eventuali interazioni farmacologiche (Hoffman & Koran, 1984; Heiselman e coll., 1997; Kaplan & Sadock, 2001; Sadock & Sadock, 2003a, b; Morihisa e coll., 2003; Stahl, 2005; Manzato e coll., 2006a). Gli esami di laboratorio e le indagini strumentali (protocollo di screening-di base) è opportuno siano richiesti sulla base del principio di rilevanza clinica della particolare condizione del paziente, come approfondimento di sintomi somatici e psichici, scegliendo una batteria di screening selettiva (più ridotta) per i pazienti senza segni o sintomi di malattia fisica o non selettiva (più larga) in rapporto all'anamnesi, all'esame obiettivo, al quadro clinico o alla valutazione iniziale laboratoristica e strumentale del paziente stesso (Fig. 3).

Fig. 3 - Protocollo di base (esami di laboratorio di screening e indagini strumentali di routine)

-
- Esami ematochimici (Emocromo completo con conta leucocitaria, azotemia, creatininemia, elettroliti, glicemia, bilirubinemia, enzimi epatici-aspartato aminotransferasi-AST/GOT, alanina aminotransferasi-ALT/GPT e γ -glutamyl transferasi-GGT, fosfatasi alcalina-ALP, amilasemia, creatinafosfochinasi-CPK, sideremia e ferritinemia, calcemia, magnesemia, fosforemia, elettroforesi proteica, colesterolemia, trigliceridemia e ammoniemia)
 - Esami di funzionalità tiroidea (triiodotironina-FT3, tiroxina-FT4, ormone tireostimolante-TSH)
 - Sierologia per sifilide e per epatite A, B e C
 - Sierologia per infezione da HIV
 - Test tubercolinico
 - Esame completo delle urine
 - Test di gravidanza
 - Esame chimicotossicologico delle urine per le sostanze d'abuso o altri farmaci (test di screening immunoenzimatici)
 - Livelli di alcol nel sangue e nell'aria espirata
 - Radiografia del torace
 - Elettrocardiogramma (ECG)
 - Elettroencefalogramma (EEG)
 - Ecografia addominale (ECO addome)
 - Consulenze con altri specialisti
-

(modificata da Morihisa e coll., 2003)

Gli esami di laboratorio vengono utilizzati anche per rilevare la comorbidità fisica rappresentata da malattie organiche generali e/o correlate all'uso delle sostanze e/o dell'alcol, per individuare malattie organiche che possono essere una controindicazione all'utilizzo dei farmaci per l'*addiction* e per monitorare la terapia farmacologica stessa in caso di riscontro di alterazioni di valori degli esami di laboratorio (Hoffman & Koran, 1984; Sox e coll., 1989; Morihisa e coll., 2003; Pietrini, 2011).

Gli esami di laboratorio nella prescrizione degli antipsicotici tipici e atipici

Durante la terapia farmacologica dei pazienti schizofrenici con gli antipsicotici SGA è stato consigliato di misurare l'obesità addominale e la glicemia a digiuno come screening semplice e favorevole come costo-efficacia per individuare i pazienti ad alto rischio per futura morbidità cardiovascolare; infatti la sindrome metabolica (SM) con alterazione di peso corporeo e del metabolismo glucidico e lipidico è fortemente associata a morbidità e mortalità cardiovascolare (Straker e coll., 2005).

I pazienti con disturbi mentali maggiori sono soggetti a rischio per alterazioni cardio-metaboliche a causa di predisposizione genetica, di stress dello sviluppo e ambientali e di stile di vita; tali rischi aumentano con l'uso di antipsicotici e pertanto è necessario attuare uno screening, un monitoraggio e un management clinico di tali problematiche. Anche per gli antipsicotici FGA sono stati evidenziati analoghi problemi metabolici (Hasnain e coll., 2009).

In riferimento al fatto che gli antipsicotici FGA (clorpromazina, perfenazina, flufenazina, trifluoperazina, tioridazina, sulpiride, pimozide e aloperidolo) sono frequentemente associati ad aumento ponderale, prima di iniziare la terapia farmacologica è opportuno pesare i pazienti e determinare se sono già in sovrappeso (Indice di Massa Corporea-IMC 25,0-29,9) od obesi (IMC ≥30), inoltre è opportuno misurare la circonferenza dell'addome a livello ombelicale.

Prima di somministrare un farmaco che può causare aumento ponderale a un paziente in sovrappeso od obeso è necessario determinare se presenta già prediabete (glicemia a digiuno 100-125 mg/dl), diabete (glicemia a digiuno >126 mg/dl) e dislipidemia (aumento di colesterolo totale, colesterolo trasportato dalle lipoproteine a bassa densità-LDL e trigliceridi-TG e diminuzione di colesterolo trasportato dalle lipoproteine ad alta densità-HDL).

Durante il trattamento è necessario monitorare il peso, l'IMC e l'assetto glucidico e lipidico.

Analogamente è necessario fare per gli antipsicotici SGA (clozapina, olanzapina, quetiapina, risperidone, aripiprazolo e ziprasidone).

A tale riguardo è opportuna una gestione clinica simile a quella degli AP con monitoraggio mensile dell'IMC nei primi 3 mesi e trimestrale successivamente, controllo della pressione arteriosa, della glicemia a digiuno, del profilo lipidico entro 3 mesi e poi annualmente, ma in ogni caso prima e più frequentemente nel paziente diabetico e con aumento di più del 5% del peso.

Risulta utile considerare l'uso di un altro antipsicotico APA alternativo per i pazienti con SM durante il trattamento e in generale con gli antipsicotici AP e APA è opportuno trattare il paziente con gestione nutrizionale e del peso, con raccomandazioni per attività fisica, con cessazione del fumo e con terapia medica (Stahl, 2005; Potter & Hollister, 2009a).

Un altro effetto indesiderato da controllare nel trattamento con gli antipsicotici è l'iperlipidemia; in particolare clozapina, risperidone, quetiapina, olanzapina e antipsicotici FGA, ma non aripiprazolo, sono risultati associati a significativo incremento di rischio di casi di iperlipidemia (Olsson e coll., 2006).

Diversamente lo ziprasidone è associato a riduzione dei valori di colesterolo e di trigliceridi (Kingsbury e coll., 2001).

In pazienti schizofrenici o bipolari trattati con antipsicotici, con alterazioni metaboliche, ai quali è stato attuato uno switch ad aripiprazolo o ziprasidone, a un follow-up a 52 settimane è stato riscontrato un significativo miglioramento rispetto al peso, al Body Mass Index (BMI), ai TG, al colesterolo HDL e al rapporto TG/colesterolo HDL, senza differenze tra i due farmaci, senza rischio di peggioramento della sintomatologia psicopatologica (Chen e coll., 2012).

Per gli antipsicotici AP e per l'APA risperidone è opportuno controllare i livelli ematici di prolattina (PRL) (Halbreich e coll., 2003; Stahl, 2005; Potter & Hollister, 2009a).

Infatti tali farmaci possono determinare iperprolattinemia, dovuta a perdita dell'inibizione tonica della secrezione di PRL da parte della dopamina, con sintomi clinici (galattorrea, disfunzione mestruale/amenorrea e sessuale nelle donne e impotenza negli uomini) (Halbreich e coll., 2003; Potter & Hollister, 2009a).

La quetiapina a dosaggio elevato determina riduzione dose dipendente del 20% a carico della tiroxina (T₄) senza significato clinico, mentre l'ormone tireostimolante (TSH) risulta immutato; tali effetti clinici si risolvono alla sospensione del trattamento (Seroquell, 2001).

Nella terapia farmacologica con l'antipsicotico AP clorpromazina, come anche per la tioridazina, è utile controllare la funzionalità epatica, in quanto tale farmaco è epatotossico e può causare epatiti con lesioni epatocellulari e stasi biliare (ipertransaminasemia e iperbilirubinemia) specie in pazienti anziani; in rari casi (0,1-4%) è stato osservato un ittero colestatico che si manifesta solitamente nel primo mese e che necessita della sospensione del farmaco (Wilkaitis e coll., 2005; Mehta & Ozick, 2009; Wen & Zhou, 2009).

La prevenzione di una reazione severa è basata su un'individuazione precoce di danno epatico e di pronta sospensione del farmaco.

La funzionalità epatica è opportuno venga controllata (monitoraggio periodico) anche nel caso di terapia farmacologica con antipsicotici SGA come clozapina (con un 30-50% di soggetti con aumento delle transaminasi e rari casi di epatotossicità anche fatale in polifarmacoterapia, in particolare in associazione con valproato), olanzapina (con un 2% di soggetti con elevazione asintomatica di transaminasi) e quetiapina, in particolare nei pazienti con patologie epatiche (Wirshing e coll., 1997; Marder & Wirshing, 2005; Stahl, 2005).

Per l'antipsicotico APA clozapina è necessario un monitoraggio regolare dei globuli bianchi a causa della possibile agranulocitosi che potrebbe essere un problema potenzialmente letale nell'4,2-16% dei soggetti in trattamento, specialmente nel primo anno, con un picco di incidenza a 3 mesi (Marder & Wirshing, 2005; Schulte, 2006).

La conta ematica completa deve essere fatta prima del trattamento, settimanalmente per 6 mesi di trattamento e, in seguito, ogni 2 settimane (Stahl, 2005).

Analogamente per gli antipsicotici AP è utile controllare la conta leucocitaria per un'eventuale agranulocitosi che compare nei primi 3 mesi con incidenza di 1 su 500 pazienti in trattamento, con tasso di mortalità che può arrivare fino al 30% (Wilkaitis e coll., 2005).

Gli esami di laboratorio nella prescrizione delle benzodiazepine

Per quanto riguarda le benzodiazepine (BDZ) (diazepam, desmetildiazepam, flurazepam, oxazepam, lorazepam, ...) e le non-benzodiazepine (Non-BDZ) (buspirone, zolpidem, zopiclone e zaleplon) non risulta necessario alcun esame di laboratorio preliminarmente all'uso, anche se può essere utile eseguire i test di funzionalità epatica e renale.

In realtà, le BDZ sono metabolizzate dal fegato mediante ossidazione o coniugazione e un'alterazione della funzionalità epatica aumenta l'emivita plasmatica delle BDZ che vengono ossidate (BDZ a lunga emivita: diazepam, desmetildiazepam, clonazepam e flurazepam) e dell'alprazolam, ma ha minore effetto su quelle che vengono coniugate (BDZ a breve emivita: oxazepam, lorazepam e temazepam) (Kaplan & Sadock, 2001; Sadock & Sadock 2003a, b; Raj & Sheehan, 2005; Stahl, 2005; Trevor & Way, 2009).

In caso di insufficienza epatica e/o renale il diazepam e il clordiazepossido dovrebbero essere aumentati gradualmente, il dosaggio di clonazepam e flurazepam dovrebbe essere ridotto. L'oxazepam può essere la BDZ da preferirsi nei pazienti con patologie epatiche e in caso di insufficienza renale, anche se dovrebbe essere usata con cautela.

Anche l'alprazolam dovrebbe essere utilizzato con cautela nell'insufficienza renale e nell'insufficienza epatica è opportuno partire con dose iniziale più bassa (Stahl, 2005).

Relativamente alla Non-BDZ buspirone nel caso di insufficienza epatica e/o renale il farmaco è da utilizzare con cautela, mentre non è raccomandato per insufficienza epatica grave (Stahl, 2005).

Per quanto riguarda lo zolpidem in caso di insufficienza epatica è opportuno un dosaggio dimezzato (5 mg/die) e il monitoraggio dei pazienti; in caso di insufficienza renale non è necessario alcun aggiustamento posologico (Stahl, 2005).

Gli esami di laboratorio nella prescrizione degli antidepressivi

In generale per gli antidepressivi triciclici (TCA) e tetraciclici (imipramina, clomipramina, amitriptilina, desipramina, nortriptilina e maprotilina), frequentemente associati ad aumento ponderale, prima di iniziare la terapia è opportuno determinare se i pazienti sono già in sovrappeso od obesi, misurando anche la circonferenza addominale a livello ombelicale.

Nei pazienti in sovrappeso od obesi è necessario determinare se è già presente prediabete e dislipidemia.

Durante il trattamento è necessario monitorare il peso, l'IMC e l'assetto glucidico e lipidico.

Se durante la somministrazione di un farmaco TCA un paziente ha acquistato più del 5% del peso iniziale è necessario considerare di valutare la presenza di prediabete, diabete o dislipidemia o di passare a un antidepressivo differente e raccomandare uno stile di vita sano e terapia medica (Stahl, 2005).

Anche gli antidepressivi TCA possono aumentare le concentrazioni delle transaminasi sieriche.

Lievi aumenti degli enzimi epatici (meno di 3 volte i valori normali) non sono inusuali e solitamente possono essere controllati nell'arco di pochi giorni o settimane senza conseguenze dannose.

La tossicità epatica si può manifestare da un transitorio innalzamento degli enzimi epatici fino a un danno epatico fulminante.

Gli antidepressivi TCA e IMAO hanno maggior potenzialità di indurre insufficienza epatica rispetto agli SSRI e non essendo possibile prevedere il danno epatico idiopatico, la severità della reazione avversa può essere minimizzata con un pronto riconoscimento e con la rapida sospensione del farmaco (DeSanty & Amabile, 2007).

L'imipramina, la clomipramina, la desipramina e gli altri TCA dovrebbero essere utilizzati con cautela nei pazienti con insufficienza epatica e/o renale; a tale riguardo potrebbe essere necessario diminuire il dosaggio e monitorare i livelli plasmatici farmacologici (Stahl, 2005).

Gli antidepressivi inibitori del reuptake della serotonina (SSRI) presentano minor potenzialità di indurre insufficienza epatica.

L'SSRI paroxetina e l'inibitore del reuptake della serotonina e più debolmente della noradrenalina (SARI) nefazodone sono quelli che hanno presentato la maggior parte di casi severi di danno epatico idiopatico; la severità della reazione avversa può essere minimizzata con un pronto riconoscimento e con la rapida sospensione del farmaco (Lucerna e coll., 2003; DeSanty & Amabile, 2007).

Nei pazienti sani non è previsto alcun esame di laboratorio per l'uso degli SSRI.

Nel caso di insufficienza epatica è indicato diminuire il dosaggio di circa la metà e titolare più lentamente. Nell'insufficienza renale fluoxetina, fluvoxamina e sertralina non necessitano di un aggiustamento posologico; per la paroxetina è suggerito un dosaggio inferiore (induzione con 10 mg/die fino a un massimo di 40 mg/die), per il citalopram è suggerita la regolazione della dose per insufficienza renale moderata e cautela in quella severa e per l'escitalopram riduzione a metà della dose (10 mg/die) (Stahl, 2005).

Con gli antidepressivi SSRI, in particolare sertralina e paroxetina, ma anche citalopram ed escitalopram, sono stati segnalati rari casi di iponatremia, oltre alla sindrome da inappropriata secrezione di ormone antidiuretico (SIADH) (Strachan & Sheperd, 1998; Stahl, 2005).

Tuttavia l'incidenza è risultata limitata e si ipotizza che i soggetti anziani (oltre i 70 anni) siano più suscettibili alla sua comparsa (Liu e coll., 1996).

Per la sertralina, ma anche per fluoxetina, fluvoxamina, citalopram, escitalopram e paroxetina, raramente sono state segnalate alterazioni della funzione piastrinica e del tempo di sanguinamento, con petecchie ed emorragie.

Pertanto per gli SSRI è utile attenzione alla funzionalità piastrinica e al tempo di sanguinamento (Stahl, 2005).

Per il SARI nefazodone sono stati segnalati casi di insufficienza epatica, talora con danno epatico irreversibile e fatale (Schirren & Baretton, 2000).

Il nefazodone è risultato essere il farmaco con il maggior numero di casi severi di danno epatico: 28,96 casi per 100.000 pazienti anno contro 1,28 per l'SSRI sertralina e 4,0 per il TCA clomipramina (Carvajal García-Pando e coll., 2002).

Le raccomandazioni per una buona pratica clinica suggeriscono di evitare l'inizio del trattamento nei pazienti con epatopatia attiva o con elevati livelli basali di transaminasi sieriche, di avvisare i pazienti affinché segnalino segni e sintomi di disfunzione epatica ai clinici curanti e di interrompere il trattamento con segni o sintomi di insufficienza epatica.

Quando il paziente manifesta segni di danno epatico, come livelli di AST e ALT 3 volte più elevati rispetto al limite superiore alla norma, il farmaco dovrebbe essere sospeso e non più riassunto.

Nel caso di danno epatico noto il nefazodone è controindicato, invece con insufficienza renale non è necessario alcun aggiustamento del dosaggio (Stahl, 2005).

Il SARI trazodone può causare neutropenia, di solito priva di significato clinico, che deve essere considerata se il paziente presenta una sintomatologia infettiva (febbre, brividi, stomatite, faringite, linfadenopatia, ...) (Kaplan & Sadock, 2001; Sadock & Sadock, 2003b).

Nel caso di insufficienza epatica il trazodone dovrebbe essere utilizzato con cautela, invece con insufficienza renale non è necessario alcun aggiustamento del dosaggio (Stahl, 2005).

Nel corso della terapia farmacologica con l'antidepressivo inibitore della ricaptazione della dopamina e della noradrenalina (NDRI) bupropione sono stati descritti aumento delle transaminasi e raramente epatite acuta (Hu e coll., 2000).

In caso di insufficienza epatica il dosaggio iniziale del bupropione dovrebbe essere ridotto o eventualmente attuata una somministrazione meno frequente; in ogni caso il paziente dovrebbe essere monitorato strettamente e in caso di cirrosi epatica l'antidepressivo NDRI dovrebbe essere somministrato senza superare il dosaggio di 150 mg/die.

In caso di insufficienza renale dovrebbe essere somministrato a un dosaggio ridotto o eventualmente in maniera meno frequente (per concentrazione aumentata); in ogni caso il paziente dovrebbe essere monitorato strettamente (Stahl, 2005).

Nel trattamento con l'antidepressivo noradrenergico e serotonergico specifico (NaSSA) mirtazapina l'incidenza di anomalie di laboratorio è molto bassa: è stato descritto un transitorio aumento di enzimi epatici nel 2% dei pazienti).

Nel caso di insufficienza epatica e/o renale la mirtazapina dovrebbe essere utilizzata con cautela e potrebbe essere necessario un dosaggio inferiore al range di normale somministrazione (Stahl, 2005).

Con la mirtazapina esiste il rischio particolarmente limitato di sviluppare agranulocitosi calcolato in 1,1/1000 pazienti; infatti sono stati segnalati 2 casi di agranulocitosi e 1 di grave neutropenia (su 2796 pazienti trattati), che alla sospensione del farmaco si sono risolti.

In ogni caso se si presentano febbre, brividi, male alla gola o altri segni di infezione associati a leucopenia sono richiesti controlli ravvicinati e sospensione del farmaco (Stahl, 2005).

La mirtazapina può causare ipercolesterolemia del 20% o più rispetto al limite superiore della norma nel 15% dei soggetti in trattamento e ipertrigliceridemia fino a 500 mg/dl o più nel 6% (Sadock & Sadock, 2003a, b; Flores & Schatzberg, 2005).

Prima di iniziare la terapia e durante il trattamento è necessario monitorare il peso, l'IMC e l'assetto glucidico e lipidico a causa del possibile frequente aumento ponderale (Stahl, 2005; Potter & Hollister, 2009b).

Riguardo all'antidepressivo inibitore del reuptake della serotonina e della noradrenalina (SNRI) duloxetine sono state descritte modificazioni significative rispetto al basale di fosfatasi alcalina (ALP), creatina fosfochinasi (CPK) e ALT, ma all'interno di valori clinicamente accettabili.

Nel caso di insufficienza epatica la duloxetine non è raccomandata.

Nell'insufficienza renale moderata non è generalmente necessaria la correzione del suo dosaggio, mentre nell'insufficienza renale grave è sconsigliata (Stahl, 2005).

Per l'SNRI venlafaxina è stato segnalato un aumento di colesterolo totale e colesterolo LDL e, come effetto collaterale di rilievo, l'iponatremia con SIADH (Stahl, 2005).

Nel caso di insufficienza epatica è raccomandato ridurre il dosaggio del 50%; analogamente il dosaggio deve essere ridotto del 25-50% in caso di insufficienza renale e la situazione di dialisi prevede la sospensione della somministrazione successiva fino al completamento della dialisi (Stahl, 2005).

Gli esami di laboratorio nella prescrizione degli stabilizzatori dell'umore

Per quanto riguarda gli stabilizzatori dell'umore, il litio è associato a diversi effetti avversi metabolici, come ipotiroidismo, iperparatiroidismo, aumento di peso e diabete insipido nefrogenico (Hirschfeld e coll., 2003; Livingstone & Rapses, 2006; Potter & Hollister, 2009b).

È necessario un monitoraggio frequente dei livelli plasmatici del litio, che dovrebbero generalmente essere compresi tra 1,0 e 1,5 mEq/l per il trattamento acuto e tra 0,6 e 1,2 mEq/l per il trattamento cronico (Sadock & Sadock, 2003a, b; Potter & Hollister, 2009b).

I test di funzionalità renale e tiroidea dovrebbero essere ripetuti 1-2 volte all'anno.

Essendo il litio frequentemente associato ad aumento ponderale, prima di iniziare la terapia e durante il trattamento è necessario monitorare il peso, l'IMC e l'assetto glucidico e lipidico (Stahl, 2005).

Il litio necessita di screening iniziale e di monitoraggio della funzionalità renale e degli elettroliti a causa della sua principale eliminazione per via renale (Freeman e coll., 2005).

Tali dosaggi laboratoristici sono richiesti sia al basale che ogni 2-3 mesi dopo l'inizio della terapia e successivamente ogni 6 mesi-1 anno nei pazienti stabilizzati e con maggiore frequenza se sono presenti segni e sintomi di disfunzione renale (APA, 2002b).

La maggior parte degli effetti del litio sono reversibili dopo la sospensione del farmaco (Potter & Hollister, 2009a).

Il litio inibisce la vasopressina con conseguente alterazione della capacità renale di concentrazione; tale condizione clinica definita diabete insipido nefrogenico (DIN) causa poliuria e polidipsia fino nel 60% dei pazienti che assumono il litio (Hirschfeld e coll., 2003; Stahl, 2005).

Le strategie per minimizzare gli effetti renali da litio includono: evitamento degli episodi di tossicità e della disidratazione, monitoraggio delle concentrazioni sieriche del litio, della creatinina, riduzione della somministrazione del litio una volta al giorno.

In caso di grave insufficienza renale il farmaco non è raccomandato (Stahl, 2005; Potter & Hollister, 2009a).

È necessario anche un controllo della funzionalità tiroidea, in quanto nel 5-35% dei soggetti può comparire ipotiroidismo reversibile (gozzo ipotiroideo), che si ipotizza correlato a effetto del litio sul TSH (Hirschfeld e coll., 2003; Freeman e coll., 2005; Potter & Hollister, 2009a).

Tale ipotiroidismo, che compare dopo circa 6-8 mesi di trattamento, è risultato più frequente nelle donne, nei pazienti con anticorpi antitiroidei, nei pazienti con esagerata risposta del TSH al TRH (tireotropina) e nei soggetti con disturbi bipolari a cicli rapidi (Freeman e coll., 2005).

La funzione tiroidea è opportuno venga controllata ogni 6-12 mesi o se si sviluppano sintomi riferibili a disfunzione tiroidea.

Il livello del TSH è il test più sensibile per rilevare l'ipotiroidismo (Stahl, 2005).

In pazienti in terapia farmacologica protratta con litio per psicosi maniaco-depressiva sono stati eseguiti controlli degli indici della funzione paratiroidea (livelli di ormone paratiroideo-PTH e livelli di calcio ionizzato e totale) e si è evidenziato che il 54% dei soggetti presentava incrementi di calcio ionizzato (altamente significativi) e/o dei livelli di PTH (non altamente significativi), ma i segni di iperparatiroidismo erano assenti e non vi era ridu-

zione di massa scheletrica al BMDs (densità minerale scheletrica) (Nordenström e coll., 1994).

Il litio può causare leucopenia marcata, associata ad aumento acuto della litiemia, e alterazioni ematologiche nel trattamento a lungo termine, come leucocitosi benigna e reversibile alla sospensione del farmaco; il litio può essere utilizzato per trattare la granulocitopenia indotta da carbamazepina (Brewerton 1986; Freeman e coll., 2005; Potter & Hollister, 2009a).

Per quanto riguarda i nuovi antiepilettici (AED) utilizzati come stabilizzatori dell'umore, i controlli clinici e i test di laboratorio non dovrebbero essere trascurati nei primi 6 mesi di terapia farmacologica.

Anche per il valproato, essendo l'uso frequentemente associato ad aumento ponderale, prima di iniziare la terapia e durante il trattamento è necessario monitorare il peso, l'IMC e l'assetto glucidico e lipidico (Stahl, 2005).

Il valproato viene principalmente metabolizzato a livello epatico e necessita pertanto di screening iniziale e di monitoraggio della funzionalità epatica, anche se il monitoraggio dei segni clinici di tossicità è più importante di quello routinario degli enzimi epatici (Bowden, 2005; Kennedy & Lhatoo, 2008).

Aumenti lievi e transitori degli enzimi epatici fino a 3 volte i valori normali superiori non richiedono la sospensione del farmaco.

L'aumento della γ -glutamilttransferasi (GGT) è spesso senza significato clinico nei pazienti che assumono valproato associato a carbamazepina (Anderson, 2002; Hirschfeld e coll., 2003).

L'aumento dei livelli delle transaminasi è spesso dose-dipendente e in genere recede con la riduzione della dose o con il tempo (Bowden, 2005).

Gli AED sono associati molto raramente a danno epatico indotto (1 su 500.000 pazienti), ma le sue conseguenze sono molto serie (morte o trapianto di fegato).

La sensibilità è diversa a seconda dei farmaci: è molto rara per il valproato, mentre è del 30% per la carbamazepina e del 70% per la fenitoina.

Mentre nell'insufficienza epatica il valproato è controindicato, in quella renale non è necessario alcun aggiustamento del dosaggio (Stahl, 2005).

Raramente in pazienti giovani (<1%) sono state riportate pancreatiti su base idiopatica, per lo più manifestatesi nei primi 6 mesi, a volte letali; per cui è utile il monitoraggio della funzionalità pancreatica.

Nel mondo dal 1979 al 2005 sono stati riportati 90 casi di pancreatite acuta e in Germania tra il 1994 e il 2003 sono stati documentati 16 nuovi casi (Gerstner e coll., 2007).

Il valproato è associato anche ad alterazioni della conta piastrinica, ma raramente significative.

La riduzione della conta piastrinica come di quella leucocitaria è correlata a elevate concentrazioni sieriche di valproato; una conta piastrinica superiore a 150.000/mm³ è raramente associata a complicanze emorragiche, mentre valori inferiori richiedono un monitoraggio clinico e laboratoristico continuo.

Sono stati segnalati anche casi di grave trombocitopenia, che si risolve con la sospensione del farmaco.

Casi di leucopenia asintomatica (WBC >3000/mm³ e leucociti polimorfonucleati <1500/mm³) sono usualmente reversibili con la riduzione o la sospensione del farmaco (Hirschfeld e coll., 2003).

Per la carbamazepina il controllo della conta ematica (esame ematologico completo, formula leucocitaria e conta piastrinica) per i primi 2 mesi va eseguito ogni 2 settimane, poi ogni 3 mesi per tutta la durata del trattamento.

La funzionalità tiroidea va controllata ogni 6-12 mesi, quella epatica trimestralmente (Ketter e coll., 2005; Stahl, 2005).

La carbamazepina può causare epatite da ipersensibilità, effetto indesiderato grave, ma per fortuna raro, che compare dopo un periodo di latenza di alcune settimane ed è associata ad aumento di transaminasi, latticodeidrogenasi (LDH), ALP e bilirubina; tale situazione clinica obbliga alla sospensione e alla non reintroduzione del farmaco (Gram & Bentsen, 1983). Aumenti lievi e transitori delle transaminasi (fino a 3 volte il limite della normalità), presenti in 5-15% dei pazienti, possono essere tenuti sotto controllo senza sospendere la carbamazepina (Ketter e coll., 2005).

In caso di insufficienza epatica e/o renale la carbamazepina dovrebbe essere utilizzata con cautela (Stahl, 2005).

La carbamazepina può produrre effetti collaterali ematologici come agranulocitosi e anemia aplastica, che possono risultare fatali, anche se rare, con un tasso di 1 su 125.000 pazienti in trattamento per anno e con mortalità di 1 su 575.000 pazienti in trattamento (Porter & Meldrum, 2009).

Invece la leucopenia benigna (GB totali inferiori a 3000 cellule/mm³) è più comune, con una frequenza di circa il 10%.

Una leucopenia persistente con trombocitopenia compare nel 2% circa dei pazienti e una lieve anemia nel 5% dei soggetti in trattamento (Hirschfeld e coll., 2003; Tutor-Crespo e coll., 2007).

La leucopenia lieve persistente non è un'indicazione alla sospensione del trattamento, ma richiede un attento monitoraggio clinico (Porter & Meldrum, 2009).

La carbamazepina occasionalmente, come pure la oxcarbazepina, può causare trombocitopenia, determinata da iper-distruzione sanguigna delle piastrine.

In ogni caso nonostante la trombocitopenia da oxcarbazepina sia molto inferiore (1.7%) rispetto a quella da carbamazepina (2.9%) la conta routinaria delle piastrine può essere raccomandata nei pazienti trattati con entrambi i farmaci (Tutor-Crespo e coll., 2007).

La carbamazepina dovrebbe essere sospesa se la conta dei neutrofili è inferiore a 1000.

In caso di leucopenia benigna l'aggiunta di litio può aumentare la conta dei neutrofili fino alla normalità, contrastando la leucopenia indotta da carbamazepina.

Sono state indicate delle linee guida per la sospensione della carbamazepina, che prevedono: conta leucocitaria <3000/mm³, numero totale dei neutrofili sotto 1000-1500/mm³, conta eritrocitaria <4.0 x 10mm³, livello di emoglobina <11 mg/dl, conta piastrinica <100.000/mm³, conta reticolocitaria <0.3 e sideremia >150 mg/dl (Kaplan & Sadock, 2001; Sadock & Sadock, 2003b; Morihisa e coll., 2003).

La carbamazepina può causare riduzione dei livelli plasmatici di triiodotironina (T₃) e T₄ probabilmente per induzione del loro metabolismo epatico, tale effetto ha raramente significato clinico (Isojärvi e coll., 2001a).

La carbamazepina può contemporaneamente ridurre i livelli di TSH, riducendo la risposta ipofisaria al TRH (Joffe e coll., 1984).

La carbamazepina può indurre SIADH con conseguente iponatriemia (nel 6-31% dei pazienti); tale condizione clinica è meglio tollerata da soggetti giovani; per gli alcolisti può esercitare un rischio maggiore (Van Amelsvoort e coll., 1994; Hirschfeld e coll., 2003).

La oxcarbazepina, analoga alla carbamazepina, non risulta associata a discrasie ematiche; pertanto non necessita di monitoraggio ematologico; può dare un aumento lieve di transaminasi e ALP (Ketter e coll., 2005).

Rispetto alla carbamazepina ha un minore effetto sui lipidi e il passaggio da carbamazepina a oxcarbazepina determina una

riduzione del colesterolo totale, ma non del colesterolo HDL o dei TG (Isojärvi e coll., 1994).

Con la oxcarbazepina l'iponatremia (<135 mEq/L) compare in modo più frequente, circa nel 23% rispetto alla carbamazepina, anche se è più frequentemente asintomatica; i fattori di rischio conosciuti sono rappresentati da età avanzata (rischio superiore in pazienti anziani >65 anni), da polidipsia psicogena, da uso di diuretici che riducono i livelli di sodio, da terapia pregressa concomitante con carbamazepina e da titolazione farmacologica troppo rapida del dosaggio di oxcarbazepina (Isojärvi e coll., 2001a; Perugi & Ruffolo, 2002; Porter & Meldrum, 2009).

Nel 2,5% dei pazienti in trattamento con oxcarbazepina la riduzione dei livelli sierici di sodio è risultata al di sotto di 125 mEq/L essendo asintomatica; solo nello 0,4% dei pazienti è stato necessario interrompere il farmaco.

La correzione dell'iponatremia asintomatica può essere fatta con la riduzione graduale dell'apporto di liquidi (Perugi & Ruffolo, 2002).

Pertanto è da considerare il monitoraggio della sodiemia, specialmente durante i primi 3 mesi di trattamento, in quanto l'iponatremia è un effetto collaterale pericoloso/mortale (Stahl, 2005).

La oxcarbazepina ha presentato basse concentrazioni di T_4 , ma non di T_3 e di TSH (Isojärvi e coll., 2001b).

In caso di danno epatico da lieve a moderato non è raccomandato un aggiustamento del dosaggio della oxcarbazepina.

In caso di insufficienza renale, essendo il farmaco escreto per via renale, è necessario ridurre la dose del 50% e può essere necessaria una titolazione più lenta (Stahl, 2005).

Per quanto riguarda il gabapentin non è necessario alcun esame di laboratorio particolare nei soggetti sani in quanto il farmaco ha un profilo di collateralità molto vantaggioso (Perugi & Ruffolo, 2002; Frye e coll., 2000; Frye, 2005; Stahl, 2005).

In caso di insufficienza epatica, è suggerito un dosaggio normale, in quella renale, essendo il farmaco escreto per via renale, potrebbe essere necessario ridurre il dosaggio, che potrebbe essere regolato sulla base della clearance della creatinina, in modo che i pazienti con clearance inferiore a 16 ml/min ricevano 100-300 mg/die in dose singola, quelli con clearance tra 16 e 29 ml/min ricevano 200-700 mg/die in dose singola e i pazienti con clearance tra 30 e 59 ml/min ricevano 400-1400 mg/die in 2 somministrazioni; i pazienti in emodialisi possono necessitare di dosaggi supplementari (Stahl, 2005).

Anche la lamotrigina non richiede monitoraggio laboratoristico particolare, invece è necessaria una titolazione graduale per ridurre il rischio di eruzioni cutanee che si manifesta in circa il 10% dei casi; è utile comunque eseguire i test di funzionalità epatica, renale, della coagulazione e un emocromo con conta leucocitaria nei pazienti che presentano in forma acuta, durante i primi 2 mesi dall'inizio del trattamento, un quadro clinico caratterizzato da qualsiasi combinazione di effetti indesiderati come eruzioni cutanee (rash benigni nell'8%, rash gravi nello 0,1%), sintomi di tipo infettivo, sonnolenza e peggioramento delle convulsioni.

Il rischio di rash appare forte nel caso di dosi iniziali elevate di lamotrigina, di associazione con valproato (per aumento di 2 volte dell'emivita di lamotrigina) e nei soggetti sotto i 12 anni di età.

Il rash benigno scompare alla sospensione del farmaco; nel caso di rash grave con reazione associata a sintomi sistemici, i pazienti devono essere avvertiti di sospendere il farmaco permanentemente (Perugi & Ruffolo, 2002; Shelton & Calabrese, 2005).

Come effetti collaterali pericolosi sono anche state segnalate discrasie ematiche (Stahl, 2005).

In caso di insufficienza epatica per la lamotrigina può essere necessaria una titolazione lenta e una riduzione del 50% del dosaggio nei pazienti con insufficienza moderata e del 75% con insufficienza grave.

In caso di insufficienza renale, essendo il farmaco escreto per via renale, potrebbe essere necessaria una riduzione del dosaggio; per i pazienti sottoposti a emodialisi possono essere necessarie dosi supplementari di farmaco (Stahl, 2005).

Per quanto riguarda il topiramato non è necessario alcun esame di laboratorio particolare e non si sono evidenziate alterazioni significative nei parametri di laboratorio (Sachdeo & Karia, 2002; McElroy & Keck, 2005).

In realtà il topiramato, riducendo la concentrazione plasmatica dei bicarbonati, in alcuni pazienti causa acidosi metabolica ipercloremica transitoria per cui è consigliato di monitorare i livelli sierici di bicarbonato prima del trattamento e successivamente periodicamente (Sachdeo & Karia, 2002; Stahl, 2005).

In caso di insufficienza epatica il topiramato dovrebbe essere utilizzato con cautela in quanto si può verificare un aumento dei livelli ematici del farmaco.

Nell'insufficienza renale il farmaco, essendo escreto per via renale, richiede una riduzione del dosaggio del 50%; negli emodializzati sono necessarie dosi supplementari di farmaco (Stahl, 2005; Porter & Meldrum, 2009).

Le indagini strumentali nella prescrizione psicofarmacologica

Per quanto riguarda le indagini strumentali, l'ECG e l'elettrofisiologia (EEG e PE) attualmente possono essere utilizzate nella routine diagnostica neuropsichiatrica e in quella dei disturbi da uso di sostanze e/o alcol come protocollo di base, mentre come protocollo supplementare possono essere utilizzate alcune tecniche di neuroimaging (TAC e RM) (Heiselman e coll., 1997; Vita e coll., 2000; Morihisa e coll., 2003).

In particolare per quanto riguarda l'ECG, risultati anormali sono rilevanti per la terapia psicofarmacologica solo nel caso di ischemia cardiaca o di disturbi della conduzione, mentre sono accessori nel caso di anomalie minori; pertanto è stato indicato il suo utilizzo selettivo nei pazienti giovani, sia quelli a rischio basso che quelli con ripetute ammissioni in ospedale.

Tali raccomandazioni sono state determinate sia da aspetti clinici che economici.

L'algoritmo medico riguardante gli esami di laboratorio e le indagini strumentali prevede una batteria di screening di routine a cui possono seguire ulteriori valutazioni di approfondimento, correlate alla terapia o a trattamenti organici e, infine, valutazioni sperimentali.

Sia nel caso di esami di laboratorio che di indagini strumentali viene raccomandato nei confronti dei pazienti psichiatrici senza segni clinici evidenti di malattie organiche, di utilizzare le batterie di screening allargate solo nei gruppi a maggior rischio (Heiselman e coll., 1997; Morihisa e coll., 2003).

Sulla base di tali risultati ottenuti dalla valutazione clinica e strumentale i clinici del sistema di cura sono in grado di scegliere in modo opportuno la terapia farmacologica e l'intensità del monitoraggio clinico, laboratoristico e strumentale durante il trattamento specifico del singolo paziente (APA, 2002a, 2006; Kaplan & Sadock, 2001; Sadock & Sadock, 2003a, b).

Bibliografia

- Abou-Saleh M.T. (2004), "Dual diagnosis: management within a psychosocial context", *Advances in Psychiatric Treatment*, 10: 352-360.
- American Psychiatric Association (APA) (2001) *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali 4° Ed. TR. (DSM-IV-TR, American Psychiatric Press, Washington DC, 2000)*, Masson, Milano.
- American Psychiatric Association (APA) (2003) *Linee guida per il trattamento dei disturbi psichiatrici. Compendio 2003 (Practice guideline for the treatment of psychiatric disorders-Compendium 2002. American Psychiatric Press, Washington DC, 2002a)*, Masson, Milano.
- American Psychiatric Association (APA) (2002b) "Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorders (revision)", *American Journal of Psychiatry*, 159, suppl.: 1-50.
- American Psychiatric Association (APA) (2006) *Practice guideline for the treatment of patients with Substance Use Disorders. Second edition*, American Psychiatric Press, Washington DC.
- Anderson G.D. (2002), "Children versus adults: pharmacokinetic and adverse-effect differences", *Epilepsia*, 43, suppl. 3: 53-59.
- Bignamini E., Cortese., Garau S., Sansebastiano S. (2002), *Dipendenza da sostanze e patologia psichiatrica. Percorsi di ricerca sulla comorbidità*, EDITEAM, Castello d'Argile (BO).
- Bowden C.L. (2005), "Valproate", in Schatzberg A.F., Nemeroff C.B. (a cura di), *Psicofarmacologia (The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychopharmacology. Third edition. American Psychiatric Publishing Inc., Washington DC, 2004) Vol. 2*, Centro Scientifico Editore Torino: 567-579.
- Brewerton T.D. (1986), "Lithium counteracts carbamazepine-induced leukopenia while increasing its therapeutic effect", *Biological Psychiatry*, 21: 677-685.
- Brunette M.F., Mueser K.T., Drake R.E. (2004), "A review of research on residential programs for people with severe mental illness and co-occurring substance use disorders", *Drug and Alcohol Review*, 23: 471-481.
- Carvajal García-Pando A., García del Pozo J., Sánchez A.S., Velasco M.A., Rueda de Castro A.M., Lucerna M.I. (2002), "Hepatotoxicity associated with new antidepressants", *Journal of Clinical Psychiatry*, 63: 135-137.
- Chen Y., Bobo W.V., Watts K., Jayathilake K., Tang T., Meltzer H.Y. (2012), "Comparative effectiveness of switching antipsychotic drug treatment to aripiprazole or ziprasidone for improving metabolic profile and atherogenic dyslipidemia: a 12-month, prospective, open-label study", *Journal of Psychopharmacology*, epub ahead of print.
- Col N., Fanale J.E., Kronholm P. (1990), "The role of medication non-compliance and adverse drug reactions in hospitalizations of the elderly", *Archives of Internal Medicine*, 150: 841-845.
- Cornish J.W., McNicholas L.F., O'Brien C.P. (2005), "Trattamento dei disturbi correlati a sostanze", in Schatzberg A.F., Nemeroff C.B. (a cura di), *Psicofarmacologia (The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychopharmacology. Third edition. American Psychiatric Publishing Inc., Washington DC, 2004) Vol. 3*, Centro Scientifico Editore, Torino: 1009-1029.
- DeSanty K.P., Amabile C.M. (2007), "Antidepressant-induced liver injury", *Annals of Pharmacotherapy*, 41: 1201-1211.
- Drake R.E., Mercer C.C., McFadden C., Mueser K.T., McHugo G.J., Bond G.R. (1998), "Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders", *Schizophrenia Bulletin*, 24: 589-608.
- Drake R.E., O'Neal E.L., Wallach M.A. (2008), "A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders", *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34: 123-138.
- Flexner C. (1998), "HIV-protease inhibitors", *New England Journal of Medicine*, 338: 1281-1292.
- Flores B.H., Schatzberg A.F. (2005), "Mirtazapina", in Schatzberg A.F., Nemeroff C.B. (a cura di), *Psicofarmacologia (The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychopharmacology. Third edition. American Psychiatric Publishing Inc., Washington DC, 2004) Vol. 2*, Centro Scientifico Editore, Torino: 341-347.
- Freeman M.P., Wiegand C., Gelemborg A.J. (2005), "Litio", in Schatzberg A.F., Nemeroff C.B. (a cura di), *Psicofarmacologia (The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychopharmacology. Third edition. American Psychiatric Publishing Inc., Washington DC, 2004) Vol. 2*, Centro Scientifico Editore, Torino: 547-565.
- Frye M.A. (2005), "Gabapentin", in Schatzberg A.F., Nemeroff C.B. (a cura di), *Psicofarmacologia (The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychopharmacology. Third edition. American Psychiatric Publishing Inc., Washington DC, 2004) Vol. 2*, Centro Scientifico Editore, Torino: 607-613.
- Frye M.A., Ketter T.A., Kimbrell T.A., Dunn R.T., Speer A.M., Osuch E.A., Luckenbaugh D.A., Cora-Ocatelli G., Leverich G.S., Post R.M. (2000), "A placebo-controlled study of lamotrigine and gabapentin monotherapy in refractory mood disorders", *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 20: 607-614.
- Gerstner T., Büsing D., Bell N., Longin E., Kasper J-M., Klostermann W., Hebing B., Hanefeld F., Eckel U., Hoffmann R., Bettendorf U., Weidner B., Wiemer-Kruel A., Brockmann K., Neumann F-W., Sandrieser T., Wolff M., König S. (2007), "Valproic acid-induced pancreatitis: 16 new cases and review of the literature", *Journal of Gastroenterology*, 42: 39-48.
- Gram L.M., Bentsen K.D. (1983), "Hepatic toxicity of antiepileptic drugs: a review", *Acta Neurologica Scandinavica*, 97, suppl.: 81-90.
- Green A.I., Drake R.E., Brunette M.F., Noordsy D.L. (2007), "Schizophrenia and co-occurring substance use disorder", *American Journal of Psychiatry*, 164: 402-408.
- Guglielmo R., Janiri L. (2008), "Alcol e doppia diagnosi: epidemiologia, difficoltà diagnostiche e ipotesi di trattamento", *Dipendenze Patologiche*, 3: 17-21.
- Halbreich U., Kinon B.J., Gilmore J.A., Kahn L.S. (2003), "Elevated prolactin levels in patients with schizophrenia: mechanism and related adverse effects", *Psychoneuroendocrinology*, 28, suppl. 1: 53-67.
- Hasin D., Samet S., Nunes E., Meydan J., Matseone K., Waxman R. (2006), "Diagnosis of comorbid psychiatric disorders in substance users assessed with the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM-IV", *American Journal of Psychiatry*, 163: 689-696.
- Hasnain M., Vieweg W.V., Fredrickson S.K., Beatty-Brooks M., Fernandez A., Pandurangi A.K. (2009), "Clinical monitoring and management of metabolic syndrome in patients receiving atypical antipsychotic medications", *Primary Care Diabetes*, 3: 5-15.
- Heiselman R.E., Bredle D.L., Kessler E., Rutecki G.W., Hines R.M., Whittier F.C., Bunn P.D., Ognibene A.J. (1997), "Relevance of routine admission electrocardiograms for psychiatric patients", *Psychiatric Services*, 48: 1323-1327.
- Hirschfeld R.M.A., Bowden C.L., Gitlin M.J., Keck P.E., Perlis R.H., Suppes T., Thase M.E., Wagner K.D. (2003), "Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (Revision)", *Focus*, 1: 64-110.
- Hoffman R.S., Koram L.M. (1984), "Detecting physical illness in patients with mental disorders", *Psychosomatics*, 25: 654-660.
- Isojarvi J.I., Pakarinen A.J., Rautio A., Pelkonen O., Myllylä V.V. (1994), "Liver enzyme induction and serum lipid levels after replacement of carbamazepine with oxcarbazepine", *Epilepsia*, 35: 1217-1220.
- Isojärvi J.L., Huuskanen U.E., Pakarinen A.T., Vuolteenaho O., Myllylä V.V. (2001a), "The regulation of serum sodium after replacing carbamazepine with oxcarbazepine", *Epilepsia*, 42: 741-745.
- Isojärvi J.L., Turkka J., Pakarinen A.T., Koyila M., Rattja J., Myllylä V.V. (2001b), "Thyroid function in men taking carbamazepine, oxcarbazepine, or valproate for epilepsy", *Epilepsia*, 42: 930-934.
- Joffe R.T., Gold P.W., Uhde T.W., Post R.M. (1984), "The effects of carbamazepine on the thyrotropin response to thyrotropin releasing hormone", *Psychiatry Research*, 12: 161-166.
- Kaplan H.J., Sadock B.J. (2001) *Psichiatria. Manuale di scienze del comportamento e psichiatria clinica. Vol. 1*, Centro Scientifico Internazionale, Torino.
- Kennedy G.M., Lhatoo S.D. (2008), "CNS adverse events associated with antiepileptic drugs", *CNS Drugs*, 22: 739-760.
- Ketter T.A., Wang P.W., Post R.M. (2005), "Carbamazepina e oxcarbazepina", in Schatzberg A.F., Nemeroff C.B. (a cura di), *Psicofarmacologia*

- gia (*The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychopharmacology. Third edition. American Psychiatric Publishing Inc., Washington DC, 2004*) Vol. 2, Centro Scientifico Editore, Torino: 581-606.
- Khan A.Y., Preskorn S.H. (2005), "Multiple medication use in general practice and psychiatry: so what?", *Psychiatric Times*, 22: 1-8.
- Kingsbury S.J., Fayeck M., Trufasiu D., Zada J., Simpson G.M. (2001), "The apparent effects of ziprasidone on plasma lipids and glucose", *Journal of Clinical Psychiatry*, 62: 347-349.
- Liu B.A., Mittmann N., Knowles S.R., Shear N.H. (1996), "Hyponatremia and the syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone associated with the use of selective serotonin reuptake inhibitors: a review of spontaneous reports", *Canadian Medical Association Journal*, 155: 519-527.
- Livingstone C., Rampes H. (2006), "Lithium: a review of its metabolic adverse effects", *Journal of Psychopharmacology*, 20: 347-355.
- Lucerna M.I., Carvajal A., Andrade R.J., Velasco A. (2003), "Antidepressant-induced hepatotoxicity", *Expert Opinion on Drug Safety*, 2: 249-262.
- Madeddu F., Fiocchi A., Rigliano P., Migliori E., Pianezzola P., Violino A. (2006), "I servizi specialistici per la cura di tossicodipendenti con complicanze psichiatriche e psicopatologiche", in Madeddu F., Fiocchi A., Pianezzola P. (a cura di), *Tossicodipendenze, marginalità e gravità sociale. Interventi specialistici in strutture residenziali e semi-residenziali del Welfare Lombardo*, FrancoAngeli, Milano: 25-124.
- Manzato E., Nava F., Biasin C., Faccini M., Cifelli G. (2006a), "Gli esami di laboratorio nell'assessment dei disturbi correlati a sostanze psicoattive in soggetti con comorbidità psichiatrica", *Mission*, 20: 19-34.
- Manzato E., Biasin C., Nava F. (2006b), "La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze psicoattive e nella comorbidità psichiatrica associata", *Mission*, 17: 21-30.
- Manzato E., Fea M., Cifelli G., Biasin C. (2007), "L'integrazione dei trattamenti e dei Servizi per la gestione della comorbidità psichiatrica associata alla dipendenza da sostanze psicoattive", in Ameglio M., Canestri L. (a cura di), *Dipendenze e disturbi psichiatrici: esperienze italiane a confronto*, USL 7 di Siena, Siena: 158-217.
- Marder S.R., Wirshing D.A. (2005), "Clozapina", in Schatzberg A.F., Nemeroff C.B. (eds.), *Psicofarmacologia (The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychopharmacology. Third edition. American Psychiatric Publishing Inc., Washington DC, 2004)*, vol. 2, Centro Scientifico Editore, Torino: 443-456.
- Maremmani I., Canoniero S., Pacini M. (2001), "Clinica e terapia dei disturbi da uso di alcol. Farmaci che riducono l'uso di alcol, cocaina ed oppiacei", in Maremmani I. (a cura di), *Manuale di neuropsicofarmacologia, psichiatrica e dell'abuso di sostanze*, Pacini, Pisa: 133-154.
- Maremmani I., Cibin M., Mosti A., Ceccanti M. (2010), "GHB nella clinica dell'alcolismo: raccomandazioni e osservazioni", *Medicina delle Tossicodipendenze*, 67: 51-59.
- Maremmani A.G.I., Pani P.P., Rovai L., Pacini M., Dell'Osso L., Maremmani I. (2011), "Long-term γ -hydroxybutyric acid (GHB) and disulfiram combination therapy in GHB treatment-resistant chronic alcoholics", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8: 2816-2827.
- McElroy S.L., Keck P.E. Jr. (2005), "Topiramato", in Schatzberg A.F., Nemeroff C.B. (a cura di), *Psicofarmacologia (The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychopharmacology. Third edition. American Psychiatric Publishing Inc., Washington DC, 2004)* Vol. 2, Centro Scientifico Editore, Torino: 627-636.
- Mehta N., Ozick L. (2009), "Drug-induced hepatotoxicity", *WebMD*, June 4.
- Mintz D.C., Marcus S.C., Druss B.G., West J.C., Brickman A.L. (2004), "Association of utilization management and treatment plan modifications among practicing U.S. psychiatrists", *American Journal of Psychiatry*, 161: 1103-1109.
- Morihsa J.M., Rosse R.B., Cross C.D., Balkovski V., Ingraham C.A. (2003), "Esami di laboratorio e altri test diagnostici in psichiatria", in Hales R.E., Yudofsky S.C., Talbott J.A. (a cura di), *Psichiatria, 3° Ed. (Textbook of Psychiatry, American Psychiatric Press, Washington DC)*, Vol. 1, Centro Scientifico Editore, Torino: 281-314.
- Mueser K.T., Noordsy D., Drake R.E., Fox M. (2003), *Integrated treatment for dual disorders: A guide to effective practice*, Guilford, New York.
- Mueser K.T., Meyer P.S., Penn D.L., Clancy R., Clancy D.M., Salyers M.P. (2006), "The illness management and recovery program: rationale, development, and preliminary findings", *Schizophrenia Bulletin*, 32, suppl. 1: S32-S43.
- Nava F. (2004), *Manuale di neurobiologia e clinica delle dipendenze*, FrancoAngeli, Milano.
- Noordsy D.L., McQuade D.V., Mueser K.T. (2003), "Assessment considerations", in Graham H.L., Copello A., Birchwood M.J., Mueser K.T. (eds.), *Substance misuse in psychosis: Approaches to treatment and service delivery*, John Wiley & Sons, Chichester: 159-180.
- Nordenström J., Elvius M., Bågedahl-Strindlund M., Zhao B., Törning O. (1994), "Biochemical hyperparathyroidism and bone mineral status in patients treated long-term with lithium", *Metabolism*, 43: 1563-1567.
- Nunes E.V., Levin F.R. (2004), "Treatment of depression in patients with alcohol or other drug dependence: a meta-analysis", *JAMA*, 291: 1887-1896.
- Olfson M., Marcus S.C., Corey-Lisle P., Tuomari A.V., Hines P., L'Italiani G.J. (2006), "Hyperlipidemia following treatment with antipsychotic medications", *American Journal of Psychiatry*, 163: 1821-1825.
- Perugi G., Ruffolo G. (2002), "I nuovi antiepilettici nel trattamento del disturbo bipolare", *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 4, suppl.: 3-19.
- Petrakis I.L., Nich C., Ralevski E. (2006), "Psychotic spectrum disorders and alcohol abuse: A review of pharmacotherapeutic strategies and a report on the effectiveness of naltrexone and disulfiram", *Schizophrenia Bulletin*, 32: 644-654.
- Pietrini P. (2011), *Il laboratorio in neurologia e psichiatria. Valori normali e patologici*, McGraw-Hill, Milano.
- Porter R.J., Meldrum B.S. (2009), "Farmaci antiepilettici", in Katzung B.G. (a cura di), *Farmacologia generale e clinica 7ª edizione italiana sulla 10ª di lingua inglese*, Piccin, Padova: 376-398.
- Potter W.Z., Hollister L.E. (2009a), "Antipsicotici e litio", in Katzung B.G. (a cura di), *Farmacologia generale e clinica 7ª edizione italiana sulla 10ª di lingua inglese*, Piccin, Padova: 459-476.
- Potter W.Z., Hollister L.E. (2009b), "Antidepressivi", in Katzung B.G. (a cura di), *Farmacologia generale e clinica 7ª edizione italiana sulla 10ª di lingua inglese*, Piccin, Padova: 477-490.
- Raj A., Sheehan D. (2005), "Benzodiazepine", in Schatzberg A.F., Nemeroff C.B. (a cura di), *Psicofarmacologia (The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychopharmacology. Third edition. American Psychiatric Publishing Inc., Washington DC, 2004)* Vol. 2, Centro Scientifico Editore, Torino: 371-390.
- Rosen C.S., Kuhn E., Greenbaum M.A., Drescher K.D. (2008), "Substance abuse-related mortality among middle-aged male VA psychiatric patients", *Psychiatric Services*, 59: 290-296.
- Sachdeo R.C., Karia R.M. (2002), "Topiramate: adverse effects", in Lvy R.H., Mattson R.H., Meldrum B.S., Perucca E., Bashir K.H. (eds.), *Antiepileptic drugs*, 5th Ed., Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia: 760-763.
- Sadock B.J., Sadock V.A. (2003a), *Farmaci in Psichiatria*, Kaplan e Sadock's Pocket Handbook, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Sadock B.J., Sadock V.A. (2003b), *Psichiatria Clinica*, Kaplan e Sadock's Pocket Handbook, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Schirren C.A., Baretton G. (2000), "Nefazodone-induced acute liver failure", *American Journal of Gastroenterology*, 95: 1596-1597.
- Schulte P.F.J. (2006), "Risk of clozapine-associated agranulocytosis and mandatory white blood cell monitoring", *Annals of Pharmacotherapy*, 40: 683-688.
- Seroquel (Quetiapine) (2001), Wilmington: AstraZeneca Pharmaceuticals.
- Shelton M.D., Calabrese J.R. (2005), "Trazodone e nefazodone", in Schatzberg A.F., Nemeroff C.B. (a cura di), *Psicofarmacologia (The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychopharmacology. Third edition. American Psychiatric Publishing Inc., Washington DC, 2004)* Vol. 2, Centro Scientifico Editore, Torino: 615-626.

- Sox H.C. Jr., Koran L.M., Sox C.H., Marton K.I., Dugger F., Smith T. (1989), "A medical algorithm for detecting physical disease in psychiatric patients", *Hospital and Community Psychiatry*, 40: 1270-1276.
- Stahl S.M. (2005), *Guida alla prescrizione*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Strachan J., Shepherd J. (1998), "Hyponatremia associated with the use of selective serotonin re-uptake inhibitors", *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32: 295-298.
- Straker D., Correl C.U., Kramer-Ginsberg E., Abdulhamid N., Koshy F., Rubens E., Saint-Vil R., Kane J.M., Manu P. (2005), "Cost-effective screening for the metabolic syndrome in patients treated with second-generation antipsychotic medications", *American Journal of Psychiatry*, 162: 1217-1221.
- Thase M.E., Salloum I.M., Cornelius J.D. (2001), "Comorbid alcoholism and depression: treatment issues", *Journal of Clinical Psychiatry*, 62: 32-41.
- Trevor A.J., Way W.L. (2009), "Farmaci sedativo-ipnotici", in Katzung B.G. (a cura di), *Farmacologia generale e clinica 7ª edizione italiana sulla 10ª di lingua inglese*, Piccin, Padova: 349-363.
- Tutor-Crespo M.J., Hermida J., Tutor J.C. (2007), "Relation of blood platelet count during carbamazepine and oxcarbazepine treatment with daily dose, and serum concentrations of carbamazepine, carbamazepine-10, 11-epoxide, and 10-hydroxycarbamazepine", *Biomedical Paper of Medicine Faculty of University Palacky Olomouc*, 151: 91-94.
- Van Amelsvoort T., Bakshi R., Devaux C.B., Schwabe S. (1994), "Hyponatremia associated with carbamazepine and oxcarbazepine therapy: a review", *Epilepsia*, 35: 181-188.
- Vita A., Caputo A., Tenconi F. (2000), "Esami di laboratorio, indagini neurofisiologiche e tecniche di visualizzazione cerebrale", in Invernizzi C. (a cura di), *Manuale di Psichiatria e Psicologia Clinica*, McGraw-Hill, Milano: 62-72.
- Volkow N.D. (2009), "Substance use disorders in schizophrenia-Clinical implications of comorbidity", *Schizophrenia Bulletin*, 35: 469-472.
- Wen B., Zhou M. (2009) "Metabolic activation of the phenothiazine antipsychotics chlorpromazine and thioridazine to electrophilic iminoquinone species in human liver microsomes and recombinant P450s", *Chemico-Biological Interactions*, 181: 220-226.
- Wilkaitis J., Mulvihill T., Nasrallah H.A. (2005), "Farmaci antipsicotici classici", in Schatzberg A.F., Nemeroff C.B. (eds.), *Psicofarmacologia (The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychopharmacology. Third edition. American Psychiatric Publishing Inc., Washington DC, 2004)*, vol. 2, Centro Scientifico Editore, Torino: 425-441.
- Wirshing W., Ames D., Bisheff S., Pierre J.M., Mendoza A., Sun A. (1997), "Hepatic encephalopathy associated with combined clozapine and divalproex sodium treatment", *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 17: 120-121.

NOTIZIE IN BREVE

CORRAL - FeDerSerD - CNCA - FICT - Università Milano Bicocca
Organizzano presso l'Università di Milano Bicocca, il 29 novembre 2013, ore 9.30 - 16.30

IL CONVEGNO

LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE IN ALCOLOGIA Realtà, criticità e prospettive

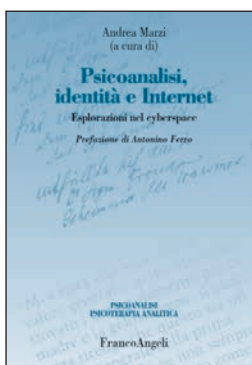
Il convegno, rivolto agli operatori dell'ambito alcolologico, si propone di mettere a fuoco le problematiche connesse alla gestione e al mantenimento della presa in carico del paziente con dipendenza da alcol nei diversi contesti di cura e riabilitazione. Filo conduttore della giornata sarà l'analisi degli indicatori per l'accesso ai diversi percorsi assistenziali e delle modalità operative per l'integrazione degli interventi.

La partecipazione è gratuita. Accreditato ECM.

Per informazioni ed iscrizione: segreteria organizzativa EXPOPOINT

federserd@expopoint.it - tel. 031748814 - fax 031751525

RECENSIONE



Vincenzo Marino, Elisa Barozzi,
Carlo Arrigone

SHOPPING COMPULSIVO l'altra faccia dello shopping

€ 9,90

Collana: Snodi Riabilitazione

Psicologica

Codice 1217.1.19

Editore: www.odon.it

In collaborazione con i centri per
il trattamento delle nuove dipendenze

Vincenzo Marino, psichiatra e psicoterapeuta, docente di *Sociologia della devianza* presso la facoltà di Medicina della Università degli Studi dell'Insubria, direttore del Dipartimento Dipendenze dell'ASL della provincia di Varese, saggista e membro della Consulta Nazionale per le Dipendenze. È tra i massimi esperti in materia a livello nazionale.

Elisa Barozzi, dottoressa in *Educatore professionale*, studiosa della materia, ha pubblicato articoli sulla sociologia della devianza. *Carlo Arrigone*, psicologo e psicoanalista, formatore e conduttore di gruppi clinici, saggista, fondatore dei centri *Artemisia* e *Kirikù*, promuove l'attività dell'Associazione culturale *Odon*.

Luigi Campagner (curatore), psicoanalista, formatore, saggista, fondatore dei centri *Artemisia* e *Kirikù*, presidente della Associazione culturale *Odon*.

Comprare, comprare, comprare!!!

È questa l'espressione che caratterizza gli "alcolisti degli acquisti", i dannati dello shopping. All'inizio un piacere, un divertimento, seppur costoso, poi una vera e propria coazione.

È convocata per venerdì 25 ottobre 2013, in prima convocazione alle ore 11.00, e **in seconda convocazione alle ore 12.45**, l'Assemblea nazionale degli iscritti a FeDerSerD, presso la sede congressuale Sheraton Roma Hotel & Conference Center, con il seguente ODG:

- Approvazione verbale seduta precedente
- Relazione della commissione elettorale

- Proclamazione del presidente della Federazione e degli eletti
- Proclamazione del nuovo consiglio direttivo nazionale

L'universalità dei soci esercita, secondo le regole dello statuto e del regolamento elettorale, in orari e modalità proposti dalla commissione elettorale, il diritto di voto in sede congressuale nelle giornate congressuali.

Milano, 4 ottobre 2013

Il presidente - Prof. Alfio Lucchini



aderente a:



Sede legale: Via Giotto 3, 20144 Milano

Presidente Onorario

Rita Levi Montalcini †

Direttivo Nazionale

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

Comitato Scientifico Nazionale

Felice Nava (direttore)
 Gianna Sacchini e Michele Ferdico (vicedirettori)
 Daniele La Barbera, Daniele Piomelli,
 Giorgio Barbarini, Lorenzo Somaini, Vincenzo Caretti

RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Il versamento della quota associativa, pari a € 50,00 per i laureati e a € 30,00 per i non laureati, si può effettuare tramite:

- versamento sul Conto Corrente Bancario n. 000003417x16 intestato a **FeDerSerD** presso la **Banca Popolare di Sondrio - Agenzia di Carimate - CIN D ABI 05696 CAB 51090**
- versamento diretto ai referenti regionali con rilascio di ricevuta

L'accoglimento dell'istanza di iscrizione a FeDerSerD in qualità di Socio Ordinario avverrà nella prima riunione in calendario del Consiglio Direttivo e ne verrà data comunicazione e conferma con il rilascio e l'invio della Tessera Annuale.

ANNO 2014 - RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Da trasmettere per posta a Expo Point - via Matteotti, 3 - Mariano Comense (Co)
 o tramite fax al numero 031/751525 o per e-mail federserd@expopoint.it

COGNOME _____ NOME _____
 NATO A _____ IL _____
 INDIRIZZO (personale) _____
 CITTÀ _____ PROVINCIA _____ CAP _____
 TEL. _____ FAX _____ CELL. _____
 E-MAIL (per invio news e comunicazioni) _____
 TITOLO DI STUDIO _____
 DATA CONSEGUIMENTO TITOLO DI STUDIO _____
 SPECIALIZZAZIONE _____
 POSIZIONE PROFESSIONALE ATTUALE _____
 INDIRIZZO (lavorativo) _____
 TEL. _____ FAX _____ CELL. _____ E-MAIL _____
 PUBBLICAZIONI / ESPERIENZE CURRICOLARI DA SEGNALARE / PROGETTI SCIENTIFICI
 IN CORSO / AREE DI INTERESSE SCIENTIFICO / INTERESSI CULTURALI _____

Chiedo

Di essere iscritto in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2014
 Di rinnovare l'iscrizione in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2014
a FeDerSerD - Federazione degli Operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze
 _____ lì ____ / ____ / ____ Firma _____

Si autorizzano FeDerSerD e la Segreteria Expopoint al trattamento dei dati inclusi nella presente scheda

Versamento quota associativa di € 50,00 (laureati) € 30,00 (non laureati)
 (allegare copia bonifico bancario o ricevuta versamento)
 Visto il Segretario Esecutivo Nazionale _____
 Visto per approvazione: Il Presidente _____