

Editoriale. Dopo Trieste sviluppare politiche efficaci di contrasto alla diffusione ed ai consumi di droghe 1

AREA STUDI E RICERCHE

Validazione culturale e linguistica del questionario ODAS (EADO) utilizzato per definire l'adeguatezza del dosaggio giornaliero di metadone nel contesto di un programma di mantenimento per il trattamento della dipendenza da oppiacei
Emanuele Bignamini, Gianfranco Carboni, Pietro Fausto D'Egidio, Andrea Gardini, Francisco González-Saiz, Claudio Leonardi, Alfio Lucchini, Felice Nava, Matteo Pacini, Matteo Francesco Sartori 6

Premio FeDerSerD 2009 20

Lettera e scheda Suboxone
Alfio Lucchini 21

La percezione della qualità dei servizi da parte dei pazienti nei Ser.T. del Trentino
Raffaele Lovaste, Cleto Corposanto, Loredana Molteni, Rose Marie Callà 25

AREA EPIDEMIOLOGICA

Le epatiti virali nei tossicodipendenti. Il ruolo strategico delle vaccinazioni
Fabio Lugoboni, Gianluca Quaglio, Rebecca Casari, Benedetta Pajusco, Paolo Ciutelli, Paolo Mezzelani 53

AREA CLINICA

Terapia della dipendenza da cocaina: approcci differenti per differenti pazienti
Antonia Cinquegrana, Tiziana Bussola, il Gruppo di Studio Cocaina dei Responsabili UO Ser.T. 1 Brescia 63

SPECIALE CONFERENZA DI TRIESTE

Contributi di *Alfio Lucchini, Guido Faillace, Raffaele Lovaste, Antonio Mosti, Felice Nava, Laura Tidone, Maurizio Fea, Edoardo Cozzolino, Pietro Fausto D'Egidio, Roberta Balestra, Claudio Leonardi* 66

LE RUBRICHE

Contaminazioni
Testamento biologico e dipendenza
Maurizio Fea 3

News dalla Consulta delle Società Scientifiche e delle Associazioni Professionali del campo delle Dipendenze Patologiche
Roberta Balestra 5

NOTIZIE IN BREVE 2, 31, 82

RECENSIONI 69, 71, 78

FeDerSerD/FORMAZIONE 32

FeDerSerD/ORGANIZZAZIONE 84

Mission

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



Dopo Trieste sviluppare politiche efficaci di contrasto alla diffusione ed ai consumi di droghe

Alla Conferenza Nazionale sulle Droghe tenutasi a Trieste dal 12 al 14 marzo 2009 abbiamo assistito, tra molte affermazioni interessanti e positive, anche alla materializzazione delle differenze e delle distanze tra Stato e Regioni, sulle strategie in materia di politiche antidroga.

Rinvii di responsabilità e distanze, che non nascono da oggi, ma sono anche il frutto degli assetti istituzionali prodotti dalla riforma del Titolo V della Costituzione. Sia le difficoltà e i limiti del Sistema di Intervento sulle dipendenze, che le buone pratiche e i casi di successo, sono stati presentati e discussi in un confronto utile sul piano dei contenuti, ma segnato da una preoccupante diffidenza tra policy makers e rispettivi esperti, che ha dominato il dibattito istituzionale.

Ci preoccupa questa difficoltà nel costruire sinergie utili tra Stato e Regioni, che invece di ricercare gli ambiti di intersezione critici per produrre indirizzi comuni e condivisi sulle politiche di contrasto alla droga, sembrano piuttosto interessati a definire e salvaguardare le rispettive sfere di competenza ed influenza.

Ci preoccupa questa tendenza perché ne temiamo un danno per i professionisti del settore e per i cittadini che di questi servizi sono fruitori.

Vediamo profilarsi nel vicino orizzonte il rischio di:

- duplicazioni di iniziative e ridondanza di istanze di consultazione, da parte del coordinamento delle Regioni e del Dipartimento Nazionale Politiche Antidroga;
- produrre indirizzi eterogenei e divergenti sia in fatto di politiche che di assetti organizzativi;
- disorientamento dei professionisti;
- ricadute negative sui servizi e sui pazienti.

- **Il craving nella dipendenza da alcol: fisiopatologia, diagnosi e trattamento**, di M. Cibir, G. Addolorato, I. Hinnenthal, E. Manzato, A. Mosti, F. Nava, V. Zavan

Newsletter "Clinica dell'Alcolismo", Anno I, n. 2

Mission

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

FrancoAngeli

ANNO VII, 2008 - N. 26

Fe Der Ser D

Proprietà: Fe Der Ser D

Sede legale

Via Giotto 3, 20144 Milano

Comitato di Direzione

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

Direttore scientifico

Alfio Lucchini

Comitato di Redazione

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

Sede operativa e Redazione Mission

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

Direttore responsabile: Stefano Angeli

Progetto grafico: Elena Pellegrini

Stampa: Mecenate LitoGrafica, via Lazio 16,
S. Giuliano Milanese (Mi)

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

Chiuso in redazione il 6 maggio 2009

Edizione fuori commercio
Tiratura: 6.500 copie



EDITORIALE

Da anni lamentiamo il disinteresse della politica per questo importante e difficile settore di politica sanitaria e sociale, che investe trasversalmente tutta la popolazione, sebbene questo aspetto sia generalmente sottaciuto, tranne nei momenti in cui eventi singolari, che tendono però ad una preoccupante ripetizione, come gli incidenti prodotti sotto effetto di sostanze, portano alla ribalta tutta la drammaticità di questo tema.

Abbiamo manifestato la nostra soddisfazione, quando il governo ha deliberato un assetto organizzativo centrale stabile e robusto, il Dipartimento Nazionale Politiche Antidroga, per dare vigore e sostanza alle politiche sulla droga, ed abbiamo anche apprezzato il fatto che di fronte a questo segnale, le regioni abbiano manifestato un risveglio di interesse per il settore.

Ma evidentemente questo non basta, se non si traduce in processi strategici che, nel rispetto delle competenze, sappiano indirizzare e sviluppare le politiche e gli assetti organizzativi che le devono interpretare e rendere efficaci.

Viviamo già, noi e i nostri pazienti, una condizione di forti disomogeneità territoriali che non garantiscono quella equità di cure e trattamenti di cui i cittadini avrebbero diritto, per non essere preoccupati della tendenza palesatasi a Trieste, di ulteriori differenziazioni tra governo centrale e periferico.

Siamo ovviamente molto interessati e disponibili ad impegnarci e lavorare in tutti i contesti nei quali sia utile e proficuo portare il patrimonio di esperienza e competenza che abbiamo accumulato in questi anni come professionisti e come organizzazione, ma non vogliamo disperdere le non illimitate risorse in percorsi frammentati e discontinui.

Chiediamo perciò ai decisori politici, centrali e periferici, di impegnarsi ad individuare le opportune strategie per utilizzare al meglio le risorse, le competenze, l'esperienza, le conoscenze scientifiche che il settore può mettere a disposizione per lo sviluppo ed il consolidamento di politiche efficaci di contrasto alla diffusione ed ai consumi di droghe.

L'Ufficio di Presidenza Nazionale di FeDerSerD

aprile 2009

NOTIZIE IN BREVE

I cento anni di Rita Levi Montalcini

Milano, 22 aprile 2009

Oggi la prof.ssa Rita Levi Montalcini, premio Nobel per la medicina e senatrice a vita della Repubblica, compie cento anni.

Un grande momento per una scienziata che ha reso illustre il nostro paese nel mondo, per una donna che continua a impegnarsi per il riscatto sociale delle popolazioni svantaggiate.

Per noi di FeDerSerD che possiamo essere onorati di avere la prof.ssa Rita Levi Montalcini come presidente ono-

raria, crediamo per tutti i professionisti del nostro sistema di intervento, è un momento di particolare gioia.

Abbiamo chiesto alla professoressa di essere nuovamente presente ad un nostro evento e, con grandi auguri e complimenti, le abbiamo proposto di finalizzare una donazione di tremila euro al progetto n. 22/05 della Fondazione Rita Levi Montalcini Onlus "L'ISTRUZIONE CONTRO L'AIDS", che prevede l'istruzione e la formazione di 50 ragazze orfane a causa dell'Aids in Tanzania.

Il Direttivo Nazionale di FeDerSerD

Contaminazioni, di Maurizio Fea

Testamento biologico e dipendenza

Molti si sono indignati per il modo grossolano e superficiale con il quale si è affrontata la materia del testamento biologico nel dibattito parlamentare contestuale e successivo alla vicenda di Eluana Englaro e della sua famiglia.

Smarrimento e preoccupazione indotti dalla frettolosa e strumentale decisione di mettere mano con legge ad una materia che tocca le viscere del nostro modo di intendere la vita e il suo inevitabile rapporto con la morte.

Che cosa mette in relazione questa vicenda con la dipendenza: sostanzialmente il ruolo che lo Stato sembra avere in mente di giocare nei confronti di chi, per fatalità o per decisione, viene a trovarsi in una condizione di minorità.

Tutelare e proteggere chi si trova in tale condizione sembra essere l'imperativo categorico che sostiene l'indirizzo del legislatore, a prescindere dalla volontà consapevole espressa dagli interessati, di rifiutare il mantenimento di questa condizione di minorità subita.

Senza alcun dubbio, riconosciamo la profonda differenza che c'è tra una condizione di incoscienza totale prodotta da lesioni cerebrali irreversibili e gli stati transitori e discontinui di indisciplina della mente che alimentano i comportamenti di addiction. Tuttavia non si può non cogliere una tendenza che sembra permeare gli orientamenti del legislatore in tutte quelle situazioni nelle quali è in gioco il principio di autodeterminazione del soggetto.

L'autonomia, ovvero il darsi da soli una legge che sappia essere rispettosa e non confligga eccessivamente con quella del nostro prossimo, viene subordinata alla astrattezza della norma che prevede di tutelare ad ogni costo l'indifeso, anche quando costui non lo voglia, o perché non si sente tale o perché ne rifiuta la condizione.

Nella situazione di dipendenza da sostanze psicotrope non ci sono certezze per quanto riguarda l'ambito di esercizio della volontà, che potrebbe essere compromesso dal vincolo biologico che l'uso prolungato delle stesse finisce per determinare.

Proprio queste incertezze e questi dubbi ci debbono rendere prudenti nel valutare la condizione di minorità (se di minorità si tratta) del dipendente da sostanze, come frutto di una malattia.

A differenza del recente passato, il paradigma della dipendenza come malattia non incontra più tutti quegli ostacoli ideologici che ne hanno impedito fino ad ora la piena assunzione nelle pratiche cliniche, anzi sembra diventare un principio fondante anche di nuovi indirizzi legislativi.

Vi è una proposta in discussione alla camera sulle "Disposizioni in materia di assistenza psichiatrica", *disegno di legge d'iniziativa del deputato Carlo Ciccioi*, che contempla anche le fattispecie della dipendenza da sostanze, e che *"vincola il paziente, originariamente d'accordo, a farsi seguire anche a prescindere da una volontà contraria, manifestata in una successiva fase della malattia... Con tale strumento, definito dalla letteratura scientifica americana «contratto di Ulisse», sarebbe possibile gestire consapevolmente comportamenti patologici stabilendo disposizioni in merito alla propria ospedalizzazione o al trattamento con terapie specifiche da far valere anche per l'ipotesi che, nei periodi di crisi, si manifesti una volontà contraria"*.

Come si vede, in questo caso la dichiarazione anticipata di trattamento, vincola il medico al rispetto di una volontà espressa dal soggetto in precedenza, che autorizza tutore e sanitario a prendere provvedimenti di cura nei suoi confronti, anche quando le condizioni mentali attuali sembrano fare esprimere una volontà contraria.

Si tratta dunque del totale ribaltamento del principio che si tenta di applicare nel caso del testamento biologico, laddove la volontà del paziente di rifiutare le cure viene disattesa, nel caso del paziente psichiatrico e/o dipendente da sostanze esso funge da legittimo mallevadore.

L'assunzione quindi del paradigma di malattia biologica serve a giustificare il ruolo tutoriale e di cura che lo Stato assume nei confronti di chi ha espresso una volontà positiva di trattamento. La palese contraddizione nella applicazione del principio di autodeterminazione nelle due fattispecie, vale se l'affermazione è positiva verso la cura, non vale se l'affermazione è negativa, mette in luce la radice etica del problema ed il ruolo dello Stato nel rapporto con la libertà del cittadino.

Quello che ci sembra importante sottolineare è la connessione tra il modello di malattia come stato invalidante per il soggetto e la subordinazione della sua autonomia a principi statuali, rispetto ai quali non vi è al momento il sostegno pieno e condiviso né dei riferimenti scientifici né del sentire comune.

Recentemente a Perugia si è tenuta una consensus di esperti delle società scientifiche sul tema della "malattia cronica recidivante" e anche in sede di Conferenza Nazionale a Trieste il tema è stato affrontato con diversi interventi che hanno messo in luce sia la complessità della materia che la pluralità dei riferimenti teorico scientifici con i quali si cerca di fare la necessaria chiarezza.

L'invito e la raccomandazione che ci sentiamo di fare è quella di non farsi sedurre da proposte riduzionistiche e semplificate come quella di accettare il paradigma di malattia cronica recidivante solo perché sarebbe protettivo verso derive considerate poco scientifiche come la difettualità educativa o la debolezza della volontà, quanto di continuare l'approfondimento avviato, utilizzando quei riferimenti concettuali che possono integrare le prospettive più strettamente biologiche con le quali si è guardato sino ad ora la questione.

In altri termini il paradigma di malattia, sebbene plausibile sotto molti aspetti, clinico, nosografico, biologico, se non viene esplorato per la legittimità dei suoi presupposti e in tutti i suoi effetti, può essere generatore di ambiguità non solo semantiche, ma dense di elementi fattuali, come quelli che potrebbero derivare dalla dichiarazione anticipata di trattamento nel caso dei disturbi psichici gravi connessi o meno ad una condizione di addiction.

Da ultimo ma non per ultimo, rimane pur sempre la domanda di fondo sul perché le dichiarazioni anticipate di trattamento debbano valere solo nel caso di affermazione di volontà di sottoporsi alle cure e non nel caso contrario.

Di quale libertà parliamo se non c'è scelta, di quale autodeterminazione discutiamo se non c'è possibilità di esercitarla, di quale autonomia stiamo ragionando se vale solo la regola dell'eteronomia statale o meno che sia.

News dalla Consulta delle Società Scientifiche e delle Associazioni Professionali del campo delle Dipendenze Patologiche, di Roberta Balestra

La Consulta delle Società scientifiche ha organizzato nei giorni 13 e 14 febbraio scorso un seminario di approfondimento interno sul tema della "Cronicità".

L'incontro si è tenuto presso il Deco Hotel a Ponte San Giovanni - Perugia, con il patrocinio ed il sostegno della Regione Umbria, che ha valorizzato l'iniziativa anche presso i propri servizi territoriali, che hanno inviato alcuni professionisti del settore a seguire i lavori.

L'idea era nata collegialmente molto tempo prima, dall'esigenza di rafforzare l'identità e la mission del gruppo anche attraverso momenti di aggiornamento e confronto su questioni importanti e complesse del nostro settore d'intervento.

La Consulta è composta da società ed associazioni molto diversificate tra loro, sia per ambito di interesse, che per radici culturali e scientifiche.

È nata con l'obiettivo di mettere risorse e competenze al servizio di una strategia comune. I suoi obiettivi operativi sono oggi:

- rafforzare la funzione promotrice di cultura;
- lavorare alla costruzione di paradigmi condivisi;
- promuovere all'interno delle singole società le sintesi elaborate, per verificarne la forza e la sostenibilità a livello territoriale;
- realizzare una collegialità ampia nella gestione;
- valorizzare le autonomie delle singole società;
- ampliare il numero delle società partecipanti.

È noto come il tema della cronicità rappresenti per chi lavora nelle dipendenze, ed in generale per chi lavora in ambito sanitario, un capitolo aspro, difficile, che chiama i professionisti a verificare il loro sapere, la loro competenza, le modalità di intervento, le risorse investite e quelle a disposizione, le culture organizzative dei servizi, il rapporto pubblico-privato, i tempi della cura, la qualità di vita delle persone malate, la possibilità di una effettiva guarigione, la modalità di comunicazione con i cittadini ed i mass media, la sussistenza di pre-giudizio e di stigma, ecc.

Il tema della cronicità è spesso strumentalizzato, usato da manager della sanità ed amministratori quasi come un "indicatore di qualità" del lavoro svolto dai servizi per le dipendenze, del pubblico e del privato sociale, che sempre più spesso vengono infatti accusati di cronicizzare e non guarire.

È frequente, ma confusivo, l'intreccio tra cronicità e cronicizzazione; ma anche tra gli addetti ai lavori la cronicità viene oggi definita in modo diverso, a seconda dei criteri di riferimento scientifici e culturali adottati, con il rischio di alimentare disomogeneità teorico-operative e di stimolare rappresentazioni della dipendenza/addiction contraddittorie.

Al seminario di Perugia hanno partecipato e contribuito tutte le società, con una ampia adesione di soci e di professionisti esperti, provenienti dal pubblico e dal privato sociale: in tutto circa 40 persone.

I lavori sono stati avviati con alcune relazioni preordinate, che hanno favorito il confronto successivo.

Sostanzialmente si è lavorato procedendo per step consecutivi: la definizione di dipendenza, il decorso e l'evoluzione.

Si è verificata l'attualità della definizione dell'OMS di "malattia cronica recidivante" in relazione al mutare del fenomeno, al diffondersi di modalità di consumo a rischio non identificabili come malattia; si è ricercata la possibilità e/o l'opportunità di adottare altri paradigmi.

Numerosi gli interventi, che hanno affrontato il tema della cronicità secondo letture disciplinari diverse, con ricchezza di riferimenti bibliografici ed esperienziali.

Si è spaziato dai progressi delle conoscenze biomediche agli approcci sociologici, psichiatrici, filosofici ed etici, a quelli normativi, organizzativi e politici.

Si è cercato di leggere il fenomeno della dipendenza visitando i diversi paradigmi: nessuno di questi è apparso di per sé esaustivo, da qui l'esigenza di integrare i diversi paradigmi, senza un ordine gerarchico, al fine di tener conto dell'avanzamento fatto in termini culturali, disciplinari ed esperienziali.

Dalla discussione è emerso che il termine di "malattia" non soddisfa pienamente, perché non descrive appieno la complessità del fenomeno e del processo con cui si instaura la sofferenza.

La dipendenza *non* è una malattia come le altre.

Inoltre non tutti gli abusi di sostanze portano a dipendenza e a malattia.

Tuttavia, si è sottolineato come l'assunzione della definizione di malattia risulti ancora la più adeguata a tenere il problema nell'alveo del sistema del SSN, a contrastare lo stigma che deriva da impostazioni morali e colpevolizzanti.

Si tratta di un problema di salute, che influenza gravemente la qualità di vita della persona e del suo contesto, affettivo e sociale.

Peraltro si è visto anche come il consumo problematico di sostanze sia influenzato dal contesto affettivo e sociale e possa essere un comportamento "appreso".

Per certi versi, questa definizione sembra avere ancora un risvolto "protettivo" dallo stigma.

Il decorso e l'esito sono significativamente influenzati dalle risorse del soggetto, dalla pratica, dalla cultura, dall'organizzazione e dalle risorse a disposizione del Servizio.

Le risorse incidono sulla possibilità o meno di offrire risposte più ampie, non solo di tipo medico-farmacologico, ma anche di tipo territoriale, per sostenere il reinserimento e l'emancipazione della persona.

Si è rilevato come molti servizi versino in situazioni di precarietà e non riescano a garantire la personalizzazione dei progetti.

Per tale ragione bisogna distinguere la cronicizzazione iatrogena dovuta a carenze nell'offerta dalla cronicizzazione intesa come possibile decorso del disturbo.

Validazione culturale e linguistica del questionario ODAS (EADO) utilizzato per definire l'adeguatezza del dosaggio giornaliero di metadone nel contesto di un programma di mantenimento per il trattamento della dipendenza da oppiacei

Emanuele Bignamini, Gianfranco Carboni, Pietro Fausto D'Egidio, Andrea Gardini, Francisco González-Saiz, Claudio Leonardi, Alfio Lucchini, Felice Nava, Matteo Pacini, Matteo Francesco Sartori*

SUMMARY

■ **Context:** It is widely recognized in the literature that the main factor influencing the effectiveness of the treatment of opiate dependence is the use of methadone at a "adequate" dose. It is also recognized that the pharmacological programs using higher average doses reach better results in terms of retention in treatment, decrease of the consumption of heroin and reduction of the severity of addiction. At individual level, however, the response to a particular dose of methadone can vary from patient to patient, because of the existence of drug pharmacokinetic and pharmacodynamic variability factors. As a result, therefore, each patient should be given the most appropriate dose of medication to ensure the best therapeutic efficacy. For this reason, it was designed the EADO (*Escala de dosis de Adecuación Opiáceos*), whose purpose is to provide to the clinic a systematic tool to define the concept of dose "adequate".

Objective: To proceed with the translation and validation in the scientific and clinical Italian framework of the scale EADO, originally proposed in Spanish, and published in English under the name of Opiate Dosage Adequacy Scale (ODAS).

Method: The procedure used for the translation and validation process has involved primarily two medical bilingual translators Italian/Spanish, and later a group of Italian experts in addiction medicine, to assess clarity, intelligibility, univocity and shared terminology of ODAS scale, so that it could be brought to the Italian clinics community.

Results and Discussion: The work leads to a validated Italian version of the questionnaire, as finally amended on the basis of the suggestions proposed by the working group. Intelligibility, univocity and shared terminology are adequately secured. ■

Keywords: heroin, methadone, scale, translation, validation.

Parole chiave: eroina, metadone, scala, traduzione, validazione.

Introduzione

L'EADO (*Escala de Adecuación de Dosis Opiáceos*), è un questionario recentemente realizzato in Spagna da González-Saiz *et al.* (1-2), destinato alla valutazione della "adeguatezza" del dosaggio giornaliero di metadone nel contesto di un programma di mantenimento. In questo articolo vengono brevemente descritti lo strumento EADO, rimandando per i dettagli alle pubblicazioni originali (1-2), ed è presentata la versione italiana, risultato del processo di validazione linguistica e di trasposizio-

ne nel contesto clinico del nostro Paese. Innanzitutto è necessario specificare che, poiché il comitato scientifico di validazione ha riconosciuto nello strumento una validità scientifica, e per poterne garantire una valenza internazionale, si è deciso fin da subito di riferirsi alla EADO come ODAS (*Opiate Dosage Adequacy Scale*) che è la traduzione inglese già proposta nelle pubblicazioni originali (1-2). La sigla ODAS verrà, quindi, usata al posto di EADO per riferirsi alla scala in tutto questo articolo.

Lo sviluppo dell'ODAS

Il questionario è stato sviluppato partendo dalla constatazione che il trattamento della dipendenza da eroina deve essere fina-

* Comitato Scientifico di Validazione della scala ODAS (EADO); tutti gli autori hanno contribuito egualmente alla stesura dell'articolo.

lizzato ad un obiettivo di cura e riabilitazione, e che il dosaggio di metadone, fra tutte le variabili che possono incidere sull'outcome del trattamento della tossicodipendenza, è quello che ha sicuramente il maggiore effetto predittivo del successo terapeutico. In altri termini l'utilizzo del metadone ad un dosaggio "adeguato" rappresenta anche in termini riabilitativi il fattore principale in grado di influenzare il buon esito del trattamento. È stato infatti dimostrato che nei programmi dove sono prescritte le dosi medie più alte si raggiungono risultati migliori in termini di ritenzione in trattamento del paziente, diminuzione del consumo di eroina e di riduzione della severità della dipendenza (3). A livello individuale, tuttavia, la distinzione tra dosi "alte" e "basse" può essere (puramente) arbitraria, dal momento che la risposta ad una particolare dose di metadone ha una certa variabilità interindividuale. Come per ogni altro farmaco, infatti, anche nel corso di terapia con metadone la variabilità dipende sia da fattori di farmacocinetica che di farmacodinamica. Come risultato, per assicurare i migliori effetti terapeutici, a ciascun paziente dovrebbe essere fornita la dose più "adeguata". In corso di trattamento della dipendenza da oppiacei, un dosaggio viene considerato "adeguato" se: a) sopprime i segni ed i sintomi della Sindrome di Astinenza da Oppioidi (SAO), b) riduce il craving per le droghe oppiacee, e c) diminuisce gli effetti di ricompensa di oppioidi di abuso (blocco narcotico/tolleranza crociata) (4,5). Nell'ambito clinico, la valutazione e l'aggiustamento del dosaggio di metadone per ciascun paziente è sempre stato, fondamentalmente, un processo euristico. Nel campo della ricerca, invece, sono state sviluppate differenti strumenti per esaminare aspetti come: la Sindrome di Astinenza da Oppiacei (6), il craving (7) e i sintomi riferiti (8); ciascuno di questi strumenti, tuttavia, valuta solo uno degli aspetti che dovrebbero essere tenuti in considerazione per potere aggiustare il dosaggio di metadone ai livelli ottimali. Ad esempio, se le dosi sono considerate adeguate quando sopprimono solo i sintomi da astinenza, ciò porterà ad una sottostima della dose necessaria. Per questa ragione è stata ideata l'ODAS, il cui scopo è quello di fornire al clinico un mezzo necessario per valutare se la dose somministrata è "adeguata" e quindi efficace ai fini di un appropriato trattamento farmacologico e riabilitativo.

Materiali e Metodi

Descrizione dello strumento ODAS

La ODAS è una intervista clinica semistrutturata composta da 10 domande con modalità di risposta chiusa a scelta alternativa multipla o su una scala analogico-visuale (VAS) fra cinque opzioni proposte su una scala di tipo Likert (9), generalmente ordinate o semi-continue. È diviso in 6 item, facilmente riconoscibili, che riguardano:

- assunzione di eroina (*domanda 1*);
- blocco narcotico/tolleranza crociata (*domanda 2*);
- Sindrome di Astinenza da Oppiacei (SAO) - Area Fisica (*domande 3a-3b*);
- Sindrome di Astinenza da Oppiacei (SAO) - Area Psicica (*domande 4a-4b*);
- craving per l'eroina (*domande 5a-5b*);
- sovradosaggio di metadone (*domande 6a-6b*).

1. Solaris, Milano, www.solaris-italy.com.

2. Società Italiana per la Qualità nell'Assistenza Sanitaria - Verifica, Revisione e Qualità, Milano, www.siquas.it.

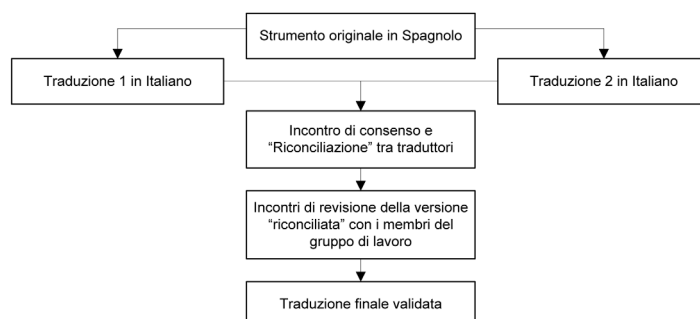
Ciascuna *domanda* ottiene un punteggio da 5 (miglior situazione) a 1 (peggiore situazione).

Il punteggio della ODAS può essere interpretato sia in modo quantitativo, sia in modo qualitativo. Nel primo caso si effettua una somma pesata dei risultati dei 6 item (range 6-30 punti); questo punteggio è direttamente proporzionale al "grado di adeguatezza" e può essere usato per valutare il miglioramento o peggioramento delle condizioni. Nel secondo caso si stabilisce un punto cut-off per ogni item, per cui il dosaggio viene definito "adeguato" o "non adeguato". La decisione sulla necessità di modificare la dose di metadone, in funzione della valutazione fornita dalla ODAS, è una decisione clinica che dipenderà anche dalla valutazione di altri fattori, alcuni dei quali sono compresi nella sezione "Punti Addizionali". Questi punti hanno lo scopo di corroborare e di sostenere l'orientamento ottenuto dalle misurazioni effettuate nei 6 item precedentemente descritti e, per questo motivo, non prevedono una quantificazione numerica da sommare alla precedente. Ecco perché non li ritroviamo inclusi nel punteggio quantitativo finale. Data la sua formulazione, la ODAS ha alcune caratteristiche peculiari che gli permettono di poter essere somministrata a pazienti di diversa estrazione culturale ed etnica, poiché la sua forma di intervista clinica semistrutturata consente all'intervistatore di potere parafrasare le domande in base alle specifiche caratteristiche della persona, al momento in cui vive ed al contesto nel quale si sviluppa il suo recupero psicofisico.

Validazione linguistica dell'ODAS in Italiano

La traduzione e l'adattamento culturale del questionario sono stati affidati ad un gruppo di lavoro di esperti italiani in tossicodipendenze, coadiuvato da Solaris¹, agenzia specializzata in ricerca clinica e traduzione e validazione psicometrica di strumenti di rilevazione sanitaria, e da SIQuAS-VRQ² che ha curato gli aspetti metodologici del processo di validazione. Solaris in particolare si avvale di una rete internazionale di ricercatori, bilingue e madrelingua per la lingua oggetto della traduzione. Alla validazione della versione italiana dell'ODAS ha anche collaborato uno degli Autori della versione originale, il Dott. Francisco González-Saiz. Il metodo utilizzato, fornisce un approccio sufficientemente sicuro per ottenere una buona equivalenza semantica e concettuale, in accordo con quanto previsto dalla metodologia specifica per la traduzione e l'adattamento dei test (10). Il metodo è costituito da svariate fasi, semplificate nella Figura 1, dove ogni fase ha il compito di migliorare la qualità della traduzione e di stabilire una equivalenza concettuale tra la versione originaria dello strumento (Spagnolo) e quella target (Italiano), assicurando pertanto la fedeltà della traduzione.

Fig. 1 - Schema sintetico del processo di traduzione e validazione



Risultati e Discussione

La traduzione linguistica dallo spagnolo all'italiano non ha presentato importanti difficoltà. Esclusivamente le domande 3a, 4a, 5a e 6a presentavano espressioni tipiche colloquiali spagnole che però non sono state difficili da tradurre in italiano. Le altre domande sono state tradotte alla lettera senza difficoltà. Le due versioni stilate sono state quindi discusse con un coordinatore che ha poi dato il consenso ad una prima versione italiana "riconciliata". In questo passaggio non vi sono stati particolari cambiamenti. La versione "riconciliata" è stata quindi giudicata dal gruppo di lavoro di esperti, con un questionario di valutazione, prima di qualsiasi revisione. Da questo passaggio si sono evidenziate le principali difficoltà, principalmente riguardo al lessico a volte non appropriato e non ampiamente condiviso, in particolare nelle domande 3a e 4a. Dopo un altro incontro con il coordinatore si è proceduto a preparare una ulteriore revisione tenendo conto dei commenti degli esperti del gruppo di lavoro. In una successiva riunione del gruppo di esperti si è convenuto di apportare ancora qualche lieve modifica al questionario originale in alcuni punti: nelle domande 3a e 4a si è deciso di formulare in modo più dettagliato il quesito, facendo riferimento agli aspetti della Sindrome da Astinenza da Oppiacei, che in originale venivano definiti come "oggettivi" e "soggettivi ridefinendoli rispettivamente come "Area Fisica" e "Area Psicica". Inoltre, poiché con il termine "dose da strada" si identifica tipicamente la quantità di eroina presente in una partita di droga acquistata da uno spacciatore, si è deciso di evitare di utilizzare, per tutti i quesiti del questionario, la parola "dose" per riferirsi al metadone utilizzato nel trattamento terapeutico, utilizzando invece il termine "dosaggio". Infine si è deciso di variare il titolo del questionario da "ODAS - Scala di valutazione di adeguatezza della dose di oppiacei" in "ODAS - Scala di valutazione di adeguatezza del dosaggio dei farmaci agonisti". A conclusione del processo è stata quindi proposta la versione finale per la validazione in lingua italiana (in allegato 1), approvata all'unanimità.

Prospettive future

L'ODAS ha eccellenti proprietà psicometriche e si presenta particolarmente indicata per l'impiego sia in campo clinico sia in quello della ricerca. I punteggi forniti da questo strumento per-

mettono di effettuare una valutazione standardizzata della "adeguatezza" del dosaggio di metadone, tale da permettere una dettagliata analisi sia sulla reale adeguatezza del dosaggio (valutazione qualitativa) sia sul "grado" di adeguatezza (valutazione quantitativa). Riteniamo infine che questo strumento possa essere disponibile innanzitutto per una validazione di tipo clinico nella nostra popolazione, prima di essere proposto a tutti gli effetti come uno strumento semiologico routinario. È inoltre desiderabile che l'applicazione dell'ODAS possa allargarsi anche oltre i confini nazionali, poiché in questo settore vi è un forte bisogno di strumenti sistematici oggettivi validati.

Bibliografia

1. González-Saiz F. (2004), "Opiate Dosage Adequacy Scale (ODAS): A clinical diagnostic tool as a guide to dosing decision", *Heroin Add & Rel Clin Probl*, 6(3): 41-50.
2. González-Saiz F., Lozano Rojas O., Ballesta Gomèz R, Bilbao Acedos I., Galiana Martinez J., Garcia Collantes M.A., Lopez Fenrandez A. (Serum Methadone Levels Study Group) (2008), "Evidence of reliability and validity of the opiate dosage adequacy scale (ODAS) in a sample of methadone maintenance patients", *Heroin Add & Rel Clin Probl*, 10(1): 25-38.
3. Ball J.C., Ross C.A. (1991), *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*, Springer-Verlag, New York.
4. Maremmani I., Pacini M., Lubrano S., Lovrecic M. (2003), "When 'enough' is still not 'enough'. Effectiveness of high-dose methadone in the treatment of heroin addiction", *Heroin Add & Rel Clin Probl*, 5(1): 17-32.
5. Payte J.T., Khuri E.T. (1993), "Principles of Methadone dose determination", in Parrino M. (Ed.), *State Methadone Treatment Guidelines*, U.S. Department of Health & Human Services, Rockville, MD., pp. 47-58.
6. Hiltunen A.J., Lafolie P., Martel J., Ottosson E.C., Boreus L.O., Beck O., Hjemdahl P. (1995), "Subjective and objective symptoms in relation to plasma methadone concentration in methadone patients", *Psychopharmacology* (Berl), 118: 122-126.
7. De Vos J.W., Ufkens J.G.R., Van Brussel G.H.A., Van Den Brink W. (1996), "Craving despite extremely high methadone dose", *Drug Alcohol Depend.*, 40: 181-184.
8. Dyer K.R., White J.M. (1997), "Patterns of symptoms complaints in methadone maintained patients", *Addiction*, 92(11): 1445-1455.
9. Likert R. (1932), "Technique for the misure of attitudes", *Arch.Psychol.*, vol. 22, n. 140.
10. Bruzzi D., Chattat R., Ugolini V. (2004), *Argomenti di Testing 2. Traduzione e adattamento dei test*, Pitagora, Bologna.

O.D.A.S - Scala di valutazione di adeguatezza del dosaggio dei farmaci agonisti

- Data dell'Intervista: _____ / _____ / _____

- Nome e Cognome del paziente: _____

- Dosaggio di Metadone assunto nell'ultima settimana: _____ mg/die

- Tempo di permanenza nel programma attuale di metadone: _____ settimane

- Frequenza di utilizzo di altre sostanze durante l'ultima settimana (*segnalare il numero di giorni di consumo*):

Cocaina	Alcool	Cannabis	Benzodiazepine	Anfetamine
_____ gg	_____ gg	_____ gg	_____ gg	_____ gg

Altro: (specif.)				
	_____ gg	_____ gg	_____ gg	_____ gg

ISTRUZIONI GENERALI

ODAS è una breve intervista clinica semistrutturata che ha lo scopo di valutare l'appropriatezza del dosaggio di metadone nel contesto di un programma di mantenimento. Questo strumento offre quindi al clinico la possibilità di determinare l'adeguatezza del dosaggio di metadone. Dal punto di vista pratico, il dosaggio di metadone si considera "adeguato" quando il paziente: (a) non fa uso di eroina o ne fa un uso solo occasionale; (b) non manifesta segni e sintomi di "Sindrome di Astinenza da Oppiacei" (SAO), oppure questi sono molto lievi; (c) non manifesta episodi frequenti di "craving" per l'eroina, oppure ciascun episodio è molto lieve; (d) nel caso di uso di eroina, il paziente non ne manifesta l'effetto soggettivo (blocco narcotico o tolleranza crociata), oppure questo è molto lieve; (e) non manifesta sintomi di sovradosaggio di metadone, oppure questi sono molto lievi.

ODAS è stata disegnata per valutare l'adeguatezza del dosaggio assunto dal paziente nei sette giorni precedenti. Pertanto il paziente deve avere assunto lo stesso dosaggio perlomeno durante questo periodo, in modo che abbia raggiunto lo "steady state" per il dosaggio assunto.

Questa intervista clinica è strutturata in 10 punti che valutano sei attributi o componenti del concetto di "dosaggio adeguato": *Assunzione di eroina* (punto 1); *Blocco narcotico o tolleranza crociata* (punto 2); *SAO – Area Fisica* (punti 3a e 3b); *SAO – Area Psicica* (punti 4a e 4b); *"craving" per l'eroina* (punti 5a e 5b) e *sovradosaggio* (punti 6a e 6b). L'intervista ha una durata indicativa di 10-15 minuti.

Tutte le domande della ODAS hanno la stessa struttura. In ***grassetto ed italico*** viene espresso lo specifico componente del concetto di "dosaggio adeguato" che la domanda mira a valutare. A questo segue la domanda principale del punto (in *italico*). Dato che questa è un'intervista clinica semistrutturata, non è strettamente necessario formulare la domanda letteralmente come è suggerita, l'intervistatore può parafrasarla nel modo che considera più appropriato in quel momento ed in quel contesto. L'obiettivo è che il paziente comprenda correttamente la domanda che gli è stata posta. Per raggiungere questo obiettivo, la domanda principale è corredata con una o più domande aggiuntive (mostrate in *italico* e precedute da un trattino).

ODAS è uno strumento che aiuta ad ottimizzare il dosaggio di metadone e può essere utilizzato sia in ambito clinico sia di ricerca.

ODAS è stata predisposta solo per valutare l'adeguatezza del dosaggio. La decisione di modificare il dosaggio di metadone, in funzione della valutazione fornita dalla ODAS, è una decisione clinica che dipende da molti altri fattori, alcuni dei quali possono essere valutati anche attraverso i cinque "Punti Addizionali". Questo è il motivo per cui tali punti non fanno parte della struttura vera e propria di ODAS, e non sono inclusi nel punteggio quantitativo finale.

Il metodo di calcolo del punteggio è descritto nell'allegato.

1. Assunzione di eroina

Durante gli ultimi sette giorni, con quale frequenza ha fatto uso di eroina?

- Durante gli ultimi sette giorni ha fatto uso di eroina in qualche occasione?
- Se ne ha fatto uso, in quanti giorni dell'ultima settimana?
- Se ne ha fatto uso ogni giorno (o la maggior parte dei giorni), quante volte al giorno, in media?

PUNTEGGIO:

- Mai 5
- Da uno a tre giorni alla settimana 4
- Da quattro a sei giorni alla settimana 3
- Da una a due volte al giorno 2
- Tre o più volte al giorno..... 1

PUNTO CUT-OFF: Se un paziente non ha mai fatto uso di eroina durante l'ultima settimana, passare alla domanda 3 e assegnare punteggio 5 nelle domande 1 e 2.

2. Blocco narcotico / tolleranza crociata

Quanto è stato intenso l'effetto prodotto dalla dose /dalle dosi di eroina che ha assunto durante gli ultimi sette giorni?

- Il Suo dosaggio di metadone durante gli ultimi sette giorni è stato di milligrammi al giorno. Ha avvertito l'effetto della dose / delle dosi di eroina che ha assunto durante gli ultimi sette giorni? Se ne ha avvertito l'effetto, quanto è stato intenso?
- L'effetto è stato diverso da quello che provava quando non era in trattamento con metadone?
- L'effetto è stato diverso da quello che provava quando assumeva un dosaggio diverso di metadone?

PUNTEGGIO: |____| Mostrare la SCHEDA 1 al paziente.

Il punteggio si ottiene invertendo il valore ottenuto sulla scala analogica-visiva (VAS) della Scheda 1, si veda la tabella di conversione nell'allegato.

3a. Frequenza di Sindrome di Astinenza da Oppiacei – Area FISICA

Alcune persone che assumono metadone manifestano disturbi come: crampi e dolori muscolari, sensazione di pelle d'oca, naso che cola, lacrimazione, frequenti sbadigli, crampi allo stomaco o diarrea, palpitazioni, sudorazione e sensazione di malessere generale. Durante gli ultimi sette giorni, con quale frequenza ha avvertito alcuni di questi disturbi?

- *Durante gli ultimi sette giorni ha avvertito alcuni di questi disturbi?*
- *Ha avvertito alcuni disturbi come ... e ... ? (ripetere al paziente i segni e sintomi riportati nella domanda principale).*
- *In caso affermativo, con quale frequenza negli ultimi sette giorni ha avvertito questi disturbi?*

(Per valutare clinicamente la presenza di una SAO di Area FISICA il paziente deve presentare almeno due o più dei segni e/o sintomi riportati nella domanda principale, a meno che l'intervistatore sia in grado di identificare nel paziente altre condizioni cliniche di Area FISICA in grado di confermare una SAO).

PUNTEGGIO:

- Mai..... 5
- Da uno a due giorni alla settimana..... 4
- Da tre a sei giorni alla settimana..... 3
- Da una a due volte al giorno 2
- Tre o più volte al giorno..... 1

PUNTO CUT-OFF: se un paziente non ha mai presentato almeno due di questi disturbi in qualsiasi momento durante l'ultima settimana, passare direttamente alla domanda 4a e assegnare punteggio 5 nelle domande 3a e 3b.

3b. Intensità di Sindrome di Astinenza da Oppiacei - Area FISICA

Durante gli ultimi sette giorni, quanto sono stati intensi, in media, i disturbi che dice di avere avvertito?

- *Quando ha avvertito questi disturbi, quanto sono stati intensi, in media?*

PUNTEGGIO: | ____ | Mostrare SCHEDA 2 al paziente.

Il punteggio si ottiene invertendo il valore ottenuto sulla scala analogica-visiva (VAS) della Scheda 2, si veda la tabella di conversione nell'allegato.

4a. Frequenza di Sindrome di Astinenza da Oppiacei - Area PSICHICA

Alcune persone che assumono metadone manifestano altri disturbi come: ansia, agitazione, irritabilità, difficoltà a dormire, stanchezza, brividi, dolori muscolari, mancanza di appetito, etc. Durante gli ultimi sette giorni, con quale frequenza ha avvertito alcuni di questi disturbi?

- Ci sono persone che assumono metadone che non manifestano disturbi evidenti, ma che tuttavia non si sentono bene. Durante gli ultimi sette giorni, ha avvertito alcuni disturbi come ... o ... ? (ripetere al paziente i sintomi elencati nella domanda principale).
- Se ne ha avuti, in quanti degli ultimi sette giorni ha avvertito questi disturbi?

(Per valutare clinicamente la presenza di una SAO di Area PSICHICA il paziente deve presentare almeno due o più dei segni e/o sintomi riportanti nella domanda principale, a meno che l'intervistatore sia in grado di identificare nel paziente altre condizioni cliniche di Area PSICHICA in grado di confermare una SAO).

PUNTEGGIO:

- Mai..... 5
- Da uno a due giorni alla settimana..... 4
- Da tre a sei giorni alla settimana..... 3
- Da una a due volte al giorno 2
- Tre o più volte al giorno..... 1

PUNTO CUT-OFF: se un paziente non ha mai presentato almeno due di questi disturbi in qualsiasi momento durante l'ultima settimana, passare direttamente alla domanda 5a e assegnare punteggio 5 nelle domande 4a e 4b.

4b. Intensità di Sindrome di Astinenza da Oppiacei - Area PSICHICA

Durante gli ultimi sette giorni, quanto sono stati intensi, in media, i disturbi che dice di avere sentito?

- Quando ha avvertito questi disturbi, quanto sono stati intensi, in media?

PUNTEGGIO: |____| Mostrare SCHEDA 2 al paziente.

Il punteggio si ottiene invertendo il valore ottenuto sulla scala analogica-visiva (VAS) della Scheda 2, si veda la tabella di conversione nell'allegato.

5a. Frequenza del craving per l'eroina

Durante gli ultimi sette giorni, con quale frequenza ha avvertito un bisogno urgente di fare uso di eroina?

- *Durante gli ultimi sette giorni ci sono state volte in cui ha avvertito un desiderio intenso di fare uso di eroina?*
- *Se ne ha avute, in quanti degli ultimi sette giorni ha avvertito queste necessità?*

PUNTEGGIO:

- Mai 5
- Da uno a due giorni alla settimana 4
- Da tre a sei giorni alla settimana 3
- Da una a due volte al giorno 2
- Tre o più volte al giorno 1

PUNTO CUT-OFF: se un paziente non ha mai avvertito il craving per l'eroina durante l'ultima settimana, passare direttamente alla domanda 6a e assegnare punteggio 5 nelle domande 5a e 5b.

5b. Intensità del craving per l'eroina

Durante gli ultimi sette giorni, con quale intensità, in media, ha avvertito un bisogno urgente di fare uso di eroina?

- *Quando voleva assumere eroina, con quale intensità, in media, avvertiva questa necessità?*

PUNTEGGIO: [] Mostrare SCHEDA 2 al paziente.

Il punteggio si ottiene invertendo il valore ottenuto sulla scala analogica-visiva (VAS) della Scheda 2, si veda la tabella di conversione nell'allegato.

6a. Frequenza del sovradosaggio

Alcune persone che assumono metadone possono manifestare sintomi come: sonnolenza o sensazione di essere addormentati/rallentati, difficoltà nel linguaggio, essere insolitamente attivi o, in alternativa, la sensazione di “essere fatti”. Durante gli ultimi sette giorni, con quale frequenza ha avuto questi sintomi?

(Chiedere specificamente al paziente se questi sintomi sono stati avvertiti circa 3 ore o più dopo aver assunto il metadone).

- *Durante gli ultimi sette giorni, ci sono stati dei giorni in cui ha avuto sintomi come o (ripetere al paziente i sintomi elencati nella domanda principale) specialmente 3 ore o più dopo avere assunto il metadone?*
- *Se ne ha avuti, in quanti degli ultimi sette giorni ha avvertito questo questi sintomi?*

PUNTEGGIO:

- Mai..... 5
- Da uno a due giorni alla settimana..... 4
- Da tre a sei giorni alla settimana..... 3
- Da una a due volte al giorno 2
- Tre o più volte al giorno..... 1

PUNTO CUT-OFF: se un paziente non ha mai avvertito alcuno di questi sintomi durante l’ultima settimana, passare direttamente alla valutazione dei Punti Addizionali e assegnare punteggio 5 nelle domande 6a e 6b.

6b. Intensità del sovradosaggio

Durante l’ultima settimana, in media, di quale intensità sono stati i sintomi che dice di avere avvertito in risposta all’ultima domanda ?

- *Quando ha avvertito questi sintomi, quanto sono stati intensi, in media?*

PUNTEGGIO: | ____ | Mostrare SCHEDA 2 al paziente.

Il punteggio si ottiene invertendo il valore ottenuto sulla scala analogica-visiva (VAS) della Scheda 2, si veda la tabella di conversione nell’allegato.

PUNTI ADDIZIONALI

A. Valutazione soggettiva del paziente del grado di adeguatezza del suo dosaggio attuale di metadone

Il dosaggio di metadone che sta assumendo è adeguato per Lei ?

- Per “dosaggio adeguato” si intende una dosaggio “appropriato” che Le permetta di sentirsi “coperto” (cioè senza alcun sintomo da astinenza), che La lasci senza troppo desiderio di usare eroina e che nello stesso tempo Le permetta di non avvertire la sensazione di essere “fatto”.

PUNTEGGIO: | ___ | Mostrare SCHEDA 3 al paziente.

B. Desiderio del paziente di modificare il suo dosaggio di metadone

Quale dosaggio di metadone vorrebbe assumere nei prossimi sette giorni ? (indicare uno dei seguenti)

- il paziente vuole continuare con la stesso dosaggio
- il paziente vuole aumentare il dosaggio a _____ mg/die
- il paziente vuole diminuire il dosaggio a _____ mg/die

C. Effetti indesiderati/collaterali del metadone assunto durante gli ultimi sette giorni

Durante gli ultimi sette giorni ha manifestato qualcuno dei seguenti sintomi?

- leggerli ad alta voce al paziente, ed indicare con una X quelli confermati.

	Si	No
Stitichezza		
Aumentata sudorazione		
Insonnia/difficoltà a dormire		
Alterazione della funzione sessuale		
• Nelle donne, alterazione delle mestruazioni		
Stanchezza/dolori muscolari e dolori		

D. Farmaci concomitanti assunti durante gli ultimi sette giorni.

Principio attivo	Dosaggio giornaliero totale

E. Grado di benessere generale dei pazienti: scala di valutazione VGF (scala di valutazione dell'attività globale del funzionamento) del DSM-IV.

Indicare il punteggio della VGF:

--

ALLEGATO 1 – Scale Analogico Visuali

Scheda 1: indichi su questa scala da 1 a 5 quanto ha percepito o avvertito l'effetto di quella(e) dose(i) di eroina:

Non ha prodotto alcun effetto			L'effetto è stato estremamente intenso	
1	2	3	4	5

Tabella di conversione del punteggio della VAS

VAS	1	2	3	4	5
Punti	5	4	3	2	1

Scheda 2: indichi su questa scala da 1 a 5 il grado di intensità:

Nulla in assoluto			Estremamente intenso	
1	2	3	4	5

Tabella di conversione del punteggio della VAS

VAS	1	2	3	4	5
Punti	5	4	3	2	1

Scheda 3: indichi su questa scala da 1 a 5 in che modo senti che il dosaggio che sta assumendo sia adeguato per lei:

Totalmente inadeguato			Totalmente adeguato	
1	2	3	4	5

Questa VAS non ha tabella di conversione del punteggio.

ALLEGATO 2 - Codifica del Punteggio ODAS

Valutazione Quantitativa:

Domande 1-2:	assegnare uno score da 1 a 5;	
Domande 3-4-5-6:	<u>Sezione a:</u> assegnare uno score da 1 a 5;	
	<u>Sezione b:</u> assegnare uno score da 1 a 5;	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ se il punteggio di (b) è 1 o 2, si dovrà sottrarre un punto allo score della domanda (a) per ottenere il punteggio dell'intero item, ▪ se il punteggio di (b) è 3/4/5 non modificare lo score della domanda (a) che sarà pertanto il punteggio dell'intero item. 	
	<p><u>es 1:</u> domanda 3a=4 e domanda 3b=2, l'intero item 3 avrà uno score di 3</p> <p><u>es 2:</u> domanda 3a=5 e domanda 3b=3, l'intero item 3 avrà uno score di 3</p> <p><u>es 3:</u> domanda 3a=2 e domanda 3b=2, l'intero item 3 avrà uno score di 1</p>	

In questo modo il punteggio totale della ODAS è la somma pesata dei punteggi di ciascuno dei 6 punti. Il valore totale è in un range da 6 a 30 punti.

Valutazione Qualitativa:

Si considera un paziente con “dosaggio adeguato”, chi raggiunge in ognuno dei 6 item della ODAS un punteggio di 4 o 5. Coloro che non soddisfano questa condizione, si classificano come pazienti con “dosaggio non adeguato”.

Griglia di raccolta del Punteggio ODAS

Domande	Punteggio Item				
Domanda 1 – Assunzione di eroina	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Domanda 2 – Blocco Narcotico/tolleranza crociata	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Domanda 3a – Frequenza SAO (Area Fisica)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Domanda 3b – Intensità SAO (Area Fisica)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Domanda 4a - Frequenza SAO (Area Psicica)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Domanda 4b - Intensità SAO (Area Psicica)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Domanda 5a - Frequenza craving	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Domanda 5b - Intensità craving	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Domanda 6a - Frequenza sovradosaggio	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Domanda 6b – Intensità sovradosaggio	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
TOTALE					

Premio FeDerSerD 2009

Anche quest'anno FeDerSerD indice un premio per le ricerche cliniche nel settore.

Il tema per il 2009 è:

I criteri per il successo della terapia con metadone

Sono invitati a partecipare tutti i Ser.T. italiani.

Le ricerche prenderanno in considerazione, per ciascun paziente in trattamento con metadone, alcune informazioni minime, che orientativamente si indicano nella scheda allegata, oltre a tutte le altre informazioni che i ricercatori riterranno utili.

I lavori debbono essere inviati a Segreteria nazionale FeDerSerD - EXPO POINT - Via Matteotti n. 3 - 22066 - Mariano Comense (Co) - federserd@expopoint.it

Entro il 15 settembre 2009 sia in formato cartaceo (racc. ar) che elettronico (word).

Vincono i tre migliori rapporti:

- € 5.000 al primo premio;
- € 3.000 al secondo premio;
- € 2.000 al terzo premio.

Successivamente FeDerSerD organizzerà un workshop sulle ricerche presentate coordinato dal Comitato Scientifico della Federazione.

Dato	Modalità per la trascrizione della informazione
Ser.T.	
codice utente	
anno di nascita	anno in 4 cifre (zzzz)
sexo	1 = maschio 2 = femmina
titolo di studio	1 = nessuno; 2 = lic. elementare; 3 = lic. media; 4 = diploma; 5 = laurea
lavoro	1 = sì 2 = no
tipo di lavoro	1 = operaio; 2 = impiegato; 3 = lavoratore precario; 4 = lavoratore autonomo; 5 = dirigente; 6 = altro
anno di inizio uso eroina	anno inizio eroina in 4 cifre (zzzz)
anno del primo contatto con il Ser.T.	anno in 4 cifre (zzzz)
inizio di questa terapia	giorno, mese ed anno (xx/yy/zzzz)
dosaggio	dosaggio quotidiano del metadone in mg.
affidamento	1 = sì 2 = no
periodicità affidamento	1 = settimanale 2 = bisettimanale 3 = altro
data ultimo esame cataboliti urinari	giorno, mese ed anno (xx/yy/zzzz)
oppiacei	1 = esame negativo; 2 = esame positivo; 3 esame non eseguito
metadone	1 = esame negativo; 2 = esame positivo; 3 esame non eseguito
cannabinoidi	1 = esame negativo; 2 = esame positivo; 3 esame non eseguito
benzodiazepine	1 = esame negativo; 2 = esame positivo; 3 esame non eseguito
amfetamine	1 = esame negativo; 2 = esame positivo; 3 esame non eseguito
barbiturici	1 = esame negativo; 2 = esame positivo; 3 esame non eseguito
cocaina	1 = esame negativo; 2 = esame positivo; 3 esame non eseguito
assunzione eroina ultimi 7 giorni	numero occasioni riferito
assunzione eroina ultimi 30 giorni	numero occasioni riferito
assunzione cocaina ultimi 7 giorni	numero occasioni riferito
assunzione cocaina ultimi 30 giorni	numero occasioni riferito
numero overdose	Numero episodi di overdose occorsi nella vita
HIV	1 = esame negativo; 2 = esame positivo; 3 esame non eseguito
HBV	1 = esame negativo; 2 = esame positivo; 3 esame non eseguito
HCV	1 = esame negativo; 2 = esame positivo; 3 esame non eseguito
numero comunità	numero di comunità frequentate
comunità 1	numero mesi trascorsi
comunità 2	numero mesi trascorsi
comunità 3	numero mesi trascorsi
numero eventuali condanne	
numero di carcerazioni	
numero giorni complessivi di detenzione	
data rilevazione	giorno, mese ed anno (xx/yy/zzzz)

Lettera e scheda Suboxone

Da un anno è stato introdotto nel repertorio dei farmaci specifici per il trattamento della dipendenza da oppiacei un nuovo farmaco, il SUBOXONE®.

FeDerSerD si pone come sempre a disposizione dei professionisti dei Ser.T. per meglio comprendere il senso e l'impatto reale che un nuovo strumento terapeutico come questo può avere nei nostri servizi.

Siamo ancor più convinti di questa necessità andando un po' indietro con la memoria e precisamente al momento dell'introduzione del SUBUTEX® in Italia agli inizi del nuovo millennio: ci vollero parecchi anni perché avessimo a disposizione la semplice rilevazione ministeriale di utilizzo del farmaco.

A tutt'oggi solo una minoranza dei Ser.T. utilizzano il SUBOXONE®. Vi sono ragioni di scelta terapeutica, ragioni organizzative e ragioni di budget che ovviamente attengono alle scelte regionali, aziendali, tecniche e personali.

È alla luce delle esperienze precedenti, pertanto, che FeDerSerD propone una rilevazione confidenziale che ha lo scopo di valutare l'incidenza dell'impatto che l'introduzione del SUBOXONE®

sta avendo sugli aspetti soggettivi ed oggettivi dei nostri servizi, sperando che sia accettabile l'impegno di compilazione che viene richiesto.

Proponiamo di riportare i dati richiesti mediante una rilevazione ad ogni scadenza trimestrale, con invio della scheda del dato aggregato alla seguente mail: federserd@expopoint.it entro i trenta giorni successivi al trimestre.

Come sempre l'elaborazione ed ogni valorizzazione dei dati raccolti avverrà con il coinvolgimento di tutti e la eventuale pubblicazione dei dati comprenderà la citazione di tutti i partecipanti.

Questo progetto è curato dall'Ufficio di Presidenza Nazionale e dalla Direzione del Comitato Scientifico Nazionale di FeDerSerD.

Per ogni dubbio o approfondimento eventuale necessario potete contattare:

Felice Nava (cell. 347 61 88 139, felnava@tin.it) o Claudio Leonardi (cell. 329 17 10 547, leonardiclaudio1958@libero.it).

Alfio Lucchini

Dipartimento Dipendenze	
SerT	
Responsabile	
Referente per raccolta	
Per contatti	Tel.
Data di compilazione della scheda	

a) Numero di medici	
b) Numero di infermieri	
c) Numero di pazienti annui afferenti al Servizio (dato riferito al 31.12.2008)	
d) Numero di utenti in trattamento farmacologico sostitutivo (dato riferito al 31.12.2008)	
e) Numero di utenti in trattamento con Metadone (dato riferito al 31.12.2008)	
f) Numero di utenti in trattamento con Subutex (dato riferito al 31.12.2008)	
g) Data introduzione Suboxone nel servizio	

h) Sono state effettuate riunioni/briefing per la presentazione del farmaco nella vostra realtà	
1h) con gli operatori	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2h) con gli utenti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3h) mediante solo comunicazioni scritte agli utenti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4h) altre modalità di comunicazione (es. colloquio clinico)	
i) Sono stati necessari dei cambiamenti organizzativi dopo l'immissione del nuovo farmaco: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO se SI, quali	
.....	

j) N. di pazienti virati da subutex a suboxone (dalla data d'inizio dell'introduzione al 31.03)	
k) N. di pazienti virati da metadone a suboxone (dalla data d'inizio dell'introduzione al 31.03)	
l) N. di nuovi pazienti indotti direttamente a suboxone (dalla data d'inizio dell'introduzione al 31.03)	

m) L'introduzione del suboxone ha migliorato la possibilità di utilizzare il regime di affido ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
n) N. pazienti in affido a subutex al 31.03	
1n) dosaggio medio	
o) N. pazienti in affido a suboxone al 31.03	
1o) dosaggio medio	

p) Problematiche da segnalare di ordine generale ed organizzativo nei trasferimenti
--

q) Percentuale di pazienti nei quali, dopo viraggio da subutex a suboxone, ha dovuto incrementare il dosaggio di buprenorfina	
---	--

r) Percentuale di drop out e cause a 15 giorni

	Drop-out legato al farmaco	Drop-out legato al paziente	Altre Cause di Drop-out	Effetti Collaterali	Reazioni Avverse	Note
Induzione Suboxone	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO %	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO %	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO %	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO %	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO %	Specificare
Subutex → Suboxone	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Specificare
Metadone → Suboxone	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO %	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO %	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO %	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO %	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO %	Specificare

s) Percentuale di drop out e cause a 30 giorni

	Drop-out legato al farmaco	Drop-out legato al paziente	Altre Cause di Drop-out	Effetti Collaterali	Reazioni Avverse	Note
Induzione Suboxone	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO %	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO %	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO %	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO %	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO %	Specificare
Subutex → Suboxone	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Specificare
Metadone → Suboxone	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO %	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO %	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO %	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO %	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO %	Specificare

t) Percentuale di drop out e cause a 3 mesi (*)

	Drop-out legato al farmaco	Drop-out legato al paziente	Altre Cause di Drop-out	Effetti Collaterali	Reazioni Avverse	Note
Induzione Suboxone	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO %	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO %	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO %	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO %	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO %	Specificare
Subutex → Suboxone	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Specificare
Metadone → Suboxone	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO %	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO %	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO %	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO %	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO %	Specificare

u) Percentuale di drop out e cause a 6 mesi (*)

	Drop-out legato al farmaco	Drop-out legato al paziente	Altre Cause di Drop-out	Effetti Collaterali	Reazioni Avverse	Note
Induzione Suboxone	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO %	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO %	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO %	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO %	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO %	Specificare
Subutex → Suboxone	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Specificare
Metadone → Suboxone	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO %	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO %	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO %	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO %	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO %	Specificare

Grado di soddisfazione del farmaco da parte del medico

0	1	2	3	4	5
Totalmente insoddisfatto			Totalmente soddisfatto		

Grado di soddisfazione del farmaco da parte del paziente come percepito dal medico

0	1	2	3	4	5
Totalmente insoddisfatto			Totalmente soddisfatto		

(*) se passati, rispetto alla data di inizio dei trattamenti, a SUBOXONE)

La percezione della qualità dei servizi da parte dei pazienti nei Ser.T. del Trentino

Raffaele Lovaste*, Cleto Corposanto**, Lorella Molteni***, Rose Marie Callà***

SUMMARY

■ *The report presents the results of a survey carried out in Trentino on 297 patients followed by the Territorial Service for Drug Addiction in 2007. The aim of the survey was, first, to highlighting their vision of the addiction, second to highlight their satisfaction of services received. In the report we focus on this second line of investigation. We emphasized that the level of satisfaction with the services received is determined not so much by socio-demographic or clinical trials of those involved, as does the level of wellness achieved with the treatment and beliefs about how we can overcome drug addiction.* ■

Keywords: *quality, patient satisfaction.*

Parole chiave: *qualità, soddisfazione dei servizi.*

1. Premessa

Negli ultimi anni il tema della valutazione della soddisfazione dell'utenza, tradizionalmente affrontato e tematizzato come obiettivo strategico delle organizzazioni *for-profit*, ha acquistato sempre più importanza anche nell'ambito dei servizi sanitari, rivalutando il ruolo del paziente/utente/cittadino¹ nella programmazione, gestione ed erogazione delle prestazioni sanitarie.

Se, da un lato, la valutazione della qualità viene ad essere considerata come un processo indispensabile nel governo sia clinico che manageriale di un servizio, dall'altro essa non può prescindere dalla prospettiva dei beneficiari degli interventi che stimolano l'organizzazione a "tener conto della costante evoluzione dei contesti (quindi ciò che costituisce un buon risultato oggi non potrebbe esserlo domani) e del carattere relazionale della prestazione del servizio (non cambia solo l'operatore ma anche l'utente e la relazione che si instaura tra i due)" (Palumbo 2003).

Certamente, il punto di vista dei destinatari di una prestazione o di un trattamento sanitario non può essere considerato in senso stretto come unico indicatore della qualità di un servizio², in quanto essi non sempre possiedono la competenza tecnica per valutare alcuni aspetti della qualità delle prestazioni e possono essere condizionati nei giudizi dallo stato di subalternità o dipendenza psicologica dal servizio dato dalla particolare condizione in cui si trovano, particolarmente evidente in un ambito come quello delle dipendenze patologiche.

Ma si è comunque ritenuto importante ascoltare la voce degli utenti in merito alla loro percezione dei servizi offerti al fine di valutare eventuali punti critici, pianificare azioni di migliora-

mento e verificare la possibilità di stabilire i futuri obiettivi in maniera più mirata alle esigenze da loro espresse.

L'occasione per i Ser.T. del Trentino di procedere a questa forma di ascolto degli utenti è venuta dalla costruzione di un'indagine di più ampio respiro condotta in Trentino nel 2007 con il finanziamento della Provincia Autonoma di Trento nel Fondo Speciale dell'Ateneo trentino.

L'indagine, che ha visto lavorare fianco a fianco un gruppo di accademici e professionisti di settore in un serrato e costante confronto teorico e metodologico, ha coinvolto diversi target di soggetti di diversi servizi della rete territoriale: coloro che hanno sviluppato un uso problematico o una dipendenza da alcol o sostanze psicotrope illegali tale da richiedere un trattamento ai servizi socio-sanitari della rete, coloro che sono stati segnalati alla prefettura per la detenzione o l'uso di sostanze ma che non hanno maturato contestualmente una domanda di trattamento, coloro che in qualità di professionisti socio-sanitari vivono quotidianamente il contatto con i pazienti tossicodipendenti o alcolisti.

La finalità principale dell'indagine è stata quella di mettere a confronto le visioni della tossicodipendenza, della droga e delle conseguenze ad essa associate di questi target di soggetti, per far emergere diversità e similitudini nelle rappresentazioni del fenomeno, in sostanza, di specificare le caratteristiche delle *culture della droga* esistenti.

Lo strumento di indagine utilizzato è stato un questionario strutturato, simile per tutti i target di soggetti coinvolti nell'impianto generale ma con alcune varianti necessarie per caratterizzare meglio alcune loro specificità.

Le aree comuni sono state:

- la definizione delle sostanze che si considerano *droghe*;
- le motivazioni per cui le persone sperimentano sostanze;
- la percezione delle conseguenze (mediche e sociali) dell'uso di sostanze;
- l'accordo circa le soluzioni da adottare per fronteggiare i fenomeni di uso e dipendenza da sostanze;

* Direttore Ser.T., Azienda Provinciale Servizi Sanitari di Trento.

** Professore Ordinario di Sociologia.

*** Sociologhe, ricercatrici presso il Ser.T., Azienda Provinciale Servizi Sanitari di Trento.

Le aree specifiche sono state:

- l'esperienza diretta delle conseguenze derivate dal consumo di sostanze (utenti del Ser.T., dei servizi di alcologia e delle comunità terapeutiche, segnalati NOA);
- la definizione di tossicodipendenza (operatori, utenti sert e comunità, segnalati NOA);
- la sperimentazione di sostanze ed età di prima assunzione, esperienza di contatto con i servizi per le tossicodipendenze o per l'uso di alcol, sostanza di segnalazione (segnalati al Commissariato del Governo);
- le abitudini circa il consumo di alcol nel contesto familiare, la consapevolezza dei danni sulla salute del consumo di alcol;
- infine, per gli operatori di Ser.T. e comunità terapeutiche, sono state inserite una serie di domande ulteriori per approfondire e caratterizzare la loro idea di tossicodipendenza e di tossicodipendente.

Come anticipato, per l'utenza del Ser.T., delle Comunità Terapeutiche e del Servizio di Alcologia, accanto a tutte queste variabili che approfondiscono la vision della tossicodipendenza, si sono approfondite le tematiche della condivisione degli obiettivi dei trattamenti nell'ambito della cura delle dipendenze, del cambiamento della propria vita in seguito al ricorso al servizio e della soddisfazione circa i prodotti offerti.

Rimandando alla pubblicazione che provvede all'esposizione più esaustiva dei risultati ottenuti in tutte le indagini effettuate³, proponiamo in questa sede una breve riflessione sulla percezione della qualità dei servizi da parte dagli utenti dei Ser.T. del Trentino, nelle sedi di Trento, Rovereto e Riva del Garda.

2. La qualità dei servizi dal punto di vista degli utenti

Prima di entrare nel merito delle opinioni espresse dall'utenza circa la soddisfazione per i servizi ricevuti, descriviamo brevemente le caratteristiche principali dei soggetti che hanno scelto di partecipare all'indagine⁴, nel complesso 297 persone (che costituiscono circa il 44% della popolazione in carico ai servizi nel quadrimestre dell'indagine).

Si tratta in gran parte di soggetti rientranti (92,6%), di sesso maschile (78,8%) e di nazionalità italiana (98,3%), con un'età media di 36 anni, prevalentemente concentrati nelle classi di età comprese tra i 36 e 40 anni (20,2%) e tra 41 e 45 anni (21,2%). Dal punto di vista dello status socioculturale, presentano nel complesso un livello di istruzione basso (il 64,6% di essi ha conseguito al massimo il diploma di scuola media inferiore) e hanno tendenzialmente una posizione professionale stabile e alle dipendenze (meno di un terzo degli intervistati è disoccupato o economicamente inattivo).

La maggior parte degli intervistati (68%) è celibe o nubile, ha una dimora stabile (94,3%) e non ha figli (70,2%); vive presso la famiglia d'origine (38,7%), con una nuova famiglia (32,1%) o solo (17,7%), ed è ricorso al servizio volontariamente (90% circa).

Dal punto di vista delle caratteristiche specificatamente legate al rapporto con le sostanze e con il Ser.T., si rileva la presenza pressoché esclusiva di soggetti eroinomani con diagnosi di dipendenza secondo i criteri stabiliti dal DSM IV (95,9%), la cui modalità di assunzione principale è la via endovenosa (73%) o nasale (16,6%).

Solo 8 intervistati sono in cura per problematiche relative all'abuso di cannabinoidi e 2 per abuso/dipendenza da cocaina.

Quasi i 4/5 dei soggetti hanno avuto il primo contatto con la sostanza in età molto giovane: il 20,6% di essi prima dei 16 anni, il 31,8% dai 17 ai 19 anni, il 27% dei soggetti in un'età compresa tra 20 e 22 anni e il restante quarto oltre i 22 anni.

Infine, rispetto alla fase del Programma Terapeutico seguito presso il servizio, poco più di due quinti dei rispondenti al momento dell'indagine si colloca nella fase di stabilizzazione del sintomo, il 19% circa nella fase di valutazione, poco meno di un quarto nella bassa evolutività e il 15,5% nell'alta evolutività⁵.

Il questionario proposto agli intervistati ha previsto 2 domande che comprendono, in un approccio multidimensionale, quattro aree di soddisfazione dell'utenza corrispondenti ad altrettante dimensioni in cui è possibile scomporre il concetto di qualità dei servizi: organizzativa, ambientale, professionale, relazionale (Cipolla 2002).

Rispetto alla prima area, il questionario presentava una serie di item riguardanti la facilità di contatto con gli operatori, l'adeguatezza del tempo a disposizione per parlare dei propri problemi, l'adeguatezza del numero di visite e colloqui proposto dagli operatori e la soddisfazione circa gli orari di apertura, le informazioni in bacheca, il rispetto della riservatezza e i tempi di attesa.

Sulla qualità ambientale sono stati compresi degli item sulla soddisfazione dell'utenza rispetto ai parcheggi, agli spazi per l'attesa, ai locali, alla pulizia dei servizi igienici, e sulla valutazione della garanzia dell'anonimato favorita dalla posizione del servizio.

La qualità professionale, costituita dai giudizi sulle competenze professionali degli operatori e sulla capacità di intervenire nella risoluzione del problema, ha compreso la valutazione dell'adeguatezza delle terapie rispetto all'abuso di sostanze, della personalizzazione degli interventi secondo le caratteristiche degli utenti e del grado di informazione rispetto alle decisioni sui trattamenti.

Infine, la qualità relazionale ha compreso il giudizio degli utenti sull'adeguatezza dell'accoglienza, sulla possibilità di risoluzione dei problemi di dipendenza da sostanze grazie al servizio e grazie agli operatori, sulla sensazione di essere seguito nei momenti di difficoltà e di essere compreso dagli operatori, sulla fiducia riposta in essi, e sulla congruità dell'aiuto ricevuto.

I giudizi, infine, sono espressi in una scala Likert a 5 categorie, dal valore 1 identificante per niente d'accordo/per niente soddisfatto al valore 5, del tutto soddisfatto/del tutto d'accordo.

2.1. La qualità ambientale

Questa è la dimensione in cui i giudizi espressi dagli utenti sono più critici. L'insoddisfazione maggiore si riferisce al problema dei parcheggi, per i quali quasi la metà degli intervistati si dichiara molto insoddisfatto (27,7%) o insoddisfatto (18,9%).

Questo dato è influenzato dalla sede territoriale di riferimento⁶, in quanto gli utenti della sede di Trento si ritengono molto più insoddisfatti rispetto agli utenti di Rovereto e Riva del Garda (64,3% vs. 25,5% e 31,9%).

A fronte di queste risposte il dato oggettivo è che nessuna delle tre sedi dispone di parcheggi rivolti esclusivamente all'utenza; la sede di Trento e di Riva del Garda hanno nelle vicinanze (circa 200 mt) parcheggi comunali non a pagamento, mentre la sede di Rovereto non dispone di significativi parcheggi nelle vicinanze. Analoghe considerazioni possono essere fatte rispetto all'accordo con l'affermazione "l'attuale posizione del Ser.T. garantisce l'anonimato degli utenti", per la quale il 16,3% dei soggetti si ritiene in disaccordo: nella sede di Trento il disaccordo riguarda il 22% circa degli intervistati, percentuale che scende al 12%

per gli utenti di Riva del Garda e al 10,7% per gli utenti di Rovereto. Si rappresentano i risultati nella tab. 1.

Tab. 1 - I giudizi degli utenti sulla qualità delle strutture

	Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Né d'accordo né in disaccordo	Molto d'accordo	Del tutto d'accordo
L'attuale posizione del Ser.T. favorisce l'anonimato degli utenti	7,5	8,8	19,1	33,2	31,4
	Molto insoddisf.	Insoddisf.	Né soddisf. né insodd.	Soddisfatto	Molto soddisf.
I parcheggi	27,7	18,9	32,0	18,5	2,9
Gli spazi per l'attesa	3,5	9,5	18,0	58,8	10,2
I locali (uffici, corridoi, infermeria)	1,0	3,1	15,0	65,9	15,0
Pulizia dei servizi igienici	2,5	2,8	14,3	53,5	26,9

2.2. La qualità relazionale

La qualità relazionale, all'opposto, rappresenta la dimensione che mostra le valutazioni migliori.

L'item che presenta un livello di consensi più elevato è il grado di fiducia riposto negli operatori (82,4% dei soggetti), mentre l'affermazione sulla possibilità di risoluzione dei problemi di dipendenza da sostanze grazie al servizio presenta livelli di accordo inferiori ma pur sempre al di sopra del 60% (tab. 2).

Tab. 2 - I giudizi degli utenti sulla qualità della relazione con i professionisti

	Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Né d'accordo né in disaccordo	Molto d'accordo	Del tutto d'accordo
Gli operatori sono in grado di capire il tipo di aiuto di cui ho bisogno	3,1	9,8	23,4	46,2	17,5
Nei momenti di difficoltà mi sento seguito dagli operatori	2,1	11,8	18,2	45,5	22,4
Non ho ricevuto l'aiuto che speravo	51,2	23,3	12,9	7,7	4,9
I problemi di dipendenza da sostanze possono essere risolti grazie al Ser.T.	5,6	11,1	22,6	39,2	21,5
Ho fiducia negli operatori che mi seguono	0,7	4,9	12,0	47,2	35,2
Credo che gli operatori possano davvero aiutarmi rispetto al problema di uso di sostanze	2,8	7,7	18,1	43,2	28,2
L'accoglienza ricevuta la prima volta che mi sono rivolto/a al servizio è stata adeguata	4,9	5,8	12,2	44,1	33,0

2.3. La qualità organizzativa

I pareri e la soddisfazione dell'utenza in riferimento alla qualità dell'organizzazione del servizio si collocano in una fascia intermedia rispetto alle precedenti dimensioni descritte. Come risulta dalla tabella 3, l'aspetto che riscuote un livello di soddisfazione inferiore inerisce gli orari di apertura dei servizi (22,8%), mentre l'aspetto meno problematico riguarda i tempi di attesa fra la prenotazione e la prestazione (gli insoddisfatti sono il 6,5%).

Tab. 3 - I giudizi degli utenti sulla qualità dell'organizzazione del Ser.T.

	Molto insoddisf.	Insoddisf.	Né soddisf. né insodd.	Soddisfatto	Molto soddisf.
	1	2	3	4	5
Gli orari di apertura	8,4	14,4	16,1	51,6	9,5
Le informazioni che si trovano nella bacheca o nei poster	5,1	8,7	36,5	39,6	10,1
Rispetto della riservatezza	4,8	7,3	17,0	48,4	22,5
I tempi di attesa fra la prenotazione e la prestazione (colloquio, visita)	2,4	4,1	16,5	52,9	24,1
	Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Né d'accordo né in disaccordo	Molto d'accordo	Del tutto d'accordo
Gli operatori sono facilmente contattabili	3,1	9,4	14,3	44,3	28,9
Il numero di colloqui o visite che mi propongono gli operatori mi sembra adeguato	1,4	5,9	10,8	47,6	34,3
Non ho avuto abbastanza tempo per parlare a fondo dei miei problemi	45,5	23,4	17,8	8,7	4,6

2.4. La qualità professionale

Tab. 4 - I giudizi degli utenti sulla professionalità degli operatori

	Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Né d'accordo né in disaccordo	Molto d'accordo	Del tutto d'accordo
Sono ben informato/a sulle decisioni prese rispetto al mio trattamento	1,1	8,8	14,0	46,3	29,8
Le terapie ricevute sono adeguate rispetto al problema dell'uso di sostanze	1,8	6,4	14,1	46,6	31,1
Il Ser.T. è attento alle caratteristiche degli utenti nel proporre il percorso terapeutico	1,8	5,6	12,5	50,5	29,6

Più omogenee le opinioni circa la qualità del lavoro dei professionisti; dalla tabella 4 si evince, infatti, che meno di un decimo degli intervistati si dichiara in disaccordo con le affermazioni riguardanti l'adeguatezza del percorso terapeutico e delle terapie erogate e l'informazione al paziente.

3. La soddisfazione complessiva

L'analisi dei dati ha previsto il calcolo dei valori di sintesi per ogni area di soddisfazione, al fine di valutare la *performance del servizio*, e la costruzione di un indice sintetico in grado di riassumere tutte le informazioni ricavate da questa sezione del questionario e valutare la soddisfazione complessiva degli utenti.

Nello specifico, sono stati costruiti indici di tipo additivo per ognuna delle aree di riferimento e per la soddisfazione complessiva, in seguito standardizzati in modo tale da assumere lo stesso campo di variazione (0-1) e da permettere un confronto trasversale.

La tabella 5 mostra i valori di sintesi relativamente alle 4 aree di indagine e alla soddisfazione complessiva.

Tab. 5 - Misure di sintesi delle aree di qualità dei servizi

	Qualità ambientale	Qualità profes.	Qualità organiz.	Qualità relazionale	Soddif. compless.
Casi validi	257	281	272	280	245
Media	,64	,69	,69	,71	,69
Deviaz. standard	,16	,18	,17	,18	,15
Quartili					
1°	,55	,62	,61	,60	,61
2°	,65	,69	,71	,71	,71
3°	,75	,85	,79	,86	,79

Come si può agevolmente notare, le tendenze sopra evidenziate vengono confermate. Nonostante le differenze rilevate nel confronto trasversale tra le diverse dimensioni della qualità del servizio siano minime, gli aspetti che riguardano la relazione con i professionisti sanitari sono quelli che hanno una performance migliore, con un valore medio superiore a tutte le altre aree.

All'opposto, per la qualità ambientale i giudizi degli utenti sono più severi, in quanto la media dei valori e i valori dei tre quartili in cui si può suddividere la distribuzione sono i più bassi, così come inferiore è la loro dispersione.

Il passo successivo, a fronte di questi risultati, è la verifica delle caratteristiche degli intervistati che possono incidere sulla diversità dei giudizi espressi, dunque, sulla soddisfazione complessiva dei servizi.

Le analisi condotte mostrano che il livello di soddisfazione complessiva è trasversale a tutta l'utenza e non è determinato in modo significativo dalle differenze nelle caratteristiche socio-demografiche (sesso, età, titolo di studio, professione, situazione familiare e abitativa), né dall'*anzianità* presso il servizio (ossia, dal numero di anni in cui il soggetto è in carico presso il SerT), né dalla fase del progetto terapeutico in cui si collocano (alta o bassa evolutività).

Al contrario, un ruolo discriminante è svolto da altre due dimensioni che il questionario ha voluto indagare, e che approfondiamo di seguito: la condivisione delle strategie adottate per la tossicodipendenza – che definiscono le aspettative degli utenti nei confronti del servizio – e il livello di benessere conseguito dagli intervistati da quando seguono il trattamento.

3.1. La condivisione delle strategie di superamento della tossicodipendenza

Il questionario ha previsto una batteria di domande sul grado di condivisione degli intervistati circa la possibilità di raggiungere alcuni obiettivi terapeutici con i programmi attivati dal servizio, raggruppabili in due orientamenti di fondo: da un lato la riduzione del danno e il miglioramento della qualità della vita, dall'altro il superamento volontario della condizione di tossicodipendenza.

A livello teorico, i due orientamenti sottendono delle posizioni antitetiche circa l'obiettivo del trattamento: la prima posizione sottintende la convinzione dell'équipe curante che lo stato di tossicodipendenza manifestato dal paziente sia immodificabile, almeno nel breve periodo, per cui gli interventi terapeutici hanno come obiettivo il miglioramento delle condizioni generali di vita; la seconda posizione sottintende la possibilità concreta di un superamento volontario, documentata dall'astensione dall'uso di sostanze e da un processo di ristrutturazione della personalità⁷.

L'orientamento al superamento volontario della tossicodipendenza è definito dalla condivisione dei seguenti obiettivi: astensione dall'uso della sostanza per la quale si è richiesto il trattamento, la riduzione/risoluzione dei problemi che hanno causato la dipendenza e la remissione protratta della sintomatologia tossicomane (qui definita "guarigione dalla tossicodipendenza"). L'orientamento alla riduzione del danno e al miglioramento della qualità della vita è definito dalla riduzione di altri problemi sociali o legali, dal raggiungimento del migliore benessere possibile anche senza la completa astinenza, dalla riduzione del pericolo di overdose o di altri rischi sanitari correlati all'uso di sostanze e dalla riduzione della sofferenza fisica.

Nella tabella 6 esponiamo i risultati.

Tab. 6 - Quanto condivide la possibilità di raggiungere i seguenti obiettivi con i progetti terapeutici erogati dall/dai Servizio/i da cui è attualmente seguito?

	Del tutto	Molto	Abbastanza	Poco	Per niente
Astensione dall'uso della sostanza per la quale si è richiesto il trattamento	46,3	20,3	25,3	5,3	2,8
Riduzione della sofferenza fisica	29,7	41,4	22,1	4,7	2,1
Riduzione/risoluzione dei problemi che hanno causato la dipendenza	19,6	30,2	31,3	14,2	4,7
Il raggiungimento del migliore benessere possibile anche senza la completa astinenza	23,0	28,4	25,2	13,5	9,9
Riduzione del pericolo di overdose o di altri rischi sanitari correlati all'uso di sostanze	30,7	26,4	20,4	11,4	11,1
Guarigione dalla tossicodipendenza	40,2	21,7	22,0	11,6	4,5
Riduzione di altri problemi sociali (es. perdita del posto di lavoro) legali (arresto)	27,0	28,4	23,0	13,8	7,8

La lettura dei dati mostra che, nella realtà, questi orientamenti non si esprimono in modo netto, ma spesso si trovano sovrapposti.

I due obiettivi che vengono maggiormente condivisi dagli utenti, infatti, si ritrovano l'uno nell'orientamento alla riduzione del danno, l'altro nell'orientamento al superamento della tossicodipendenza: il raggiungimento della riduzione della sofferenza fisica raccoglie oltre il 70% degli intervistati nella categoria *del tutto e molto*, mentre solo il 6,1% dei soggetti si dichiara per niente o poco d'accordo; in merito al raggiungimento dell'astensione dall'uso della sostanza, il 46% circa dei soggetti si ritiene del tutto d'accordo, il 20,3% molto d'accordo e solo l'8,1% di essi li condivide poco o per nulla.

All'opposto, gli obiettivi che vengono condivisi meno frequentemente dagli utenti sono il raggiungimento del miglior benessere possibile anche senza la completa astinenza e la riduzione del pericolo di overdose e degli altri rischi sanitari correlati all'uso di sostanze, obiettivi con i quali oltre un quinto degli intervistati si dichiara poco o per niente d'accordo.

Il passo successivo nell'analisi dei dati è stata la costruzione di un indice, che definiamo *di aspettativa*, che riassume le risposte date a tutti gli item di questa batteria di domande.

La procedura di costruzione di tale misura ha previsto dapprima il raggruppamento degli intervistati in due indici additivi separati, l'uno denotante l'orientamento verso il superamento volontario della tossicodipendenza, l'altro l'orientamento alla riduzione del danno e al miglioramento della qualità della vita.

In seguito, al primo indice sono stati sottratti i punteggi del secondo, per cui i risultati positivi hanno dato luogo all'orientamento verso il superamento volontario della tossicodipendenza e i risultati negativi all'orientamento alla riduzione del danno, mentre i valori prossimi allo zero hanno definito il tipo incerto⁸.

Dunque, la maggior parte degli intervistati si colloca in una posizione intermedia (38,7%), in cui gli obiettivi di superamento volontario della tossicodipendenza e di riduzione del danno sono condivisi con una forza simile; il 32,4% dei soggetti si orienta verso una maggiore condivisione di obiettivi di astinenza assoluta e il 28,9% verso obiettivi di riduzione del danno.

Anche in questa dimensione di indagine le risposte non paiono essere condizionate né dalle diverse variabili socio-demografiche né dalla fase del programma terapeutico in cui il soggetto si trova al momento dell'indagine.

3.2. Il livello di benessere conseguito con il trattamento

Un'altra domanda del questionario chiedeva agli intervistati quanto sono cambiati alcuni aspetti della propria vita da quando seguono un programma terapeutico presso il Ser.T.

La domanda era strutturata in modo tale da comprendere aspetti inerenti le relazioni interpersonali (con la famiglia, gli amici e il partner), la dimensione intrapsichica dell'autostima, del benessere psicologico e della fiducia nel futuro, e gli aspetti connessi con la realizzazione di sé nel lavoro, dal punto di vista economico, della salute e della qualità della vita.

Nella tabella 7 esponiamo i risultati.

Le risposte degli intervistati sono, nel complesso, omogenee e si orientano verso il miglioramento o, al più, la stabilizzazione degli aspetti indicati, in quanto oltre la metà dei soggetti ammette un loro cambiamento in positivo e meno di un decimo di essi ne individua un peggioramento.

Tab. 7 - Cambiamento di alcuni aspetti della propria vita da quando segue il trattamento

	È migliorato	È rimasto uguale	È peggiorato
Le relazioni familiari	69,8	27,8	2,4
Le relazioni con gli amici	43,5	46,0	10,5
Il rapporto con il /la partner	51,8	40,2	8,0
L'autostima	61,1	31,6	7,3
La condizione economica	57,3	35,3	7,4
La salute	62,4	31,0	6,6
Il benessere psicologico	64,0	28,7	7,3
La fiducia nel futuro	54,1	35,9	10,0
La qualità della vita	67,2	25,8	7,0
Il lavoro/lo studio	55,9	37,5	6,6

L'aspetto più problematico risulta essere la relazione con il gruppo di amici, in quanto una percentuale più bassa di soggetti ne indica un miglioramento (43,5%) e poco più di un decimo ritiene che sia peggiorata; specularmente, l'aspetto in cui si osserva un deciso miglioramento per gran parte dei soggetti inerisce le relazioni familiari, ove coloro che indicano un miglioramento costituiscono quasi il 70% dei rispondenti mentre solo il 2,4% ne indica un peggioramento.

Notiamo inoltre come i benefici maggiori riguardino la sfera più materiale, quella cioè dei miglioramenti dal punto di vista delle salute, della condizione economica, dell'attività lavorativa e della qualità della vita in generale.

Questa considerazione trova sostegno, ancora una volta, con la costruzione di tre indici sintetici (di tipo additivo), uno per ogni area di benessere individuata, e di un indice complessivo, come emerge dalla tabella 8.

Tab. 8 - Gli indici di benessere conseguito con i trattamenti presso il servizio

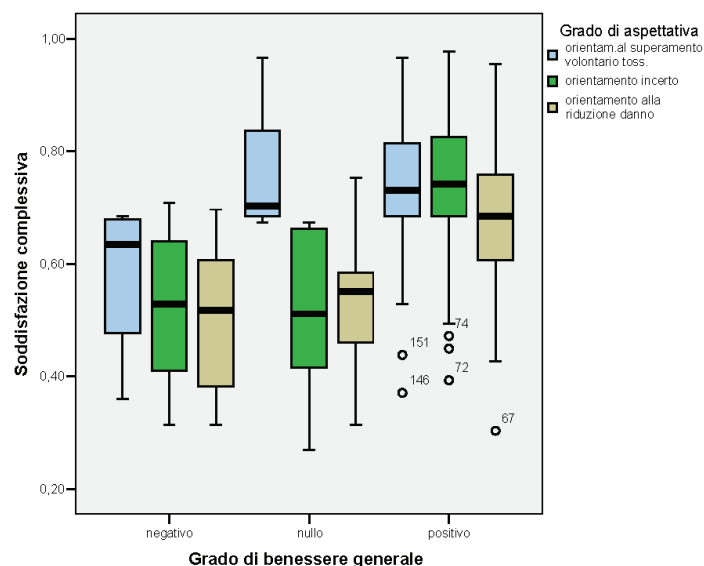
Benessere psicologico	%
Negativo	11,6
Invariato	14,4
Positivo	74,0
Benessere relazionale	%
Negativo	7,3
Invariato	22,6
Positivo	70,1
Benessere materiale	%
Negativo	8,2
Invariato	12,5
Positivo	79,2
Benessere complessivo	%
Negativo	10,7
Invariato	7,9
Positivo	81,3

4. Conclusione: soddisfazione dei servizi, aspettative e benessere conseguito con il trattamento

Come si accennava più sopra, se da un lato il livello di soddisfazione complessivo sulla qualità dei servizi risulta omogeneo e trasversale agli intervistati se si considerano le principali variabili socio-demografiche, dall'altro si presenta in forte relazione con due aspetti rilevanti indagati dal questionario e mai considerati nell'ambito di ricerche precedenti su questo tema: l'aderenza agli obiettivi proposti dai progetti terapeutici offerti dal Servizio, e il livello di benessere soggettivo raggiunto con il trattamento.

La relazione tra queste variabili viene messa in evidenza, nel grafico 1, attraverso una rappresentazione grafica denominata *box plot*, che riassume congiuntamente una serie di misure di sintesi relative alla soddisfazione complessiva del servizio stratificandola secondo le altre due variabili che abbiamo preso in considerazione⁹.

Graf. 1 - Rappresentazione in box-plot della relazione tra soddisfazione complessiva dei servizi, livello di benessere generale conseguito dai soggetti e grado di aspettativa



Il grafico possiede già da sé grandi capacità esplicative, evidenziando delle differenze significative nel livello di soddisfazione generale rispetto al livello di benessere raggiunto con il trattamento e al livello di condivisione degli obiettivi terapeutici. I giudizi migliori sulla qualità dei servizi ricevuti vengono da coloro che in seguito al trattamento hanno percepito cambiamenti in positivo della propria vita (gruppo di tre box più a destra) e da coloro che condividono gli obiettivi proposti dal servizio orientati al superamento volontario della condizione di tossicodipendenza (box azzurri).

Se prendiamo come punto di riferimento i valori di sintesi sull'indice di soddisfazione complessiva che abbiamo riportato più sopra su tutto il campione di utenti, ossia un valore medio di 0,69 (con deviaz. st. pari a 0,15) e un valore mediano di 0,71, tali differenze risultano evidenti.

Coloro che esprimono un orientamento al superamento volontario della tossicodipendenza presentano una media nell'indice di soddisfazione di 0,73, chi ha un orientamento incerto di 0,70 e chi presenta un orientamento alla riduzione del danno di 0,63; i valori mediani sono rispettivamente 0,73, 0,72 e 0,64.

Allo stesso tempo, la soddisfazione per i servizi di chi ha notato un miglioramento generale nella propria vita ha un valore medio di 0,71, di chi non ha notato né miglioramenti né peggioramenti di 0,58 e di chi ha notato peggioramenti è di 0,53¹⁰; i valori mediani sono rispettivamente 0,73, 0,58 e 0,54.

Ma la lettura del grafico ci informa su un altro aspetto importante, se si considerano congiuntamente le tre variabili, ossia il forte potere discriminante della percezione del cambiamento della propria vita in seguito all'incontro con il servizio.

Chi presenta un livello di benessere generale positivo presenta anche le migliori valutazioni della qualità del servizio, e questo indipendentemente dal grado di aspettativa manifestato.

Se accanto al valore mediano, poi, prendiamo anche in considerazione la lunghezza delle scatole, in cui si trovano comprese il 50% delle osservazioni, notiamo che la lunghezza dei tre *box* riferiti al conseguimento di un livello di benessere positivo in seguito al trattamento presso il servizio è inferiore rispetto a quella degli altri *box*, ad indicare una maggiore concentrazione dei casi sui valori alti dell'indice di soddisfazione complessiva. Questi risultati confermano in modo molto eloquente quanto in letteratura viene evidenziato in merito alle indagini sulla soddisfazione dei servizi e sinteticamente esposto nella premessa, cioè che i giudizi degli utenti possono essere influenzati da fattori estranei all'effettiva qualità delle prestazioni ricevute.

La costruzione di uno strumento di misura – un questionario – non incentrato solamente sulla soddisfazione per le prestazioni ricevute ma volto anche alla valutazione della visione della tossicodipendenza e dell'esperienza personale con la dipendenza ha permesso di mettere in risalto questo aspetto.

In primis, le differenze nella valutazione dei servizi ricevuti sono influenzate da una dimensione caratterizzata in senso *emotivo*, ossia dalla percezione del cambiamento di alcuni aspetti della propria vita in seguito al contatto con il servizio.

Chi ha percepito un miglioramento nel proprio benessere personale ha senz'altro una visione più ottimistica del futuro, ha la percezione di riuscire ad affrancarsi dalla sostanza e dall'esperienza conseguita con essa, riconosce il suo status di paziente e attribuisce al servizio un ruolo terapeutico.

In secondo luogo, la soddisfazione per i servizi ricevuti è condizionata da una dimensione più *cognitiva*, ancorché influenzata dalla propria esperienza personale di dipendenza e da un processo di razionalizzazione indotto dal contatto con i servizi, riferita alle strategie con le quali è possibile affrontare il problema della tossicodipendenza.

Se assumiamo che il livello di soddisfazione per i servizi ricevuti possa incidere sulla *compliance* del paziente al trattamento e sull'outcome del progetto terapeutico, il suggerimento per il servizio che viene da questi risultati è di agire, da un lato, nel migliorare la percezione generale di benessere del paziente – almeno per ciò che riguarda gli aspetti più soggettivi dell'auto-stima, della salute, del benessere psicologico e della fiducia nel futuro; dall'altro lato, nell'adottare strategie che permettano l'empowerment del paziente sugli obiettivi raggiungibili con il trattamento.

Note

1. Per una letteratura critica di tali concetti si rimanda a Cipolla (2002).
2. Per gli approfondimenti relativi a tale tematica si vedano, tra gli altri, i contributi di Bertin (1995, 1996), Altieri (1996, 2002), Giarelli (2002).
3. Corposanto C., Lovaste R., *Uso occasionale e dipendenza da sostanze psicotrope. Professionisti e pazienti a confronto*. Volume in preparazione.
4. A tal proposito si precisa che la scelta metodologica iniziale è stata quella di procedere con l'autocompilazione dei questionari da parte degli utenti a cui gli operatori del servizio proponevano l'indagine. Tale scelta è motivata innanzitutto dalla necessità di limitare la distorsione delle risposte che può essere prodotta dal confronto con un intervistatore, e la volontà insieme di raggiungere una più vasta proporzione di soggetti. Inoltre, su autorizzazione dei partecipanti all'indagine, è stato possibile ricavare per ognuno di essi una serie di informazioni ulteriori dalla cartella clinica informatizzata che hanno permesso di verificare la non esistenza di meccanismi di autoselezione del campione (almeno per le variabili per le quali è stato possibile operare il confronto).
5. Nel Ser.T. di Trento viene applicata da qualche anno una classificazione dell'utenza in Alta e Bassa evolutività. L'alta evolutività compren-

de i soggetti per i quali, completata la valutazione multidisciplinare, è ipotizzabile un superamento volontario della tossicodipendenza attraverso vari stadi di cambiamento quali la stabilizzazione del sintomo, l'induzione del cambiamento, la gestione del cambiamento e la gestione delle ricadute. Nella bassa evolutività rientrano invece i soggetti in fase pre-contemplativa o contemplativa, coloro cioè che non riconoscono di avere un problema e non intendono affrontarlo, i soggetti che hanno contestualmente problemi psichiatrici significativi e coloro che presentano disturbi di personalità e/o sociali tali da non rendere praticabile un percorso di cambiamento volontario della tossicodipendenza. La bassa evolutività ha come obiettivo la riduzione del danno attraverso: l'aumento della qualità della vita, la riduzione delle attività illegali, la riduzione del rischio di overdose, la riduzione dei comportamenti a rischio e l'aumento dell'attività lavorativa. Nelle analisi si sono tenuti distinti i soggetti nella fase di stabilizzazione del sintomo da coloro che in generale si collocano nell'alta evolutività, data la consistenza numerica di tale gruppo. Si è prevista, inoltre, una fase valutativa nella quale i soggetti non hanno ancora ricevuto una collocazione nelle categorie di alta o bassa evolutività.

6. Il test Chi² è risultato significativo al livello 0,001; il coefficiente di contingenza mostra una relazione di media intensità, essendo pari a 0,426.

7. La classificazione dell'utenza nei criteri di Alta e Bassa evolutività, accennata in una precedente nota, è modellata sulla base di questi principi.

8. Si precisa che si sono utilizzati i punteggi standardizzati per evitare una sovra-rappresentazione di casi nell'orientamento alla riduzione del danno per effetto della maggiore numerosità degli item coinvolti in questo gruppo di domande.

9. Le misure che vengono sintetizzate nella rappresentazione grafica sono il valore mediano, cioè quello che divide in due parti uguali la distribuzione di valori (evidenziato dalla riga nera all'interno della "scatola"), e il primo e terzo quartile della distribuzione (gli estremi della scatola). La lunghezza dei baffi indica il range della distribuzione (corrispondente ai valori distanti 1,5 volte la distanza interquartile a partire rispettivamente dal primo dal terzo quartile), mentre i valori esterni agli stessi sono gli outliers. Si vedano gli opportuni approfondimenti in Corposanto [2002].

10. I test F risultano significativi al livello 0,001.

Bibliografia

- Altieri L. (1996), *La valutazione dal punto di vista degli utenti nell'attività di un Ser.T.*, in Fagioli J., Ugolini (a cura di), *Tossicodipendenze e pratica sociologica*, FrancoAngeli, Milano.
- Altieri L. (a cura di) (2002), *Verso una valutazione come negoziazione in un pluralismo di valori/interessi*, in Cipolla C., Giarelli G., Altieri L., *Valutare la qualità in sanità. Approcci, metodologie e strumenti*, FrancoAngeli, Milano.
- Altieri L., Luison L. (a cura di) (1997), *Qualità della vita e strumenti sociologici: tecniche di rilevazione e percorsi di analisi*, FrancoAngeli, Milano.
- Bertin G. (1995), *Valutazione e sapere sociologico. Metodi e tecniche di gestione dei processi decisionali*, FrancoAngeli, Milano.
- Bertin G. (1995), *Valutazione e sapere sociologico. Metodi e tecniche di gestione dei processi decisionali*, FrancoAngeli, Milano.
- Bertin G. (1996), *La valutazione delle politiche e tossicodipendenze*, in J. Fagioli, Ugolini (a cura di), *Tossicodipendenze e pratica sociologica*, FrancoAngeli, Milano.
- Cipolla C. (a cura di) (2002), *Introduzione. Per un approccio correlazionale alla qualità sociale della salute*, in Cipolla C., Giarelli G., Altieri L., *Valutare la qualità in sanità. Approcci, metodologie e strumenti*, FrancoAngeli, Milano.
- Corposanto C. (2002), *Il ciclo statistico della ricerca sociale*, FrancoAngeli, Milano.
- Fazzi L., Scaglia A. (a cura di) (2001), *Tossicodipendenza e politiche sociali in Italia*, FrancoAngeli, Milano.
- Giannelli G., Mariani D'Altri A., Teodorani M., Ugolini P., "Un Ser.T. allo specchio. Percezione della qualità del servizio per le tossicodipendenze di Cesena da parte degli utenti", *Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcoolismo*, Anno XXII, n. 1, 1999.
- Giarelli G. (a cura di) (2002), Oltre la "customer satisfaction": il problema di cogliere la complessità di un punto di vista, in Cipolla C., Giarelli G., Altieri L. (a cura di), *Valutare la qualità in sanità. Approcci, metodologie e strumenti*, FrancoAngeli, Milano.
- Palumbo M. (2003), "Qualità e valutazione: un dibattito che prosegue", *Rassegna Italiana di valutazione*, n. 26, anno VII: 41-51.

NOTIZIE IN BREVE

Iniziativa di FeDerSerD a seguito del terremoto in Abruzzo

9 aprile 2009

Ai colleghi del Sistema di Intervento per le Dipendenze

Il terremoto che ha colpito L'Aquila sta mettendo a dura prova i nostri colleghi del Ser.T. I locali sono stati dichiarati inagibili e oggi il Ser.T. viene spostato in una tenda.

Gli operatori hanno le case distrutte e con esse tutti gli oggetti della loro storia e dei loro ricordi. In questo disastro il Ser.T. è stato ed è sempre aperto per i nostri pazienti.

Ma hanno bisogno di tutto.

FeDerSerD apre una sottoscrizione da destinare all'aiuto ai nostri colleghi per superare le necessità materiali più impellenti e per aiutare i pazienti.

Conto corrente n. 218 BNL Pescara Agenzia 5304

intestato a: FeDerSerD Abruzzo

IBAN: IT59D010051540500000000218

Causale: Ser.T. L'Aquila

Dott. Giovanni Cordova - Presidente Interregionale Abruzzo, Marche, Molise

Dott. Pietro D'Egidio - Segretario Esecutivo Nazionale

FeDerSerD celebra a Reggio Calabria la giornata mondiale contro l'abuso ed il traffico illecito di sostanze stupefacenti

Congresso Regionale Calabria - "I Ser.T. Specialisti IN-Dipendenze"

Aspetti tecnici e scientifici nella integrazione degli ambiti professionali

Reggio Calabria - 26/27 giugno 2009 - Hotel Excelsior

PROGRAMMA PRELIMINARE

VENERDÌ 26 GIUGNO 2009

Ore 14.00

Accoglienza e registrazione partecipanti

Ore 15.00

Saluto Autorità

Saluto Presidente FeDerSerD Calabria Domenico Cortese

Ore 16.00-17.00

Lettura magistrale

GiovanBattista De Sarro

"Profilo farmacologico dei farmaci nelle addiction".

Ore 17.00-19.00

Prima Sessione: ADDICTION ED EPATITI

Moderatore: Caterina De Stefano

Vincenzo Guadagnino

"Il ruolo dei comportamenti di addiction nella genesi delle epatiti"

Esperienze regionali a confronto

Le realtà operative delle UUOO di Cosenza e di Reggio Calabria

Alfio Lucchini - Pietro Fausto D'Egidio

Presentazione Progetto Nazionale FeDerSerD - SIMIT

Discussione

SABATO 27 GIUGNO 2009

Ore 9.00-11.00

Seconda sessione ADDICTION: IL RUOLO DEI TRATTAMENTI

Moderatore: Fernanda Magnelli

Claudio Leonardi

"I trattamenti farmacologici tra cronicità e cronicizzazione".

Esperienze regionali a confronto

Le realtà operative delle UUOOCC di Lamezia Terme e Catanzaro

Discussione

Ore 11.00-11.30

Coffee

Ore 11.30-13.30

Seconda Sessione: ALCOLISMO: IL RUOLO DEI SER.T.

Moderatore: Francesco De Matteis

Ezio Manzato

"Il processo di cura dell'alcolista tra craving, psicopatologia e relazioni interpersonali."

Esperienze regionali a confronto

Le realtà operative delle UUOOCC di Soverato e di Polistena

Ore 14.00-15.00

Pranzo

Ore 15.00-17.00

Terza sessione: TABAGISMO: COORDINAMENTO FUNZIONALE TRA SERVIZI

Moderatore : Francesco Romano

Leonardo Iacopino

"L'importanza della prevenzione del tabagismo".

Esperienze regionali a confronto

Le realtà operative delle UUOOCC di Cosenza e di Reggio Calabria.

Discussione

Ore 17.00-18.30

Tavola Rotonda

Moderatori: Giovanni Falvo-Giulia Audino

"Integrazione dei Servizi in Calabria: prospettive".

Bonura: Dirigente Settore Regione Calabria

Fratto: Dirigente Servizio Regione Calabria

Squillaci: Vice presidente nazionale FICT

Panizza: Referente CNCA Calabria

Grande: FeDerSerD Calabria, direttivo nazionale

Lucchini: Presidente Nazionale FeDerSerD

Ore 18.30-18.45

Compilazione Questionario di verifica ai fini Ecm

Chiusura del Congresso

INFORMAZIONI GENERALI

TARGET

100 professionisti dei servizi pubblici, del privato accreditato.

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Direttivo Regionale

CREDITI ECM

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

QUOTE DI ISCRIZIONE

- socio FeDerSerD non laureato	gratuita
- socio FeDerSerD laureato	gratuita
- non socio FeDerSerD non laureato	euro 70,00 + iva
- non socio FeDerSerD laureato	euro 90,00 + iva
Cena di Gala	euro 30,00

L'iscrizione al Congresso comprende: Kit congressuale - attestato di partecipazione - attestato ECM con assegnazione crediti formativi - coffee break e lunch nella giornata del 27 giugno 2009

QUOTE ALBERGHIERE

Quotazione a notte a persona (colazione inclusa)	Camera DUS	Camera Doppia
Hotel****S	euro 125,00	euro 80,00
Hotel****	euro 105,00	euro 70,00
Hotel***	euro 75,00	euro 60,00

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

EXPO POINT - Organizzazione Congressi Eventi

Via Matteotti, 3 - 22066 Mariano Comense - Co

Telefono 031 748814 - Fax 031 751525

e-mail federserd@expopoint.it

www.federserd.it

Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno I, n. 2

MISSION n. 26

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

Redazione: Mauro Cibin, Ezio Manzato, Felice Nava

Direttore scientifico: Alfio Lucchini

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

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

Il craving nella dipendenza da alcol: fisiopatologia, diagnosi e trattamento

M. Cibin*, G. Addolorato^o, I. Hinnenthal[^], E. Manzato^{oo}, A. Mosti^{^^}, F. Nava^{ooo}, V. Zavan^{**}

Per craving o appetizione patologica, si intende il desiderio irrefrenabile di assumere una sostanza, desiderio che, se non soddisfatto, provoca sofferenza fisica e psichica, accompagnata da astenia, anoressia, ansia e insonnia, irritabilità, aggressività, depressione o iperattività.

Sino ad alcuni anni fa il craving era erroneamente considerato un sintomo della sindrome di astinenza; in realtà si è visto che la “compulsione” che caratterizza l’alcolismo può comparire dopo anni di astinenza e viene tipicamente scatenata dalla prima assunzione della sostanza o comunque da situazioni associate all’uso di alcol.

Negli ultimi anni il suo ruolo è stato notevolmente valorizzato nella patogenesi della dipendenza da alcol e delle frequenti “ricadute” del soggetto alcol-dipendente.

Se il paziente non ricade nell’assunzione di alcol, il craving tende ad attenuarsi spontaneamente, dopo un tempo variabile da alcune ore a qualche giorno o mese. Il trattamento del craving è dunque una componente fondamentale delle strategie di prevenzione della ricaduta (Cibin 1993).

* Medico psichiatra, direttore dipartimento dipendenze ULSS n. 13 del Veneto, Dolo - Ve.

^o Ricercatore di Medicina Interna, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma.

[^] Medico psichiatra, dipartimento dipendenze, ASL 1 Imperia.

^{oo} Medico psichiatra, direttore SerT, ASL Zevio - Vr.

^{^^} Medico psichiatra, direttore SerT AUSL Piacenza.

^{ooo} Medico neurofarmacologo, Dipartimento Dipendenze, ULSS n. 8 del Veneto, Asolo - Tv.

^{**} Medico tossicologo, responsabile UO Ser.T. - Alcologia Novi Ligure, Dipartimento Dipendenze Patologiche Alessandria.

Fisiopatologia del craving

Teorie biochimico-recettoriali

Tutte le sostanze d’abuso aumentano i livelli di dopamina a livello del nucleo accumbens, che è stato infatti definito il “centro di ricompensa” del sistema nervoso.

Il sistema dopaminergico sembra avere un ruolo fondamentale nei meccanismi che stanno alla base del craving.

Il sistema neurocerebrale “a ricompensa” dopaminergico, che fisiologicamente media il “piacere” sarebbe attivato da stimoli fisiologici (come il cibo, il sonno, l’attività sessuale) o non fisiologici come comportamenti ad alta carica emotiva (il gioco d’azzardo, l’assunzione di cibo seguita da vomito come nella bulimia) o l’assunzione di sostanze psicoattive (alcol, oppioidi, benzodiazepine, cannabinoidi, ecc.).

Secondo la teoria della “gratificazione a cascata”, questi stimoli determinerebbero il rilascio di serotonina a livello ipotalamico; tale neurotrasmettitore causa una attivazione indiretta dei recettori degli oppioidi determinando il rilascio delle encefaline nella regione tegmentale ventrale A10 che proietta terminazioni dopaminergiche al sistema limbico (nucleo accumbens, amigdala, tubercolo olfattorio), all’ippocampo e alla corteccia prefrontale.

Le encefaline inibiscono il rilascio di GABA da parte della “substantia nigra”.

La riduzione della concentrazione di GABA e della sua interazione con i recettori per il GABA (in particolare GABA_B) determina una variazione dei livelli di dopamina, che, attraverso il recettore D2 della dopamina, svolge un ruolo chiave nel meccanismo della gratificazione.

Il legame della dopamina con il recettore D2 è risultato essere un sito chiave nella gratificazione. Una via alternativa coinvolge la stimolazione del recettore GABA_A, a livello dell'ippocampo; tale "attivazione" induce il rilascio di noradrenalina a livello della regione A6 del "locus ceruleus" da cui si dipartono fibre dirette ad un gruppo di cellule denominate CAx e coinvolte verosimilmente nei meccanismi della gratificazione; fra gli agenti in grado di inibire il GABA a questo livello, di particolare importanza appaiono le tetraidroisochinoline (TIQ), derivate dall'acetaldeide.

Altra sostanza GABA-inibitrice è un neuropeptide che agisce sui recettori per le benzodiazepine, chiamato "inibitore del legame del diazepam" (DBI).

Se queste due sostanze sono presenti in concentrazione elevata a livello dell'ippocampo, si riducono i livelli di noradrenalina per inibizione del GABA e aumenta il desiderio di assumere alcol.

Al contrario se aumentano le disponibilità di GABA, possono essere stimolati i recettori per le benzodiazepine (anti-ansia) determinando una riduzione del consumo alcolico.

Nella teoria di Blum e coll (1990), in definitiva, questo meccanismo "a cascata", genera una sensazione di benessere, come effetto specifico a livello delle aree cerebrali della gratificazione; se un deficit o uno squilibrio interrompe o distorce tale sistema, il risultato finale è rappresentato dalla trasformazione di tale sensazione in una percezione di ansia o angoscia e in un intenso desiderio di assumere una sostanza in grado di alleviare tali spiacevoli sensazioni.

Utilizzando DNA proveniente da cervelli autoptici di soggetti alcolisti e di soggetti non alcolisti, sono state evidenziate nei primi, la prevalenza dell'allele A1, e un dimorfismo dell'allele A2, del gene dei recettori D2 della dopamina; inoltre i soggetti che esprimevano l'allele A1 avevano circa il 30% in meno dei recettori D2 della dopamina.

Ciò potrebbe suggerire che soggetti nati con un difetto di tali recettori non sono in grado di rispondere normalmente al rilascio di dopamina e potrebbero essere inclini a cercare di aumentarne l'attività assumendo sostanze, ad esempio alcol, che ne stimolano il rilascio.

Tale ipotesi potrebbe spiegare in parte l'*alcolismo "genetico-familiare"*, dimostrato in figli di madri o padri alcolisti e adottati da genitori non alcolisti.

In definitiva, in alcuni soggetti a rischio di sviluppare una dipendenza, il sistema "a ricompensa" potrebbe non essere completamente attivo, o per anomalie genetiche o a seguito di condizioni patologiche (stress emotivi, psicopatologie, ecc.).

In tali soggetti, il craving deriverebbe da una "disregolazione" di tale sistema neurocerebrale e fattori diversi potrebbero contribuire allo sviluppo di quadri di automantenimento del desiderio compulsivo.

Il soggetto tenderà a ripetere l'assunzione se la sostanza risulta in grado di lenire un "disagio" psicologico quotidiano e, dopo un tempo variabile, si instaurerà un circuito automantenentesi in cui l'assunzione non è più una scelta o un piacere, ma una necessità.

Successivamente sono state elaborate altre teorie, spesso molto diverse o addirittura contrastanti tra loro.

Esiste solo una modesta correlazione tra il craving ("urge to drink") e l'effettiva assunzione di alcol da parte del soggetto.

Secondo tali autori il craving può essere un fenomeno saliente e di notevole importanza solo in soggetti predisposti, affetti da disturbi del tono dell'umore quali depressione e ansia, che sarebbero alleviati dagli effetti stimolanti "di rinforzo positivo" dell'alcol.

Altri studi hanno evidenziato una ridotta sensibilità del recettore dopaminergico in soggetti alcolisti anche dopo mesi e anni di astinenza e che potrebbe essere alla base delle ricadute che si verificano dopo prolungati periodi di astinenza.

Alla base del craving vi sarebbe un aumento dei livelli "tonici" di dopamina, secondario all'assunzione cronica di sostanze come l'alcol.

Tale aumento servirebbe a contrapporre il rilascio "fasico" di dopamina attraverso la stimolazione degli autorecettori terminali della dopamina, portando il soggetto ad aumentare l'assunzione di alcol per reintegrare la risposta fasica.

Ciò spiegherebbe il comportamento di ricerca della sostanza allo scopo di restaurare un bilancio tra il sistema dopaminergico tonico e il sistema dopaminergico fasico.

Meccanismi neurobiochimici diversi sottenderebbero profili diversi di craving.

Nel meccanismo del craving durante l'astinenza potrebbero essere implicati i meccanismi GABAergici e glutamatergici, mentre nel craving durante il ricordo degli effetti di ricompensa dell'alcol potrebbero essere implicati i meccanismi dopaminergici, glutamatergici e oppioidergici.

Il craving indotto da situazioni di stress potrebbe essere mediato dai meccanismi serotonergici, che agirebbero insieme agli altri meccanismi detti prima.

A tal proposito un'analisi molto complessa è stata condotta da Verheul e coll (1999) che hanno elaborato un modello psicobiologico di tre modalità nel craving per alcol: in tale modello vengono distinti tre tipi di craving che sottendono diversi meccanismi neurobiochimici, comportamenti e anche approcci terapeutici. In particolare, nel modello di Verheul distinguiamo:

1. **Reward craving** o desiderio per la "ricompensa". Alla base vi è una disregolazione dopaminergica/oppioidergica (deficit di oppioidi/endorfina, ipersensibilità agli effetti gratificanti dell'alcol) o un tratto caratteriale caratterizzato dalla ricerca della "ricompensa" (edo-

nismo, ecc.) o una combinazione di questi due fattori. La caratteristica fondamentale del *reward craving* è pertanto il bisogno di avvertire l'effetto di rinforzo positivo dell'alcol ("need for reward"); i sintomi correlati sono rappresentati dalla ricerca spontanea di alcol e l'incapacità a resistere. Si tratta di soggetti con sviluppo precoce di alcolismo ("early onset") e con familiarità per alcolismo.

2. **Relief craving** o desiderio per ridurre la tensione. Alla base vi è una disregolazione GABAergica/glutamatergica (disregolazione del glutamato con ipereccitabilità neuronale, ipersensibilità agli effetti sedativi e ansiolitici dell'alcol) o un tratto caratteriale caratterizzato dalla reattività allo stress o una combinazione di questi due fattori. La caratteristica fondamentale del *relief craving* di questi soggetti, in genere di tipo "ritardato" (*late onset*), è pertanto il bisogno della sensazione di sollievo ("need for relief"); i sintomi correlati sono rappresentati da sintomi astinenziali.
3. **Obsessive craving** che può essere definito come una perdita di controllo attraverso pensieri ossessivi sull'assunzione di alcol. Alla base vi è una disregolazione serotoninergica (deficit di serotonina) o un tratto caratteriale caratterizzato dalla disinibizione o una combinazione di questi due fattori. La caratteristica fondamentale del *obsessive craving* di questi soggetti è pertanto la perdita di controllo; i sintomi correlati sono rappresentati da compulsione per l'alcol e sintomi correlati al danno organico da etanolo.

Il modello di Verheul ha delle implicazioni anche terapeutiche; in particolare nell'ambito dei farmaci di possibile utilizzo come terapia anti-craving (Addolorato *et al.*, 2005a,b).

È stata recentemente evidenziata l'importanza del sistema glutamatergico nei meccanismi che stanno alla base del craving.

In particolare, vi sono almeno due meccanismi: uno coinvolge il sistema degli oppioidi e il sistema dopaminergico mesolimbico ed è implicato nella patogenesi del craving e dei fenomeni di "ricaduta" dovuti all'aumento del tono dell'umore e agli effetti di rinforzo positivo secondari all'assunzione di alcol.

L'altro meccanismo coinvolge il sistema glutamatergico, e in particolar modo i recettori NMDA, ed è implicato nella patogenesi del craving e dei fenomeni di "ricaduta" dovuti a stati motivazionali negativi quali l'astinenza e lo stress (attraverso un sistema glutamatergico che risulterebbe ipertrofico).

Tale ipotesi ha trovato un'applicazione pratica e delle conferme nell'uso dell'acamprosato come farmaco anti-craving e anti-relapse.

Nell'ambito dei meccanismi neurobiochimici che sottendono alla genesi del craving, la serotonina (5-HT) riveste un ruolo di rilievo.

Numerosi studi hanno evidenziato la presenza di una

disfunzione del sistema serotoninergico nei pazienti alcolisti

In particolare sempre maggiori evidenze suggeriscono che il sistema serotoninergico giochi un ruolo centrale nella regolazione del controllo dell'impulso; inoltre si può supporre che il deficit della serotonina potrebbe contribuire alla perdita di controllo sull'assunzione di sostanze, il che rappresenta un fattore fondamentale nel "comportamento dipendente".

Infine dati recenti indicano il coinvolgimento della grelina, dell'insulina, della renina, dell'aldosterone e dell'asse ipotalamo-ipofisi-tiroide nei meccanismi neurobiologici del craving (Addolorato *et al.*, 2006a; Leggio *et al.*, 2008a,b).

Il processo di ricaduta

Nel 1985 Marlatt & Gordon pubblicarono un testo rimasto basilare nella comprensione dei processi psicologici sottendenti la ricaduta.

Alcuni di questi concetti erano già presenti nella letteratura di Alcolisti Anonimi e Narcotici Anonimi, ma ai due autori va il merito di averli studiati con metodo scientifico ed averne ricavato una teoria ed un metodo preventivo applicabile in setting professionale.

Questi Autori affermano che:

- La ricaduta nella maggior parte dei casi è un processo, non un evento tutto/niente come si riteneva in precedenza.
- Gli **stimoli ambientali** hanno un importante ruolo nell'innescare e mantenere questa condizione. Alcuni di questi stimoli sono particolarmente forti ma evitabili, quali il ritorno negli ambienti dell'assunzione, mentre altri sono praticamente inevitabili: pubblicità, immagini di sigarette o alcol, vedere persone che "usano", o in stato di intossicazione. Studi successivi hanno chiarito come vi sia una forte variabilità individuale nella risposta agli stimoli: vi sono soggetti per i quali gli stimoli "esterni" sono irresistibili, altri per i quali il processo di ricaduta sembra innescarsi a seguito di oscillazioni emotive "interne", mentre la maggioranza si colloca in situazioni intermedie tra i due estremi.
- Una volta entrato nel processo di ricaduta l'alcolista compie una serie di "**eventi apparentemente insignificanti**" (spesso non coscienti, o almeno non chiari nel loro vero significato) che progressivamente avvicinano alle "situazioni ad alto rischio" ed all'uso di sostanze.
- Gli "eventi apparentemente insignificanti" portano alle "**Situazioni ad alto rischio**", le quali sono raggruppabili in un limitato numero di tipologie (tabella 1). Ogni soggetto ha le proprie situazioni ad alto rischio, e tende a ricadere sempre nello stesso modo.
- Nelle "Situazioni ad Alto Rischio" aumenta fortemente la possibilità che il paziente assuma la prima

dose di sostanza (“scivolone”) innescando l’ “effetto di violazione dell’astinenza” (che parlando di alcol viene chiamato anche “effetto primo bicchiere”).

L’effetto di violazione dell’astinenza nella concettualizzazione di Marlatt e Gordon è un fenomeno essenzialmente psicologico, legato alla sensazione di bassa autoefficacia rispetto al bere: il primo bicchiere richiama la sensazione di non essere in grado di controllare il proprio comportamento, e più in generale di governare la propria vita.

Noi oggi sappiamo che vi è qualcosa di più di questo: la prima assunzione di alcol scatena una serie di effetti biologici e psicologici “a cascata” che comportano un aumento parossistico del craving.

- Alla effetto di violazione dell’astinenza consegue la ripetuta assunzione di alcol, e la “**Ricaduta completa**”, caratterizzata dalla perdita di controllo sull’uso e dal ritorno a pensieri e comportamenti propri dell’alcolismo attivo.

Dunque la ricaduta non è un evento tutto o niente, un evento catastrofico che o c’è o non c’è, ma un processo su cui si può intervenire con opportuni strumenti che verranno illustrati nei paragrafi sul trattamento.

Tab. 1 - Situazioni ad alto rischio di ricaduta

-
- Stati emotivi negativi/positive
 - Conflitti interpersonali
 - Pressioni sociali
 - “Occasioni”
 - Verifica autocontrollo
 - Uso di altre sostanze psicoattive
 - Condizioni fisiche negative
-

Ricaduta ed Emozioni

Un consistente corpo di ricerche negli ultimi dieci anni ha evidenziato il ruolo delle sostanze nel controllo emotivo. È noto come la Dipendenza da sostanze agisca si instauri attraverso diversi meccanismi biologici e psicologici. La presenza di disturbi psichiatrici veri e propri, le pressioni sociali e ambientali, le abitudini alcoliche personali e familiari, le vicende traumatiche della vita, le disposizioni genetiche sono fattori chiamati in causa nella genesi dell’alcolismo,

Oggi vi è tuttavia accordo sul fatto che ciò che “seduce” il futuro ADDICT, e che accomuna tutti i fattori citati, è la possibilità di limitare il discontrollo emotivo tramite il semplice atto di assumere la sostanza.

Non tutti avranno lo stesso rischio di essere sedotti e resi schiavi da questo meccanismo: più vulnerabili saranno le persone con maggiori problemi emotivi di base, oppure coloro che hanno carenze nello sviluppo di sistemi “corretti” di gestione delle emozioni, o ancora coloro che si trovano in situazioni di vita particolarmente

stressanti ed emotivamente impegnative, o ancora coloro che presentano una particolare condizione genetica che li porta nella direzione di una maggiore “ricerca di sensazioni” o di un diverso effetto della sostanza.

L’approccio “emotivo” alle dipendenze introduce un elemento fondamentale di complessità alla teoria originale di Marlatt e Gordon: il processo di ricaduta viene fortemente influenzato dalle condizioni emotive del soggetto.

Craving e ricaduta

Il craving si inserisce nel processo di ricaduta come un elemento dirompente, vissuto dal paziente (e spesso dal professionista) come un mostro incontrollabile che tutto travolge.

Mentre molto è noto sulle basi biologiche del craving, poco accordo vi è sulla sua genesi psicologica.

Possiamo raggruppare le ricerche sul tema in tre gruppi:

Teorie fenomenologiche

Si tratta di modelli essenzialmente descrittivi, spesso basati sulle somiglianze sintomatiche tra l’*addiction* e il desiderio ossessivo-compulsivo (Modell *et al.*, 1992).

A ciò corrisponderebbe anche la presenza di stesse vie neuronali in entrambi i disordini, tale da ipotizzare un’origine comune.

Teorie del condizionamento

Numerosi autori vedono il craving come il risultato di un processo di apprendimento condizionato, legato in vario modo alla situazione di astinenza fisica ed all’effetto di violazione dell’astinenza.

Il primo ad elaborare una di queste teorie fu Wikler (1948) il quale ipotizzò che determinati stimoli condizionati (“*cues*”) potevano indurre risposte condizionate tali da somigliare ad una sindrome astinenziale dalla sostanza.

Tale sindrome astinenziale condizionata porterebbe al relapse della sostanza per alleviare i sintomi astinenziali.

Un aspetto assai interessante dei modelli basati sulla teoria del condizionamento è l’attenzione posta ai correlati fisici del craving: Drummond e coll (1995) hanno ad esempio elaborato un vero e proprio modello in cui la reattività connessa allo stimolo condizionante (“*cue-reactivity*”) può essere autonoma (aumento di parametri quali salivazione, frequenza cardiaca, salivazione), cognitiva-simbolica (es. craving soggettivo) o comportamentale (es. il comportamento di ricerca della sostanza).

Altri autori di scuola comportamentale hanno introdotto elementi “dinamici” nella genesi del craving: il craving potrebbe riflettere un conflitto tra la motivazione a bere e la consapevolezza del danno (Monti *et al.*, 2000).

Il craving (“*urge to drink*”) viene visto come uno stato

emotivo-motivazionale in cui una persona è motivata a cercare e ad assumere una sostanza.

Il modello del condizionamento ha rafforzato l'utilizzo della terapia psicologica; in particolar modo il trattamento degli stimoli condizionanti ha lo scopo di ridurre la propensione alla ricaduta alterando tali stimoli o la percezione di essi.

Teorie cognitive

Nell'ambito delle teorie cognitive si distinguono a sua volta vari modelli. Marlatt e collaboratori (1985) hanno elaborato la "cognitive social learning theory" (CSLT) o teoria dell'"outcome expectancy" in cui si ritiene che in situazioni ad alto rischio, in cui cioè il soggetto alcolista, astinente in quel momento, è posto nella condizione di scegliere se bere o meno, la probabilità di ricaduta dipenderà dalla fiducia dell'individuo nella sua capacità di resistere alla tentazione del bere, cioè dall'autoefficacia.

Le opinioni dell'individuo sulle conseguenze del bere o meno determineranno l'obiettivo finale, che sarà dato dall'interazione fra fattori positivi (raggiungimento del piacere, riduzione del dolore) e fattori negativi (malessere, perdita del lavoro) e quindi dal prevalere degli uni o degli altri.

Il "dynamic regulatory model", proposto da Niaura e coll. (1988), introduce nelle teorie del craving la importante variabile della situazione emotiva del soggetto, variabile che verrà poi ripresa ed approfondita da numerosi studi.

Secondo tale modello infatti il craving si sviluppa dalla combinazione di alterazioni del tono dell'umore e risposte condizionate a stimoli positivi e negativi.

Lo stesso Niaura (2000) ha rivisto in seguito tale teoria e ha evidenziato che il craving in risposta a stimoli condizionanti è un parametro significativo, ma la sua importanza si riduce enormemente se l'autocontrollo, la capacità di reazione allo stimolo e l'ansia sono ben controllati.

La ricerca sulle determinanti psicologiche del craving è dunque oggi centrata sulla valutazione del "peso" relativo dei diversi fattori, e sulla determinazione dei migliori metodi per una misurazione oggettiva del craving stesso, in termini di pensiero e di reazioni organiche.

Vi è tuttavia un sostanziale accordo sul fatto che il craving sarebbe una sorta di "via finale" risultante dalla combinazione di diversi fattori quali la situazione emotiva, la reattività agli stimoli, la capacità di controllo e l'autoefficacia, la situazione fisica, le cognizioni sulla propria situazione.

Se l'obiettivo del bevitore è mettere sotto controllo "artificialmente" il distress psichico e fisico, la assenza della sostanza, specie se unita a situazioni emotivamente impegnative determinerebbe un sovraccarico psichico che sfocia nella crisi di craving.

Il paziente in preda al craving vede nell'alcol l'unica salvezza al tracollo psicofisico: la sensazione in questa situazione è "o bevo o muoio".

La prima assunzione di alcol fungerebbe da disinibitore comportamentale per le seguenti assunzioni, fino alla completa perdita di controllo.

In conclusione, il craving è oggi ritenuto un elemento fondamentale del processo di ricaduta, ed il suo trattamento un elemento fondamentale della prevenzione della ricaduta.

Le tipologie cliniche del craving nell'alcolismo

L'individuazione di diverse tipologie di craving come anche la classificazione di differenti tipologie di alcolisti (tipo 1 tardivo o 2 precoce di Cloninger e colleghi 1981, Cloninger 1987; tipo A non familiare o B familiare di Babor e colleghi 1992; early onset alcoholic o late onset alcoholic di Johnson e colleghi 2000; tipo 1 uso di alcol a per prevenire i sintomi astinenziali, 2 uso per automedicazione di ansia ed insonnia, 3 per automedicazione di depressione, 4 per risoluzione di problemi familiari e sociali di Lesch e Walter 1996) (Fig. 5) è molto importante per la scelta della terapia farmacologica, per l'integrazione degli interventi e per il tipo di trattamento riabilitativo più adatto ai bisogni ed alle caratteristiche cliniche del paziente (Manzato, 2004, 2008).

Analogamente ad altre sostanze psicoattive, l'alcol è in grado di indurre, nei consumatori cronici, una forte tolleranza, un craving intenso ed una sindrome di astinenza alla sospensione. Specificamente per quanto riguarda il craving per l'alcol è stato elaborato un modello psicobiologico di tre modalità di craving che sottendono delle diversità nei meccanismi neurobiologici, nelle modalità di comportamento ed anche nei trattamenti (Verheul e coll., 1999; Addolorato e coll., 2003, 2005).

Le tre modalità di craving individuate sono: reward craving, relief craving ed ossessive craving (Fig. 6) (Verheul e coll., 1999; Addolorato e coll., 2003, 2005).

Tab. 2 - Tipologie di craving secondo Verheul e colleghi

-
- Reward craving (craving da desiderio di ricompensa)
 - Relief craving (craving da desiderio di ridurre la tensione)
 - Obsessive craving (craving da pensieri ossessivi per l'alcol e perdita di controllo)
-

Il primo tipo, reward craving (desiderio di ricompensa) è caratterizzato da disregolazione dopaminergica/oppioide (con deficit di oppioidi/endorfine con conseguente ricerca degli effetti gratificanti dell'alcol), da ipersensibilità agli effetti gratificanti dell'alcol e/o da temperamento caratterizzato dalla ricerca della ricompensa (edonismo, ...) o da combinazione dei due fattori.

La caratteristica principale è il bisogno di sentire il rinforzo positivo dell'alcol, con ricerca spontanea dello stesso ed incapacità a resistere.

Lo sviluppo della malattia è precoce (early onset) ed è presente familiarità per alcolismo. Il secondo tipo, relief craving (desiderio di ridurre la tensione) si presenta con disregolazione GABAergica/glutammatergica (disregolazione del glutammato ed ipereccitabilità neuronale con conseguente ricerca per gli effetti sedativi ed ansiolitici dell'alcol), con ipersensibilità agli effetti sedativi ed ansiolitici dello stesso e/o con temperamento caratterizzato da scarsa reattività allo stress o combinazione dei due fattori.

La caratteristica principale è il bisogno della sensazione di sollievo dai sintomi astinenziali.

Lo sviluppo della malattia è tardivo (late onset) e non è presente familiarità per alcolismo (Verheul e coll., 1999; Addolorato e coll., 2003, 2005).

Il terzo tipo, obsessive craving (pensieri ossessivi per l'alcol e perdita di controllo) si manifesta con digregolazione serotoninergica (con deficit di serotonina), con ossessività e perdita di controllo per l'alcol e/o con temperamento caratterizzato da disinibizione o con combinazione dei due fattori.

La caratteristica principale è la perdita del controllo con compulsione per l'alcol e sintomatologia alcolcorrelata.

Alcuni autori hanno correlato, sulla base dei meccanismi neurobiologici prevalentemente coinvolti, ciascuna tipologia di craving con certi farmaci (Reward: naltrexone ed acido gamma-idrossibutirrico (GHB) Relief: acamprosato, GHB e blacofen, Obsessive: blacofen, topiramato, SSRI ed ondansetron (Verheul e coll., 1999; Addolorato e coll., 2003, 2005). Ad oggi tuttavia le evidenze empiriche di tale correlazione sono scarse.

Sul piano clinico sono stati rilevati anche sette tipi di "stili alcolici", basandosi sull'analisi del craving, descritto in particolare negli aspetti clinici del pre-craving, del craving e del post-craving.

In questa prospettiva fenomenologia, il craving viene analizzato psicologicamente ed il terapeuta nell'analisi del craving parte in maniera deduttiva dai dati clinici rilevabili nell'esperienza della relazione terapeutica con il paziente con problematiche alcol-correlate.

Viene privilegiato il rapporto clinico che evidenzia nell'hic et nunc della relazione terapeutica con il paziente quanto si manifesta spontaneamente (De Rosa e coll., 2005; De Rosa, 2008).

Tab. 3 - Stili di alcolismo secondo De Rosa e colleghi

- | | |
|---------------|---------------|
| • Depressivo | • Psicotico |
| • Onnipotente | • Psicopatico |
| • Narcisista | • Alexitimico |
| • Borderline | |

La valutazione diagnostica dell'alcolismo (craving, dipendenza e astinenza)

Nella pratica clinica in pazienti con DUA e disturbi psichiatrici associati (comorbidità psichiatrica-doppia diagnosi) l'assessment diagnostico raccomandato prevede l'utilizzo di tre gruppi di strumenti psicodiagnostici standardizzati: gli strumenti di screening, quelli di diagnosi e quelli di valutazione del trattamento (Fig. 8, 9) (Manzato, 2000, 2004, 2008; Nava, 2004; Greenfield & Hennessy, 2006; DuPont & Selavka, 2006; Madeddu e coll., 2006).

Tab. 4 - Strumenti dell'assessment diagnostico per abuso di alcol

-
- Questionari di screening autosomministrati per l'alcol
- CAGE, MAST, MALT, AUDIT
 - TLFB
- Scale per valutare la sintomatologia astinenziale ed il craving per le sostanze
- CIWA-AR
 - VAS
 - OCDS, AUQ, SADQ, ACQ, ACS
- Intervista multidimensionale per la valutazione della dipendenza
- ASI
- Questionari per la valutazione della motivazione al cambiamento
- MAC A
- Questionario per la valutazione della disponibilità al trattamento
- RAATE-CE
- Questionario per la valutazione dei costi
- ADCQ
-

Gli strumenti di valutazione del craving, della dipendenza e dell'astinenza

Nella pratica clinica dell'alcolismo una valutazione diagnostica corretta del craving, della dipendenza e dell'astinenza può essere fatta, oltre che con un approccio clinico, con l'utilizzo di specifiche scale di valutazione che possono garantire oltre che di effettuare una valutazione iniziale che di verificare i risultati terapeutici a distanza (Addolorato e coll., 2003; Leggio e coll., 2005; Schuckit & Tapert, 2006).

Il più conosciuto strumento per valutare l'intensità del craving è la VAS (*Visual Analogic Scale*) (Hayes & Patterson, 1921; Maxwell, 1978; Nicholson, 1978).

È uno strumento molto semplice nella sua struttura.

Il paziente deve esprimere, apponendo un segno su una scala graduata da 0 a 10 cm (0 assenza di desiderio e 10 desiderio irresistibile), l'intensità e la frequenza di comparsa del desiderio di assumere la sostanza psicoattiva, generalmente riferita al giorno precedente.

La scala si compila in pochi minuti.

Più complesso ma fonte di maggiori informazioni cliniche è l'OCDS (*Obsessive Compulsive Drinking Scale*) (Anton e coll., 1995).

La scala autosomministrata nella costituzione dei suoi item parte dalla constatazione che molti aspetti del

craving per l'alcol sono simili al modo di pensare ed al comportamento dei pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo.

Oltre al punteggio totale la scala fornisce i punteggi in due subscale, quella dei pensieri ossessivi e quella del bere compulsivo.

L'OCDS misura i comportamenti ed i pensieri attuali.

È uno strumento valido sia per la valutazione del grado del craving che per il rischio di ricaduta.

Lo strumento è composto da una scala di autovalutazione costituita da 14 item a risposta multipla.

Il punteggio per i pensieri ossessivi deriva dalla somma degli item 1-6 e quello per il bere compulsivo dalla somma degli item 7-14.

I punteggi più alti sono espressione di una maggiore gravità del craving.

La compilazione della scala richiede circa 5 minuti.

L'AUQ (*Alcohol Urge Questionnaire*) (Bohn e coll., 1995) autosomministrato è costituito da 8 domande, di cui 4 riguardano il desiderio di assumere una bevanda alcolica, 2 sono relative al desiderio degli effetti positivi dell'alcol e 2 si riferiscono alla incapacità di evitare l'assunzione di alcol quando disponibile.

La compilazione del questionario richiede pochi minuti.

Il SADQ (*Severity of Alcohol Dependence Questionnaire*) (Stockwell e coll., 1983) autosomministrato è costituito da 20 domande suddivise in 5 gruppi da 4 domande che riguardano la presenza dei segni fisici della sindrome di astinenza da alcol, la presenza dei segni psicologici della sindrome di astinenza da alcol, la risoluzione dei sintomi astinenziali dopo l'assunzione di alcol, la necessità di incrementare le dosi di alcol per ottenere gli effetti precedenti (tolleranza) e il ristabilirsi di una condizione psico-organica ottimale dopo la risoluzione della sindrome di astinenza. Ogni domanda ha un punteggio tra 0 e 3 ed il punteggio finale è compreso tra 0 e 60; punteggi <30 sono indicativi di una dipendenza lieve-moderata, mentre punteggi tra 31 e 60 indicano una dipendenza grave (60 dipendenza molto grave).

Il periodo considerato si riferisce ai 30 giorni precedenti la somministrazione. La compilazione del questionario richiede circa 5-10 minuti.

L'ACQ (*Alcohol Craving Questionnaire*) (Singleton e coll., 1994) è costituito da 14 domande a risposta multipla che si riferiscono a 4 aspetti del craving, l'urgenza ed il desiderio di bere, l'intenzione di assumere l'alcol, l'anticipazione dell'effetto positivo dell'alcol e l'anticipazione del sollievo della sindrome di astinenza.

La compilazione del questionario richiede pochi minuti.

L'ACS (*Alcohol Craving Scale*) (Gallimberti e coll., 1992) è composto da 14 domande, di cui 11 a risposta sì/no e le ultime 3 a risposta multipla.

Le domande analizzano il bisogno di bere fuori dei pasti, ai pasti ed in altre occasioni, come con persone che bevono o alla sola vista della bevanda preferita o

alla sera o durante la notte, e la possibilità di rinunciare o meno di bere.

Per ogni domanda il punteggio è 0 per assenza di sintomo e 1 con presenza di sintomo di craving; il punteggio totale può variare da 0 a 14.

Per la compilazione della scala occorrono pochi minuti. Il CIWA-AR (*Clinical Institute for Withdrawal Assessment for Alcohol Scale*) (Sullivan e coll., 1986) è lo strumento più utilizzato per obiettivare la presenza di una eventuale sindrome di astinenza da alcol.

Nella sua forma attuale gli item sono 10 (nausea e vomito, tremori, sudorazione, ansia, agitazione, disordini tattili, disturbi uditivi, disturbi visivi, cefalea e obnubilamento del sensorio).

Lo strumento, oltre ad obiettivare l'astinenza, può anche essere utilizzato per valutare l'efficacia del trattamento.

Un punteggio inferiore a 10 è diagnostico di un'astinenza di lieve entità, mentre un valore superiore a 15 corrisponde ad un'astinenza grave.

Per la compilazione della scala occorrono pochi minuti.

Il trattamento farmacologico del craving

Negli ultimi venti anni sono stati sperimentati numerosi farmaci ad azione anticraving, in grado di intervenire sui neurotrasmettitori implicati nella fisiopatogenesi del craving, facendo quindi del craving un obiettivo sempre più importante nella sperimentazione di nuovi farmaci.

1. **Naltrexone.** È un antagonista degli oppioidi derivato della morfina, capace di legarsi ai recettori degli oppioidi presenti nelle strutture cerebrali deputate alla trasmissione del dolore. È stato ipotizzato che tale meccanismo sia alla base anche della riduzione del craving. Sebbene i dati sull'efficacia di tale farmaco sono ancora contrastanti (Krystal *et al.*, 2001), recenti studi ne hanno rivalutato sia l'efficacia rispetto all'acamprosato (Anton *et al.*, 2006), sia l'efficacia nella formulazione *long-acting*, a somministrazione mensile intramuscolare (Garbutt *et al.*, 2005). Naltrexone viene usato a 50 mg/die per os, per 3 mesi.

2. **Sale sodico dell'acido-4-idrossibutirrico (sodio ossibato o GHB).** Tale sostanza agirebbe come agonista dei recettori GABA e indurrebbe un incremento della concentrazione cerebrale di dopamina e di serotonina, ma sarebbero coinvolti anche altri neurotrasmettitori. Il GHB determina una riduzione del craving da alcol, in quanto ne riproduce gli effetti "gratificanti" (Agabioet *et al.*, 1998), diminuendo così anche la frequenza degli episodi di ricaduta (Addolorato *et al.*, 1996). Nell'uomo il GHB ha dimostrato di poter ridurre il craving mantenendo l'astinenza da alcol nel breve e nel medio termine; anche nel lungo termine, dopo 6 mesi di trattamento e dopo periodi di follow-up di 1 anno, il GHB ha dimostrato di mante-

nere l'astinenza da alcol. Inoltre gli studi effettuati hanno evidenziato che è molto maneggevole, con pochi effetti collaterali, quali vertigini, sonnolenza e stanchezza, solitamente presenti nel primo periodo di trattamento. Durante il periodo di trattamento è possibile l'insorgenza di *craving* per il farmaco. I pazienti "non responder" al frazionamento convenzionale in 3 dosi giornaliere di GHB (da correlare alla breve emivita del farmaco che è di circa 2 ore) sembrano trarre beneficio dalla suddivisione in 6 somministrazioni giornaliere (ogni 4 ore) del dosaggio previsto. Inoltre, un incremento del frazionamento del farmaco sembra essere in grado di determinare una maggiore riduzione del *craving*, un aumento dell'efficacia terapeutica e una riduzione del rischio di abuso (Addolorato *et al.*, 1998). Il *craving* per il GHB sembra essere più elevato negli alcolisti con storia di dipendenza da cocaina o eroina piuttosto che negli alcolisti "puri", pertanto l'impiego del GHB come farmaco anti-*craving*, non è raccomandato in questa categoria di alcolisti (Caputo *et al.*, 2008). Infine è da segnalare un recente studio che ha dimostrato l'efficacia dell'associazione del GHB e naltrexone (Caputo *et al.*, 2007).

In definitiva il GHB viene utilizzato a 50-100 mg/kg/die per os, 3 volte/die per 6 mesi. Può però essere frazionato anche in 6 dosi giornaliere.

In Italia il sale sodico dell'acido 4-idrossibutirrico è il farmaco più utilizzato sia nella sindrome da astinenza da alcol sia nella riduzione del desiderio compulsivo dell'assunzione di bevande alcoliche.

3. **Acamprosato.** È un derivato sintetico di un aminoacido (omotaurinato), strutturalmente simile al GABA, il cui effetto anti-*craving* sembra mediato dalla modulazione della trasmissione GABAergica e glutamatergica. Il trattamento con acamprosato sembrerebbe indurre un minor numero di ricadute ed un maggior numero di giorni di sobrietà (Chick *et al.*, 2000), tuttavia l'efficacia dell'acamprosato nel trattamento dell'alcol-dipendenza non è stata confermata da più recenti studi. Il trattamento viene effettuato con 1.3 g/die per os, per 1 anno (soggetti < 60 kg di peso corporeo) o per 2 g/die per os, per 1 anno (soggetti > 60 kg di peso corporeo). Tale farmaco non è disponibile in Italia per il trattamento dell'alcolismo.
4. **Baclofen:** molecola agonista dei recettori GABA_B. Tale farmaco appare essere in grado di ridurre sia il *craving* da alcol che il "pensiero ossessivo" dell'alcol (Addolorato *et al.*, 2006b, Flannery *et al.*, 2004). Rispetto al GHB, il baclofen risulta essere maneggevole, essendo privo di rischio di abuso e di effetti collaterali considerevoli. Un recente studio randomizzato, controllato, in doppio-cieco ha dimostrato l'efficacia e la sicurezza del baclofen nel raggiungimento dell'astinenza da alcol in pazienti alcol-dipendenti affetti da cirrosi epatica, anche in stadio avanzato (classe B e C

di Child-Pugh). In tali pazienti inoltre non è stata evidenziata alcuna tossicità del farmaco a livello epatico, a differenza di quanto riscontrato per la gran parte dei farmaci impiegati nel trattamento di disassuefazione da alcol e pertanto controindicati in caso di epatopatia severa (Addolorato *et al.*, 2007). Baclofen viene usato a 15 mg/die, per i primi tre giorni (frazionato in 3 somministrazioni), 30 mg/die a partire dal 4° giorno per 3 mesi. L'uso di tale farmaco come anti-*craving*, tuttavia, non è ancora approvato in Italia.

5. **Topiramato.** È un farmaco antiepilettico, agonista dei recettori GABA_A, con azione su un sito non-benzodiazepinico del recettore. Tale farmaco è risultato efficace nel ridurre l'intake di alcol, nel favorire il raggiungimento dell'astinenza, nel ridurre il *craving* per l'alcol e nel migliorare lo stato di salute e la qualità di vita dei pazienti alcol-dipendenti in trattamento (Johnson *et al.*, 2007). Il dosaggio di topiramato varia tra 25 e 300 mg/die, per 3 mesi. L'uso di tale farmaco come anti-*craving* non è consentito in Italia.
6. **Fluoxetina, altri SSRI, Ondansetron, Buspirone.** Al momento, tuttavia, l'impiego di tali farmaci a scopo anti-*craving* è controverso e non è suffragato da sufficienti studi clinici controllati.

Il trattamento non farmacologico del craving

È doveroso, prima di iniziare a trattare un argomento così vasto nel campo alcologico, ricordare che le nostre osservazioni si limitano al campo della clinica.

Nello studio NESARC solo il 25% dei dipendenti da alcol da almeno un anno, cioè 1 su 4, ha avuto in trattamento. La percentuale si eleva sino a quasi un 30% (1 su 3) con l'aumento degli anni di dipendenza.

Viene riportato altresì un tasso di remissione spontanea di quasi il 25%, stabile da 5 anni o più per circa il 20% dei soggetti ed in ogni caso una persistente dipendenza per un altro 25%.

Nonostante tali dati, comunque positivi circa l'evoluzione della dipendenza alcolica, coloro che vengono trattati raggiungono l'astinenza rispetto ai non trattati tre volte di più, seppure hanno 3 volte maggiore la probabilità di essere ancora attivi rispetto ai non trattati quando la storia di dipendenza è superiore ai 10 anni.

La severità della dipendenza aumenta la probabilità di astensione e diminuisce quella di un bere controllato. Si può riassumere dicendo che la dipendenza da alcol sembra avere una storia naturale che porta a quadri di remissione variabile nel corso del tempo con una persistente astensione in quasi il 20%, che solo una parte dei soggetti entra in trattamento, che nei trattamenti il tasso di gravità è maggiore è che il raggiungimento dell'astensione è pure maggiore di circa 3 volte rispetto ai dipendenti che non entrano in trattamento.

Pillole di Storia

Parlare del trattamento non farmacologico del craving per i più è parlare del trattamento non farmacologico dell'alcolismo tout court.

In questo senso non si può iniziare senza citare alcune multicentriche considerate delle "pietre miliari" del trattamento in alcologia e che segnano alcune delle "strade maestre" del trattamento.

A partire dal primo in ordine cronologico: il progetto MATCH, strutturato nell'ipotesi di riuscire ad abbinare "il trattamento più efficace al soggetto più adatto".

Il MATCH ha confrontato i tre approcci a maggior consenso clinico, uno cognitivo comportamentale (CBT), uno ad indirizzo motivazionale (MET) ed uno che avviava ai gruppi dei 12 Passi (TSF) cioè ad un sostegno in un gruppo di mutuo aiuto, sistema di aftercare molto diffuso. Fu il primo studio che considerasse, in una multicentrica, il trattamento "psicosociale" degno di essere studiato quanto e come i trattamenti farmacologici.

Nonostante le ambizioni, il progetto non riuscì a dimostrare una efficacia predominante, bensì un sostanziale miglioramento post trattamento per tutti i tipi di trattamento considerati.

Se ne può dedurre che, quando si viaggia su queste specifiche linee clinicamente condivise, tutti i principali trattamenti utilizzati danno un beneficio su coloro che lo richiedono e che qualsiasi trattamento in questa sfera è più utile di un non trattamento.

Qualche elemento in più lo si ha comunque quando si consideri altri suggerimenti del MATCH: i soggetti di maggior gravità del braccio ospedaliero dello studio vanno meglio col TSF, mentre quelli meno gravi ed ambulatoriali con la CBT.

È possibile arguirne che soggetti con una forma più grave di dipendenza alcolica, tendano a rispondere meglio in sistemi tutto/niente, mentre soggetti di minor gravità funzionano bene anche in un approccio processuale, che tollera scivolate e ricadute con migliori capacità di recupero delle stesse.

Ancora, soggetti con familiari coinvolti aderiscono con maggior probabilità ai gruppi: contesto e sostegno hanno la loro importanza.

Infine, i soggetti un po' più "arrabbiati" degli altri, vanno meglio con un approccio motivazionale. Forse è più utile "centrare sul cliente" in misura maggiore quando approcci più direttivi corrono il rischio di far pesare l'ambivalenza verso il non cambiamento.

Secondo studio: una multicentrica inglese in setting naturalistico, lo studio UKATT, trova risultati simili comparando un approccio psico-sociale simile a quello che noi utilizziamo con la MET, nel frattempo eletto trattamento "gold standard" a parità di efficacia e in un rapporto costo-beneficio tra i tre approcci del MATCH. Non solo i risultati sono ripetibili, ma il miglioramento

post trattamento è presente anche nella normale pratica clinica.

Infine, cosa avviene quando si abbinano tra loro trattamenti efficaci, in particolare quando si combina il farmacologico col non farmacologico?

Terzo studio: il COMBINE. Associare un trattamento di provata efficacia come il naltrexone con trattamenti non farmacologici, in particolare il Medical Management (di fatto una forma di counseling), migliora l'esito del trattamento rispetto al monotrattamento.

Meglio perciò i trattamenti combinati.

Lo studio conferma i risultati emersi nel tempo sull'efficacia non solo dei trattamenti più specialistici e strutturati, ma anche del counseling specifico.

Gli altri trattamenti non farmacologici, pur sostenuti dal consenso clinico, necessitano di più solide evidenze.

I trattamenti non farmacologici riconosciuti

Naturalmente in letteratura esistono una miriade di singoli studi sull'efficacia dei trattamenti non farmacologici in alcologia e delle interessanti metanalisi.

Quelli sopra citati lo sono esclusivamente per la loro rappresentatività e per il loro significato.

A titolo esemplificativo si riportano nel box sottostante i trattamenti "psico-sociali" per come consigliati dalle linee guida dell'APA (2005).

Tab. 5 - Trattamenti psicosociali dei disturbi da uso di alcol

Terapie cognitivo-comportamentali

CBT

Terapie per la RP

MET ed MI

Terapie comportamentali

Terapie comportamentali individuali

Con importanti componenti comportamentali (contratto comportamentale, CRA)

Terapie psicodinamiche e interpersonali (basate sul consenso clinico)

Specie se in combinazione o come sostegno ad altre terapie farmacologiche o non farmacologiche

Terapie brevi

Soprattutto per setting non specialistici

Gruppi di autoaiuto tipo 12 Passi e trattamenti professionali

orientati ai 12 Passi

TSF

Terapie di coppia e della famiglia

BMT

Approcci di coppia (facilitazione ad AlAnon, contratti per la gestione del disulfiram)

Terapie auto-guidate

Solo per bevitori problematici

Aftercare

In soggetti che hanno seguito una terapia intensiva

Le indicazioni per quanto riportato dall'APA è schema condiviso dai più e quindi rappresentativo di un generale consenso scientifico e/o clinico.

I trattamenti psico-sociali vengono enumerati come linee guida generiche con pochi riferimenti a come accoppiarli alle caratteristiche del paziente.

L'unica indicazione è attinente al grado di gravità: trattamenti di counseling specifico semplice sono consigliati in bevitori problematici o finalizzati alla motivazione al trattamento in una politica generale di riduzione dei consumi e dei danni alcol correlati.

Nella clinica della dipendenza da alcol vengono riconosciuti trattamenti multipli, spesso combinati o sequenziali, in una rosa di interventi che vede di prima scelta gli approcci di tipo cognitivo-comportamentale o comportamentale, gli avvii strutturati ai programmi 12 Passi, i trattamenti di coppia con varie componenti comportamentali.

Posizione più trasversale assume l'approccio motivazionale, che si distribuisce nelle sue varie declinazioni attraverso tutti i gradi di gravità diagnostica e in tutti i diversi setting, spaziando dalle forme di counseling breve se non addirittura molto breve, sino alle raffinate consulenze motivazionali della Motivational Interviewing strutturata vera e propria.

Trattamenti psicosociali e craving

Il riferimento alla diagnosi assume una sua importanza nell'indicazione al tipo di trattamento giacché, allo stato attuale dell'arte, la perdita di controllo (ritenuta correlata al craving) del DSM ed il craving (dell'ICD) sono considerati gli elementi portanti se non il cuore che discrimina la presenza/assenza di Dipendenza.

Per tale motivo l'obiettivo primario che accomuna pressoché tutti i trattamenti è perseguire l'astensione dalla sostanza, accettando obiettivi differenti solo come "riduzione del danno" o come passaggio intermedio finalizzato all'astensione totale.

La maggior parte degli interventi non farmacologici è perciò orientata o a raggiungere l'astensione e quindi a mantenerla nel normale ambiente di vita attraverso strategie diverse, o a mantenere e consolidare un'astensione raggiunta attraverso trattamenti più contenitivi come un ricovero, un ricovero riabilitativo o un periodo in Comunità Terapeutica.

In ultima istanza perciò i trattamenti non farmacologici sono orientati, in modo diretto od indiretto, a sviluppare strategie finalizzate ad affrontare il craving, ad anticiparlo e alla lunga ad "estinguendolo".

Tale obiettivo viene perseguito secondo due linee, una prima più immediata finalizzata al riconoscimento del craving, alla disamina delle situazioni a rischio che lo attivano per sviluppare abilità di coping e strategie di problem solving atte a gestirlo.

La seconda linea, meno immediata ma non meno importante, è dedicata alla ristrutturazione di aree che hanno a che vedere con sistemi di gratificazione alternativi, con il raggiungimento di un benessere psicofisico, emozionale e sociale sufficienti a rendere credibili e a solidificare gli obiettivi immediati raggiunti.

Se comunque la relazione tra diagnosi e craving sembra essere sufficientemente lineare, non altrettanto si può dire della relazione tra craving e ricaduta, relazione gravata da un numero eccessivo di variabili, poco determinabili a priori se non in modo probabilistico: il craving difatti non è necessario per l'uso o per i comportamenti di ricerca e non esita necessariamente in ricaduta.

Non vi sono inoltre univoche evidenze che il craving sia diretto responsabile dell'uso di alcol negli alcolisti e molti studi indicano che raramente negli episodi di ricaduta il craving viene identificato come scatenante diretto maggiore.

La debole relazione tra craving dichiarato, misure cognitive, reazioni fisiologiche, e valutazione dell'uso fanno sempre più riconoscere che le risposte evidenziate in situazioni di craving riflettono gli effetti combinati di processi psicologici multipli.

Il trattamento cognitivo-comportamentale, come altri trattamenti non farmacologici, deve ancora riuscire a definire in modo univoco quali siano gli ingredienti attivi del trattamento.

D'altronde la proposizione di un concetto semplice e monolitico di craving, rende difficoltoso ragionare sulla sua gestione: "il craving è probabilmente il concetto maggiormente studiato ed il più scarsamente compreso nello studio dell'addiction da sostanze".

Moss suggerisce che i trattamenti non farmacologici efficaci sui disturbi da uso di sostanze abbiano degli ingredienti attivi comuni: la costruzione di un'alleanza e di un supporto all'interno di un intervento relativamente strutturato ed orientato ad un obiettivo, l'enfaticizzazione delle gratificazioni connesse al mantenimento dell'astensione o di stili di vita più gratificanti, l'accettazione ed apprendimento di norme e modelli orientati all'astensione, la costruzione di abilità di coping ed di autoefficacia.

Vi sono quindi parti del trattamento che affrontano direttamente il craving e parti che lo affrontano indirettamente attraverso ristrutturazioni personali e di contesto.

Dato l'argomento dell'articolo e la vastità dell'argomento in generale si faranno alcuni cenni alla prima parte dell'argomento.

Trattare il craving

Non sono molti i testi che fanno un esplicito riferimento alla modalità pragmatica di affrontare il craving, a partire dal modo in cui lo si rileva.

Affrontare il craving significa riconoscerlo. Un primo distinguo è quindi tra ciò che l'operatore vede e ciò che il soggetto vede.

Nel determinismo della risposta al craving e dei suoi correlati impliciti ed espliciti come elemento del trattamento si inserisce quindi l'elemento del suo riconoscimento, nella sua intensità e sviluppo dinamico.

Questo processo di conoscenza coinvolge l'operatore che ha lo scopo di poter fare col cliente una analisi funzionale che possa aiutarlo a sviluppare strategie intese ad una maggior consapevolezza nel riconoscere e gestire il craving: il cliente impara a percepirlo, riconoscerlo, decide di volerlo affrontare e di poterlo affrontare.

Marlatt et altri ad esempio, distinguono lo "urge" dal craving intendendo nel primo caso l'intenzione o l'impulso a consumare alcol e nell'altro il soggettivo desiderio di fare l'esperienza della sostanza.

Urgenza, tentazione e desiderio incoercibile (craving) vengono intese come rappresentazioni cognitive del desiderio di usare.

Queste sottili differenziazioni riflettono l'introduzione nella complessità di alcuni elementi sostanziali: il punto di vista del cliente, delle sue percezioni, delle sue convinzioni e dei suoi desideri e degli esiti attesi come elemento condizionante la decisione finale; l'idea che il craving ed il desiderio in generale stia in un continuum e che l'andamento dinamico sia soggetto a differenti livelli di capacità di controllo.

K. Carroll propone in modo dettagliato come aiutare le persone a combattere il craving, nello specifico rispetto al trattamento della cocaina, ma in uno stile estendibile per similitudine anche all'alcol.

All'interno di un percorso cognitivo-comportamentale, combattere il craving significa per la Carroll capirlo, descriverlo, identificarne le cause scatenanti, evitarne i richiami ed infine affrontarlo.

La Carroll suggerisce di "normalizzare il craving": il desiderio è una una cosa normale, che passa se si riesce ad affrontarlo, si sviluppa attraverso un processo di conoscenza di ciò che accade, non dissimile da quanto viene attuato nella gestione dei sintomi in molte altre malattie croniche (es. andamento del dolore, andamento della glicemia ecc.).

K. Carroll, nello specifico rispetto al trattamento della cocaina, ma nella sua concezione in uno stile estendibile per similitudine anche all'alcol, propone in modo dettagliato come aiutare le persone a combattere il craving. Pensato all'interno di un percorso cognitivo-comportamentale, combattere il craving o desiderio è costituito dal capirlo, descriverlo, identificarne le cause scatenanti, evitarne i richiami ed infine affrontarlo.

Capire e descrivere il desiderio sono forse i passaggi più difficoltosi per il professionista: la possibilità di sentirsi "in scacco" o "senza armi" di fronte a una dichiarazione di desiderio può essere percepita come un'ammissio-

ne di impotenza che induce percezione di allarme e necessità di proporre subito un'azione.

L'accettazione di una normalità del desiderio e quindi anche della possibilità di ricaduta senza che questa costituisca "un passo indietro" o un fallimento permette invece di poter parlare del desiderio come di una cosa sgradevole ma esistente, che si può gestire se lo si conosce.

Questa conoscenza o consapevolezza, in un processo di automonitoraggio costante, permette di introdurre l'identificazione di situazioni a rischio e di un allontanamento o di una anticipazione della sua comparsa attraverso vecchie abilità efficaci o nuove abilità apprese.

Sempre Carroll suggerisce varie strategie per affrontare il desiderio: distrarsi, parlarne, accettarlo, ricordarne gli esiti negativi, affrontare pensieri automatici negativi. Kadden, da cui Carroll ha preso molti spunti, indica "la gestione del desiderio di bere", come uno dei moduli fondamentali nell'acquisizione di abilità intrapersonali, da utilizzare con tutti i clienti che richiedono un trattamento, mentre altri moduli sono molto più cliente-centrati cioè personalizzati.

Per Kadden debbono essere insegnate un certo numero di abilità per gestire il desiderio, includendo l'opporvi ad esso, il ricordare le esperienze spiacevoli che risultano dal bere, l'anticipare i benefici del non bere, il distrarsi, il ritardare la decisione se bere o no, il lasciare la situazione, e il cercare supporto.

Non molto dissimile è l'approccio dell'affrontamento del craving da parte dei gruppi di autoaiuto, nei quali il parlarne, il procrastinare, il condividere con qualcuno le componenti emotive correlate, il discutere l'enfasi su misconoscimenti e false credenze hanno un esito sia sugli stati emotivi che sugli aspetti descritti da Kadden e Carroll.

In particolare è stato dimostrato come uno degli elementi efficaci del gruppo di autoaiuto è il sostegno all'autoefficacia che, come ha dimostrato Di Clemente, è inversamente proporzionale alla tentazione.

Da un punto di vista motivazionale quindi il craving/tentazione sembra influenzare il grado di consapevolezza e di volontà (will, motivazione) agendo non tanto sui buoni motivi quanto sulla percezione di potercela fare (autoefficacia).

È bene sottolineare che la decisione (di rimanere astinente/smettere di bere) in questo approccio è correlata alla risoluzione di un'ambivalenza, ambivalenza che si può risolvere, ma che non necessariamente scompare del tutto e che può anche riapparire.

In ultima analisi quindi, e come suggerito da Moss e da molti altri Autori, uno degli elementi fondamentali a cui sono finalizzate sia le tecniche cognitivo-comportamentali che gli altri approcci nell'affrontare il desiderio è nell'aiutare a sostenere l'autoefficacia, sviluppata dal soggetto attraverso abilità di coping o attraverso fonti sussidiarie.

In particolare poi, gli studi sulle abilità di coping negli alcolisti suggeriscono che l'astinenza sia più probabile

Trattamenti per step e trattamenti contemporanei

Nell'utilizzo delle varie metodologie di trattamento è impossibile non fare riferimento ai modelli organizzativi.

Il trattamento per step, tipicamente anglosassone, propone l'applicazione di fasi subentranti in cui le abilità si insegnano, individualmente o in gruppo, in moduli predeterminati in un numero definito di sedute. Questi presuppongono pazienti "pronti" al trattamento proposto.

Per tale motivo, l'approccio motivazionale viene spesso richiesto come prerequisito in tutte quelle situazioni in cui il cliente è eccessivamente ambivalente e non è pronto a prendere una decisione rispetto al suo bere. Viene poi richiesto nel tempo se necessario per mantenere un'adeguata motivazione.

L'atteggiamento è quindi molto pragmatico: il cliente si prepara alla decisione, decide, impara le tecniche con esercizi a casa e attraverso role playing.

Vari tipi di trattamento possono essere stratificati o sequenziali se necessario.

Molto differente è invece l'approccio quando in un Servizio venga previsto, senza limiti di tempo, il trattamento di soggetti con profili motivazionali grandemente differenti ed in cui non vi sia la possibilità di applicare tecniche cognitivo-comportamentali, ma solo cognitive (attraverso colloqui).

È evidente che l'assetto organizzativo influenza grandemente le possibilità di applicazione delle varie tecniche, e costringe a modificazioni di setting e di obiettivi tali che richiederebbero studi di effectiveness a sé.

con l'utilizzo di un maggior numero di abilità di coping e con abilità alcol specifiche in opposizione ad abilità di coping generali che hanno invece significato integrativo. Sembra inoltre più vantaggioso usare strategie di coping attive piuttosto che di evitamento e sia strategie cognitive che comportamentali.

Una maggiore attenzione, sempre nell'ambito dei trattamenti complementari si sta attribuendo negli ultimi anni alle tecniche di "mindfulness" attraverso la meditazione, tecniche di rilassamento ecc.

Interessante il principio sotteso: mentre nella maggior parte degli approcci accreditati si intende modificare e ristrutturare pensieri, comportamenti ed aspettative ritenute maladattive, l'obiettivo della mindfulness è la modificazione dell'atteggiamento personale rispetto a questi.

La sottile Linea Rossa

Verrebbe la tentazione di considerare il trattamento in modo dicotomico: modello classico in cui il craving è biologicamente determinato ed in cui ha senso il trattamento biologico che influisce direttamente su questo stato in alternativa al modello processuale in cui il tentativo di ridurre il craving ha come target il processo che lo regola.

Tale prospettiva dicotomica, purtroppo ancora diffusa nei nostri Servizi, nella nostra opinione non è utile.

È invece importante avviarsi in una prospettiva costruttiva ed evolutiva, in cui possano essere associate entrambe le componenti in una combinazione personalizzata e dinamica nei diversi individui.

L'abbinamento del trattamento farmacologico e di quello non farmacologico ci pone alcuni problemi:

- Dimostrare l'efficacia di varie combinazioni, come lo studio COMBINE insegna.
- Dimostrare il miglior rapporto costo-beneficio, ovvero la identificazione di "gold standard" del trattamento combinato.

Non potendo risolvere tali quesiti, si ritiene comunque di portare all'attenzione alcune riflessioni centrate sul contesto clinico, attualmente con poche risposte.

Prima di tutto in relazione alle "dosi".

Quanto dosaggio farmacologico e non farmacologico?

In genere, a seconda della formazione, si tende nella clinica a privilegiare come "preponderante" una componente sull'altra con scarsa oggettività circa il loro peso relativo. Esiste un "momento giusto" per l'introduzione delle componenti?

È noto difatti come persone, anche responder ai farmaci, scelgano di volta in volta se assumere o non assumere la terapia in funzione delle oscillazioni della loro motivazione a smettere e delle aspettative rispetto agli esiti dell'uso, così come vi sono persone che non desiderano modificarsi rispetto ai propri stili di vita ed accettano solo interventi farmacologici con un significato di forte delega "magica".

Ed infine quanto è importante l'obiettivo del trattamento a medio lungo termine e come le terapie si inseriscono in un piano globale di disattivazione della dipendenza?

In un certo senso la terapia farmacologica può impedire alla persona di confrontarsi in maniera attiva con lo stimolo presente nell'ambiente e quindi rallentare o sopprimere lo sviluppo di strategie di coping efficaci.

D'altro canto un intervento non farmacologico gravato da fallimenti ripetuti delle strategie di coping oltre a mettere a rischio la salute della persona può produrre un indesiderato effetto di diminuzione su autoefficacia e

motivazione rendendo prone le persone alla ricaduta in dipendenza attiva ricorrente e al drop out.

Per molti aspetti la delimitazione della “sottile linea rossa” quella oltre la quale un processo positivo ed evolutivo si traduce in un disastroso fallimento o in un ostacolo alla autonomia presuppone un’artistica combinazione dinamica delle componenti farmacologiche e non farmacologiche fatta di negoziazione, di relazione, di empatia e di soddisfazione reciproca sull’utilità del trattamento nella relazione medico paziente, componente a volte poco valutata e forse, difficilmente valutabile.

Il trattamento del craving e l’intervento integrato nei servizi: due esperienze di gruppo terapeutico

Il gruppo è stato storicamente uno degli strumenti terapeutici più forti nel trattamento della dipendenza da alcol.

I due tipi di gruppo di auto aiuto diffusi in Italia sono gli AA (Alcolisti Anonimi, fondati nel 1935 da due alcolisti in America che hanno tratto giovamento e maggiore possibilità di astenersi dall’alcol nel semplice incontro regolare) e i CAT (fondati da Hudolin nel 1964 con l’idea che un cambiamento di stile di intere famiglie, che adottano l’astinenza totale da alcol e si danno sostegno in quanto sistemi famigliari, è utile nel raggiungimento dell’astinenza dell’alcolista).

Anche il trattamento residenziale nelle comunità parte dall’idea che, nella lotta contro il fenomeno della dipendenza, sia il vissuto della coesione di un gruppo tra pari a rendere possibile l’uscita dal fenomeno.

Nei servizi pubblici che si occupano di dipendenza in generale e di alcoldipendenza in particolare la valenza terapeutica del gruppo storicamente è stata sfruttata molto meno.

Nel seguente testo cerchiamo di analizzare come si può sfruttare la valenza terapeutica del gruppo sul problema del craving, anche all’interno di un servizio pubblico.

Verranno portate come esempio due esperienze cliniche nate indipendentemente in due servizi pubblici diversi.

Forme di alcolismo e forme di craving associate

Nella nostra esperienza la classificazione di Cloninger (1988) fornisce una utile griglia per distinguere nella pratica clinica due tipi di alcolisti, e quindi due tipi di craving.

Tab. 6

Tipo I:

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

Comportamento prevalente: evitamento (harm avoidance)

Effetto ricercato: ansiolitico/antidepressivo, rilassamento psicofisico

Craving: relief craving (desiderio di ridurre la tensione), disregolazione GABAergica/glutammatergica

Capacità di gratificazione: Buona

Capacità di contatto con gli altri: Buona

Storia di vita: “vita vissuta” in cui l’alcolismo appare come un incidente o una complicanza

Tipo II:

Inizio precoce, evoluzione rapida, associato a componente genetica

Comportamento prevalente: ricerca sensazioni intense (Novelty Seeking)

Effetto ricercato: gratificazione

Craving: reward craving (desiderio di ricompensa), disregolazione dopaminergica/oppioide (con deficit di oppioidi/endorfine)

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

Capacità di contatto con gli altri: Scarsa e problematica

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

Questa distinzione è importante per porre l’indicazione al gruppo. Infatti i pazienti di tipo I sono in grado di aderire pienamente e trarre il massimo giovamento da questo tipo di interventi, mentre quelli di tipo due hanno in genere difficoltà alla adesione, anche se possono trarne un parziale giovamento, specie se inseriti in un gruppo molto “solido”.

Il gruppo come strumento per fronteggiare il craving ed accrescere la resilienza

Per resilienza si intende “la capacità di resistere ad urti improvvisi senza spezzarsi”.

Il termine si ritrova declinato in varie discipline (ingegneria, informatica, biologia, ecologia, psicologia...) e contiene comunque in sé il concetto di capacità di fronteggiamento di una situazione avversa (una forza di rottura, l’usura di alcuni componenti, danni biologici o accadimenti ostili nella vita).

Riferito all’ambito di cui ci occupiamo possiamo dire che la resilienza deriva dall’aver acquisito abilità che permettono di adottare nuovi comportamenti una volta che si è appurato che i precedenti non funzionano.

Implica consapevolezza, elasticità, capacità di adattamento, di autoriparazione, in sintesi il saper affrontare e superare le avversità della vita.

Resilienza è qualcosa di più della pur preziosa capacità di adattamento grazie alla quale possiamo riuscire ad accettare le situazioni negative sulle quali non possiamo incidere senza continuare a valutarle negativamente, ma imparando da esse o, ancora più semplicemente, dedicandoci ad altro.

U. Galimberti avvicina il termine odierno “resilienza” a ciò che Platone nominava “tymoidés” di cui indicava la sede nel cuore, espressione metaforica del “sentimento” inteso come forza.

“Quella forza – dice Galimberti – che riconosciamo al fondo di ogni decisione quando, dopo aver analizzato tutti i pro e i contro che le argomentazioni razionali dispiegano, si decide, perché in una scelta piuttosto che in un'altra ci si sente a casa. E guai a imboccare, per convenienza o per debolezza, una scelta che non è la nostra, guai a essere stranieri nella propria vita”. La “forza d'animo”, che è poi la forza del sentimento, ci difende da questa estraneità, ci fa sentire a casa, presso di noi. Qui è la salute”.

Come dire che il nostro “star bene” dipende non solo dall'assenza del problema che ci faceva soffrire, ma anche e soprattutto dall'aver acquisito quella “forza d'animo” che ci fa sentire in contatto con noi stessi e che ci permette di interrogarci di fronte alle avversità senza farci travolgere emotivamente.

Dalla capacità di affrontare i problemi, capendone l'entità e la pericolosità (coscienza della vulnerabilità) e dall'elaborazione creativa di strategie per riuscire a controllarli deriva ampiamente il livello di adattamento sociale e relazionale.

È dalla consapevolezza di non essere soli e autosufficienti e dal saper stabilire rapporti intimi e soddisfacenti con altre persone che nasce altresì questa forza.

In questa direzione le esperienze che vengono descritte in questo lavoro confermano che, oltre agli interventi specifici sulla Prevenzione delle Ricadute e all'Intervento Motivazionale, si è clinicamente mostrato utile l'intervento di gruppo sia nelle sue tradizionali forme di auto-aiuto, sia in un setting di psicoterapia di gruppo, sia come intervento informale.

Mentre gli interventi farmacologici di anticraving danno quasi un immediato sollievo gli interventi di psicoterapia in gruppo e i gruppi di auto-aiuto possono portare frutti solo con il passare del tempo.

Si propone dunque un modello integrato di gestione del craving:

1. Intervento farmacologico associato a counselling per alleviare i sintomi del craving, raggiungere l'astinenza, preparare l'intervento psicoterapico.
2. Psicoterapia con un approccio empatico-soggettivo oppure gruppo di autoaiuto (AA, CAT) per ottenere

un cambio più lento ma più duraturo sulle relazioni interpersonali, la gestione dell'emotività, l'adattamento sociale e lavoro.

I gruppi di autoaiuto ed il craving

Il CAT suggerisce l'evitamento dei “cue” che possono provocare il craving coinvolgendo tutta la famiglia nell'astinenza dalle sostanze alcoliche e facendo cambiare stile di vita a tutti i membri del nucleo evitando luoghi e persone che bevono.

Anche l'applicazione regolare del farmaco Disulfiram come farmaco avversivo segue le caratteristiche del paziente con harm avoidance.

Sarà difficile che un paziente di questa categoria beva avendo assunto l'Antabuse per le sue caratteristiche di ossessività e ansia.

Gli Alcolisti Anonimi lavorano di più sulla personale crescita considerando il disturbo dell'alcolista la conseguenza di “difetti di carattere” (noi diremmo tratti di personalità). Bisogna imparare a convivere con questo carattere attraverso un preciso percorso di assertività e umiltà.

Rispetto al craving, AA e CAT suggeriscono una serie di piccoli “trucchi” di cui il concetto più famoso è il “carpe diem”, il concetto della sobrietà per 24 ore alla volta.

L'altro metodo base è il chiamare per telefono una persona del gruppo in qualunque orario.

Sembra che il semplice parlarne della voglia di bere o anche della scivolata o ricaduta già avvenuta con una persona spesso basta per interrompere il meccanismo più acuto, principalmente se indotto da stati emotivi insopportabili.

La strategia più duratura però viene considerato una vita che non lascia spazio al “rancore”, all'orgoglio falso e all'egoismo considerati i fattori più nocivi nel craving.

Nei gruppi di auto-aiuto l'uso terapeutico dei farmaci anti-craving può talvolta presentare dei problemi, potendo venir considerati segno di dipendenza ancora in atto.

Due esperienze di gruppo “istituzionale” e spontaneo

Le “Voci di corridoio”: un gruppo di auto-mutuo-aiuto “istituzionale” nel Ser.T. di Piacenza

Presso gli ambulatori del Ser.T. di Piacenza vari pazienti che afferivano alla attività di counselling psicoeducazionale immediatamente successiva al trattamento farmacologico ambulatoriale o ospedaliero della fase di intossicazione e pazienti dimessi recentemente da un trattamento residenziale (da diverse Comunità Terapeutiche) si attardavano in corridoio a parlare dei problemi legati al reinserimento sociale, delle difficoltà di fronteggiamento di situazioni attivanti il craving.

Secondo la stadiazione proposta dalla Brown, pazienti in fase di transizione o prima fase di recupero.

La classica progressione in quattro fasi del processo di recupero proposto da S. Brown (1995) vede la persona con problemi di addiction passare da una fase di uso protratto verso uno stadio caratterizzato da grande ambivalenza, ma anche da una netta consapevolezza del problema.

In questa fase, detta di transizione, sono ancora presenti forti impulsi a usare la sostanza e l'energia è focalizzata sulla ricerca di strategie diverse per evitare l'assunzione.

D'altra parte la presa di coscienza della perdita del controllo che caratterizza questa fase implica una ristrutturazione cognitiva delle proprie credenze (ci si spiegano alcuni comportamenti prima "giustificati" con varie argomentazioni).

Se il processo prosegue con successo la persona si avvia verso due fasi di recupero: un primo momento che prevede che si consolidino meccanismi di coping ed il focus si sposta lentamente dalla sostanza al proprio rapporto con essa.

Emerge la storia della persona con anche le sue difficoltà ad affrontare la normalizzazione dei rapporti sociali, fino a una seconda fase di recupero della persona con le sue problematiche attuali e passate.

Nel nostro caso si tratta in prevalenza di poliutilizzatori di sostanze, di età compresa tra i trenta e i quaranta anni che già venivano seguiti individualmente, ma esprimevano il desiderio di incontrarsi anche tra loro per scambiarsi le esperienze.

Consapevoli altresì del rischio di riattivare dinamiche e modalità comunicative tipiche del gruppo dei tossicodipendenti e/o alcolisti attivi, chiedevano che un operatore fungesse da "tutore di contesto".

Inizìo pertanto un'esperienza di gruppo che trovava nel corridoio (piuttosto ampio) del Ser.T., durante l'orario di chiusura al pubblico (tra le 19 e le 21) del martedì, un ambiente accogliente, non giudicante.

Nel gruppo aperto (frequentato mediamente da una decina di persone per ogni incontro) il racconto diventava lo strumento di consapevolezza collettiva non soltanto di difficoltà, ma soprattutto di possibilità di cambiamento.

La presenza di persone disposte all'ascolto creava un clima in cui era possibile sia affrontare la drammaticità di situazioni difficili, sia sorridere e ironizzare su situazioni che, narrandole, si dimostravano meno drammatiche.

L'operatore-tutore, che poteva essere un medico o un educatore, cercava di stimolare la creatività del gruppo, ipotizzando soluzioni differenti ad uno stesso problema, "giocando" insieme ai partecipanti.

Il gruppo si prendeva cura di ciascuno, teneva insieme le loro storie, serviva ai partecipanti, li sosteneva nel loro percorso di cambiamento, aiutando lo sviluppo delle competenze.

Per queste componenti costitutive, pur non presentando le caratteristiche formali del gruppo terapeutico l'esperienza si andava configurando come tale.

Quel "luogo" veniva definito dagli stessi partecipanti "un posto dove si affrontano i problemi reali, tra gente che ha avuto le tue "storie", dove

"... vengo qui a fare un giro... è un posto molto libero, non ci si sente giudicati...", nel quale "... sta molto a te... nessuno ti costringe..."

"... ci si sopporta, qualche volta..."

L'ambiente così autostrutturato ha permesso, a giudizio dei partecipanti e degli operatori-tutori di attivare "il processo di far fronte, resistere, integrare, costruire e riuscire a riorganizzare positivamente la propria vita nonostante l'aver vissuto situazioni difficili che facevano pensare ad un esito negativo" (Cyrulnik, 2005).

L'esperienza è durata tre anni (dal 2004 al 2007) e poi sospesa per mancanza di risorse umane disponibili all'ennesima attività di "volontariato istituzionale" (la fascia oraria era praticamente obbligata in quanto l'unica compatibile con le attività lavorative e gli impegni familiari dei partecipanti).

Il gruppo di psicoterapia e il gruppo informale: l'esperienza dell'ambulatorio specialistico di Imperia

Il gruppo di cui parleremo nasce dall'esperienza avvenuta spontaneamente nella sala d'attesa dell'ambulatorio d'alcolologia presso il Ser.T. di Imperia. In un luogo piccolo, scomodo, buio, caldo si accumulavano fino a 6-8 pazienti per ore e ore creando una specie di spontaneo gruppo di auto aiuto.

I pazienti sanno che all'interno dell'orario di apertura trovano sempre qualcuno (un paziente "anziano" o l'infermiera) a cui possono anche senza appuntamento raccontare qualcosa.

Una volta alla settimana si svolge nella stessa stanza un gruppo di psicoterapia che ha come unica condizione la sobrietà e l'esperienza di un reale percorso terapeutico. Molti pazienti del gruppo provengono da un percorso residenziale breve (1-6 mesi: per esempio a Villa Soranzo - VE, Parco dei Tigli -PD, Fondazione Maugeri - PV o altre strutture).

Sono esclusi pazienti con tratti di personalità troppo impulsiva (disturbi Borderline franchi o Antisociali).

Applicando la classificazione di Cloninger, la maggior parte dei partecipanti al gruppo sono di tipo I.

Un minore numero è ascrivibile al tipo II.

Tra questi ultimi vi sono anche soggetti con abuso di cocaina, THC, poche volte anche di eroina in trattamento con sostitutivi: l'ipotesi è che non sia la sostanza o l'età di insorgenza in sé a dare l'indicazione al gruppo, ma la presenza di risorse personali e il livello di consapevolezza.

Il gruppo di psicoterapia è utile per lottare contro il craving per persone che in passato hanno già fatto la reale esperienza di stare volentieri con altri e sono stati feriti

da eventi di vita particolari avvenuti nell'avanzare della biografia.

In mezzo al tavolo sta come strumento fondamentale una scatola di fazzoletti di carta.

Si seguono le regole di gruppo (Encountergroup) di Carl Rogers.

Nessuno deve interrompere nessuno.

Sono vietati consigli.

Ognuno può parlare solo per se e in forma di testimonianza.

Su altri si può fare commenti solo attraverso lo strumento proposto da Rogers della verbalizzazione dei vissuti emotivi personali.

In modo spontaneo si crea con questo tipo di pazienti un'atmosfera di forte valenza emotiva. Vengono facilmente a galla vissuti postraumatici che stanno alla base dell'alcolismo sviluppato e spesso del craving.

Facilitato anche dalla presenza dei fazzoletti che indica che questo tipo di "commozione" è voluta e permessa facilmente durante un racconto che comincia sulla quotidianità si sbloccano emozioni più antiche e arcaiche.

Il gruppo facilita questo evento che porta facilmente allo sblocco emotivo di un'altra persona che ascolta e viene messo in contatto con il proprio materiale post traumatico e così via.

Così il gruppo serve da un lato all'istallazione di forti legami e spesso anche di amicizie (al contrario di un gruppo psicoanalitico non sono vietate amicizie personali tra i membri che spesso hanno un passato comune in struttura residenziale terapeutica) che servono nei momenti di difficoltà.

Si mitiga la scissione tra i due emisferi come avviene spesso nei pazienti alcolodipendenti che o si sentono congelati o sopraffatti dalle emozioni.

Si crea una specie di laboratorio dove le emozioni possono essere provate e smaltite in modo protetto.

Il terapeuta però deve essere abituato a questo tipo di intervento perché ogni tanto serve con urgenza un intervento singolo dopo il gruppo o nei giorni immediatamente seguenti per elaborare e mitigare l'emotività sbloccata e forte, spesso di dolore su perdite non smaltite (lutti, separazioni, vissuti di colpe ecc.).

I pazienti si abituano al vissuto che è possibile stare male e sopravvivere all'emozione rimossa collegata a eventi spiacevoli (Hinnenthal *et al.*, 2008).

Si abituano che anche cose difficili e per le quali ci si vergogna sono esprimibili in un contesto protetto e possono acquistare un nuovo senso: questo abbassa sia la compulsività, sia l'impulsività verso il bere.

Di circa 30 pazienti inviati negli ultimi due anni in strutture con interventi riabilitativi brevi, circa 20 frequentano regolarmente sia il gruppo informale, sia il gruppo di psicoterapia (che avviene una volta alla settimana con 90 minuti; in media per settimana sono 12 pazienti presenti).

Tutti seguono in contemporanea un programma di psicoterapia individuale con medico psichiatra/psicoterapeuta. Se avvengono ricadute spesso si riesce a interrompere l'uso di alcol entro poche ore o pochi giorni. Solo due pazienti attualmente sono in fase di prolungata ricaduta, ma ancora in contatto terapeutico. Un paziente è uscito fuori dal contatto terapeutico.

Per quanto non sia stata ancora effettuata una valutazione sistematica dell'outcome, il gruppo di psicoterapia di questo genere sembra agli autori uno strumento utile e per garantire il mantenimento della sobrietà nel tempo dopo un percorso terapeutico ambulatoriale o residenziale.

Conclusioni

La valutazione ed il trattamento del craving sono oggi considerate parti essenziali della clinica dell'alcolismo. Nella pratica clinica una valutazione diagnostica corretta del craving può essere fatta, oltre che con un approccio clinico, con l'utilizzo di specifiche scale che permettono sia di effettuare una valutazione iniziale che di verificare i risultati terapeutici a distanza.

Il trattamento del craving si avvale sia di strumenti farmacologici che non farmacologici. I farmaci più validati sono Naltrexone, GHB, Acamprosato, Baclofen e Topiramato: solo i primi due sono autorizzati in Italia ed il GHB è il più utilizzato.

È possibile un approccio non farmacologico al craving all'interno di strategie di trattamento validate, ed in un contesto motivazionale.

L'obiettivo immediato di tali strategie è il riconoscimento del craving, la disamina delle situazioni a rischio che lo attivano, lo sviluppo di abilità di coping e strategie di problem solving atte a gestirlo. Un secondo obiettivo meno immediato ma non meno importante, è dedicata alla ristrutturazione di sistemi di gratificazione alternativi, con il raggiungimento di un benessere psicofisico, emozionale e sociale.

I gruppi di autoaiuto, sia istituzionali che non istituzionali (CAT, AA) hanno un importante ruolo in questo contesto, all'interno di un approccio di rete.

A fronte di contesti clinici in cui prevale di volta in volta l'approccio farmacologico e quello non farmacologico sempre più diffuso è l'**approccio integrato al craving**, in cui strumenti farmacologici e non farmacologici sono integrati in una strategia di prevenzione psicobiologica della ricaduta.

Bibliografia (in grassetto la bibliografia consigliata)

Addolorato G., Abenavoli L., Leggio L., Gasbarrini G. (2005b), "How many craving? Pharmacological aspects of craving treatment in alcohol addiction: a review", *Neuropsychobiology*, 51:59-66.

- Addolorato G., Capristo E., Leggio L., *et al.* (2006a), "Relationship between ghrelin levels, alcohol craving, and nutritional status in current alcoholic patients", *Alcohol Clin Exp Res*, 30:1933-1937.
- Addolorato G., Castelli E., Stefanini G.F. *et al.* (1996), "An open multicentric study evaluating 4-hydroxybutyric acid sodium salt in the medium-term treatment of 179 alcohol dependent subjects", *Alcohol & Alcoholism*, 31:341-345.
- Addolorato G., Cibin M., Capristo E. *et al.* (1998), "Maintaining abstinence from alcohol with Gamma-Hydroxybutyric acid", *Lancet*, 351:38.
- Addolorato G., Leggio L., Abenavoli L. *et al.* (2005a), "Neurobiochemical and clinical aspects of craving in alcohol addiction: a review", *Addict Behav*, 30:1209-1224.
- Addolorato G., Leggio L., Agabio R. *et al.* (2006b), "Baclofen: a new drug for the treatment of alcohol dependence", *Int J Clin Pract*, 60:1003-1008.
- Addolorato G., Leggio L., Ferrulli A. *et al.* (2007), "Effectiveness and safety of baclofen for maintenance of alcohol abstinence in alcohol-dependent patients with liver cirrhosis: randomised, double-blind controlled study", *Lancet*, 370:1915-1922.
- Addolorato G., Leggio L., Abenavoli L., Gasbarrini G., (2003), "Il craving nella dipendenza da alcol: dalla clinica al trattamento", *Medicina delle Tossicodipendenze*, 40, 15-30.
- Addolorato G., Stefanini G.F., Casella G. *et al.* (1995), "Evaluation of the therapeutic efficacy of gamma-hydroxybutyric acid in the medium-term treatment of alcoholic outpatients. Preliminary data from an open multicentric study", *Alcologia Eur J Alcohol Stud*, 7:233-6.
- Agabio R., Loche A., Lobina C. *et al.* (1998), "Gamma-Hydroxybutyric acid reducing effect on ethanol intake: evidences in favour of a substitution mechanism", *Alcohol Alcoholism*, 33:465-474.
- American Psychiatric Association (APA), (2001), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali 4a ed. TR.* (DSM-IV-TR American Psychiatric Press, Washington D.C., 2000), Milano, Masson.
- American Psychiatric Association (APA) (2006), "Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders. Second edition", in *Practice Guidelines for the treatment of psychiatric disorders*, Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- Anton R.F. (1999), "What is craving? Models and implication for treatment", *Alcohol Res Health*, 23:165-173.
- Anton R.F., O'Malley S.S., Ciraulo D.A. *et al.* (2006), "Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial", *JAMA*, 295:2003-2017.
- Bandura (1977), "A Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change", *Psychological Review*, 84: 191-215.
- Beck A.T., Wright F.D., Newman C.F. *et al.* (1993), *Cognitive therapy of substance abuse*, New York, Guilford.
- Blum K., Noble E.P., Sheridan P.J. *et al.* (1990), "Allelic association of human dopamine D2 receptor gene in alcoholism", *JAMA*, 263:2055-2067.
- Blum K., Braverman E.R., Holder J.M., Lubar J.F., Monasta V.J., Miller D., Lubar J.O., Chen T.J., Comings D.E., (2000), "Reward deficiency syndrome: a biogenetic model for diagnosis and treatment of impulsive, addictive and compulsive behaviours", *J Psychoactive Drugs*, Nov. 3.
- Brady K.T., Malcom R.J. (2006), *Disturbi da uso di sostanze e disturbi psichiatrici di Asse I in comorbidià in Trattamento dei disturbi da uso di sostanze. Manuale dell'American Psychiatric Publishing*, Seconda Edizione a cura di: Galanter M., Kleber H.D. Milano, Masson, 503-510.
- Brown S. (1985), *Treating the Alcoholic. A developmental Model of Recovery*, New York, Wiley & Sons.
- Caputo F., Addolorato G., Stoppo M. *et al.* (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. *et al.* (2008), "Incidence of craving for and abuse of gamma-hydroxybutyric acid (GHB) in different populations of treated alcoholics: an open comparative study", *J Psychopharmacol* (in press).
- Carrol K.M. (2001), *Il trattamento della dipendenza da cocaina, NIDA. Trad. it. A. Consoli (a cura di)*, Torino, Centro Scientifico Ed.
- Chick J., Howlett H., Morgan M.Y., Ritson B. (2000), "United Kingdom Multicentre Acamprosate Study (UKMAS): a 6-month prospective study of acamprosate versus placebo in preventing relapse after withdrawal from alcohol", *Alcohol Alcohol*, 35:176-187.
- Cibin M. (1993), "Craving: physiopathology and clinical aspects", *Alcologia*, 5:257-260.
- Cibin M. (2004), *Prevenzione psicobiologica della ricaduta nella Dipendenza da Eroina*, in "Il trattamento con Metadone", M. Cibin e G.P. Guelfi eds, Milano, FrancoAngeli.
- Cibin M., Polidori E., Ricci G.P., Mini N., Gallimberti L., (1998), "Gruppo di autoaiuto e naltrexone nel trattamento della dipendenza da Oppiacei", *Rassegna di Studi Psichiatrici*, 77, 3.
- Cibin M., Ravera R., Nardo M., Manzato E., Zavan V., (2001), "Prevenzione della ricaduta: aspetti biologici e psicoeducativi", in *L'alcologia nell'ambulatorio del medico di medicina generale*, a cura di: Cibin M., Mazzi M., L. Rampazzo L., Serpelloni G., Venezia, Leardini, 239-249.
- Cibin M., Zavan V., Manzato E. (2000), *La prevenzione della ricaduta*, in *La comorbilità psichiatrica nell'alcoldipendenza (Riunione Monotematica SIA 2000)*, a cura di: Manzato E., Barbara G. Zevio Verona, Litozetatre: 95-101.
- Cibin M., Hinneenthal I., Levarta E., Manera E., Nardo M., Zavan V. (2001), "Prevenzione della ricaduta, motivazione al cambiamento, eventi vitali e sofferenza psichica", *Boll. Farmacodipendenze Alcolismo*, 24,1,9.
- Cibin M. (1988), "Basi teoriche, organizzazione e funzione dei gruppi di autoaiuto", in *La dipendenza Alcolica*, Ferrara S.D., Gallimberti L. eds, Afri Ricerca Monografia 1, Padova.
- Cibin M. (1999), "Alcolisti Anonimi: lo strano caso di un gruppo terapeutico 'spontaneo'", in *I gruppi terapeutici nei Disturbi da Uso di Sostanze*, G.P. Ricci, M. Cibin, G. Tonellato Eds, Padova, La Garangola.
- Cloninger C.R., Sigvardsson S., Gilligan S.B., von Knorring A.L., Reich T., Bohman M. (1988), "Genetic heterogeneity and the classification of alcoholism", *Adv Alcohol Subst Abuse*, 7 (3-4), p. 3-16.
- Cyrulnik B. (2005), *Prefazione in E. Malaguti, Educarsi alla resilienza*, Trento, Erickson, 9-14.

- Dawson D.A., Grant B.F., Stinson F.S., Chou P.S., Huang B., Ruan W.J. (2006), "Recovery From DSM-IV Alcohol Dependence", *Alcohol Research & Health*, 29, 2, 131-142.
- De Rosa M.G.L. (2008), *Il senso psicologico del craving*, in *Buone pratiche e procedure terapeutiche nella gestione del paziente alcolista*, a cura di Lucchini A., Nava F., Manzato E., Milano, FrancoAngeli, 113-116.
- De Rosa M.G.L., Pierini C., Grimaldi C. (2005), *Alcolismo: analisi del craving*, Milano, FrancoAngeli.
- Del Re A., Caputo F., Tomelleri L., Lorenzini F., Vignoli T., Bernardi M., Ferrari G. (2005), *Alcol e psichiatria*, in *Alcolismo*, a cura di Trevisani F., Caputo F., Bologna, CLUEB, 167-185.
- Donovan D.M. (2005), "Assessment of Addictive Behaviors for Relapse Prevention", *Assessment of Addictive Behaviors*, Second Edition, The Guildford Press, 1-48.
- Drummond D.C., Tiffany S.T., Glautier S.P. et al. (1995), "Cue exposure in understanding and treating addictive behaviours", in Drummond D.C., Tiffany S.T., Glautier S.P. et al., *Addictive Behaviour: cue exposure theory and practice*, pp. 1-17.
- Drummond D.C. (2001), "Theories of drug craving, ancient and modern", *Addiction*, 96: 33-46.
- DuPont R.L., Selavka C.M. (2006), "Test diagnostici di laboratorio e psicologici in Trattamento dei disturbi da uso di sostanze", *Manuale dell'American Psychiatric Publishing*, Seconda edizione, a cura di Galanter M., Kleber H.D. Milano, Masson, 559-567.
- Flannery B.A., Garbutt J.C., Cody M.W. et al. (2004), "Baclofen for alcohol dependence: a preliminary open-label study", *Alcohol Clin Exp Res*, 28:1517-1523.
- Frustaci A., Genuardo A., Janiri L., Porri G. (2006), "La valutazione multidimensionale del tossicodipendente con doppia diagnosi: problemi metodologici e strumenti di valutazione", *Dipendenze Patologiche*, 1, 65-70.
- Galimberti U., "Seguite il vostro cuore la bussola è nei sentimenti", Tratto da *la Repubblica*, 24 febbraio 2003.
- Garbutt J.C., Kranzler H.R., O'Malley S.S. et al. (2005), "Efficacy and tolerability of long-acting injectable naltrexone for alcohol dependence: a randomized controlled trial", *JAMA*, 293:1617-1625.
- Greenfield S.F., Hennessy G. (2006), *Valutazione del paziente*, in *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze. Manuale dell'American Psychiatric Publishing*, Seconda Edizione, a cura di Galanter M., Kleber H.D. Milano, Masson, 101-118.
- Guglielmo R., Janiri L. (2008), "Alcol e doppia diagnosi: epidemiologia, difficoltà diagnostiche e ipotesi di trattamento", *Dipendenze Patologiche*, 3, 17-21.
- Hinenthal I., Manera E., Gallo S., Cibin M. (2006), *Trattamento residenziale: un approccio emotivo e cognitivo-comportamentale*, in: *Cocaina, Manuale di aggiornamento tecnico scientifico, Progetto START del dipartimento nazionale per le politiche antidroga*, Vago di Lagno (VR), La Grafica, p. 385-398.
- Hinenthal I., Z. Laki, G. Ardissoni (2008), *Psicotraumatologia e neuroplasticità. Presupposti teorici per la gestione clinica nel trattamento residenziale di alcolisti con poliabuso in Buone pratiche e procedure terapeutiche nella gestione del paziente alcolista*, Alfio Lucchini, Felice Nava, Ezio Manzato eds, Milano, FrancoAngeli.
- Johnson B.A., Rosenthal N., Capece J.A. et al. (2007), "Topiramate for treating alcohol dependence: a randomized controlled trial", *JAMA*, 298:1641-1651.
- Katz R.S., Ney N.H. (1997), *La prevenzione delle ricadute, in Alcolismo terapia multidimensionale e recupero*, a cura di Brown S., Trento, Erickson, 227-268.
- Kessler R.C., Crum R.M., Warner L.A., Nelson C.B., Schulenberg J., Anthony J.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*, 53, 313-322.
- Krystal J.H., Cramer J.A., Krol W.F. et al. (2001), "Naltrexone in the treatment of alcohol dependence", *N Engl J Med*, 345:1734-1739.
- Leggio L., Ferrulli A., Cardone S. et al. (2008b), "Relationship between the hypothalamic-pituitary-thyroid axis and alcohol craving in alcohol-dependent patients: a longitudinal study", *Alcohol Clin Exp Res*, 32:2047-2053.
- Leggio L., Ferrulli A., Malandrino N. et al. (2008a), "Insulin but not insulin growth factor-1 correlates with craving in currently drinking alcohol-dependent patients", *Alcohol Clin Exp Res.*, 32:450-8.
- Leggio L., Abenavoli L., Caputo F., Gasbarrini G., Addolorato G. (2005), *Il craving da alcol: tipologia, aspetti clinici e metodi di misurazione in Alcolismo*, a cura di Trevisani F., Caputo F., Bologna, Clueb, 69-74.
- 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 *Tossicodipendenze, marginalità e gravità sociale. Interventi specialistici in strutture residenziali e semiresidenziali del Welfare Lombardo*, a cura di Madeddu F., Fiocchi A., Pianezzola P. Milano, FrancoAngeli, 25-124.
- Madeddu F., Movalli M.G., Prunas A. (2000), "I disturbi psichiatrici di Asse I e Asse II (DSM IV) nell'alcoldipendenza", in *La comorbilità psichiatrica nell'alcoldipendenza (Riunione Monotematica SIA 2000)*, a cura di, Manzato E., Barbara G., Zevio (Vr), Litozetatre: 17-37.
- Manera E., Hinenthal I., Cibin M. (2008), *Il trattamento residenziale degli alcolisti*, in *Buone pratiche e procedure terapeutiche nella gestione del paziente alcolista*, Alfio Lucchini, Felice Nava, Ezio Manzato eds, Milano, FrancoAngeli.
- Manzato E. (2000), *Il Trattamento Riabilitativo Integrato della comorbilità psichiatrica nell'alcoldipendenza*, in *Atti Riunione Monotematica 2000 SIA Triveneta. La comorbilità psichiatrica nell'alcoldipendenza*, a cura di, Manzato E., Barbera G. Zevio (Vr), Litozetatre, 39-61.
- Manzato E. (2004), *Alcolismo, policonsumo e comorbilità psichiatrica in Alcol, alcolismi: cosa cambia?*, a cura di Sanfilippo B., Galimberti G.L., Lucchini A. Milano, FrancoAngeli, 40-84.
- Manzato E. (2008), *L'integrazione dei trattamenti: gli aspetti operativi nella gestione clinica (diagnosi e percorsi riabilitativi)*, in *Buone pratiche e procedure terapeutiche nella gestione del paziente alcolista*, a cura di Lucchini A., Nava F., Manzato E., Milano, FrancoAngeli, 53-74.

- Maremmani I., Zolesi O. (1998), *Craving*, Pisa, Pacini.
- Mariani J.J., Levin F.R. (2006), "Trattamento delle condizioni associate all'abuso di sostanze", *Directions in Psychiatry*, 1, 21-31.
- Marlatt G.A. (1996), "Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive-behavioral model", *Addiction*, 91 suppl., S37-49.
- Marlatt G.A., Barrett K. (1998), "Prevenzione delle ricadute", in *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze psicoattive*, a cura di Galanter M., Kleber D.H. Milano, Masson, 313-328.
- Marlatt G.A., Gordon J.R. (1985), *Relapse prevention*, New York, Guilford.
- Marlatt G.A., Witkiewitz K. (2005), "Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems", *Relapse Prevention*, second edition, The Guildford Press, 1-44.
- Mazzotti R., Dalle Lucche R., Cortopassi E., Chiapparelli A., Polidori E., Cibin M., Gentile N., Maggini C. (1990), "La noia nei disturbi da Uso di Sostanze", in *Personalità e Psicopatologia*, P. Sarteschi, C. Maggini eds, Pisa, ETS.
- Meyer R.E. (2000), "Craving: what can be done to bring the insights of neuroscience, behavioral science and clinical science into synchrony", *Addiction*, 95, suppl. 2, S219-227.
- Miller W.R., Wilbourne P.L. "Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders", 2002, *Addiction*, 97, 265-278.
- Miller W.R., Rollnick S. (2004), *Il colloquio motivazionale*, trad. it. Erickson.
- Monti P.M., Rohsenow D.J., Hutchison K.E. (2000), "Toward bridging the gap between biological, psychobiological and psychosocial models of alcohol craving", *Addiction*, 95 suppl 2: S229-36.
- Moss R.H. (2007), "Theory based active ingredients of effective treatments for substance use disorders", *Drug and Alcohol dependence*, 11, 88 (2-3), 109-121.
- Movalli M.G., Madeddu F., Fossati A., Maffei C. (1996), "Personality disorders prevalence in alcoholics and influence in drop out from treatment", *Alcolologia*, 8, 47-52.
- Nava F. (2004), *Manuale di neurobiologia e clinica delle dipendenze*, Milano, FrancoAngeli.
- Niaura R.S. (2000), "Cognitive social learning and related perspective on drug craving", *Addiction*, 95, suppl. 2, S155-S164.
- Niaura R.S., Rohsenow D.J., Binkoff J.A., Monti P.M., Pedraza M., Abrams D.B. (1988), "Relevance of cue reactivity to understanding alcohol and smoking relapse", *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 133-152.
- Niaura R.S., Rohsenow D.J., Binkoff J.A. et al. (1988), "Relevance of cue reactivity to understanding alcohol and smoking relapse", *Journal of Abnormal Psychology*, 97: 133-152.
- Niaura R.S. (2000), "Cognitive social learning and related perspective on drug craving", *Addiction*, 95 (suppl. 2): S155-S164.
- Powers M.B., Vedel E., Emmelkamp P.M. (2008), "Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: a meta-analysis", *Clin Psychol Rev*, Jul; 28(6):952-62. Epub 2008 Feb 16.
- Project MATCH Research Group (1997), "Matching alcoholism treatment to client heterogeneity: project MATCH post-treatment drinking outcomes", *J Stud Alcohol.*, 58, 7-29.
- Project MATCH Research Group (1998), "Matching alcoholism treatment to client heterogeneity: project MATCH three-year drinking outcomes", *Alcohol. Clin. Exp. Res.*, 22, 6, 1300-11.
- Robbins T.W., Everitt B.J. (2002), "Limbic-striatal memory systems and drug addiction", *Neurobiology of Learning and Memory*, 78, 625-636.
- Robinson T.E., Berridge K.C. (1993), "The neural basis of craving: an incentive-sensitization theory of addiction", *Brain Research Review*, 18, 247-291.
- Rogers Carl R. (1970), *Carl Rogers on Encounter Groups*, New York, Harper and Row.
- Rollnick S., Mason P., Butler C. (2003), *Cambiare stili di vita non salutari*, ed. it., Trento, Erickson.
- Schuckit M.A., Tapert S. (2006), "Alcol in Trattamento dei disturbi da uso di sostanze. Manuale dell'American Psychiatric Publishing", seconda edizione, a cura di Galanter M., Kleber H.D. Milano, Masson, 149-164.
- Serra S., Colombo G., Vacca (2005), "Alcol, neurotrasmettitori e fisiopatologia del craving", in *Alcolismo* a cura di Trevisani F., Caputo F. Bologna: CLUEB, 61-67.
- Spanagel R. (2003), "The role of the glutamatergic system in alcohol addiction", *Fort Neurol Psych*, 71 (Suppl 1): S33-5.
- Spanagel R., Weiss F. (1999), "The dopamine hypothesis of reward: past and current status", *Trends in Neurosciences*, 22, 521-527.
- Spiller V., Zavan V., Guelfi G.P. (2007), "Motivation and change: a three dimensional continuum", in Tober G., Raistrick D., *Motivational Dialogue*, Routledge, London, 34-51.
- Tabakoff B., Hoffman P.L. (2006), "Neurobiologia della dipendenza da alcol", in *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze. Manuale dell'American Psychiatric Publishing II Edizione*, cura di Galanter M., Kleber H.D., Milano, Masson, 13-15.
- Thase M.E., Salloum I.M., Cornelius J.D. (2001), "Comorbid alcoholism and depression: treatment issues", *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 32-41.
- UKATT, Research Team, "United Kingdom Alcohol Treatment Trial (UKATT): hypotheses, design and methods", *Alcohol Alcohol*. (2001), Jan-Feb; 36(1):11-21.
- UKATT, Research Team, "Cost-effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised United Kingdom Alcohol Treatment Trial (UKATT)", *BMJ*, (2005), 331: 544-548.
- Verheul R., Van Den Brink W., Geerlings P. (1999), "A three-pathway psychological model of craving for alcohol", *Alcohol Alcoholism*, 34:197-222.
- Wikler A. (1948), "Recent progress in research on the neurophysiological basis of the morphine addiction", *American Journal of Psychiatry*, 105: 3328-3338.
- Wise R.A. (1988), "The neurobiology of craving: implications for understanding and treatment addiction", *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 617-629.
- Zimberg S. (1984), *La cura clinica dell'alcolismo*, Milano, Ferro ed.

Le epatiti virali nei tossicodipendenti. Il ruolo strategico delle vaccinazioni

Fabio Lugoboni^{1*}, Gianluca Quaglio¹, Rebecca Casari¹, Benedetta Pajusco¹, Paolo Civitelli², Paolo Mezzelani¹

SUMMARY

■ *The use of illegal drugs and consequent proliferation of viral hepatitis are widespread phenomena, representing two of the most serious threats to public health.*

HBV, HCV, HAV e HDV are, variably, transmitted through blood contacts or sexual relations. Viral hepatitis are not inescapable events. The availability of effective vaccines and tested for HAV and HBV can play an important role to contain those phenomena. Aim of this review is to expose the most interesting data present in scientific literature on hepatitis and drug addicts. Apart from immunological data, analyses are focused on targeted strategies to improve effectiveness of vaccination programmes: a central goal for health care professionals. Vaccination campaigns aimed at drug addicts are widely feasible and highly remunerative in terms of human, social and economic costs. ■

Keywords: *drug users, hepatitis vaccination, immunization, HBV, HAV.*

Parole chiave: *utilizzatori di droghe, vaccinazione delle epatiti, immunizzazione, epatite da virus A e B.*

1. Introduzione

La tossicodipendenza è un fenomeno globale, relativamente poco legato alla posizione geografica o al grado di sviluppo di un paese, che coinvolge 13 milioni di individui, secondo stime recenti.

Le epatiti virali sono un fenomeno estremamente diffuso tra tutti i tossicodipendenti (TD), non solo tra coloro che usano le sostanze per via iniettiva e questo problema è uno dei più rilevanti al mondo in termini di morbilità e mortalità, con conseguenze che vanno ben oltre i confini del mondo dei TD.

Contrastare questa diffusione è un compito prioritario che deve coinvolgere attivamente tutte le strutture che hanno possibilità di contatto con i TD.

Quattro sono le epatiti virali che colpiscono in modo rilevante i TD: l'epatite da virus A (HAV), da virus B (HBV), da virus C (HCV) e virus D (HDV) [1,2].

L'epatite da HCV è sicuramente la più rilevante, non solo tra i TD, essendo la più diffusa epatite cronica al mondo con 170 milioni di soggetti portatori del virus, di cui 5 milioni in Europa. L'uso iniettivo di sostanze illecite rimane la causa più comune di infezione, essendo il contagio per via sessuale quasi virtuale.

I dati di prevalenza nei TD per via iniettiva sono segnalati estremamente alti in tutte le aree geografiche con una prevalenza

media del 79% negli Usa, dell' 80% in Europa Occidentale ed oltre il 90 % nei paesi europei un tempo oltre cortina.

Per la sua netta tendenza a cronicizzare, attualmente l'HCV rappresenta la causa più comune di epatopatia cronica nei paesi sviluppati.

Nei TD, con la caduta di mortalità legata al virus HIV, i decessi per epatopatia sono cresciuti significativamente [3-9].

Se l'uso promiscuo di siringhe è notoriamente la causa più importante di trasmissione tra i TD, è importante sottolineare il ruolo non trascurabile legato alla preparazione in comune della soluzione iniettabile, dove ogni soggetto usa una propria siringa attingendo però ad un liquido preparato per uso multiplo.

Si sono inoltre moltiplicate le segnalazioni di infezione legate ad un uso non iniettivo di droga; lo scambio di dispositivi per l'uso intranasale di eroina e cocaina sono stati più volte invocati come causa efficace di contagio, piuttosto che una più generica promiscuità sessuale, sicuramente meno rilevante [10-12].

L'educazione sanitaria è, al momento, l'unica misura di prevenzione contro l'HCV, non essendo disponibile né una vaccinazione specifica, né una valida profilassi post-esposizione.

L'HAV causa caratteristicamente un'epatite acuta, di gravità variabile da forme asintomatiche fino a gravi ed, occasionalmente, letali quadri di epatite fulminante. L'HAV colpisce ogni anno nel mondo circa 1.5 milioni di persone.

La geografia del contagio è strettamente legata alla qualità con cui vengono trattate le acque di scolo; a questo riguardo l'Italia viene considerata un paese ad endemia bassa-intermedia, con marcate differenze tra Nord e Sud: se micro epidemie stagionali tendono a ripetersi nel Sud del paese, il Nordest ha una endemia per HAV tra le più basse al mondo.

Queste considerazioni hanno, come vedremo, delle conseguenze anche per i TD. Infatti se il contagio oro-fecale è di gran lunga

1. Medical Unit for Addictive Disorders, Department of Internal Medicine, Policlinico GB Rossi, 37134 Verona, Italy.

2. Addiction Treatment Clinic (SerT-Asl 4), Thiene (Vicenza), Italy.

* Author to whom correspondence should be addressed; Tel. +39-045-812-8292; Fax +39-045-812-8290 Medicina delle Dipendenze, Policlinico GB Rossi, Ple Scuro 1, 37134 Verona.

la via più comune di trasmissione è possibile trasmettere il virus parenteralmente, sessualmente (specialmente attraverso i rapporti anali) e per via verticale.

Focolai epidemici dove è stato possibile dimostrare geneticamente un'origine comune sono stati più volte segnalati tra TD in paesi a bassa endemia come Norvegia, Olanda ed Usa.

Sicuramente le cattive condizioni abitative e pratiche sessuali a rischio possono avere un ruolo primario nella diffusione di questi focolai ma non deve essere dimenticato il possibile ruolo dell'uso promiscuo delle siringhe; l'HAV ha una fase viremica di circa 20-30 giorni, precedente la fase itterica e quindi in una fase particolarmente subdola della malattia [13-16].

L'Organizzazione Mondiale di Sanità (OMS) raccomanda, nei paesi sviluppati, la vaccinazione contro l'HAV nei TD, soprattutto se epatopatici cronici; è stato segnalato che la sovrapposizione di un'infezione da HAV su un precedente quadro di epatopatia cronica (soprattutto se da HCV) può causare forme molto gravi di epatite fulminante in un'elevata percentuale di casi [17-20].

L'infezione da HBV può avvenire molto efficacemente attraverso la via parenterale, sessuale e verticale, dando origine a forme acute di gravità variabile e, in una percentuale nettamente inferiore all'HCV, a forme croniche.

Oltre alla ben nota via parenterale, dove l'HBV supera in infettività tutti gli altri virus con tale trasmissibilità, è importante sottolineare l'importanza della via sessuale e verticale. Nei TD che fanno un uso non iniettivo delle sostanze la causa sessuale è stata dimostrata fonte rilevante di contagio [1-3].

I TD presentano una più alta percentuale di forme fulminanti di HBV, probabilmente per l'uso di alcol o di sostanze con potenzialità epatotossica oppure, come vedremo in seguito, per infezione da HDV [21].

In Europa, dal 20% al 60% dei TD sono positivi ad almeno un marker sierologico per HBV.

Anche se sono state segnalate marcate differenze in Europa tra TD più anziani e TD più giovani (80,5% di positività ad almeno un marker HBV vs. 20,1%, rispettivamente, in TD in trattamento metadonico di mantenimento (TMM) a Ginevra), segno di un rallentamento dell'infezione, i tassi di sieroconversione per HBV osservati in una coorte di TD svedesi partecipanti ad un programma di bassa soglia si sono rivelati di gran lunga più elevati (11,7 sieroconversioni/100 anni-rischio) rispetto a quelle per HIV (nessuna sieroconversione osservata) [4,22,23].

L'infezione da HBV per via sessuale ha un ruolo importante tra i TD che usano droghe per via non iniettiva [24].

Tali dati sono sostanzialmente sovrapponibili a quanto segnalato tra i TD americani: l'HBV è prevalente nel 25% circa dei giovani TD mentre raggiunge l'80% nei TD più anziani, a fronte di una prevalenza del 5% nella popolazione generale, dove l'incidenza dell'HBV viene segnalata in nuova crescita dal 2000 dopo un calo progressivo negli anni '90 [25,26].

È singolare notare come la prevalenza per HBV tra i TD riportate da vari studi in paesi con alto livello di endemia nella popolazione generale siano pressoché sovrapponibili a quelle testate nei TD di aree sviluppate ad endemia per HBV particolarmente bassa [27-30].

L'HDV è un RNA-virus difettivo che richiede la presenza dell'antigene di superficie dell'HBV per la trasmissione.

In Europa e negli Usa l'infezione da HDV è quasi scomparsa del tutto, rimanendo confinata quasi unicamente tra i TD [31,32].

L'HDV può essere acquisito sia come co-infezione con l'HBV, sia come sovrapposizione su un portatore di cronico di HBV. Nel primo caso l'HDV causa più frequentemente epatiti fulminanti rispetto all'infezione da HBV solo; nel secondo caso la sovrapposizione dell'HDV dà origine a gravi quadri di epatopatia, scarsamente responsivi ai più comuni trattamenti antivirali.

L'infezione da HDV può essere efficacemente prevenuta con la vaccinazione contro l'HBV mentre non esiste protezione nel caso di soggetti portatori cronici del virus B. L'HDV si trasmette, in questo caso, sia a livello parenterale che sessuale ed il suo grado di infettività è sicuramente elevato.

In questa rassegna cercheremo di focalizzare ciò che in non certo numerosi studi hanno descritto in termini di protezione vaccinale, sia in termini di immunogenicità che di efficace aderenza ai programmi proposti.

In questa rassegna cercheremo di focalizzare ciò che in non certo numerosi studi hanno descritto in termini di protezione vaccinale, sia in termini di immunogenicità che di efficace aderenza ai programmi proposti.

2. Vaccini antiepatitici

2.1. Vaccino contro l'HBV

È dal 1982 che sono disponibili vaccini, pur con caratteristiche molto diverse, sicuramente efficaci contro l'HBV; l'OMS continua raccomandarne l'uso nei TD già da allora.

Nonostante sia il vaccino più studiato nei TD solo una piccola parte, variabile tra il 10 ed il 25% dei TD americani ed europei possiede evidenza del marker anti-antigene di superficie isolato, segno di immunità vaccino-mediata, mentre la diffusione virale è costantemente segnalata.

Studi molto recenti hanno constatato che la protezione vaccinale tra i TD resta molto bassa negli Usa come in Spagna e nel Regno Unito [34-37].

La situazione italiana sembra discostarsi da questo unanime e sconcertante scenario.

Al momento attuale i Ser.T. del Nordest italiano hanno prodotto una mole notevole di dati ed esperienze, che non ha eguali nel resto del mondo [38-39], dimostrando che, se adeguatamente proposta, una vaccino-profilassi è ampiamente praticabile ed accettata dai TD [40-44].

L'Italia presenta un'altra particolarità rispetto ad altri paesi: è stata la prima al mondo a praticare la vaccinazione universale (1991) con una strategia vaccinale inizialmente "a forbice" (nuovi nati ed adolescenti) per poi passare alla sola vaccinazione obbligatoria nei nuovi nati.

Attualmente sono 168 in paesi nel mondo che praticano la vaccinazione universale anti-HBV ma l'Italia, essendo partita prima, ha la possibilità di valutarne l'efficacia prima di altri.

In effetti un'immunità a lungo termine è stata riscontrata, dopo vaccinazione obbligatoria, in una larga coorte di adolescenti italiani; inoltre tale strategia vaccinale ha dimostrato la sua efficacia nel ridurre fortemente l'infettività ambientale in zone iperendemiche come l'entroterra napoletano.

Non sono presenti in letteratura dati di presenza anticorpale nei giovani TD vaccinati da adolescenti e, dato ben più rilevante, l'effettiva capacità della vaccinazione obbligatoria di impedire il contagio tra i TD, soggetti ad infettarsi con cariche virali elevate [45-47]. Anche ammettendo, come sperato, che la vaccinazione universale possa cambiare radicalmente lo scenario dell'infezione da HBV e HDV nei prossimi anni, permarranno probabilmente due problemi che dovranno essere tenuti ben presenti da chi opera nei servizi rivolti ai TD: l'effettiva somministrazione del vaccino in modo completo e la sua efficacia nel tempo ed il controllo dell'infezione tra i TD provenienti da zone iperendemiche.

La schedala vaccinale anti-HBV prevede normalmente la somministrazione di tre dosi di vaccino ricombinante al tempo 0, 1, 6 mesi.

Gli studi che hanno valutato la risposta immunologica nei TD hanno concordemente riportato una minore immunogenicità, intesa come un minor livello anticorpale massimo raggiunto, oltre che un minor grado di sierconversione, 58%-77%, contro un 95-99% testato nei giovani adulti della popolazione generale [38,39,41,42].

Varie sono le cause invocate per questa debole risposta alle vaccinazioni nei TD (vedremo infatti che il fenomeno coinvolge anche le altre vaccinazioni): disfunzioni dell'immunità cellulo-mediata, abuso di alcol, polydrug abuse, infezioni batteriche multiple, infezione da HCV, fumo di sigaretta e malnutrizione.

I portatori di HCV rispondono peggio alla vaccinazione dei soggetti HCV negativi e la risposta sembra peggiorare con l'aumento della carica virale; purtroppo la terapia anti-virale con interferone e ribavirina non sembra migliorare la risposta alla vaccinazione HBV né se somministrata durante la terapia, né dopo il raggiungimento di una risposta virale sostenuta. [48-50].

In questi soggetti sembra avere successo una vaccinazione anti-HBV a dosi rafforzate oppure con dosi di richiamo addizionali [51].

Comunque la vaccinazione anti-HBV si è dimostrata sicura e ben tollerata nei soggetti HCV positivi.

Una minor risposta immunologica alla vaccinazione anti-HBV è stata segnalata nei soggetti HIV positivo [38,39] ma un recente studio ha documentato un buon tasso di sierconversione anti-HBV in pazienti in terapia con highly active antiretroviral therapy (HAART) [52].

Ormai vi è un buon livello di evidenza riguardo alla permanenza di protezione contro l'HBV anche dopo la scomparsa di un titolo anticorpale, sempre che una sierconversione anamnesticca si sia verificata. [38]

Può sembrare paradossale ma, al momento attuale, un solo studio di coorte ha valutato l'efficacia clinica nel tempo tra i TD del vaccino anti-HBV, dato molto più rilevante di ogni valutazione immunologica [53,38].

Gli effetti collaterali alla vaccinazione tra i TD sono veramente scarsi e pari a quelli osservati nella popolazione generale.

Lo stato di portatore di anti-HBc isolato è frequente tra i TD ed in percentuale molto maggiore che in altri gruppi a rischio [54,55].

Si è da sempre molto discusso se questi soggetti vadano vaccinati o meno.

Gli studi effettuati hanno osservato che la risposta al vaccino anti-HBV varia sensibilmente in questi soggetti, in larga parte portatori di infezione da HBV occulta [39,56].

Nell'unico studio di coorte in TD portatori di anti-HBc isolato, anche questo italiano, nessuna reinfezione con ricomparsa dell'antigene di superficie (HBs-Ag) si evidenziò portando gli AA a concludere che questi soggetti non andrebbero vaccinati [54].

La vaccinazione anti-HBV è stata dimostrata essere estremamente vantaggiosa in termini di costi-benefici.

I dati in letteratura scientifica che stigmatizzano la scarsa sensibilità delle strutture sanitarie a vaccinare i TD sono copiosi [57].

La bassa percentuale di TD vaccinati riconosce due fattori, principalmente: l'assenza di programmi di vaccinazione studiati specificamente per i TD ed il basso numero di operatori sanitari in grado di vaccinare i TD [58-60].

Le indicazioni e le esperienze internazionali non sempre si addicono alla realtà italiana che con la sua rete capillare di SerT ha sicuramente maggiori possibilità di assistere in modo più completo i TD rispetto ad altri paesi ad economia avanzata.

Divideremo così le indicazioni in due tronconi: il primo per le unità o i progetti a bassa soglia, caratterizzati da un'utenza più grave, sotto ogni punto di vista, più mobile e meno agganciabi-

le, il secondo tronco si rivolge al personale dei Ser.T., frequentati da TD solitamente in terapie di mantenimento e quindi più facilmente approcciabili. Anche le strutture di pronta accoglienza, altrimenti dette unità di crisi, possono essere luoghi ideali per iniziare a vaccinare.

Unità a bassa soglia d'accesso

Le strategie di vaccinazione per HBV che si sono dimostrate maggiormente vantaggiose in termini di costo-beneficio le seguenti:

1. dare a tutti una dose di vaccino al momento del test di screening;
2. impostare campagne vaccinali con schedule accelerate (a 0, 1, 2 mesi);
3. dare il vaccino gratuitamente e dal personale dell'unità.

Offrire screening sierologico per HBV in assenza di una concreta possibilità di vaccinazione è economicamente inappropriato ed illogico [57].

Chiedere ai TD, specialmente se afferenti ad unità a bassa soglia, se sono stati vaccinati per HBV è stato provato essere del tutto inattendibile: il 52% di coloro che affermavano di essere protetti per HBV in realtà non lo erano [61].

I progetti di scambio siringhe si sono dimostrati posti appropriati per offrire la vaccinazione anti-HBV; le strutture carcerarie sono altri posti con grosse opportunità di offerta vaccinale [62-65].

La difficoltà a somministrare tutte le tre dosi di vaccino non deve scoraggiare dall'iniziare la vaccinazione;

Livelli anticorpali accettabili si trovano dal 30% 55% negli adulti sani dopo una sola dose di vaccine anti-HBV e nel 75% dei casi dopo 2 dosi; quindi può essere che una buona parte, anche se probabilmente in percentuale inferiore agli adulti sani, di TD scarsamente aderenti ai programmi vaccinali sia in realtà efficacemente protetta; non si corre alcun pericolo se si ricevono dosi addizionali di vaccino.

Ser.T.

Nelle strutture in cui i TD ricevono terapie in mantenimento come metadone, buprenorfina o naltrexone, i problemi di compliance dovrebbero essere minori; molti studi, soprattutto in area veneta, hanno dimostrato eccellenti percentuali di aderenza ai programmi vaccinali [40-44].

Il punto cruciale resta sempre la possibilità di praticare direttamente la vaccinazione da parte del personale del servizio.

L'obiettivo è vaccinare i TD prima e nel modo più completo possibile.

È importante implementare le occasioni di screening nei servizi, ricordando però di offrire prontamente la vaccinazione ogni volta ve ne sia l'opportunità [60,66].

Due studi hanno mostrato che la vaccinazione anti-HBV può funzionare da utile strumento educativo con importanti implicazioni nel ridurre il rischio anche per HCV ed HIV [7, Berlin].

2.2. Vaccino contro l'epatite A

Anche se l'HAV sembra in regresso in buona parte del mondo per le migliorate condizioni igieniche, la positività sierologica tra i TD del Nord Europa varia dal 40 al 50%; i dati sui TD confermano una prevalenza sensibilmente più alta rispetto alla popolazione generale anche se in uno studio italiano non si riscontravano differenze tra TD ed un campione di adulti sani [68,69,20].

Due vaccini efficaci si sono resi disponibili dal 1995 e l'OMS ha raccomandato di vaccinare i TD, sia per la possibilità di trasmis-

sione parenterale del virus, sia per le cattive condizioni abitative ed igieniche in cui spesso vivono i TD, per le pratiche sessuali senza protezione e, di particolare importanza, per prevenire un'eventuale sovrapposizione virale HAV su una precedente epatopatia HCV, evento particolarmente temibile [18].

La schedula vaccinale anti-HAV, inizialmente in tre dosi a 0, 1, 6 mesi, è stata resa più rapida per venire incontro alle esigenze dei viaggiatori in paesi esotici, i maggiori committenti di tale vaccino: ad una prima dose maggiorata di vaccino, dimostratasi efficace dopo un mese nella quasi totalità dei casi nei giovani adulti sani, viene proposta una seconda dose dopo un tempo variabile di 6-18 mesi nel caso si desideri ottenere una più duratura copertura, non essendo dimostrabile nella vaccinazione anti-HAV (come avviene invece per anti-HBV) una protezione durevole dopo la scomparsa del titolo anticorpale specifico [70]. Gli studi che hanno valutato la risposta tra i TD alla vaccinazione anti-HAV sono solo due, entrambi effettuati da SerT italiani: come già segnalato nel caso del vaccino anti-HBV, anche la risposta alla vaccinazione anti-HAV nei TD si è dimostrata molto più debole rispetto agli adulti sani. In quasi la metà dei soggetti non si aveva sierconversione dopo la prima dose di vaccino e se, dopo la seconda dose, la percentuale di sierconversioni era quasi completa, il titolo anticorpale raggiunto si dimostrava molto basso e, prevedibilmente, di limitata durata.

La schedula vaccinale anti-HAV attualmente proposta anche per i TD si è dimostrata inadeguata ed ulteriori studi sono necessari per mettere maggiormente a fuoco il problema [19,71].

Comunque studi di efficacia clinica hanno rilevato che anche una singola dose di vaccino anti-HAV hanno contribuito ad estinguere più rapidamente alcuni focolai di infezione da HAV tra i TD [38].

2.3. Vaccino combinato anti-HAV/anti-HBV

Sin dal 1996, oltre ai normali vaccini monovalenti, un vaccino combinato contro entrambe le forme virali, proposto con una schedula a 0, 1, 6 mesi, è stato commercializzato, dimostrandosi sicuro ed immunogenico nella popolazione generale [72].

Questo promettente vaccino è stato studiato una sola volta nei TD, dimostrandosi ben tollerato; i TD veneti partecipanti allo studio hanno però risposto con livelli anticorpali nettamente inferiori a quanto riportato per la popolazione generale anche se, alla fine dello studio, tutti i TD avevano sviluppato un livello protettivo; va infine sottolineato che la risposta anticorpale anti-HAV risultava sensibilmente maggiore di quanto riscontrato nei TD vaccinati con vaccino monovalente: la combinazione dei due antigeni avrebbe quindi un effetto adiuvante come segnalato nella popolazione generale, ma tra i TD quest'effetto potrebbe essere particolarmente apprezzabile per la difficoltà di ottenere una valida e duratura risposta protettiva anti-HAV [73].

3. Discussione

Tutti gli autori di quest'articolo lavorano nel campo delle dipendenze patologiche ed hanno studiato e spesso operato attivamente in molte delle campagne vaccinali sopra descritte.

A questo punto cercheremo di riassumere quanto esposto precedentemente, puntualizzando quello che, secondo la nostra diretta esperienza, ha un peso preponderante, anche alla luce della specifica realtà dei Ser.T. italiani.

Una buona terapia della dipendenza significa spesso una buona aderenza ai programmi di vaccinazione.

Il coinvolgimento multidisciplinare da parte di tutte le figure professionali dei servizi si è dimostrato vincente sia nel vaccinare come nel trattare farmacologicamente l'HCV [74].

I programmi di vaccinazione praticati direttamente dai SerT sono quelli gravati da un minor *drop-out*.

Secondo la nostra esperienza questo è il punto più importante.

I Ser.T. che vaccinano meno sono quelli che hanno peggiori risultati in termini di aderenza ai programmi.

Lo screening per HBV tra i TD in assenza di libero accesso alla vaccinazione è una specie di controsenso.

Non vale la pena di praticare dosi di richiamo vaccinic anti-HBV nei TD con documentata sierconversione se perdono il titolo anti-HBs.

Ciò non vale nella vaccinazione anti-HAV.

I TD sono meno responsivi alle vaccinazioni della popolazione generale sia in termini di immunogenicità che di avvenuta sierconversione.

Il problema cruciale per il paziente vaccinato contro l'HBV non è sapere il titolo di risposta anticorpale ma se abbia sviluppato o meno una sierconversione.

Per ottenere questo scopo è importante praticare dosi addizionali (tranne i rari casi di allergia mai pericolose) fino all'evidenza di una sierconversione (anti-HBs superiore a 10 mU/L).

La schedula rapida (0,1,2 mesi) permette di limitare i *drop-out*, è più valida in termini di costo-efficacia di quella standard (0,1,6 mesi).

Va ricordato che i TD HIV positivi rispondono con difficoltà alla vaccinazione anti-HBV ma è importante anche ricordare che, se in terapia HAART, la risposta al vaccino si avvicina a quella dei soggetti sieronegativi.

Non ci sono dati, a questo riguardo, sulla risposta all'anti-HAV.

I TD HCV positivi rispondono peggio di quelli negativi alla vaccinazione anti-HBV; è probabile che ciò avvenga anche per la vaccinazione anti-HAV.

Questi soggetti necessitano di *follow-up* attenti.

I TD portatori di anti-HBc isolato sono una quota rilevante; a parere nostro non sono da vaccinare in quanto poco responsivi e non soggetti ad una nuova infezione HBV.

Fidarsi della descrizione che i TD fanno del loro sierostatus HBV è stato dimostrato fonte di errore; nei servizi a bassa soglia è raccomandabile una politica "*Don't ask, vaccinate*" ma nei Ser.T. crediamo sia più razionale tenere un efficiente registro dati per decidere le più idonee soluzioni; nei Ser.T. affluiranno sempre più TD che dovrebbero essere già stati vaccinati da adolescenti.

Parallelamente affluiranno sempre più TD suscettibili per infezione da HAV.

La schedula in due dosi attualmente in uso per la vaccinazione anti-HAV (tempo 0, 6-18 mesi) è stata pensata per i viaggiatori che chiedono una rapida protezione; valutata nei TD si è dimostrata scarsamente immunogena; il nostro personale consiglio, in attesa di studi più approfonditi è di somministrare una seconda dose di richiamo molto anticipatamente, dopo 2-3 mesi.

Il vaccino combinato HAV-HBV ha mostrato risultati migliori dei monovalenti usati singolarmente, soprattutto per l'HAV; potrebbe essere il vaccino ideale per i TD ma in Italia abbiamo una larga fascia di giovani TD vaccinati nell'adolescenza per HBV; l'impatto di tale situazione, ed ancor più quando arriveranno ai Ser.T. i vaccinati alla nascita, è tutta da valutare.

Vaccinare i TD contro le epatiti aiuta a creare una forte educazione sanitaria anche per la prevenzione di HCV ed HIV.

Prevenire HBV, HDV ed HAV tra i TD può realmente limitare la diffusione di queste malattie, non solo tra questi soggetti ma tra

le loro famiglie, gli operatori socio-sanitari che verranno in contatto con loro e, tramite loro, nella popolazione generale.

Vaccinare i TD, infine, è economicamente vantaggioso.

Ringraziamenti

Molto di quanto descritto proviene dal lavoro di tanti infermieri e medici dei Ser.T. del Veneto, dove molte idee sono nate, dimostrando ancora una volta che la buona attività di ricerca nasce sul campo, tra chi opera a stretto contatto con i pazienti.

A tutti loro va il nostro più sentito ringraziamento.

References

- United Nations Office on Drug and Crime, *World drug report*, Vienna: United Nations, 2006.
- Aceijas C., Stimson G.V., Hickman M., Rhodes T., "Global overview of injecting drug use and HIV infection among drug users", *AIDS* 2004, 18, 2295-2303.
- Centers for Diseases Control and Prevention. Viral hepatitis and injecting drug users, *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2002, www.cdc.gov/idu.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Annual report 2003: the state of the drugs problem in the European Union and Norway*, EMCDDA Lisbon, 2003, 24-28.
- Quaglio G.L., Lugoboni F., Pattaro C., Montanari L., Lechi A., Mezzelani P., Des Jarlais D.C., "Patients in long-term maintenance therapy for drug use in Italy: analysis of some parameters of social integration and serological status for infectious diseases in a cohort of 1091 patients", *BMC Public Health*, 2006, 23, 206-216.
- Edlin B.R., Kresina T.F., Raymond D.B., "Overcoming barriers to prevention, care, and treatment of hepatitis C in illicit drug users", *Clin Infect Dis* 2005, 40, S276-285.
- Quaglio G.L., Lugoboni F., Pajusco B., Sarti M., Talamini G., Lechi A., Mezzelani P., Des Jarlais D.C., "Factors associated with hepatitis C virus infection in injection and noninjection drug users in Italy", *Clin Infect Dis* 2003, 37, 33-40.
- Devi K.S., Brajachand N., Singh H.L., Singh Y.M., "Co-infection by human immunodeficiency virus, hepatitis B and hepatitis C virus in injecting drug users", *J Commun Dis*, 2005,37, 73-77.
- Quaglio G.L., Talamini G., Lechi A., Venturini L., Lugoboni F., Mezzelani P., "GICS. Study of 2708 heroin-related deaths in north-eastern Italy 1985-98 to establish the main causes of death", *Addiction* 2001, 96, 1127-1137.
- Gyarmathy V.A., Neaigus A., Miller M., Friedman S.R., Des Jarlais, "D.C. Risk correlates of prevalent HIV, hepatitis B virus, and hepatitis C virus infections among noninjecting heroin users", *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2002, 30, 448-456.
- Quaglio, G.L., Lugoboni, F., Pajusco, B., Sarti, M., Talamini, G., Mezzelani, P., Des Jarlais, D.C., GICS. Hepatitis C virus infection: prevalence, predictor variables and preventive opportunities among drug users in Italy. *J Viral Hepat* 2003, 10, 394-400.
- Winstock A.R., Anderson, C.M., Sheridan, J. National survey of HIV and hepatitis testing and vaccination services provided by drug and alcohol agencies in Australia. *Med J Aust* 2006,184, 560-562.
- Granerød J., Crowcroft N., "Hepatitis A epidemiology in England and Wales", *Eurosurveillance Weekly*, 2002, 6, 50.
- Perrett K., Granerød J., Crowcroft N., Carlisle R., "Changing epidemiology of hepatitis A: should we be doing more to vaccinate injecting drug users?", *Commun Dis Public Health*, 2003, 6, 97-100.
- Crowcroft N.S., "Hepatitis A virus infections in injecting drug users", *Commun Dis Public Health*, 2003, 6, 82-84.
- van Steenberg J.E., Tjon G., van den Hoek A., Koek A., Coutinho R.A., Bruisten S.M., "Two years' prospective collection of molecular and epidemiological data shows limited spread of hepatitis A virus outside risk groups in Amsterdam", 2000-2002. *J Infect Dis*, 2004,189, 471-482.
- WHO, "Hepatitis A vaccines. WHO position paper", *Weekly Epidemiol Rec* 2000, 5, 38-44.
- Vento S., Garofano T., Renzini C., "Fulminant hepatitis associated with hepatitis A virus superinfection in patients with chronic hepatitis C", *N Engl J Med*, 1998, 338, 286-290.
- Quaglio G.L., Pajusco B., Civitelli P., Migliozi S., Des Jarlais D.C., Romanò L., Lechi A., Mezzelani P., Lugoboni F., "Immunogenicity, reactogenicity and adherence with hepatitis A vaccination among drug users", *Drug Alcohol Depend* 2004, 74, 85-88.
- Lugoboni F., Quaglio G.L., Pajusco B., Foroni M., Blengio G., Talamini G., Mezzelani P., Des Jarlais D.C., "Prevalence of hepatitis A among drug users in north-eastern Italy", *Eur J Public Health* 2005, 15, 464-466.
- Garfein R.S., Bower W.A., Loney C.M., Hutin Y.J., Xia G.L., Jawanda J., Groom A.V., Nainan O.V., Murphy J.S., Bell B.P., "Factors associated with fulminant liver failure during an outbreak among injection drug users with acute hepatitis B", *Hepatology* 2004, 40, 790-792.
- Broers B., Junet C., Bourquin M., Deglon J.J., Perrin L., Hirschel B., "Prevalence and incidence rate of HIV, HBV and HCV among drug users on methadone maintenance treatment in Geneva between 1988 and 1995", *AIDS* 1998, 12, 2059-2066.
- Mansson A.S., Moestrup T., Nordenfelt E., Widell A., "Continued transmission of hepatitis B and C viruses, but no transmission of human immunodeficiency virus among intravenous drug users participating in a syringe/needle exchange program", *Scand J Infect Dis* 2000, 32, 253-258.
- Rich J.D., Anderson B.J., Schwartzapfel B., Stein M.D., "Sexual risk for hepatitis B virus among hepatitis C virus-negative heroin and cocaine users", *Epidemiol Infect* 2006, 143: 478-484.
- Centers for Disease Control and Prevention, "Incidence of acute hepatitis B-United States, 1990-2002", *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2004, 52, 1252-1254.
- Gyarmathy V.A., Neaigus A., Miller M., Friedman S.R., Des Jarlais D.C., "Risk correlates of prevalent HIV, hepatitis B virus and hepatitis C virus infections among noninjecting heroin users", *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002, 30, 448-456.
- Maher L., Chant K., Jalaludin B., Sargent P., "Risk behaviours and antibody hepatitis B and C prevalence among injecting drug users in south-western Sydney, Australia", *J Gastroenterol Hepatol* 2004, 19, 1114-1120.
- Gerlich M., Gschwend P., Uchtenhagen A., Kramer A., Rehm J., "Prevalence of hepatitis B and HIV infections and vaccination rates in patients entering the heroin-assisted treatment in Switzerland between 1994-2002", *Eur J Epidemiol* 2006, 21, 545-549.
- Shapatava E., Nelson K.E., Tsertsvadze T., del Rio C., "Risk behaviour and HIV, hepatitis B and hepatitis C seroprevalence among injection drug users in Georgia", *Drug Alcohol Depend* 2006, 82, 35-38.
- Oliveira M.L., Bastos F.I., Telles P.R., Yoshida C.F., Schwartzmayer H.G., Paetzold U., Pauli G., Schreier E., "Prevalence and risk factors for HBV, HCV and HDV infections among injecting drug users from Rio de Janeiro, Brazil", *Braz J Med Biol Res* 1999, 32, 1107-1114.
- Gaeta G.B., Stroffolini T., Chiaramonte M., "Chronic hepatitis D: a vanishing disease? An Italian multicenter study", *Hepatology* 2000, 32, 824-827.
- Farci P., "Delta hepatitis: an update", *J Hepatology* 2003, 39: S212-219.
- Lemon S.M., Thomas D.L., "Vaccines to prevent viral hepatitis", *N Engl J Med* 1997, 33, 196-204.
- Backmund M., Meyer K., Schuetz C., Reimer J., "Factors associated with exposure to hepatitis B virus in injection drug users", *Drug Alcohol Depend* 2006, 84, 154-159.
- Lum P.J., Hahn J.A., Shafer K.P., Evans J.L., Davidson P.J., Stein E., Moss A.R., "Hepatitis B virus infection and immunization status in a new generation of injection drug users in San Francisco", *J Viral Hepat* 2008, 15, 229-236.
- Roy K.M., Goldberg D.J., Wilson K., Cameron S.O., "Vaccination induced immunity to the hepatitis B virus among high-risk groups in Glasgow 1993-2001: evaluating the effectiveness of the UK's selective immunization policy", *Scott Med J* 2008, 53, 13-17.
- Vallejo F., Toro C., de la Fuente L., Brugal M.T., Bravo M.J., "Hepatitis B vaccination: an unmet challenge in the era of harm reduction programs", *J Subst Abuse Treat* 2008, 34, 398-406.

- Baral S., Sherman S.G., Millson P., Beyer C., "Vaccine immunogenicity in injecting drug users: a systematic review", *Lancet Infect Dis* 2007, 7, 667-674.
- Quaglio G.L., Lugoboni F., Mezzelani P., Des Jarlais D.C., Lechi A., "Hepatitis vaccination among drug users", *Vaccine* 2006, 24, 2702-2709.
- Mezzelani P., Venturini L., Turrina G., Lugoboni F., Des Jarlais D.C., "High compliance with a hepatitis B virus vaccination program among intravenous drug users", *J Infect Dis* 1991, 163, 993.
- Quaglio G.L., Talamini G., Lugoboni F., Lechi A., Venturini L., GICS, Des Jarlais D.C., Mezzelani P., "Compliance with hepatitis B vaccination in 1175 heroin users and risk factors associated with lack of vaccine response", *Addiction* 2002, 97, 985-992.
- Lugoboni F., Migliozi S., Schiesari F., Pauletto N., Bovo G.L., Mezzelani P., "Immunoresponse to hepatitis B vaccination and adherence campaign among injecting drug users", *Vaccine* 1997, 15, 1014-1016.
- Quaglio G.L., Lugoboni F., Pajusco B., Sarti M., Mezzelani P., "Managerial considerations in implementing hepatitis B vaccination programs among drug-using cohorts", *Addiction* 2002, 97, 1613-1614.
- Quaglio G.L., Lugoboni F., Mezzelani P., "HBV vaccination should be performed in service centres for drug users: an Italian experience", *J Public Health* 2004, 26, 320.
- Zanetti A.R., Van Damme P., Shouval D., "The global impact of vaccination against hepatitis B: a historical overview", *Vaccine* 2008, 26, 6266-6267.
- Gabbuti A., Romanò L., Blanc P., Meacci F., Amendola A., Mele A., Mazzotta F., Zanetti A.R., "Long-term immunogenicity of hepatitis B vaccination in a cohort of Italian healthy adolescents", *Vaccine* 2007, 25, 3129-3132.
- Da Villa G., Romanò L., Sepe A., Iorio R., Paribello N., Zappa A., Zanetti A.R., "Impact of hepatitis B vaccination in highly endemic area of south Italy and long-term duration of anti-HBs antibody in two cohorts of vaccinated individuals", *Vaccine* 2007, 25, 3133-3136.
- Daryani N.E., Nassiri-Toosi M., Rashidi A., Khodarahmi I., "Immunogenicity of recombinant hepatitis B virus vaccine in patients with and without chronic hepatitis C virus infection: a case control study", *World J Gastroenterol* 2007, 13, 294-298.
- Leroy V., Bourlier M., Durand M., Abergel A., Tran A., Baud M., Botta-Fridlund D., Gerolami A., Ouzan D., Halfon P., Zarski J.P., "The antibody response to hepatitis B virus vaccination is negatively influenced by the hepatitis C virus viral load in patients with chronic hepatitis C: a case-control study", *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2002, 14, 485-489.
- Elefsiniotis I.S., Vezali E., Kamposioras K., Pantazis K.D., Tontorova R., Keticoglu I., Moulakakis A., Saroglou G., "Immunogenicity of recombinant hepatitis B vaccine in treatment-naïve and treatment-experienced chronic hepatitis C patients: the effect of pegylated interferon plus ribavirin treatment", *World J Gastroenterol* 2006, 12, 4420-4424.
- Idilman R., De Maria N., Colantoni A., Nadir A., Van Thiel D.H., "The effect of high dose and short interval HBV vaccination in individuals with chronic hepatitis C", *Am J Gastroenterol* 2002, 97, 435-439.
- Paitoonpong L., Suankratay C., "Immunological response to hepatitis B vaccination in patients with AIDS and virological response to highly active antiretroviral therapy", *Scand J Infect Dis* 2008, 40, 54-58.
- Lugoboni F., Migliozi S., Mezzelani P., Pajusco B., Ceravolo R., Quaglio G.L., "Progressive decrease of Hepatitis B in a cohort of drug users followed over a period of 15 years: the impact of anti-HBV vaccination", *Scand J Infect Dis* 2004, 36, 131-133.
- Quaglio G.L., Lugoboni F., Vento S., Lechi A., Accordini A., Bossi C., Faccini M., Mezzelani P., "Isolated presence of antibody to hepatitis B core antigen in injection drug users: do they need to be vaccinated?", *Clin Infect Dis* 2001, 32, 143-144.
- Gandhi R.T., Wurcel A., Lee H., "Isolated Antibody to Hepatitis B Core Antigen in Human Immunodeficiency Virus Type-1-Infected Individuals", *Clin Infect Dis* 2003, 36, 1602-1605.
- Torbenson M., Kannangai R., Astemborski J., Strathdee S.A., Vlahov D., Thomas D.L., "High Prevalence of Occult Hepatitis B in Baltimore injection drug users", *Hepathol* 2004, 39, 51-57.
- Hu Y., Grau L.E., Scott G., Seal K.H., Marshall P.A., Singer M., Heimer R., "Economic evaluation of delivering hepatitis B vaccine to injection drug users", *Am J Prev Med* 2008, 35, 25-32.
- van Steenbergen J.E., "Working group vaccination high-risk groups hepatitis B for the Netherlands. Results of an enhanced-outreach programme of hepatitis B vaccination in the Netherlands (1998-2000) among men who have sex with men, hard drug users, sex workers and heterosexual persons with multiple partners", *J Hepatol* 2002, 37, 507-513.
- François G., Hallauer J., Van Damme P., "Hepatitis B vaccination: how to reach risk groups", *Vaccine* 2002, 21, 1-4.
- Kuo I., Sherman S.G., Thomas D.L., Strathdee S.A., "Hepatitis B virus infection and vaccination among young injection and non-injection drug users: missed opportunities to prevent infection", *Drug Alcohol Depend* 2004, 73, 69-78.
- Kuo I., Mudrick D.W., Strathdee S.A., Thomas D.L., Sherman S.G., "Poor validity of self-reported hepatitis B virus infection and vaccination status among young drug users", *Clin Infect Dis* 2004, 38, 587-590.
- Des Jarlais D.C., Fisher D.G., Newman J.C., "Providing hepatitis B vaccination to injection drug users: referral to health clinics vs on-site vaccination at a syringe exchange program", *Am J Public Health* 2001, 91, 1791-1792.
- Rich J.D., McKenzie M., Macalino G.E., "A syringe prescription program to prevent infectious disease and improve health of injection drug users", *J Urban Health* 2004, 81, 112-134.
- Altice F.L., Bruce R.D., Walton M.R., Buitrago M.I., "Adherence to hepatitis B virus vaccination at syringe exchange sites", *J Urban Health* 2005, 82, 151-161.
- Weinbaum C., Lyerla R., Margolis H.S., "Prevention and control of infections with hepatitis viruses in correctional settings. Centers for Disease Control and Prevention", *MMWR Mortal Wkly Rep* 2003, 52, 1-36.
- van Houdt R., Sonder G.J., Dukers N.H., Bovee L.P., van den Hoek A., Coutinho R.A., Briusten S.M., "Impact of a targeted hepatitis B vaccination program in Amsterdam, The Netherlands", *Vaccine* 2007, 25, 2698-2705.
- Craig A.S., Schaffner W., "Prevention of hepatitis A with the hepatitis A vaccine", *N Engl J Med* 2004, 350, 476-481.
- Crowcroft N.S., "Hepatitis A virus infections in injecting drug users", *Commun Dis Public Health* 2003, 6, 82-84.
- Andre F., Van Damme P., Safary A., Banatvala J., "Inactivated hepatitis A vaccine: immunogenicity, efficacy, safety and review of official recommendations for use", *Expert Rev Vaccines* 2002, 1, 9-23.
- Lugoboni F., Quaglio G.L., Residori M., Mecenero V., Mezzelani P., "Hepatitis A virus vaccination among injecting drug users: do we have to change the vaccination schedule?", *Clin Infect Dis* 2000, 31, 847-848.
- Joines R.W., Blatter M., Abraham B., "A prospective, randomized, comparative US trial of a combination hepatitis A and B vaccine (Twinrix®) with corresponding monovalent vaccines (Havrix® and Engerix-B®) in adults", *Vaccine* 2001, 19, 4710-4719.
- Lugoboni F., Quaglio G.L., Pajusco B., Civitelli P., Romanò L., Bossi C., Spilimbergo I., Mezzelani P., "Immunogenicity, reactogenicity and adherence of a combined hepatitis A and B vaccine in illicit drug users", *Addiction* 2004, 99, 1560-1564.
- Guadagno V., Trotta M.P., Montesano F., Babudieri S., Caroleo B., Armignacco O., Carioti J., Maio G., Monarca R., Antinori A., Nocchiario Study Group, "Effectiveness of a multi-disciplinary standardized management model in the treatment of chronic hepatitis C in drug addicts engaged in detoxification programmes", *Addiction* 2007, 102, 423-431.

Terapia della dipendenza da cocaina: approcci differenti per differenti pazienti

Antonia Cinquegrana*, Tiziana Bussola**, il Gruppo di Studio Cocaina dei Responsabili UO Ser.T. 1 Brescia***

SUMMARY

■ *Brescia Sert1 has consolidated over the years a remarkable clinical experience in the treatment of cocaine-addicted subjects and has implemented specific treatment offers for a selected target made up of socially-integrated cocaine-addicted patients. (SI Cocaine-addicted).*

For SI cocaine-addicted patients psychotherapy represents the priority treatment offer, the 96% of such actions being actually addressed to this target: the psychotherapy proposed is short-term and the treatment lasts 6-12 months.

For other socially-non-integrated cocaine-addicted patients (NSI) the therapy is operated in relation to the clinical, personal, social and legal situation and mainly adopts a socio-educational approach.

The therapeutic programs proposed to SI and NSI cocaine-addicted patients therefore determine different permanence modalities in the treatment courses as well; the analysis of the data referring to the period July-September 2008 show that while the percentages of those who have interrupted the treatment actually coincide (7%), the data about the conclusion of the therapy differ significantly: less than 6% of the SI cocaine-addicted patients, who undergo the longer psychotherapeutic treatment, and 18.6% of the NSI cocaine-addicted patients. The percentage of the cocaine-addicted patients still under treatment is, in comparison with the totality of the subjects in charge in the three-month period, 87% of SI and 74% of NSI. The high compliance to the therapy of the SI cocaine-addicted patients implies a longer permanence at Ser.T.

The two different target typologies therefore require a diversified treatment approach and the employment of specifically-dedicated professional resources. ■

Keywords: *treatment of cocaine addiction, different typologies, diversified treatment approach.*

Parole chiave: *trattamento della dipendenza da cocaina, differenti tipologie di pazienti, differenti approcci trattamentali.*

L'abuso di cocaina oggi giorno è prevalente ed è una crescente preoccupazione nella maggior parte dei paesi europei (1); da quanto riportato dalla relazione annuale al Parlamento Europeo per l'anno 2007 (2) si stima che circa 12 milioni di europei (pari a quasi il 4% della popolazione adulta) abbiano sperimentato cocaina almeno una volta nella vita (prevalenza una tantum)

La cocaina viene pertanto utilizzata sempre con maggior frequenza in ampi strati della popolazione.

Parallelamente a tale incremento per uso ludico /ricreazionale si verifica un consumo patologico della sostanza in termini di abuso e di dipendenza e quindi negli ultimi 5 anni l'affluenza dei soggetti cocainomani (cocaina sostanza d'abuso primaria) ai Ser.T. italiani è costantemente aumentata, specialmente nei Servizi per le Tossicodipendenze della Lombardia, Lazio, Emilia Romagna (3).

* Medico - Responsabile UO Brescia - Ser.T. 1/Brescia - Dipartimento Dipendenza ASL Brescia.

** Psicologa - Coordinatore dell'attività di psicoterapia per pazienti cocainomani del Ser.T. 1/ Brescia - Dipartimento Dipendenze ASL Brescia.

*** Piera Dettori Medico Responsabile UO Zanano, Maurizio Cadonia Medico Responsabile UO Salò, Fabio Roda Medico Responsabile UO Carcere - Ser.T. 1/Brescia - Dipartimento Dipendenza ASL Brescia.

Il Ser.T. 1 di Brescia (UO di Brescia, UO di Zanano, UO di Salò, UO Carcere) ha consolidato negli anni una consistente esperienza clinica nel trattamento dei soggetti cocainomani ed ha attuato nel triennio 2005-2007 il progetto NICODeMo (4) (poi proseguito all'interno del progetto Nazionale Cocaina) rivolto ad uno specifico target selezionato costituito da pazienti cocainomani socialmente inseriti (**Cocainomani SI**).

Sono stati definiti cocainomani SI quei pazienti che depongono una assunzione di cocaina esclusivamente per via inalatoria, con anamnesi negativa per uso di eroina, per pregressa patologia psichiatrica e per problemi abitativi.

È richiesta inoltre assenza di problematiche legali all'ammissione al trattamento, data l'elevata probabilità di una compliance fittizia: la legge italiana consente infatti ai tossicodipendenti carcerati, qualora attuino un programma terapeutico, benefici alternativi alla carcerazione.

In Italia i pazienti cocainomani SI accedono con difficoltà ai Ser.T. e scarsamente aderiscono ad un trattamento specialistico. Il Progetto NICODeMo ha dimostrato come invece sia possibile con successo reclutare tale target, purché si associ alla professionalità anche una necessaria flessibilità nell'articolazione dei trattamenti specialistici.

La significativa affluenza al Ser.T. 1 di tale tipologia di pazienti ha di fatto determinato un notevole incremento degli interventi di psi-

coterapia rispetto al passato sia perché tale terapia non è considerata elettiva nei confronti dei pazienti eroinomani, sia soprattutto perché si è riuscito a selezionare una tipologia di utenza che manifesta una elevata compliance a tale trattamento.

Nel triennio 2005-2007 infatti presso il Ser.T. 1 si è selezionato un campione significativo di soggetti dipendenti da cocaina socialmente inseriti e rispondenti al target sovradescritto.

Nel periodo di arruolamento allo studio durato 20 mesi, (marzo 2005-novembre 2006) tutti i pazienti cocainomani (cocaina sostanza d'abuso primaria) presentatisi al Ser.T. hanno effettuato nel primo colloquio uno screening iniziale che ha escluso quanti hanno dichiarato una anamnesi positiva per uso di eroina, uso di cocaina intravena, pregressa patologia psichiatrica grave, problematiche legali e assenza di casa.

Si sono così selezionati 155 soggetti: per essi i professionisti del Ser.T hanno attuato quindi un approfondimento diagnostico clinico medico- psicologico per confermate l' effettiva inclusione dei soggetti nello studio, selezionando 105 pazienti .

Hanno iniziato una psicoterapia 74 soggetti e, a sei mesi dall'inizio del trattamento, il 89,1% ha fortemente ridotto o cessato l'uso di cocaina (5).

Rispetto alla globalità della popolazione dei soggetti dipendenti da cocaina afferenti al Ser.T. 1, la selettiva identificazione del target riduce sostanzialmente a meno della metà il numero di quanti vengono inclusi nella categoria dei cocainomani SI: se si escludono i pazienti cocainomani carcerati, per cui è previsto un iter trattamentale definito da un contesto in cui le scelte terapeutiche sono limitate dalla situazione contingente, i pazienti SI rappresentano il 43 % della popolazione cocainomane del Ser.T 1 di Brescia (tab. 1).

L'utenza cocainomane (cocaina sostanza d'abuso primaria) che nel periodo 1 gennaio-30 novembre ha richiesto un trattamento al Ser.T 1 di Brescia è dettagliata nella tab. 1.

Per i pazienti cocainomani SI la psicoterapia, una psicoterapia breve che prevede una durata orientativa di 6-12 mesi, rappresenta l'offerta prioritaria di trattamento, per gli altri pazienti cocainomani non socialmente inseriti (NSI) la terapia proposta è declinata in relazione alla situazione clinica, personale, sociale e legale e prevale un approccio socio-educativo.

Tab. 1 - Utenza cocainomane Ser.T. 1 - gennaio-novembre 2008 (UO Brescia, UO Zanano, UO Salò, UO Carcere)

	Ser.T. 1 Numero pazienti	
N. totale cocainomani	657	100%
N. cocainomani UO Carcere	178	27,1%
N. totale cocainomani SI	206	31,3%
N. totale cocainomani NSI	273	41,6%

Per meglio comprendere come si connota l'utenza cocainomane afferente ai Servizi Territoriali del Ser.T. 1 di Brescia (UO Brescia, UO Zanano, UO Salò), senza tuttavia considerare i soggetti in carico all'UO Carcere è utile analizzare la Tabella 2 in cui sono riportati i dati relativi al 2008 e specificatamente per il periodo 1 gennaio-30 novembre.

La popolazione dei cocainomani afferenti ai Servizi Territoriali del Ser.T. 1 nell'anno 2008 può quindi essere suddivisa in 2 grandi categorie: i cocainomani SI e i cocainomani che richiedono un intervento correlato a provvedimenti penali ed amministrativi e che rappresentano rispettivamente il 43% e il 22,8% della popolazione cocainomane trattata in tale anno.

I pazienti con patologia psichiatrica grave rappresentano meno del 7% della popolazione assistita. Tale percentuale è particolar-

Tab. 2 - Caratteristiche Utenza cocainomane Ser.T. 1 - gennaio-novembre 2008

	UO Carcere	UO Territoriali (Brescia, Zanano, Salò)	
N. totale soggetti cocainomani	178	479	100%
N. totale soggetti cocainomani SI		206	43%
N. totale soggetti cocainomani NSI		273	57%
N. pazienti in "doppia diagnosi"		33	6,9%
Intervento correlato a provvedimenti penali ed amministrativi			
N. soggetti sottoposti a provvedimenti penali (escluso carcere)	46	9,6%	
N. pazienti inviati da Tribunale Minori	22	4,6%	109 (22,8%)
N. pazienti inviati da Prefettura	34	7,1%	
N. pazienti inviati Commissione Patenti	7	1,5%	

mente significativa se si considera la presenza di tale co- patologia nei pazienti eroinomani in terapia metadonica afferenti alla UO di Brescia.

Uno studio effettuato dalla UO di Brescia nel 2006 ha preso in esame tutti i pazienti dipendenti da eroina che hanno avviato presso il Ser.T. cittadino il trattamento metadonico dal 1 gennaio 2003 al 30 giugno 2004 (6).

Il campione studiato, 108 soggetti, era costituito da 40 soggetti con comorbidità psichiatrica (37%) e da un gruppo di 68 soggetti privo di questa patologia. (63%).

È evidente come l'implementazione di un servizio specificatamente rivolto ai cocainomani SI, a cui i pazienti accedono numerosi, riduce fortemente la percentuale di soggetti con patologia psichiatrica grave all'interno della popolazione dei cocainomani afferenti al servizio.

La differente modalità di approccio terapeutico attuato nei confronti delle diverse tipologie di pazienti emerge chiaramente analizzando alcuni item della scheda predisposta dal Ministero della Salute relativamente alla raccolta dei dati di attività del Progetto Nazionale Cocaina.

I dati si riferiscono al trimestre luglio-settembre 2008 (tab. 3).

La tabella 3 evidenzia come i soggetti cocainomani carcerati, cocainomani SI e cocainomani NSI usufruiscano di un approccio trattamentale disomogeneo e per cui devono essere previste terapie differenti, con utilizzo di risorse professionali specificatamente dedicate. Le visite mediche sono effettuate per quasi il 70% nei confronti dei cocainomani carcerati, a cui vengono erogate anche il 39% dei colloqui socio/educativi

Per i cocainomani SI l'intervento elettivo è la psicoterapia, dedicata nel 96% dei casi a tali pazienti. Sempre a questo target è rivolto un importante supporto psicologico: il 63% delle prestazioni.

Notevolmente diversificato l'approccio trattamentale nei confronti dei cocainomani NSI per cui le psicoterapie sono solo il 6% delle terapie effettuate, il sostegno psicologico rappresenta il 15%, mentre l'intervento maggiormente proposto è il trattamento socio/educativo, dedicato nel 46,3% a tali pazienti. In sintesi per i cocainomani carcerati prevale un intervento medico-socio-educativo, per i cocainomani SI la psicoterapia, per i cocainomani NSI il trattamento socio-educativo.

La compliance al trattamento nel gruppo dei cocainomani SI e NSI è analizzata in tabella 4.

I programmi terapeutici proposti ai cocainomani SI e NSI determinano anche differenti modalità di permanenza nel percorso di cura. Se è praticamente sovrapponibile la percentuale di quanti hanno

Tab. 3 - Ser.T. 1 Brescia: Numero Prestazioni offerte all'utenza cocainomane nel trimestre luglio-settembre 2008

Prestazione	Prestazioni	Prestazioni	Prestazioni per Cocainomani		
	Globali Ser.T. 1 (498 pazienti)	UO Carcere (129 pazienti)	UO Territoriali (Brescia, Zanano, Salò) Cocainomani in toto (369 pazienti)	SI (154 pazienti)	NSI (215 pazienti)
Visite mediche	430	300 (70%)	130	63	67
Psicoterapie (individuali/gruppo)	505	0	505	485 (96%)	20 (4%)
Colloqui psicologici (individuali/gruppo)	452	100	352	284 (63%)	68 (15%)
Colloqui socio/educativi	618	240 (39%)	378	92	286 (46%)
Colloqui con la famiglia psico-socio-educativi	211	0	211	97	114
Counselling infermieristico ed esami ematochimici	1.604	30	1.574	925	649

Tab. 4 - Ser.T. 1 Brescia: Numero soggetti cocainomani in carico nel trimestre luglio-settembre 2008 e loro compliance al trattamento

	Pazienti Ser.T. 1	Pazienti UO Carcere	Pazienti UO Territoriali (Brescia, Zanano, Salò)		
			Cocainomani in toto	SI	NSI
N. soggetti cocainomani in carico nel trimestre	498	129	369	154	215
N. soggetti cocainomani ancora in trattamento alla fine del trimestre	391		293	134 (87%)	159 (74%)
N. soggetti cocainomani che hanno concluso il trattamento nel trimestre	80		49	9 (6%)	40 (19%)
N. soggetti cocainomani che hanno interrotto il trattamento nel trimestre	27		27 (7%)	11	16

interrotto il trattamento (7%) significativa diversità emerge per quanto riguarda la conclusione delle terapie nel trimestre: meno del 6% nel caso dei cocainomani SI, il 19% nel caso dei cocainomani NSI.

La percentuale dei pazienti cocainomani ancora in trattamento rispetto ai soggetti in carico nel trimestre è nell'ordine dell'87% per i SI e del 74% per i NSI.

È evidente quindi come la compliance alla psicoterapia determini per i pazienti SI una permanenza più elevata al servizio rispetto al gruppo dei cocainomani NSI.

Conclusioni

Il Ser.T. 1 di Brescia ha negli anni implementato specifiche offerte trattamentali dedicate ai soggetti cocainomani, in particolare nei confronti dei soggetti SI, che rappresentano circa 1/3 di tutti i pazienti dipendenti da cocaina (cocaina sostanza d'abuso primaria) in carico al Ser.T. 1.

Dall'analisi effettuata sulla popolazione globale dei pazienti cocainomani afferenti nel 2008 al Ser.T. 1 di Brescia emerge come nel trattamento dei soggetti cocainomani prevalga nettamente un approccio psico-sociale-educativo inteso sia come psicoterapia sia come trattamento di supporto psicologico e sociale/educativo.

Nelle UO Territoriali (UO Brescia, Zanano, Salò), UO Carcere esclusa, i soggetti SI sono il 43% della popolazione cocainomane assistita mentre i pazienti con patologia psichiatrica grave sono meno del 7%.

Gli invii al servizio che sono correlati a provvedimenti penali ed amministrativi, se si esclude ovviamente l'attività della UO Carcere, rappresentano globalmente circa 1/4 dei pazienti valutati. La popolazione dei cocainomani afferenti alle UO Territoriali del Ser.T. 1 nell'anno 2008 può quindi essere suddivisa in 2 grandi

categorie: i cocainomani Socialmente Inseriti e, considerando i cocainomani NSI, quanti che richiedono un intervento correlato a provvedimenti penali ed amministrativi.

Le due differenti tipologie target richiedono pertanto un approccio terapeutico diversificato, sia per quanto riguarda l'individuazione del percorso trattamentale, sia per quanto riguarda la durata dello stesso, prevedendo quindi un utilizzo di competenze specialistiche specificatamente dedicate.

Le offerte di cura per i cocainomani SI dovranno perciò utilizzare maggiormente le risorse professionali di psicoterapeuti e psicologi, mentre l'intervento socio-educativo rappresenta il percorso trattamentale più indicato per i cocainomani NSI.

Bibliografia

- Haasen C., Prinzleve M., Zurhold H., Rehm J., Güttinger F., Fischer G., Jagsch R., Olsson B., Ekendahl M., Verster A., Camposeragna A., Pezous A.M., Gossop M., Manning V., Cox G., Ryder N., Gerevich J., Bacskai E., Casas M., Matali J.L., Krausz M., "Cocaine use in Europe - a multi-centre study. Methodology and prevalence estimates", *Eur Addict Res* 2004; 10(4): 139-146.
- E.M.C.D.D.A, European Monitoring Centre for Drugs and Drug, *Annual Report 2007: the state of the drugs problems in the European Union and Norway*. www.emcdda.europa.eu.
- Ministero della Salute Rilevazione attività nel settore tossicodipendenze, anno 2006, anno di pubblicazione 2007.
- Cinquegrana A., Bussola T., Gruppo di studio N.I.Co.D.E.Mo. (2006), "N.I.Co.D.E.Mo., Nuova Iniziativa Cocaina-Dipendenti di entità moderata", in Serpelloni G., Macchia T., Gerra G. (a cura di), *Cocaina*, La Grafica, Vago di Lavagno (VR), pp. 603-614.
- Cinquegrana A., Bussola T., Gruppo di Studio NICODEMO, "Cocainomani socialmente inseriti e psicoterapia: uno studio di fattibilità", *Bollettino delle Farmacodipendenze ed Alcolismo*, in Press.
- Cinquegrana A., Martinelli G., La Torre V., Maselli F., Premi S., "Trattamento metadonico e comorbidità psichiatrica", *Mission*, 20: 55-61 (2006).

Speciale V Conferenza Nazionale sulle Politiche Antidroga - Trieste 12-14 marzo 2009

Presentiamo alcuni dei contributi presentati alla V Conferenza nazionale di Trieste da esponenti della Federazione.

FeDerSerD ha partecipato attivamente alla Conferenza nello spirito del dpr 309, per contribuire alla analisi dei fenomeni di consumo e dipendenza e per valutare miglioramenti alla legislazione vigente.

I contributi che seguono sono di varia natura e in realtà spunti di ulteriore riflessione per i vari settori dell'universo di nostro interesse. Segnaliamo che sul sito www.conferenzadroga.org sono riportate tutte le relazioni e gli atti di Trieste.

Le strategie d'intervento e le possibili politiche di programmazione

Alfio Lucchini*

Un saluto alle autorità, amministratori regionali, provinciali, comunali, rappresentanti dei ministeri e degli organi decentrati dello stato.

Un saluto e un ringraziamento al sen. Carlo Giovanardi e al capo dipartimento antidroga dott. Giovanni Serpelloni.

Un ringraziamento particolare ai professionisti dei Ser.T. e delle Comunità professionali del privato sociale che hanno colto il senso della battaglia di FeDerSerD e della Consulta delle Società Scientifiche per essere qui in questi giorni ad esigere un loro diritto, ad esercitare un loro dovere, con pazienza e non poche difficoltà.

Abbiamo sentito in questi giorni ribadire ancora una volta che il nostro, in Italia, è un buon sistema di intervento.

Abbiamo 560 Ser.T., 670 Comunità Terapeutiche, 275.000 utenti in trattamento, ed anche il problema alcol viene affrontato con oltre 75.000 persone in trattamento.

I confronti con l'Europa e il resto del mondo non mi emozionano: il nostro è il solo sistema multidisciplinare e che prevede l'intera gamma degli interventi.

Non dimentichiamoci questa premessa.

I problemi non mancano.

Una prima proposta è quella di costruire un tavolo operativo del Governo con le Regioni per condividere la dislocazione delle risorse ed il riassetto del Sistema dei Servizi.

Metà delle Regioni italiane non hanno ancora recepito le Intese Stato-Regioni del 1999 sulla organizzazione e sull'accreditamento del sistema di intervento.

E spesso, a recepimento avvenuto, non seguono azioni armoniche nelle filiere decisionali regionali.

L'investimento medio delle Regioni per il settore è inferiore all'1% del bilancio sanitario, non ci si schioda da quel 0,8% di cui parliamo da 10 anni.

L'obiettivo dichiarato da Governo e Regioni di raggiungere l'1,5% appare tutto da costruire.

Permane una disomogenea applicazione dei LEA e si attende ancora la definizione dei LIVEAS.

Della relazione del Coordinamento delle Regioni di ieri, apprezzabile, non condivido due affermazioni.

Si è detto di parlare di contenuti e non di recepimento di atti vecchi di 10 anni. Credo che gli atti vadano recepiti dalla pubblica

amministrazione e che i contenuti, ovviamente centrali, devono trovarvi articolazione e poi significato nelle politiche territoriali.

La realtà presentata non è affatto omogenea, come si è invece detto: l'Italia è divisa sempre più in due anche in questo settore, e per di più anche in aree omogenee del centro nord vi sono differenze organizzative, di governance e di risorse paurose.

La seconda proposta è incrementare sostanzialmente, con un piano specifico, il numero di operatori dei Dipartimenti per le Dipendenze, studiando forme di supporto ed accompagnamento delle Regioni e delle ASL per questa azione.

Quale è la ragione per cui in alcune Regioni si continua a non costituire i Dipartimenti o a svuotarli di contenuti quando istituiti? Non vedo alcuna scusa.

Il blocco totale delle assunzioni e il decremento degli operatori a fronte del raddoppio dell'utenza in dieci anni è la rappresentazione della realtà dei servizi.

La necessità del nostro sistema è quella di passare dalla gestione delle emergenze alla definizione delle strategie.

So benissimo che c'è la crisi economica, ma guardate che il vecchio adagio di trasformare i vincoli in risorse non regge più in questo settore.

Al limite, anche se amo assai poco la troppa legislazione, mettiamo mano ad un provvedimento legislativo specifico.

D'altronde il costo sociale della droga in Italia, secondo i dati 2008 dell'EMCDDA, ammonta a 11.000 MLN di euro, lo 0,7% del PIL, si potrebbe dire una manovra finanziaria.

L'impegno dell'Italia per le azioni di lotta alla droga è pari a 1.150 MLN di euro, e quello per il sistema di cura è di poco superiore a 800 MLN di euro, lo 0,06% del PIL e lo 0,7% del FSN.

Insomma, su 100 euro di costo sociale 8 euro rappresentano l'impegno di ritorno dello Stato e meno di 4 euro l'impegno per il sistema tutto dei servizi.

Con chiarezza e forse un certo imbarazzo ieri il dott. Fabrizio Oleari, direttore generale del Ministero della Salute, faceva notare come i Ser.T. "costino" poco più di 550 MLN di euro e le Comunità circa 250 MLN di euro.

Il costo pro capite annuo per le istituzioni di un paziente in trattamento è pari a 3.000 euro: riflettiamo su questi miseri dati e lo Stato si impegni di più.

In questa Conferenza sta trovando la giusta valorizzazione istituzionale il percorso del Tavolo di Alta Integrazione dei Ser.T. e delle Comunità, a seguito della attività da 6 anni in corso tra FeDerSerD, FICT e CNCA, rappresentanti più significativi del sistema degli accreditati del sistema italiano.

* Presidente Nazionale FeDerSerD - Trieste, Sessione plenaria del 14 marzo.

Un percorso che parte da una premessa: ognuno faccia quello che sa fare bene.

No alla contrapposizione tra pubblico e privato sociale, no alla logica della concorrenza, si a valorizzare il tema dell'integrazione incrociandolo con il tema della programmazione regionale dei finanziamenti e delle attività (pubbliche e private), si a lavorare dal macro al micro dei bisogni della territorialità.

Un altro punto voglio sottolineare: bisogna organizzare l'intervento sulle politiche antidroga considerando l'insieme degli interventi su sostanze legali ed illegali e sui comportamenti additivi, sulla base della evidenza scientifica di una radice comune degli stati di abuso e dipendenza.

La differenziazione delle competenze e dei finanziamenti a livello centrale e talvolta periferico, vedi alcolismo e tabagismo, porta solo burocrazia, duplicazioni, inefficienze e in sostanza depotenziamento delle azioni di prevenzione, trattamento, reinserimento e comunicazione.

In Italia è venuto il momento di promuovere e formalizzare, attivando gli investimenti economici necessari, un piano nazionale di ricerca sulle dipendenze che veda il coinvolgimento e la promozione, in un costante percorso di crescita, dei Servizi di eccellenza del nostro sistema di intervento.

E bisogna attivare un serio percorso di valutazione degli esiti degli interventi (dalla prevenzione, alla cura, al reinserimento sociale e lavorativo, alla riduzione dei rischi) che sia efficiente e sufficientemente agile da entrare a regime in un tempo ragionevole.

E non possiamo prescindere da indicatori come la mortalità, le infezioni, la qualità della vita, i reati, le guarigioni.

Non mi sottraggo dall'affrontare il tema della riduzione del danno, al centro della polemica attuale, e lo voglio fare dal punto di vista della esperienza e della scienza.

Alle mille persone che sono qui voglio ricordare l'epidemia di AIDS degli anni '80 e le scellerate politiche, criminali direi, di alcune aree territoriali di limitare l'uso dei farmaci sostitutivi e delle politiche vere di riduzione del danno.

Ebbene, successi che aumentarono gli infetti e i morti e i lavori scientifici lo dimostrarono.

Stiamo attenti allora. Il settore delle Unità Mobili, dei Servizi a bassa soglia, dei programmi di riduzione del danno dei Ser.T. è forse quello che ha avuto più momenti di valutazione.

Attiviamo i percorsi per la migliore definizione del Piano di Azione per le Dipendenze 2009-2012 in Italia, e manteniamo la coerenza con i principi delle politiche europee.

Dobbiamo attivare una azione di prevenzione e di informazione che non sia a progetto o a scadenza ma che abbia, nei territori, una continuità ordinaria e che veda coinvolte tutte le Agenzie sociali.

La indifferenziazione del fondo sociale ha portato al crollo delle progettualità specifiche in tema di droga.

Stato, Regioni e Comuni devono riflettere su questa evidenza ed avere il coraggio di scelte conseguenti: servono di nuovo un fondo nazionale e un fondo regionale dedicati.

Ribadiamo ancora una volta i punti fondanti della azione di diagnosi e cura del Sistema dei Servizi. Le evidenze scientifiche sono ormai consolidate per molti degli interventi attuati nei Servizi. È indispensabile in questo contesto la valorizzazione dei

lavori della Consulta delle Società scientifiche e professionali da parte delle istituzioni.

FeDerSerD fa la sua parte, promuovendo la riflessione tra i professionisti su atti e provvedimenti, proponendo strumenti operativi, come la recente consensus tra gli operatori su prevenzione e cura. Permettetemi di insistere su una questione, usando un termine che mi ha ricordato il sottosegretario alla Salute prof. Ferruccio Fazio. Il termine è fare lobby: ebbene in questo caso il termine mi interessa.

Dobbiamo promuovere e formalizzare una nuova disciplina, la "clinica delle dipendenze", con i relativi corsi istituzionali di formazione e costruire un percorso di formazione permanente per tutte le professioni che operano nel sistema di intervento.

La realtà di lavoro dei professionisti italiani e il futuro dei profili professionali impongono il riconoscimento di percorsi formativi abilitanti.

Altrimenti non ci sarà futuro per il sistema.

Se è necessaria una lobby tra Governo, Unione Europea e mondo dei servizi e dell'università, bene noi ci siamo e in prima fila.

Siamo qui non nella imminenza della emanazione di nuove leggi, ma per valutare la applicazione delle leggi, monitorarne i risultati, proporre i cambiamenti necessari.

Da questa conferenza stanno emergendo delle indicazioni, ad esempio su atti necessari per una reale e utile applicazione della Intesa Stato Regioni sugli accertamenti di assenza di tossicodipendenza in alcune categorie di lavoratori, anche in una visione unitaria con altre norme, ad esempio quelle sull'alcol, o sulla revisione di alcune norme della legge 49 del 2006 per permettere ai servizi di operare secondo una logica che coniughi i percorsi amministrativi prefettizi con le finalità preventive ed educative.

Ed è importante che si stia ponendo attenzione al come si è realizzato il passaggio delle competenze della sanità penitenziaria alle ASL nelle diverse Regioni italiane e a quale ricaduta pratica sta determinando sulla critica situazione carceraria.

Collegati, credo che i decisori politici e istituzionali possano valutare gli elementi per scegliere delle strategie.

Contribuire a questo è per noi compito legittimo di una associazione come FeDerSerD.

Concludo ricordando come in questa città, oltre 40 anni fa, Franco Basaglia dimostrò come dalla prassi, passando per la teoria, si potesse incidere sulla cultura e sulla legge.

Molti di noi che sono qui oggi hanno iniziato ad operare nei Ser.T. e nelle Comunità professionali, nel sociale, sulla spinta di quel periodo di conquiste civili.

Al di là delle convinzioni ideologiche e personali, comunque siamo stati tutti attraversati da quei dibattiti e da quello spirito.

Dobbiamo tutti, nei Ser.T. e nelle Comunità professionali, con le nostre convinzioni, essere spietati nel rivendicare ed agire le nostre competenze professionali scientificamente accreditate e aggiornarle sempre di più, e nello stesso tempo essere sempre dotati di quella sensibilità umana e sociale che può modificare la cultura e i vissuti spesso negativi verso i cittadini che si rivolgono a noi.

Grazie a tutti.

Alta Integrazione dei Servizi e delle Professionalità

Guido Faillace*

I presupposti che sono alla base di questo percorso iniziato cinque anni fa da parte di FeDerSerD - CNCA - FICT si possono riassumere nel concetto elementare che ciascuno è bene che faccia ciò che sa fare meglio e cerchi di legare il tutto in una strategia condivisa tra i protagonisti della cura.

Tradotto nel linguaggio organizzativo e gestionale dell'intervento sulle problematiche della dipendenza chimica e non chimica, significa che le tre organizzazioni, che rappresentano gran parte del sistema di intervento nel nostro paese, si sono impegnate nel miglioramento di quelle prassi, che per loro natura richiedono di essere necessariamente integrate in percorsi continui di interazioni e scambi che hanno al loro centro il paziente e i suoi problemi.

Dopo una prima fase dedicata al confronto aperto e costruttivo, per individuare e perfezionare gli snodi delle interazioni determinate dagli interventi di cura sui pazienti e una ampia e condivisa riflessione sulle forme organizzative che a nostro giudizio, devono stare alla base di questi processi virtuosi (vedi il documento sottoscritto sulla necessità di attivare in tutte le aziende sanitarie il Dipartimento delle Dipendenze) siamo dunque a proporre una seconda fase di questo processo, che vuole analizzare e discutere le pratiche e gli snodi gestionali ritenuti fondamentali per un efficace processo di integrazione delle rispettive competenze.

Il presente contributo intende proporre un quadro interpretativo generale sul tema dell'integrazione nell'ambito delle tossicodipendenze utile per questa conferenza di Trieste.

Tale quadro interpretativo generale costituisce la base per una serie di soluzioni operative per rendere effettivo il principio dell'integrazione nel rispetto degli elementi di complessità del tema.

La proposta prende le mosse da due presupposti:

Primo

Il tema dell'integrazione si incrocia con il tema della programmazione regionale in tema di finanziamenti e attività (pubbliche e private).

Tradizionalmente si è sempre cercato di realizzare l'integrazione degli interventi focalizzando l'attenzione sul momento programmatico, nella convinzione che la coerenza (anche se relativa) degli atti di indirizzo e della programmazione finanziaria a livello regionale (o comunque istituzionale) potesse fornire adeguata garanzia e stabilità per il coordinamento dei diversi attori del sistema.

All'atto pratico però le reali dinamiche operative frequentemente vanificano la concreta realizzazione di tali indirizzi teorici.

Nel passato più recente tale fenomeno è dovuto in estrema sintesi a due problematiche principali:

1. La responsabilità economica delle ASL si è sempre fatta più pressante e le tensioni economiche e finanziarie devono trovare il momento di sintesi e "quadratura" nei bilanci dell'ASL.

Ciò però comporta che i vincoli finanziari agiscono in modo diverso sulle diverse ASL e quindi condizionano la reale disponibilità di risorse (sia complessivamente che sulle varie voci di bilancio) per le attività e i servizi, senza una coerenza con le politiche di distribuzione delle risorse implicite nella programmazione. Poco ha potuto rimediare sinora il tentativo di vincolare le risorse a specifiche funzioni o servizi.

2. La tutela del principio di libera scelta e di mobilità per i pazienti rende inefficace la sola programmazione centrale come momento di ricerca dell'equilibrio del sistema. Proprio i citati principi intendono inserire "la voce" del paziente nelle scelte, generando differenze tra il programmato e l'effettivo.

Si può peraltro riscontrare che in tutti i sistemi assistenziali si vada delineando un processo che individua modelli di funzionamento attraverso regole e meccanismi che ricercano gli equilibri ex-post e non più ex-ante come i modelli di programmazione pura ipotizzavano.

In sintesi ciò significa ricercare la costruzione di un sistema di equilibri parziali da verificare a posteriori, rinunciando alla ricerca di un equilibrio predefinito centralmente.

La presa d'atto di ciò comporta che anche l'individuazione dei momenti di integrazione più efficaci si sposti dal livello della programmazione centrale regionale verso l'insieme dei momenti di interazione tra i vari attori.

È quindi sui meccanismi e sulle occasioni di interazione sui singoli pazienti o su specifiche azioni che si realizza l'integrazione degli interventi e si costruisce l'equilibrio di sistema in una evoluzione che potremmo etichettare: "dal macro al micro".

Secondo

L'elenco dei temi operativi in cui si manifesta il fabbisogno di maggior coordinamento e integrazione tra gli attori del sistema è lungo e tocca tutti i temi della conferenza.

I principi e gli obiettivi di cui l'integrazione deve tenere conto ed essere finalizzata sono molteplici.

Alcuni di questi rendono difficile proporre soluzioni operative valide in ciascun contesto o con riferimento a tutte le tipologie di attività e di problematiche che afferiscono alle tossicodipendenze. In particolare, a titolo di esempio, basti segnalare:

- Le diverse modalità di intervento da parte del sistema dei servizi.
- Anticipazione degli interventi.
- Rispetto dell'autonomia del paziente (e la correlata libera circolazione sanitaria).
- Appropriatezza degli interventi.

Tali tematiche rimangono necessariamente astratte se non sono contestualizzate con riferimento a classi di pazienti o ad aree di attività definite.

È pertanto necessario prendere atto che le soluzioni per una migliore integrazione sono più facilmente identificabili solo attraverso la definizione di aree di attività su cui articolare le analisi e le azioni.

In questo contributo si propone di adottare uno schema a 4 aree di attività definite sia in relazione alle attività attualmente svolte

* Vice Presidente FeDerSerD - Alcamo - Trapani.

sia alle linee di evoluzione dell'approccio alle tossicodipendenze emergenti a livello internazionale e italiano.

Le aree sono definite "Aree strategiche di attività" in quanto ciascuna di esse si caratterizza per problematiche strategiche differenti e solo parzialmente interagenti tra loro.

Tale caratteristica facilita proprio la ricerca di soluzioni organizzative e operative valide in ciascuna area.

Le aree strategiche di attività proposte sono:

1. Prevenzione.
2. Intercettazione precoce.
3. Assistenza a bassa gravità.
4. Assistenza ad alta gravità.

Vengono proposti in Conferenza alcuni schemi con ipotesi di soluzioni che riguardano diverse tipologie:

- Soluzioni organizzative strutturali: nuovi ruoli organizzativi o nuove unità organizzative, ecc.
- Soluzioni organizzative legate a meccanismi operativi: protocolli, procedure, budget condivisi, ecc.
- Regole di sistema strutturali: revisione tariffari, standard minimi, ecc.
- Regole di sistema legate a meccanismi operativi: sistemi informativi integrabili, meccanismi di audit sul rispetto dei protocolli e delle procedure organizzative, ecc.

Su tali soluzioni si richiama la necessità di un adeguato bilanciamento tra le soluzioni "strutturali" i cosiddetti meccanismi operativi.

Soluzioni/Conclusioni: una proposta di agenda di azioni

Si propone di definire il ruolo del case manager in Conferenza secondo questi riferimenti professionali per i pazienti divisi in aree strategiche specifiche illustrate in Conferenza:

- Educatore Professionale.
- Psicologo.
- Assistente sociale.

Per i pazienti delle altre aree strategiche:

- Medico del Ser.T.

- Psichiatra.
- Psicologo.
- Educatore Professionale.
- Assistente sociale.

Si propone di sviluppare un protocollo per i pazienti che andremo a definire ad alta gravità sulla base del già esistente documento **Progetto Nazionale Mosaico**: "linee guida per la stesura di un protocollo operativo tra il dipartimento delle dipendenze, il dipartimento di salute mentale e le strutture residenziali e semiresidenziali accreditate per la gestione, il monitoraggio e la valutazione di interventi terapeutico-specialistici per tossicodipendenti con complicanze psicopatologiche e/o psichiatriche".

Si propone infine di attivare **quattro gruppi di lavoro** allargati ad altri soggetti interessati a sviluppare le tematiche nella logica della integrazione sulle varie aree di attività che elaborino i temi seguendo lo schema di analisi proposto, perfezionando le proposte, individuando i tempi di sperimentazione e possibile applicazione nel corso del 2009.

La proposta ora presentata a Trieste in sede di Conferenza Nazionale troverà seguito con il sostegno del Dipartimento Nazionale Antidroga che farà da riferimento per il raccordo tra gli sviluppi di area e la sintesi finale.

Nota

A tutti I partecipanti alla Conferenza di Trieste è stato consegnato un DOCUMENTO IN PROGRESS come contributo per la discussione proposto da FeDerSerD, FICT, CNCA in collaborazione tecnica con la Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento Politiche Antidroga e la supervisione tecnico scientifica del Prof. Gian Maria Battaglia (SDA - Bocconi -School of Management).

Il documento, con una presentazione del Capo Dipartimento Politiche Antidroga Giovanni Serpelloni e dei presidenti nazionali di FeDerSerD Alfio Lucchini, di CNCA Lucio Babolin e di FICT Mimmo Battaglia è negli atti ufficiali della Conferenza (www.conferenzadroga.org o www.federserd.it).

RECENSIONE



Michele G. Sforza
Jorge L. Tizón

GIORNI DI DOLORE
Come si guarisce dalla sofferenza
per la perdita di una persona cara

Editore: Mondadori
pp. 240, € 18,00

Sebbene ci colpiscano ogni giorno immagini e notizie di omicidi, disgrazie e tragici incidenti, nella nostra società persiste un disagio di fondo nell'affrontare il tema della morte e della sofferenza. La morte in particolare finisce, tranne nei casi più eclatanti ingigantiti dai media, per essere occultata, marginalizzata, trasformata in

fatto privato, da affrontare nell'intimità, nascondendo ogni manifestazione di emotività e dolore.

Quando viene a mancare una persona cara soffriamo intensamente a volte per settimane, mesi o anni. E allora ci chiediamo se tutta questa sofferenza ha un senso, se serve a qualcosa. Può essere di aiuto alla nostra crescita personale, ai legami che instauriamo con gli altri esseri umani? Oppure si tratta di una sofferenza inutile, che sarebbe più giusto contenere, ignorare o eliminare? È qualcosa che facilita o che, al contrario, rende più difficile l'elaborazione del lutto? E quali ripercussioni ha sulla nostra salute fisica e mentale?

Michele G. Sforza e Jorge L. Tizón, psichiatri e psicoanalisti, seguono da anni chi attraversa questi difficili momenti accompagnandoli nel lungo e faticoso percorso per riprendere il controllo della propria esistenza. Attraverso il racconto di alcuni casi clinici e fornendo una grande quantità di consigli pratici, questo libro è un aiuto importante per capire che i «giorni di dolore» sono un momento fondamentale di crescita psicologica e che, soprattutto, possono essere superati.

La valutazione permanente dei trattamenti e dei risultati

Raffaele Lovaste*

Concetti generali sulla valutazione

Uno dei criteri di qualità di un'organizzazione sta nella capacità di "rendere conto" su quello che si fa, ovvero sul prodotto realizzato, sia ai fruitori esterni (clienti, utenti, pazienti) sia alle strutture sovrapposte deputate all'allocazione delle risorse.

Per "rendere conto" è necessario definire preventivamente con i soggetti che si rapportano in vario modo all'organizzazione i seguenti aspetti: la titolarità a richiedere informazioni, la tipologia di informazione necessaria, gli indicatori che verranno utilizzati e gli standard di riferimento.

Per quanto riguarda la titolarità a richiede informazioni e la tipologia delle stesse, è necessario premettere che la valutazione è sostanzialmente lo strumento che consente al "decision making" di governare il sistema orientandolo verso il punto di migliore equilibrio (massimi risultati ai minimi costi possibili) non solo inteso da un punto di vista economico.

Il decision making varia a seconda dei punti di vista da cui si osserva il sistema:

- l'utilizzatore della struttura (cliente, utente, paziente) ha bisogno di sapere cosa gli viene proposto, se è utile per il suo problema e cosa comporta per lui in termini di impegno, rinuncia;
- il professionista ha bisogno di sapere se quanto realizza è efficace rispetto al problema di cui è stato investito e se rispetta i criteri di efficienza produttiva;
- il responsabile della struttura organizzativa ha bisogno di sapere se il livello di efficienza produttiva ed allocativa raggiunto è compatibile con gli obiettivi assegnati, se il prodotto realizzato risponde ai bisogni ipotizzati o individuati nel territorio di competenza e quali variazioni in termine di patologia evitata e/o di salute aggiunta l'organizzazione è riuscita ad ottenere;
- il top management dell'azienda USL ha bisogno di sapere se le risorse allocate alla struttura sono compatibili con il budget complessivo e con il mandato politico ricevuto;
- il decisore politico, responsabile delle linee strategiche complessive di tutta l'organizzazione sanitaria, ha bisogno di sapere se la strada scelta è utile alla comunità ed alla domanda di trattamento sottesa.

In definitiva i soggetti titolati ad interrogare un'organizzazione sono diversi, il fabbisogno informativo variegato e le valutazioni multiple.

Per valutare è necessario costruire degli indicatori che rappresentano il fenomeno. Gli indicatori per essere validi necessitano di almeno due caratteristiche:

- la semplicità, ovvero le risorse necessarie per la loro raccolta ed elaborazione devono essere trascurabili rispetto a quelle necessarie per la realizzazione del prodotto che hanno la pretesa di misurare;
- corrispondenti, ovvero in grado di visualizzare il prodotto specifico.

* Ufficio di Presidenza Nazionale FeDerSerD - Trento.

Il processo valutativo

- le valutazioni non servono per dividere i buoni dai cattivi;
- le valutazioni non servono per individuare un colpevole;
- le valutazioni servono per capire che cosa si può e si deve cambiare per migliorare il prodotto o l'assetto organizzativo di una struttura.

Le valutazioni sono quindi uno strumento di lavoro utile per il miglioramento continuo della qualità (della struttura, dei professionisti, del prodotto, della rete ecc.).

I sistemi di valutazione devono essere intesi quindi come processi per individuare e risolvere problemi e non per individuare ed imputare colpe.

La valutazione delle strutture organizzative (Ser.T. e Comunità terapeutiche)

Le organizzazioni socio sanitarie per le tossicodipendenze sono strutture complesse: hanno cioè a disposizione risorse definite (input) che, elaborate con l'immissione di un valore aggiunto legato al "know how" dei professionisti ed all'assetto organizzativo (processi), producono interventi che si concretizzano nei progetti terapeutici (output).

I progetti terapeutici sono proposti all'utenza che afferisce e: la risultante fra il progetto terapeutico proposto, il paziente e la realtà in cui entrambi gli attori vivono determina il risultato terapeutico (outcome).

L'outcome quindi è dato dalla complessa interazione fra l'attività del servizio, la tipologia dei pazienti e l'ambiente sociale, culturale e politico di contesto.

Date queste premesse, ne consegue che uno stesso progetto terapeutico presentato a soggetti diversi produce outcome differenti e lo stesso servizio dislocato in ambienti socio culturali diversi produce outcome differenti.

Un sistema per la valutazione dell'attività quindi deve innanzitutto distinguere nettamente:

- l'output che dà informazioni sul grado di efficienza raggiunto della struttura in rapporto alle risorse impegnate;
- il processo che da informazioni su come le risorse impegnate vengono elaborate;
- l'outcome che esprime il grado di efficacia.

Il primo passo per la valutazione dell'**output** è nella precisa definizione del prodotto offerto, ovvero la tipologia dei progetti terapeutici rapportato al numero delle risorse impegnate.

Gli elementi strutturali di un singolo progetto terapeutico sono: la struttura del prodotto, il livello di qualità che un servizio si impegna a rispettare nella sua realizzazione e l'obiettivo ricercato.

Per definire la struttura di un prodotto è indispensabile partire dai suoi costituenti elementari ovvero le prestazioni che ciascuna figura professionale operante in un servizio eroga (LEA).

Un aggregato di prestazioni, legate da una logica sequenziale ed indirizzate ad un'obiettivo esplicito e condiviso con il paziente, costituisce un intervento d'area per cui, in un servizio di cura e

riabilitazione delle dipendenze patologiche che, per definizione è multidisciplinare, avremo interventi d'area sanitaria, psicologica e sociale.

Un aggregato di interventi d'area, sequenziali o contemporanei, indirizzati ad un obiettivo esplicito e condiviso con il paziente, costituisce un progetto terapeutico.

Un progetto terapeutico è personalizzato quando prevede la differenziazione dei pazienti.

Il processo definisce le procedure con cui le prestazioni vengono aggregate nella costruzione degli interventi specialistici e le procure di integrazione successione dei vari interventi d'area.

La valutazione dell'**outcome** (efficacia) è la determinazione dei risultati conseguiti con una specifica attività, intrapresa per raggiungere un obiettivo dichiarato, a cui è stato assegnato un determinato valore.

In una organizzazione socio-sanitaria, con la valutazione dell'outcome si vuole verificare se gli interventi attuati hanno pro-

dotto i risultati previsti e se hanno soddisfatto la domanda di trattamento degli utenti.

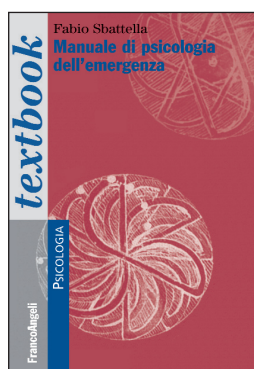
Per concludere è importante individuare indicatori complessivi dell'efficacia dell'organizzazione socio sanitaria.

Gli indicatori richiesti dall'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT) sono:

- la stima della prevalenza nell'uso in uno specifico territorio;
- la stima della prevalenza dell'uso problematico in uno specifico territorio;
- la domanda di trattamento;
- l'incidenza dei decessi correlati all'uso di sostanze illegali;
- la prevalenza/incidenza della patologia infettiva nei soggetti in trattamento.

A questi indicatori si può aggiungere il grado di copertura del territorio ovvero la capacità di attrazione di una organizzazione.

RECENSIONE



Fabio Sbattella

MANUALE DI PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

pp. 256, € 22,50
Cod. 1240.1.24 (V)
Collana: Psicologia - Textbook

La psicologia dell'emergenza è un insieme di pratiche e di saperi utili a comprendere e sostenere le menti individuali e collettive che fronteggiano eventi potenzialmente distruttivi, prima, durante e dopo il loro manifestarsi. Si tratta di un campo del sapere e della pratica professionale che ha avuto negli ultimi dieci anni uno sviluppo considerevole e ha accumulato una serie di conoscenze ed esperienze che richiedono oggi una sintesi puntuale. Concepito come un'introduzione alla materia, il testo intende proprio fornire una mappa orientativa al campo della psicologia dell'emergenza con una visione ampia ed articolata. Il manuale è suddiviso in tre

parti: nella prima sono presentate le teorie e gli strumenti concettuali indispensabili per pensare l'azione e comprendere i fenomeni psicologici che si intrecciano nei contesti di crisi. Nella seconda l'attenzione è posta sulle metodologie, le tecniche e le azioni professionali che gli specialisti della mente possono utilizzare per proteggere se stessi e aiutare le vittime e i sopravvissuti. L'ultima parte riporta alcuni esempi di esperienze sul campo che mostrano come si possano sviluppare interventi complessi sia in un'ottica clinica che psicosociale. Chiude il testo una ricca ed aggiornata bibliografia tematica. Il manuale si rivolge dunque agli studenti universitari e ai diversi professionisti dell'emergenza (sanitaria, sociale e di protezione civile) che sentono l'esigenza di approfondire e organizzare le esperienze emotive e relazionali che caratterizzano gli interventi sul campo.

Fabio Sbattella, psicologo e psicoterapeuta, insegna Tecniche di gestione delle emozioni e Psicologia dello sviluppo presso l'Università Cattolica di Milano. Responsabile dell'Unità di ricerca di psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria presso il dipartimento di Psicologia dell'Università Cattolica di Milano, è stato coordinatore di diversi progetti di tipo psicosociale, ad esempio sulla costa est dello Sri Lanka dopo lo Tsunami del 2004. Tra le sue pubblicazioni: *Aiutare ad aiutarsi* (Unicopli, 1997) *Psicologia dei disastri* (Carocci 2003); con C. Castelli, *Psicologia del ciclo di vita* (FrancoAngeli, 2008).

Nuovi spazi

Antonio Mosti*

Nel nostro Paese da almeno un decennio si assiste ad una veloce trasformazione degli stili d'uso delle sostanze psicoattive, in particolare tra le giovani generazioni (15-25 anni).

Numerose ricerche evidenziano l'esistenza di una popolazione di giovani consumatori che utilizza contemporaneamente differenti sostanze.

Una caratteristica comune sarebbe la modalità d'uso che prevede, più spesso nel fine settimana o comunque uno spazio temporale "libero" tra gli impegni consueti come scuola o lavoro, ritualità particolari e, all'interno di queste, assunzioni finalizzate non solo a provare gli effetti delle sostanze, ma anche a permettere un diverso e più gradito utilizzo del tempo libero.

Nella maggioranza dei casi l'esperienza è condivisa in gruppo. Questa popolazione giovanile di consumatori di sostanze non ha certamente le caratteristiche del "gruppo dei tossicomani" così come è stato tradizionalmente inteso dal sentire comune, ma tende comunque ad adottare, per tempi più o meno lunghi, stili di vita caratterizzati dalla ricerca di sensazioni forti.

Anche se solo una piccola parte di loro svilupperà una vera e propria dipendenza da sostanze, è pur vero che durante questa fase dell'esistenza questi giovani sperimentatori/utilizzatori di sostanze sono assai esposti al rischio non soltanto di un danno biologico a lungo termine, ma soprattutto di danno immediato dovuto a comportamenti inadeguati conseguenti alle alterazioni percettive e cognitive prodotte da queste sostanze.

D'altra parte sappiamo che l'adolescenza è per eccellenza l'età della sperimentazione finalizzata alla ricerca della propria autonomia e specificità, sia in rapporto ai genitori che ai coetanei.

È, più di ogni altra, l'epoca della vita in cui avvengono trasformazioni del corpo e della mente. In virtù di queste trasformazioni si acquisisce una nuova "forma", si struttura una nuova modalità di relazione con il "vecchio mondo" (il nucleo familiare di origine) e si scopre una diversa qualità dello stare insieme agli altri. Per fare tutto questo occorre misurare e misurarsi con la realtà, talvolta sfidandone i limiti per trovare i propri.

La ricerca dell'avventura che permette di esplorare spazi mentali usualmente inaccessibili, del rischio, per sperimentarsi circa la capacità di assumersi le responsabilità nei vari ambiti futuri (la vita sessuale, quella legata al ruolo sociale...) e per sentirsi interi e potenti e poterlo dimostrare, la naturale tendenza alla aggregazione tra pari entro cui sperimentare senso di appartenenza e di nuovo rifugio... sono alcuni ingredienti fondamentali del vivere l'adolescenza.

Dentro tutto ciò l'utilizzo delle sostanze psicoattive può trovare uno spazio, può costituire uno strumento per tentare di alleviare tensioni, favorire e facilitare la soluzione di compiti evolutivi assai gravosi.

È quindi all'interno di questo contesto esistenziale, e non necessariamente nella devianza o nella psicopatologia, che occorre collocare il fenomeno per poterlo comprendere.

È stato tuttavia osservato che tanto più l'adolescente avrà a disposizione una "base sicura" (J. Bowlby), costituita sia da elementi interni (come una sufficiente autostima, una adeguata per-

cezione di sé e buone competenze relazionali) che da elementi esterni, come figure significative di riferimento, tanto meno avrà la necessità di sentirsi più forte, più abile, più capace di relazioni, più sostenuto attraverso l'aiuto degli "amici chimici".

Autori come Newcomb e Bentler condividono l'opinione che anche l'uso occasionale di sostanze psicoattive tra i giovani teen agers in qualche modo rientri nella "normalità", nei comportamenti "di sperimentazione" tipici dell'adolescenza e che, a differenza dell'uso regolare, non implichi rischi elevati.

Qualcuno ha avvicinato gli adolescenti ai funamboli.

È forse opportuno che possano avere sotto di sé una solida rete.

Costruire la rete e sperimentare nuovi approcci comunicativi

Uno degli aspetti più problematici e discussi è la modalità di approccio nei confronti dei ragazzi che fanno uso di sostanze psicotrope.

Per la maggior parte di loro, infatti, l'uso di sostanze non è vissuto come un *problema*: "calano le paste", eccedono nell'alcol, fumano cannabis o "provano" la cocaina e l'eroina inalando, magari solo nei fine settimana.

Hanno quindi la sensazione di potere usare le sostanze come e quando vogliono senza esserne dominati, sottovalutando spesso anche i rischi immediati che le alterazioni percettive e cognitive prodotte da queste sostanze possono rappresentare.

Se da una parte è un fatto che su tale target di popolazione gli strumenti dei Servizi specialistici come i Ser.T. sono inefficaci, dall'altra l'entità delle problematiche a cui i giovani policonsumatori possono andare incontro ha imposto l'individuazione di nuove strategie di protezione/promozione della salute.

L'esperienza degli "operatori di strada", nati in particolare nell'ambito della Riduzione del Danno da eroina, ha orientato la riflessione per creare diversi stili di intervento destinati a quei giovani policonsumatori anche occasionali altrimenti esclusi da qualunque percorso di riflessione sulle problematiche correlate all'uso di sostanze e destinati a sporadici contatti con il Sistema sanitario in occasione di situazioni acute di disagio e/o di danno conclamato. La necessità di adeguare gli interventi del Sistema dei Servizi ai nuovi bisogni ha suggerito di approfondire la conoscenza e la capacità di lettura dei contesti di uso/consumo/abuso/dipendenza da sostanze psicoattive, oltre le tradizionali categorie di lettura.

In questo ambito sono nate nuove tipologie di intervento come implementazione di progetti pensati sulla base dell'evidenza e dei dati epidemiologici, a significare la necessità di uscire dal Servizio per *incontrare i giovani nei loro luoghi e creare con i giovani un loro luogo* non clinicizzato, che quindi non si occupa di diagnosi e terapia, ma che offre un momento di aggregazione dove i ragazzi possano creare una modalità di comunicazione adeguata alla loro cultura e in cui possano ricevere anche informazioni corrette ed eventualmente indicazioni precise sulle possibili soluzioni ai problemi connessi all'uso delle sostanze.

Questi nuovi "luoghi" (spesso denominati "Spazio Giovani") sono tali da poter tollerare anche l'ambivalenza tipica del pro-

* *Direttivo Nazionale FeDerSerD - Piacenza.*

cesso di crescita, rispettare le differenze individuali, sopportare le approssimazioni graduali caratteristiche dell'età adolescenziale, dimostrando un'attenzione e un interesse genuini. Costituiscono quindi l'occasione per tentare di aumentare i fattori di protezione attraverso l'interazione tra operatori adeguatamente formati e giovani generazioni. L'interazione professionale con preadolescenti e adolescenti presenta infatti notevoli criticità: è preliminare a qualunque azione il fatto che il ragazzo "autorizzi" l'operatore ad entrare in aree assai intime e personali. In questo processo di avvicinamento relazionale l'ambivalenza particolarmente presente nel vissuto degli adolescenti, a causa dell'instabilità della fase evolutiva e della sua natura intimamente duplice (adulto-bambino, fuori-dentro la famiglia, ecc.), gioca un ruolo fondamentale. Essa è condizione comune all'interno di tutti i processi di cambiamento e se viene affrontata in modo costruttivo può costituire non un ostacolo alla relazione, ma un'occasione di riflessione condivisa su tematiche tanto scottanti quanto vitali per quella fascia d'età. Diviene quindi essenziale utilizzare approcci che facilitano le relazioni, diminuiscono l'espressione di difese e resistenze e in definitiva favoriscono movimenti verso il cambiamento. Frequentemente gli adulti pongono in atto stili comunicativi caratterizzati dal giudizio di biasimo, dalle affermazioni prognosticamente minacciose o dall'imposizione di soluzioni precotte (lo stile "confrontazionale") oppure utilizzano uno stile "tecnocratico", caratterizzato dall'atteggiamento condiscendente dell'esperto. Questi stili vedono l'adulto, che si oppone, discute, dà avvertimenti, minaccia, cerca di persuadere, dà consigli, direttive e comandi, fa prediche. Altre volte etichetta, talvolta ridicolizza o interpreta, biasima, giudica, critica oppure "consola" rassicurando, giustificando ecc. Spesso questi atteggiamenti (detti "trappole della comunicazione") hanno come esito il fatto che il ragazzo "difende" il comportamento; minimizza i rischi connessi al suo comportamento, ne enfatizza gli aspetti gratificanti e positivi, diminuisce la fiducia nelle proprie capacità di cambiamento, riduce l'importanza che vi attribuisce; può accadere che aumenti eccessivamente la percezione dolorosa delle proprie contraddizioni, facilitando così il ricorso al comportamento mal adattivo in funzione paradossalmente adattiva. Oppure il problema viene addirittura banalizzato e quindi non più problematizzato dal ragazzo. Se al contrario si aiuta il giovane a fare i conti con la propria ambivalenza, si hanno più possibilità che le resistenze diminuiscano, che il ragazzo si renda più disponibile a ipotizzare un possibile cambiamento; si potranno più facilmente, con meno timore, considerare aspetti negativi e positivi della situazione. Diventerà così più semplice facilitare l'emergere da parte del soggetto di un esame dei disagi derivanti dalla sua situazione e dei vantaggi di un eventuale cambiamento del proprio stile di vita. Uno stile di comunicazione centrato sulla persona, orientato, per affrontare e risolvere un conflitto di ambivalenza in vista di un cambiamento del comportamento sembra esser e quindi più indicato. In questa ottica il Colloquio Motivazionale (intervento breve, supportivo, flessibile, rispettoso dell'idea di sé che ha la persona, delle caratteristiche e delle propensioni personali dell'individuo che si ha di fronte, e basato sull'autonomia e la libera scelta) sembra strumento adeguato nella gestione di adolescenti problematici perché possiede elevata specificità (è una tecnica di colloquio particolarmente indicata con pazienti a basso livello di motivazione) e orientamenti e strategie finalizzate al raggiungimento dell'empatia, alla gestione della resistenza e dell'ambivalenza.

GP Guelfi, che ha introdotto in Italia questa tecnica, in una sintetica revisione della letteratura scientifica evidenzia chiaramente il fatto che esistono numerose indicazioni secondo cui il Colloquio motivazionale (CM) è particolarmente accettato dai giovani utilizzatori di sostanze in quanto: non è confrontazionale e tende a far emergere gli obiettivi dal cliente piuttosto che imporre quelli dell'operatore (Tober 1991, Lawendowski 1998).

Guelfi riporta che McCambridge e Strang hanno studiato il CM in un gruppo di adolescenti, per valutarne l'effetto sul consumo di più droghe, in particolare tabacco, alcool, cannabis. (Addiction, 2004, 99, 39-52).

La diminuzione dell'uso dopo l'applicazione del CM era più marcata, per alcool e cannabis, nei soggetti con un uso di base più intenso.

L'effetto di riduzione dell'uso di cannabis era anche più significativo nei soggetti con altri riconosciuti fattori di alto rischio.

Con le dovute cautele, concludono gli autori, "... una breve conversazione con persone giovani, attenta al loro uso complessivo di sostanze, può attivare una riduzione di comportamenti a rischio nell'uso di diverse droghe".

In un altro studio denominato STARRS (Street Teens Alcohol Risk Reduction Study) a Seattle (Peterson e coll 2003, Baer e coll 2004) si è valutato l'effetto di un intervento breve di stile CM, orientato alla riduzione dell'uso di sostanze e dei comportamenti a rischio, in ragazzi homeless.

Il campione è altamente problematico: ragazzi con un periodo medio di homelessness di 2.5 anni, con un consumo di sostanze coerentemente molto alto.

L'interesse straordinario, che trascende gli aspetti scientifici, di questo lavoro, consiste nel fatto che è svolto sulla strada, ed è rivolto a giovani ad altissimo rischio, che rappresentano una popolazione molto difficile da raggiungere con interventi tradizionali, assistenziali o educazionali.

Ad un esame della letteratura su CM e adolescenti, si osserva che gli interventi rivolti a giovanissimi che usano hashish e marijuana, che sono proverbialmente poco motivati a smettere tale abitudine, generalmente incorporano qualche forma di CM per rendere possibile un lavoro in presenza di *scarsa consapevolezza, nessuna volontà di cambiamento*, rispetto a tale area problematica.

Rappresentano tale indirizzo i programmi:

"Marijuana Check-Up" (Roffman e coll. 2000; Stephens 2004).

"Cannabis Youth Treatment" (Dennis 2000).

"Brief Marijuana Dependence Counseling (Steinberg e coll 2002).

"Marijuana Treatment Project" (Stephens e coll 2002).

Gli interventi citati, tutti finalizzati a facilitare l'accesso in trattamento di soggetti *non pronti*, hanno effettivamente permesso di raggiungere tale *hidden population* in misura maggiore rispetto ad interventi standard di ottenere risultati sul piano della Disponibilità al cambiamento, di registrare effettivi cambiamenti nel senso atteso.

Si può pertanto ipotizzare che: l'utilità del CM con soggetti adulti è confermata con gli adolescenti.

Sono le caratteristiche fondanti del CM a facilitare la relazione terapeutica con gli adolescenti.

L'analisi delle aree problematiche e dei profili motivazionali può aiutare a impostare il rapporto triangolare adolescente, famiglia, terapeuta.

Il CM, anche per gli adolescenti, si rivela utile in un ampio spettro di situazioni cliniche e di prevenzione. Certamente assai più efficace di tecniche orientate alla "confrontazione".

È auspicabile che altro lavoro clinico e di ricerca si possa sviluppare per mettere a punto un vero metodo di lavoro condiviso.

Update della Ricerca Clinica in Italia nell'Alcolismo e nelle Tossicodipendenze

Felice Nava*

La ricerca clinica nel campo dell'alcolismo e delle tossicodipendenze ha ricevuto un notevole impulso negli ultimi anni soprattutto grazie agli sforzi compiuti dalla cosiddetta ricerca "traslazionale" che ha permesso di applicare nella pratica clinica le enormi e recenti acquisizioni compiute dalla ricerca neurobiologica di base. Non c'è dubbio che negli ultimi anni la ricerca sia preclinica che clinica nel campo dell'*addiction* ha permesso di mettere in luce molti degli aspetti comportamentali e clinici che stanno alla base dei meccanismi d'abuso e di dipendenza.

Ancora oggi però molte di queste ricerche provengono da gruppi di ricerca statunitensi e sono frutto degli importanti finanziamenti pubblici.

Basta pensare come nel solo 2008 il *National Institute of Drug Abuse* (NIDA) abbia ricevuto più di un miliardo di dollari da investire nella ricerca e che nel 2009 ne riceverà altrettanti con un ulteriore incremento di circa un milione di dollari.

Cifre che in Italia ed in Europa non si investono per l'intera ricerca scientifica!

Finanziare adeguatamente la ricerca clinica finalizzata nel campo della clinica delle dipendenze è quindi una delle azioni prioritarie da intraprendere nel nostro Paese, pena la riduzione dell'efficacia e della qualità dei trattamenti offerti.

Il sistema d'intervento nel nostro Paese ha enormi potenzialità per compiere una eccellente ricerca clinica applicata.

Esistono infatti più di 500 Servizi Pubblici che assicurano capillarmente assistenza e cura a più di 180.000 utenti e che sono capaci di garantire un trattamento farmacologico a più di 90.000 eroinomani e 18.000 alcolisti.

Inoltre centinaia di Comunità Terapeutiche diffuse in tutto il territorio nazionale garantiscono assistenza a più di 18.000 utenti. Il nostro Paese ha quindi una risorsa di esperienza professionale ed un numero di utenti in trattamento che non ha paragoni nel resto del mondo ed in Europa.

Non c'è dubbio che la ricerca clinica nel campo dell'*addiction* trova numerosi ostacoli in Italia come in qualsiasi parte del mondo. Essi sono principalmente dovuti a vari fattori fra cui i principali sono: la negazione del riconoscimento della tossicodipendenza e dell'alcolismo come una vera malattia; lo stigma che la malattia tossicodipendenza ed alcolismo porta con sé; i mancati investimenti pubblici e governativi, così come quelli dell'industria e dei privati; la difficoltà nel condurre studi clinici e trials nella popolazione tossicodipendente ed alcolista; le esigue risorse strutturali e di personale dei Servizi; la macchinosa burocrazia e lentezza dei Comitati Etici Locali.

Le esigenze della ricerca clinica finalizzata alla tossicodipendenza sono numerose.

Esse sono principalmente dirette al miglioramento dell'efficienza e della sicurezza dei trattamenti (anche in termini di riduzione del rischio clinico) e dell'integrazione dei percorsi di cura.

* Direttore Comitato Scientifico Nazionale FeDerSerD - Castelfranco Veneto - Treviso.

A questo proposito FeDerSerD negli ultimi ha cominciato ad investire molte delle sue risorse per partecipare ai più importanti bandi di ricerca finalizzati nazionali (bando AIFA, bando per la ricerca clinica finalizzata del Ministero della Salute) ed internazionali (anche in collaborazione con il NIDA).

FeDerSerD ha inoltre favorito la ricerca clinica sul campo, anche con l'aiuto dell'industria farmaceutica, facendosi promotrice ed organizzatrice di alcune ricerche cliniche come lo studio DAVIS (uno studio di prevalenza dell'epatite C fra la popolazione tossicodipendente), lo studio GUM (uno studio per valutare il potenziale di abuso del gamma-idrossibutirrato negli alcolisti) e di recente lo studio di farmacoutilizzazione del Suboxone fra i Ser.T. Nel 2008 FeDerSerD ha anche avviato una Consensus fra esperti, una esperienza mai prima condotta in Italia, sui temi della prevenzione e dei trattamenti della dipendenza da eroina e cocaina. La promozione dell'attività della ricerca clinica di FeDerSerD non è però soltanto centrata sui temi della farmacologia ma anche sul miglioramento dell'efficacia dei percorsi di prevenzione, psicoterapeutici e riabilitativi.

A questo proposito è importante segnalare l'esistenza di un nostro studio, ancora in corso, sull'efficacia dei diversi tipi di intervento psicoterapeutico nel controllo della risposta dell'asse dello stress nei pazienti cocainomani.

Non possiamo infine dimenticare come la ricerca clinica finalizzata sia cruciale per migliorare gli interventi residenziali e di riabilitazione. Per FederSerD anche questa area rappresenta un campo d'intervento prioritario che deve essere realizzato con una sinergia fra Ser.T. e privato sociale ed un adeguato investimento di risorse.

La ricerca clinica nelle tossicodipendenze nel nostro Paese necessita quindi di essere incoraggiata e finanziata e questo fondamentalmente per due ragioni:

1. per utilizzare le preziose risorse offerte dalla nostra rete d'intervento;
2. per migliorare l'efficienza, la qualità e la sicurezza dei trattamenti. Per realizzare tutto ciò ci aspettiamo perciò un forte impegno soprattutto dalle istituzioni governative e pubbliche (a cominciare dalle ASL), dai privati comprese le industrie farmaceutiche, da fondazioni e singoli investitori, ma anche un maggiore impegno ed entusiasmo da parte di tutti gli operatori pubblici e privati della rete d'intervento.

Negli ultimi anni, come spesso accade in Italia, nonostante la scarsità delle risorse, numerosi sono stati i gruppi di ricerca clinica che hanno prodotto dei risultati di qualità e che sono stati pubblicati su riviste internazionali recensite.

Mentre nel 2000 erano solo meno di 25 per anno le pubblicazioni internazionali realizzate da gruppi di ricerca italiani oggi sono passate a più di 100 per anno.

Un incremento che rispecchia le enormi potenzialità del nostro sistema d'intervento e lo sforzo di qualità compiuto dai clinici italiani. Sforzo che deve essere premiato attraverso il potenziamento della rete d'intervento e da finanziamenti finalizzati.

Il miglioramento dell'efficacia dei trattamenti così come la razionalizzazione della spesa e quindi l'efficienza dei percorsi devono passare attraverso la ricerca clinica applicata.

Convivere con la cronicità ed evitare la cronicizzazione: le apparenti contraddizioni dei linguaggi

Laura Tidone*

I termini cronicità e cronicizzazione nascono nel lessico sanitario. L'area socio-sanitaria – grazie ad essa siamo qui – ci definisce, ci remunera, sancisce il nostro diritto di esistere ed in essa dobbiamo riportare, necessariamente, i sistemi di senso, i significati, le ideologie, i miti e le narrazioni di ciascuno di noi.

Un accenno va posto al problema tanto attuale di eticità nell'attribuzione di risorse in sanità, problema che attraversa in modo drammatico tutti i Paesi occidentali.

Troviamo una prima volta la parola *limite*.

Le priorità e le remunerabilità sono definite dalla valutazione dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi, i trattamenti sono orientati alla riduzione dei costi e all'aumento della qualità misurabile. Ciascuno di questi termini sottende altrettanto complesse articolazioni che mirano a correlare i benefici ai costi diretti e indiretti.

Nello specifico settore delle dipendenze patologiche l'Italia gode, al momento, di una situazione particolarmente favorevole.

I nostri servizi pubblici sono ritenuti i più ricchi del mondo per dotazioni di organico multiprofessionale: nella maggior parte degli altri Paesi le risorse attribuite e rimborsate si limitano alla componente sanitaria.

Analoga situazione favorevole esiste per le comunità terapeutiche italiane.

Il modello più diffuso all'estero prevede il rimborso da parte del sistema sanitario pubblico per percorsi residenziali molto brevi (un mese) o, in alcuni Paesi, per la sola ospedalizzazione.

La premessa è rilevante per porre il senso del *limite* alla definizione di cura, di cronicità e di cronicizzazione.

Perché oggi, ovunque, la cura delle dipendenze (tralasciamo i consumi, materia ben distinta) è nel contenitore sanitario?

La tossicodipendenza, lo sappiamo, è definita dall'OMS (accanto a molte altre definizioni, in un'ottica *et et* e non *aut aut*) "patologia cronico recidivante" e, come tutte le patologie – che hanno eziopatogenesi medica, psicologica e sociale – si può avvalere di trattamenti ambulatoriali o residenziali validati e misurati in efficacia ed efficienza.

Intendo dire che il *trattamento* non è, in base ai criteri di buona prassi sanitaria, buono o cattivo, ricco o povero di per sé.

Altri saperi sanno riflettere sui contenuti delle relazioni umane.

Il trattamento, semplicemente, merita investimento di denaro pubblico prioritariamente, ad esempio, rispetto all'assegnazione di protesi perché se ne può misurare l'efficacia e l'efficienza.

Torna il *limite*.

Gli operatori delle équipes devono, quindi, confrontarsi con il paradigma di "malattia", termine di riferimento del codice paterno che provvede alla loro sopravvivenza.

La malattia, peraltro, rappresenta una situazione, spesso frutto di concause, non di raro *prevalentemente* psicologiche o sociali, che vanno a determinare una situazione di sofferenza o di grave disagio.

La tossicodipendenza è definita *patologia cronico recidivante*.

Possiamo dividerlo?

Il termine "patologia", etimologicamente da *pathos*, significa studio della sofferenza.

Patologia **cronico** recidivante è, dunque, definizione equivalente di *situazione di grave sofferenza nella biografia individuale, che può ripresentarsi a fasi alterne per tutta la vita*.

Le due accezioni semantiche ed epistemologiche sono integrate faticosamente dagli operatori che tendono ad attribuire ai termini cronicità e cronicizzazione significati per nulla razionali e fortemente connotati di significati etici.

La definizione di *malattia* contribuisce, pur con il proprio limite – nessuna definizione è mai completamente esaustiva per una sofferenza individuale – a ribadire il *diritto di cittadinanza*, in qualità di malati, a soggetti che sono considerati "diversi", emarginati e quindi, fondamentalmente, da allontanare, da negare o da rinchiodare. I sistemi di classificazione di ambito sanitario, spesso così angusti per gli operatori, sono, per certi versi e in alcuni contesti politici, forte garanzia e tutela della libertà dei cittadini.

Rendono chiari i limiti, ad esempio, tra diversità o dissenso – che spesso condurrebbero a richiedere allontanamento dal contesto sociale – e patologia che indichi, al contrario, il diritto ad una cura. Conosciamo la storia di sofferenza e l'evoluzione dell'immaginario collettivo per le persone portatrici di handicap, per i malati psichiatrici – non ultimi e da poco tempo, i depressi.

Il concetto di patologia (nel senso di *pathos*) ha sostituito, poco a poco, altre letture: il vizio, la tara, la "mancanza di carattere"... e, di conseguenza, il concetto di cura appropriata – e remunerata – ha preso il posto di interventi vari di coercizione, di reclusione o allontanamento o, nel migliore dei casi, di *caritativa*, di *rieducazione* o di *recupero*.

Gli operatori dei servizi devono, quindi, misurarsi con due nodi insiti nel sistema: le problematiche di dipendenza sono state riconosciute dal SSN quali situazioni che necessitano di interventi garantiti e remunerati dallo Stato; tali interventi vanno misurati relativamente all'efficacia, secondo l'adozione di indicatori – limitati e imperfetti – ma necessari, come per tutte le attribuzioni di denaro pubblico in sanità.

Le dipendenze sono, quindi, patologie **cronico** recidivanti (situazioni di sofferenza e di grave disagio che possono ripresentarsi, a fasi alterne, per tutta la vita).

Su questo punto l'integrazione diventa facile e solo forti pregiudizi semantici possono riscontrare antinomia tra le due definizioni. La "guarigione" definitiva è possibile per circa un terzo dei soggetti trattati.

Qui il tema è complesso.

Il termine guarigione è improprio e mal interpretato.

Non esiste, infatti, ambito di sofferenza umana in cui la "guarigione", intesa come eliminazione definitiva di ogni dolore, sia l'unico obiettivo perseguibile.

L'ambito sanitario stesso ci ricorda che oltre il 70% degli interventi raggiunge obiettivi riferibili al miglioramento della qualità o della durata della vita.

* Comitato Scientifico FeDerSerD Lombardia - Bergamo.

Se le dipendenze si risolvono definitivamente in circa il 30% dei soggetti, sia che siano trattati nei servizi residenziali che in quelli ambulatoriali – così ci confermano 35 anni di letteratura di follow-up correttamente eseguita e riproducibile – esistono, altrettanto importanti e misurabili, obiettivi di miglioramento di qualità della vita e della salute.

L'accudimento e l'accompagnamento della cronicità.

La capacità di sorridere, di vivere in un contesto familiare adeguato, di mantenere un'attività lavorativa stabile e soddisfacente, di intrattenere relazioni affettive e sociali gratificanti, la consapevolezza di sé e del senso della propria storia, l'assenza o la riduzione di sofferenze fisiche o psichiche, sono gli obiettivi che ogni operatore, pubblico o privato, si deve porre nel contesto della relazione.

La valutazione delle fasi di cronicità e l'evitamento della cronicizzazione dipendono esclusivamente da una corretta diagnosi puntuale.

Scientifica, fondata su criteri e strumenti definiti dalla letteratura internazionale, che altro non è che il consenso laico più ampio possibile in divenire.

L'appartenenza degli operatori a diversi ambiti affettivi e storici produce una situazione conflittuale che riconosce, da una parte, l'interesse per qualche sistema di controllo o di valutazione, dall'altra la priorità della propria storica visione di sistema e la garanzia della – nonostante tutto – sopravvivenza perché.. siamo bravi così, perché noi, si sa, funzioniamo.

E la presenza di "fan" non aiuta il percorso.

Per accudire la cronicità e per evitare la cronicizzazione è indispensabile garantire la capacità di tutti, in base alle evidenze diagnostiche, di avviare i soggetti al trattamento più indicato in ogni fase della vita.

Non spaventiamoci: la diagnosi, in fondo, è la sintesi dei saperi e delle discipline di tutti gli operatori che da vicino – con e per – hanno *compreso* e formulato un'ipotesi di lavoro con una persona sofferente e che il trattamento – l'insieme di ciò che si fa con e per in base a un progetto in continua ridefinizione – è termine formalmente adottato per definire un insieme di "prestazioni" coerenti e continuative al fine della remunerazione: la sintesi, è ovvio, comprende tutti i saperi, le culture, i paradigmi che interpretano e guidano il senso di ogni relazione umana di aiuto.

È importante ricordare che anche l'elemento di valutazione (outcome in termini tecnici) dell'efficacia dell'intervento, trattandosi di una patologia cronica, che spesso accompagna tutta la vita, non è legato esclusivamente all'astinenza o alla "guarigione", così come l'opinione pubblica si aspetterebbe.

La valutazione è mirata al raggiungimento degli obiettivi definiti dal programma che, spesso, si riferiscono al raggiungimento di una migliore qualità di vita, all'acquisizione di abilità, alla possibilità di reinserimento sociale.

Il fantasma della "guarigione" o astinenza da raggiungere a costo di cronicizzare è, tuttavia, presente in tutti, alimentato, certamente, dalle aspettative del contesto esterno.

Invece siamo in sanità e dalla sanità siamo remunerati – ricordiamoci in competizione con le protesi – ed il costo di un intervento va correlato ai benefici raggiungibili ed agli obiettivi di miglioramento della qualità della vita perseguibili in ogni particolare fase.

Il termine cronicizzazione implica un processo *attivo o passivo* che ha inappropriatamente impedito di raggiungere obiettivi migliori perseguibili, al di là dell'astinenza o della *guarigione*.

Se un servizio per le dipendenze dimentica *passivamente* di proporre, accanto ad un trattamento farmacologico, supporti psicologici e sociali adeguati, può produrre **cronicizzazione**.

Analoghe ipotesi di **cronicizzazione** possono essere formulate per un servizio ambulatoriale che non inviassi ad una struttura residenziale un soggetto privo di relazioni affettive, lavorative, sociali e di minima autonomia nella quotidianità.

Una comunità, apparentemente con drop-out molto contenuto, potrebbe, al contrario, *attivamente* accogliere soggetti con basso indice di gravità, per un intervento non sempre appropriato e spesso cronicizzante.

Una patologia di abuso lieve, recente e non complicata può, talvolta, subire un rinforzo e un peggioramento proprio a causa di un trattamento residenziale svolto accanto a soggetti già fortemente compromessi.

Anche il reinserimento nel *circuito* di cura come operatore è spesso **cronicizzante**.

Se un Ente residenziale, al contrario, accoglie soggetti fortemente problematici, con lunga storia di ricadute alle spalle, spesso stabilizzati in trattamento farmacologico, complicati da doppia diagnosi psichiatrica, con obiettivi perseguibili contenuti, quell'Ente non produrrà cronicizzazione e sarà indispensabile, proprio per la sua tipologia, al miglioramento della qualità della vita di molte persone.

La storia italiana di rapporto pubblico-privato, è segnata da un'antica contrapposizione tra diverse tipologie di trattamento, (ambulatoriali e residenziali) che in altri Paesi non esiste: pubblico e privato hanno disponibilità per ogni tipo di trattamento in funzione della diagnosi, dei bisogni del soggetto e dei costi benefici.

Sono, fortunatamente, ormai lontani i tempi che hanno profondamente segnato la nostra storia, in cui i trattamenti farmacologici erano vissuti in contrapposizione assoluta con qualunque altro tipo di intervento psicosociale.

I farmaci contaminavano il diritto all'onnipotenza, alla *purezza*. La gran parte delle strutture residenziali accoglie ora soggetti stabilizzati in trattamento farmacologico e nessuno psicologo dei Ser.T. ritiene ormai criterio di esclusione la terapia con farmaci. In analogia ad altri farmaci utilizzati, ad esempio in psichiatria – depressione, ansia – sia in contesti di psicoterapia che di residenzialità, la logica dell'aut-aut sembra in via di sepoltura definitiva.

Resta come un senso di disagio, di cosa proibita per qualche attinenza lontana e inconscia con la sfera della vita che attiene al piacere.

È qui la radice della fatica che ci impedisce di lavorare serenamente come sappiamo fare per un paziente depresso ed è qui che nasce il maggior peso di **cronicizzazione** attiva causata da trattamenti inappropriati.

Il tema è la ricerca del piacere e il rapporto con esso di ciascuno di noi.

Il confine per il nostro lavoro, il limite entro cui operare è dato, da una parte dalla libertà, per ogni uomo, di poter scegliere liberamente ciò che si riferisce alla propria ricerca di piacere e di benessere, dall'altra dall'evidenza di difficoltà sempre più gravi ed estese nella sua capacità di vivere e di progettarsi nel futuro.

Possiamo accompagnare la cronicità, sorprenderci, qualche volta, per la "guarigione" ma, soprattutto, evitare le cronicizzazioni legate alla nostra incapacità di lavorare per et et e non aut aut o al nostro voler mantenere linguaggi etici sul destino di chi dobbiamo semplicemente curare con professionalità ed umanità.

Libertà e decisione, autonomia e responsabilità

Maurizio Fea*

Queste quattro parole circoscrivono il dominio delle questioni etiche connesse all'uso di sostanze.

Molti pensano che la decisione sia libera la prima volta che un soggetto sceglie di sperimentare, ma che con la ripetizione nel tempo di tale esperienza, il grado di libertà si vada progressivamente riducendo, per effetto delle azione caratteristica e specifica delle sostanze sui processi di neuroadattamento, fino a scomparire del tutto nella condizione clinicamente descritta come addiction.

Sono note ed evidenti le implicazioni di carattere etico, giuridico, sociale e clinico, che conseguono al giudizio sul grado di libertà della decisione di continuare ad assumere sostanze ad effetto psicotropo.

In realtà la densità della materia è tale che qualunque tentativo di semplificazione risulta grossolano e inefficace, mentre è utile ragionare alla ricerca di cornici di senso che tengano dentro il più possibile sia le informazioni e le conoscenze scientifiche che le argomentazioni etiche e valoriali.

Hannah Arendt riferendosi alla natura del male, dice che *"la volontà è l'arbitro tra la ragione e i desideri, e come tale essa è libera, ossia non è determinata né dalla ragione né dai desideri"* Questa affermazione, oltre che rilevante di per sé, mi pare molto utile nel contesto di uso di sostanze, che si caratterizza proprio per il rapporto tra desiderio e ragione, sperimentati il più delle volte come antagonisti e conflittuali.

La volontà si porrebbe al disopra, sarebbe arbitra del conflitto, pure in quelle situazioni di addiction conclamata nelle quali sembra che solo i desideri siano in grado di fare sentire la loro voce. Posso sempre e comunque decidere se voglio o no usare sostanze, giocare d'azzardo, riempirmi di cibo.

Potrà risultare più o meno difficile, comportare più o meno fatica o sofferenza, tuttavia la libertà di decidere è custodita dalla volontà.

Sono dunque libero se, non forzato dagli altri o dalla necessità, faccio comunque ciò che voglio o sono libero solo se faccio ciò che effettivamente voglio fare?

Questa domanda ce la pone il filosofo.

Come faccio a sapere se ciò che faccio è ciò che veramente voglio fare questa è la domanda che ci pongono le neuroscienze.

Ancora Hannah Arendt ci offre una spiegazione possibile *"ciò che sta dietro la volontà come arbitro tra i desideri, o come arbitro tra la ragione e i desideri, è il fatto che omnes homines beati esse volunt, il fatto che ogni uomo tende a essere felice o tende alla felicità, come se gravitasse intorno ad essa... come se alla fine dei suoi giorni volesse poter dire: sono stato felice"*.

Le ragioni della volontà starebbero dunque in questa "tensione" alla felicità, propria di tutti gli esseri umani che ne orienta e determina le deliberazioni volontarie.

Rimane da comprendere se questa tensione alla felicità abbia realmente delle basi biologiche, cosa che allo stato attuale delle conoscenze sembrerebbe vera, ma soprattutto resta da capire quanto il concetto di felicità sia un costrutto culturalmente con-

dizionato e quanto le spiegazioni biologiche di questa "tensione" soddisfino davvero quei numerosi e diversi requisiti che ci permettono di chiamare "felicità", quel complesso eterogeneo di stati mentali e corporei che esperiamo nel corso delle nostre vite, e se tra questi stati della mente e del corpo si possano annoverare anche quelli prodotti dall'uso di sostanze.

Sappiamo che i processi decisionali sono in gran parte fondati su substrati neuronali che regolano l'omeostasi, le emozioni e i sentimenti.

Questi substrati sono rappresentati dalle cortecce orbitofrontali e dalle regioni limbiche e l'attivazione di questa rete neuronale consente di identificare il significato emozionale di uno stimolo, e di regolare gli stati affettivi.

Tali processi decisionali vengono distinti in tre sequenze temporalmente e funzionalmente in parte distinte:

1. la valutazione e formazione di preferenze tra le opzioni possibili;
2. la selezione e l'esecuzione di un'azione;
3. l'esperienza e valutazione del risultato.

Ciascuno di questi stadi del processo decisionale può essere compromesso o alterato da diversi tipi di disturbo mentale, ivi compreso l'uso di sostanze, attraverso l'interferenza con l'attenzione, la memoria di lavoro, la motivazione, l'anticipazione e l'impulsività.

Gli individui dipendenti da sostanze mostrano la propensione a selezionare azioni associate a vantaggi a breve termine e perdite a lungo termine.

Inoltre è probabile che scelgano opzioni rischiose e mostrino un alterato orizzonte temporale del rapporto rischio beneficio.

In terzo luogo questi soggetti non valutano in modo appropriato la probabilità e la consistenza dei potenziali risultati e sono meno sensibili alla predizione degli errori.

Queste caratteristiche del processo decisionale potrebbero riflettere una sopravvalutazione dello stimolo droga correlato, interferendo nella prima sequenza del decision making, quella della formazione delle preferenze, ma anche essere l'effetto dell'indebolimento delle capacità previsionali e di valutazione dei risultati.

In altri termini nei dipendenti da sostanze vi può essere sia una maggiore sensibilità alla salienza di alcuni stimoli droga correlati, che un minore controllo inibitorio esercitato dalla corteccia. Le osservazioni sperimentali, ripropongono interrogativi che già in passato, pur senza queste evidenze, ponevano in dubbio la reale capacità dei tossicomani di esercitare criticamente gli atti di volizione e di scelta verso l'uso di sostanze.

Bechara sostiene che soggetti che presentano gravi disturbi da uso di sostanze, debbano re-imparare a come pensare e come comportarsi in particolari situazioni correlate alle droghe.

Rimane per ora insoluta la domanda se queste disfunzioni del processo decisionale e dei relativi substrati neuronali, siano preesistenti e contribuiscano perciò alla iniziazione all'uso di sostanze o siano la conseguenza del ripetuto uso di droghe.

È verosimile che l'alterata funzione dopaminergica prodotta dall'uso ripetuto e protratto, essendo responsabile dell'aumento della salienza incentivante delle droghe, sia la causa degli erro-

* Responsabile nazionale settore formazione FeDerSerD - Pavia.

ri di valutazione e di scelta nel processo decisionale, ma è anche possibile che alterazioni della funzionalità dopaminergica siano preesistenti per effetto di altre cause evolutive ambientali o genetiche.

Tutto ciò non risolve il dilemma dell'esercizio della volontà, ma chiarisce come l'uso di sostanze prolungato possa concorrere a determinare quei difetti di funzionamento neurofisiologici che sembrano rendere sempre meno liberi i successivi atti decisionali.

Resta il fatto che tale compromissione pone al clinico e non solo a lui, inedite responsabilità riguardo l'effettiva capacità decisionale dei soggetti affetti da gravi disturbi da uso di sostanze.

L'autonomia e la libertà dell'individuo nell'esercitare il diritto di scelta se usare o meno droghe e sostanze psicotrope sono comunque sempre da rispettare o ci sono condizioni soggettive tali che possono mettere in dubbio la fattualità di questo diritto? È evidente che tale interrogativo apre questioni etiche di enorme importanza e delicatezza, alla luce delle numerose osservazioni sperimentali, che offrono comunque già degli orientamenti di risposte possibili.

Infatti le alterazioni più rilevanti del processo decisionale, si manifestano a carico solo di una certa parte di soggetti affetti da disturbo da uso di sostanze, e sono predicibili da una combinazione di fattori che includono la durata dell'astinenza, gli anni di abuso, le ricadute e i tempi di trattamento e la capacità di mantenere il lavoro.

Probabilmente quindi un certo peggioramento di questi fattori socioambientali e comportamentali, rende i soggetti dipendenti da sostanze simili ai soggetti con lesioni delle cortecce ventromediali e sono coloro per cui si evidenzia una insensibilità verso le conseguenze dei propri atti, determinata dal ridotto controllo inibitorio della corteccia, e rappresentano le forme più gravi sotto il profilo clinico e comportamentale.

In conclusione si può dire che laddove si presuppone l'integrità delle funzioni cerebrali si può affermare con Arendt che la

volontà sia arbitra e custode della libertà, quindi non determinata da altro che dalla tensione alla felicità.

Laddove invece il grado di incertezza sulla integrità delle funzioni cerebrali diventa elevato, l'affermazione di Arendt perde di potenza e di valore interpretativo.

Se per qualche ragione vengono corrotti o alterati i meccanismi biologici che regolano le complesse dinamiche alla base dei processi decisionali o dei processi di riconoscimento di ciò che ci può fare esperire il sentimento della felicità, rimane ancora possibile pensare che esista una volontà non sottomessa e arbitrata tra ragione e desiderio?

Purtroppo il dominio del rapporto uomo sostanze psicotrope, è un dominio dai confini ambigui e contaminati, che rende molto difficile l'individuazione di risposte eticamente univoche.

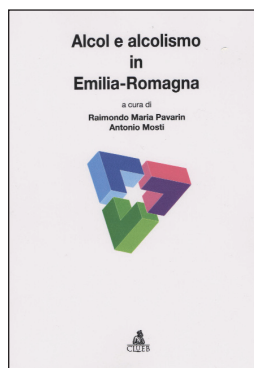
L'interrogativo etico comunque non riguarda soltanto l'atteggiamento da assumere in generale verso il consumo di sostanze, quanto verso il modo di esercitare la responsabilità terapeutica nei confronti di quei soggetti che manifestano in maniera rilevante gravi difettualità nei processi decisionali e nelle conseguenti assunzioni di responsabilità.

È dunque sul piano del rapporto tra questi due aspetti, autodeterminazione e vincolo, che va strutturata la relazione di reciprocità nel contesto terapeutico.

Essa ne definisce anche gli ambiti di autonomia e responsabilità, proponendoci il senso della cura come il processo di ripristino della capacità di desiderare e di riconoscere gli ambiti di libertà e discrezionalità che sono stati corrotti e compromessi dal vincolo anche biologico con le sostanze.

Quindi possiamo pensare che la cura sia una possibilità da costruirsi entro legami esemplari istituiti in una relazione pedagogica dentro la quale la valorizzazione dell'individuo come soggetto morale, come colui che diventa legge a se stesso, che sa essere all'altezza del proprio limite, sia un compito necessario ed essenziale.

RECENSIONE



Raimondo Maria Pavarin
Antonio Mosti

ALCOL E ALCOLISMO IN EMILIA-ROMAGNA

pp. 148, € 10,00
Editore: Clueb

Il libro riporta i dati di una ricerca sulla prevalenza di soggetti con problemi alcol correlati nelle province dell'Emilia-Romagna.

I dati raccolti evidenziano una diffusione elevata del fenomeno che in larga parte non emerge dal sommerso, differenze geografiche che riguardano sia il nord/sud della regione che residenti/non residenti, etniche, di genere e generazionali.

Tali diversità riflettono aspetti specifici di un problema complesso e in continua evoluzione; ad esempio le modificazioni in atto nell'uso

di alcol tra le donne vanno interpretate in modo non disgiunto dai cambiamenti negli stili di consumo, dall'allentarsi delle reti tradizionali di controllo sulle giovani generazioni, dall'accentuarsi delle differenze tra aree urbane e comunità montane, dall'emergere di una società multietnica, e più in generale da tutto quello che riguarda i processi di emancipazione e la messa in discussione dei ruoli all'interno della famiglia e al lavoro.

Quello che sorprende è il forte influsso dei contesti culturali di riferimento, col permanere di modelli tradizionali in cui l'alcol appartiene a cultura e alimentazione, assieme all'emergere di nuovi significati attribuiti all'uso di alcolici, per molti versi simili e complementari a quelli di altre sostanze illegali.

Raimondo Maria Pavarin

Sociologo sanitario, epidemiologo, esperto in epidemiologia delle dipendenze, membro della Consulta nazionale degli esperti delle dipendenze, Direttore dell'Osservatorio Epidemiologico metropolitano dipendenze patologiche e del centro di documentazione sulle droghe dell'Azienda Usl di Bologna.

Antonio Mosti

Medico e psicoterapeuta, Direttore del programma dipendenze dell'Usl di Piacenza.

Il drug test dei lavoratori con mansioni a rischio

Edoardo Cozzolino*

La recente normativa in merito ai controlli sullo stato di tossicodipendenza nei lavoratori esercenti mansioni a rischio realizza un mandato legislativo vecchio ormai di circa 18 anni.

Infatti il D.P.R. 309/90, all'art. 125, definisce la necessità di sottoporre ad accertamenti, mirati alla verifica di assenza di tossicodipendenza, le categorie di lavoratori destinati a mansioni che comportano rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute dei terzi.

Lo stesso articolo demanda ad apposito Decreto Ministeriale il compito di individuare tali categorie.

Abbiamo dovuto aspettare molti anni perché l'elenco delle categorie venisse definito insieme con le indicazioni su come effettuare gli accertamenti.

Nel 2007 il Ministro Turco raggiunse quest'obiettivo nell'ambito della Conferenza Unificata Stato Regioni del 30 ottobre.

I numerosi anni trascorsi hanno però determinato delle circostanze applicative decisamente diverse e, come conseguenza, aspetti problematici che richiedono di essere risolti.

I nodi critici sono rappresentabili in tre aree:

- Normativa.
- Procedurale - in merito alle attività di accertamento di II livello.
- Dimensionale - in merito al volume delle attività.

Normativa

Nel D.P.R. 309/90, l'art. 125 e il 124 parlano unicamente di tossicodipendenza (l'art. 124 è relativo alla possibilità per i lavoratori tossicodipendenti di fruire, a fini terapeutici, del mantenimento del posto di lavoro fino a tre anni).

Ciò è incongruo rispetto al fine della norma; infatti, scritta così, vorrebbe dire che in caso di accertato uso di sostanze, ma in assenza di tossicodipendenza, il soggetto esaminato potrebbe continuare a svolgere la sua mansione (perché il certificato dichiarerebbe correttamente l'assenza di tossicodipendenza, essendo il soggetto abusatore di sostanza – fattispecie, quest'ultima, non oggetto della norma). Ritengo che, proprio per tali ragioni, l'accordo Stato Regioni tenti, dove possibile, di sottolineare la finalità generale di stabilire se vi sia, o vi sia stato, uso di sostanze; restando però, negli snodi maggiormente ancorati al dettato del 309/90, vincolato a parlare solo di tossicodipendenza.

Tutto ciò genera ambiguità in un testo che oscilla in più punti, rendendo incerta la comprensione dell'effettivo oggetto dell'accertamento e delle procedure diagnostiche (uso, abuso, tossicodipendenza).

Sicuramente lo scenario dei consumi, abusi e dipendenze patologiche di oggi è profondamente diverso da quello esistente nella seconda metà degli anni '80, e in funzione di ciò si rende necessaria una riscrittura degli articoli 124 e 125 che li riattualizzi rispetto al fenomeno per come si configura oggi.

Procedurale - in merito alle attività di accertamento di II livello

Le incertezze citate nel punto precedente, influenzano significativamente anche l'area delle procedure d'accertamento di II livello.

* Presidente FeDerSerD Lombardia - Milano.

Se l'obiettivo è escludere o meno una tossicodipendenza, le ampie e dettagliate procedure previste sono coerenti con una diagnosi complessa e multi assiale.

Tale pannello diagnostico sembra però ricalcare più quello utilizzato per prendere in carico un paziente con finalità di cura, piuttosto che essere centrato su un fine molto preciso che è, alla fine dei conti, confermare o meno se il soggetto usa o ha usato, in tempi sufficientemente recenti, delle sostanze stupefacenti.

Si tratta quindi, a fronte della sopra dichiarata necessità di attuazione degli art. 124 e 125 del 309/90, di poter ridiscutere i contenuti dell'Accordo Stato Regioni per valutare la possibilità di rendere più agili le modalità di accertamento di II livello.

Quanto detto anche in considerazione dei potenziali costi in termini organizzativi per i Servizi, economici per i datori di lavoro e temporali per il completamento dell'iter e la produzione della certificazione a fronte di un potenziale grande numero di soggetti da valutare.

Quest'ultima considerazione ci porta al terzo nodo critico.

Dimensionale - in merito al volume delle attività

Il numero delle mansioni a rischio è molto elevato così come è molto alta la diffusione dell'uso di sostanze nella società.

Ferma restando l'aneddotica riferibile alle persone che svolgono mansioni a rischio e che sono in carico ai Ser.T. (cito per pura esemplificazione le guardie giurate e i camionisti), era un po' nell'attesa di tutti veder arrivare numerose richieste di accertamento di II° livello.

Così non è, almeno per ora.

Non esiste una raccolta di dati e un monitoraggio dei casi sottoposti alle procedure di cui stiamo parlando ma non credo che le persone avviate al II livello accertativo siano, in Regione Lombardia e al momento attuale, più di un centinaio.

Quello che è certo è la mancanza di un monitoraggio che permetta di seguire, in queste fasi di avvio, e nelle successive l'effettivo dimensionamento degli interventi accertativi e del problema che con essi si è ritenuto di affrontare.

Conclusioni

Alla luce di quanto sopra esposto, ritengo sia possibile avanzare le seguenti proposte:

- Si rende necessaria la modifica degli articoli 124 e 125 del D.P.R. 309 in modo da estendere la loro applicazione anche ai casi di abuso e uso di sostanza psicotropa.
- Si rende necessaria una revisione dell'Atto d'Intesa Stato Regioni per rendere le procedure diagnostiche congrue con la finalità generale: individuare i consumi di sostanza in soggetti addetti a mansioni a rischio
- Si rende necessario avviare, sia a livello del DPA che nelle singole Regioni, specifici progetti di monitoraggio delle attività accertative relative a queste categorie di lavoratori.

Trattamenti e percorsi di cura, integrazione dei trattamenti

Pietro Fausto D'Egidio*

Gentili colleghi, nei pochi minuti a disposizione è mia intenzione sottolineare alcuni degli aspetti essenziali che sono alla base dei trattamenti e dei percorsi di cura del sistema dei servizi in Italia.

Lo ritengo opportuno perché ancora oggi si assiste, anche in contesti istituzionali, ad una rappresentazione del tossicodipendente, dell'intervento che è possibile fare per aiutarlo e ai risultati che è ragionevolmente possibile raggiungere molto lontana dalle evidenze scientifiche condivise.

La dipendenza è una malattia cronica del cervello espressione di un comportamento compulsivo e Nora Volkow sottolinea le correlazioni tra questa patologia organica e tematiche più squisitamente "psicologiche" come la motivazione e la scelta.

L'uso prolungato di droghe modifica il cervello in modo fondamentale e duraturo ed in misura tanto più grave quanto più è giovane l'individuo che le usa.

La politossicodipendenza aggrava la malattia da droga e ne rende più difficile la cura.

A proposito di cura mi preme sottolineare un aspetto.

Un termine correntemente e correttamente usato definendo i trattamenti per le dipendenze da sostanze è "riabilitativi".

La parola "riabilitativo" pur se correttamente usata ha in se implicito il rischio di una interpretazione ampia che sconfinava nell'etnocentrismo culturale.

Infatti la rappresentazione sociale, in Italia in special modo, delle tossicodipendenze e della eroinodipendenza in particolare, dei tossicodipendenti e delle cure è fortemente legata al considerare la tossicodipendenza alla stregua di un vizio, il tossicodipendente un vizioso e le cure con agonisti la somministrazione della droga di Stato.

Il trattamento viene visto, e ad esso è chiesto, di produrre come risultato, una volta completata la cura stessa, che quella persona non usi mai più alcun tipo di droga e non compia più alcuna di quelle azioni che consideriamo correlate e dipendenti da quel vizio: i furti e gli scippi, la prostituzione, il traffico di stupefacenti, il cattivo comportamento in famiglia, a scuola, nei rapporti sociali, l'abbandono del lavoro.

Qualsiasi reato uno commetta, qualsiasi comportamento non ortodosso egli assuma, se è un "drogato" allora, automaticamente, quella azione è considerata "conseguenza" dell'uso di droga e si genera la convinzione che se quella persona viene ben curata e quindi guarisce, una volta guarita non commetterà più quella azione e sarà quindi riabilitata.

Questa semplicistica equazione molto spesso non si rivela vera: ci sono persone che compiono reati o si prostituiscono prima di cominciare ad usare droghe, oppure che non hanno mai usato droghe, ovvero anche quando non stanno usando droghe.

Semplicemente perché è il loro modo di stare in società.

Il fine, l'obiettivo, l'outcome di un trattamento terapeutico, comunque lo si sia potuto definire per quel paziente, non è e non può essere quello di renderlo ligio ed omogeneo alla cultura dominante.

Se appartiene ad una sottocultura (nel senso proprio della antro-

pologia strutturale [Levi Strauss: *Razza Storia* e altri studi di antropologia - Einaudi]) è giusto che il terapeuta la rispetti.

Se un ladro d'appartamento si è fratturato il ginocchio scappando nessuno pensa che il trattamento riabilitativo non abbia avuto successo se continuerà a rubare e magari a farsi ancora male, anzi!

Se è un eroinomane il trattamento riabilitativo ha successo solo se, oltre a non usare più droghe per il futuro, lo porta a cambiare stile di vita, amicizie, comportamenti ecc. "per sempre".

Ma questo in molti casi non è immediatamente possibile.

Una cura appropriata può aiutare i malati a superare i danni causati dall'abuso e dalla dipendenza da droghe.

Alcuni autori hanno descritto come la terapia con un farmaco agonista è utile per ridurre l'uso di eroina, per ridurre i crimini e la diffusione delle malattie infettive.

Non ci sono cure sicure per la dipendenza da droghe e i farmaci agonisti rappresentano i presidi terapeutici più efficaci nella cura della dipendenza da oppiacei.

I criteri clinici per l'uso dei farmaci agonisti sono ben definiti nella comunità scientifica.

I pazienti che seguono anche un programma di counselling ed educativo oltre ad usare i farmaci sostitutivi hanno dei risultati migliori che perdurano per almeno 6 - 12 mesi dopo la sospensione del trattamento.

I fattori più importanti in grado di predire una ritenzione in trattamento ovvero la ricaduta nell'uso di sostanze dopo il trattamento sono uno stato socio economico basso, la presenza di patologie psichiatriche correlate, e la mancanza di supporto sociale o familiare.

In un interessante studio della Kraft si valutano i risultati di tre diversi programmi terapeutici con metadone anche in rapporto ai costi/efficacia e costi/benefici.

I tre programmi erano caratterizzati come segue.

1. Terapia farmacologica con metadone + 1 sessione di counselling al mese.
2. Terapia farmacologica con metadone + 3 sessioni di counselling a settimana + un supporto psicologico.
3. Terapia farmacologica con metadone + 7 sessioni di counselling a settimana + trattamenti medici, di supporto sociale e terapia familiare in sede.

Gli autori concludono che il miglior trattamento nel rapporto costi/efficacia quando si consideri la capacità di prevenire le ricadute a 6 mesi dalla sospensione del trattamento è il programma n. 2.

È interessante notare come anche in questo lavoro la misurazione dei costi è limitata ai soli costi per la realizzazione del programma. I Ser.T. italiani sono una potente risorsa per la cura delle dipendenze, tale che non ha eguali negli altri paesi europei.

Abbiamo ampiamente illustrato in molte rapporti pubblicati sulla rivista *Mission*, a cui ora rimando, le potenzialità del nostro sistema di intervento, l'importanza di una "Alta Integrazione" tra pubblico e privato, la necessità impellente di un superamento della attuale organizzazione dei servizi e delle disegualianze della stessa tra regioni. Per concludere lasciatemi dire che i percorsi di cura disponibili in Italia sono drammaticamente insufficienti rispetto ai bisogni nei territori anche se ogni euro investito in trattamenti può farne guadagnare 7 in "salute".

* Segretario Esecutivo Nazionale di FeDerSerD - Pescara.

“Cronicità o cronicizzazione?”

Roberta Balestra*

Il titolo del contributo, che è quello dato alla sessione evidenza, quasi provocatoriamente, la necessità di chiarire due termini, molto spesso usati quali sinonimi, soprattutto da chi non è addetto ai lavori, come comuni cittadini, familiari, operatori della comunicazione e mass media, amministratori e politici.

La stessa domanda richiama, a mio avviso, il problema che si pone di frequente a chi lavora nei servizi pubblici per le dipendenze patologiche: da un canto la necessità di individuare una definizione più soddisfacente e condivisa di “dipendenza” rispetto a quella di malattia, anche alla luce del mutare degli stili di consumo e degli “oggetti” implicati nella dipendenza (sostanze chimiche, comportamenti additivi, ecc.), dall’altro il dovere di valutare l’efficacia e l’esito degli interventi posti in essere, soprattutto in rapporto con la qualità di vita della persona nel suo contesto di riferimento.

Cronicità

La discussione sulla “cronicità” va fatta chiarendo se l’orizzonte di riferimento sia il tipo di “decorso” o il tipo di “esito” del disturbo.

Infatti, nel primo caso ci si interroga sulla durata del trattamento, mediamente protratta nel tempo oltre i 6 mesi, nel secondo caso si allude invece al concetto di inguaribilità, all’evenienza che il problema perduri nonostante il trattamento.

Dalla dipendenza si può guarire oppure l’esito è comunque la stabilizzazione/cronicizzazione?

Noi sappiamo che in una percentuale di casi vi è guarigione, intesa come completa remissione dei sintomi e dimissione dal servizio.

Il paradigma di *malattia cronica recidivante*, nato dalla definizione dell’OMS di alcuni decenni fa, ha storicamente segnato uno straordinario progresso culturale e scientifico: da una visione persecutoria o moralistica della persona dipendente si è passati a quella di “malato”, di soggetto da porre al centro dell’attenzione clinica per condividere un progetto di tipo terapeutico-riabilitativo.

L’assunzione di questo paradigma ha significato quindi una svolta di civiltà dalla forza innovativa, perché ha restituito agli interessati dignità e diritti, ha consentito lo sviluppo di una rete di servizi sociosanitari e di un sapere disciplinare specifico.

Negli anni però l’assunzione del paradigma di malattia cronica recidivante ha dimostrato di essere inadeguato a descrivere la complessità del disturbo, che diversamente da altre patologie è fortemente influenzato da aspetti di apprendimento, di condizionamento sociale e ambientale, oltre che da fattori tipicamente farmacologici e psicofisici.

Inoltre, i consumi a rischio sempre più frequenti, soprattutto tra i giovani, non si possono definire come delle patologie da dipendenza.

* Ufficio di Presidenza Nazionale di FeDerSerD - Trieste.

L’assunzione del paradigma medico porta con sé anche il rischio di un automatico e conseguente riduzionismo, divenuto forse più evidente nell’ultimo periodo, con il prevalere della lettura di tipo neurobiologico su quella multidisciplinare.

Sta a noi tecnici il dovere e la responsabilità di difendere il bagaglio di conoscenze acquisite nel tempo, di tipo neuroscientifico, psicopatologico, sociologico, etico, clinico, terapeutico/riabilitativo, organizzativo/gestionale, esperienziale, ecc.

Nessun paradigma appare *di per sé* esaustivo, vi è pertanto l’esigenza di integrare i diversi paradigmi, senza un ordine gerarchico, al fine di tener conto della complessità dei fattori che determinano la storia e l’espressività del disagio.

La dipendenza non è una malattia come le altre.

Tuttavia, l’assunzione della definizione di “malattia” risulta ancora la più adeguata a tenere il problema nell’alveo del SSN, a contrastare lo stigma che deriva da impostazioni morali e colpevolizzanti.

Si tratta di un problema di salute, che influenza gravemente la qualità di vita della persona e del suo contesto, affettivo e sociale.

Per certi versi, questa definizione sembra avere un risvolto protettivo per la persona.

In alternativa a questo paradigma si usano spesso definizioni che rischiano di risultare ambigue o vaghe, perché iper-inclusive e trans-disciplinari, come “problematica di salute complessa ad eziopatogenesi multifattoriale”.

Cronicizzazione

Il termine ha in genere un significato negativo in rapporto a decorso e/o esito:

- Decorso caratterizzato da recidive ripetute e persistenza della sintomatologia nel tempo nonostante la terapia.
- Stabilizzazione dei sintomi in presenza di terapia, senza reinserimento nel contesto sociale “normale”.
- Stabilizzazione dei sintomi in presenza di terapia con reinserimento nel contesto sociale “normale” (non guarigione completa, intesa come sospensione della terapia e dimissione dal servizio).
- Cattiva prassi dei servizi.

Chi è a maggiore rischio di cronicizzazione?

- Persone con situazione di grave povertà, solitudine, con storie di deprivazione socio-affettiva, di violenza, di istituzionalizzazione.
- Persone con situazioni di salute multiproblematiche, con comorbilità (pat. psichiatrica, infettiva, oncologica, ecc.).
- Persone “toccate” da eventi traumatici, gravi stress.
- Persone trattate con una cura inadeguata ed inefficace.

Per non cronicizzare, i Servizi devono/dovrebbero:

- Essere servizi forti, organizzati in forma dipartimentale (meglio se di tipo gestionale con autonomia di BDG).
- Avere adeguate risorse (personale multiprofessionale, sedi dignitose, risorse per progetti e per attività).

- Avere competenza specialistica (maggiore investimento sulla formazione, sulla qualificazione e valorizzazione delle risorse umane).
- Sviluppare *modelli organizzativi e pratiche territoriali fortemente integrate* con gli altri servizi (distretti sanitari, MMG, specialisti, Enti locali, cooperazione sociale, volontariato, servizi del Ministero di Giustizia, ecc.) compatibilmente con le scelte regionali e aziendali.
- Proporre sempre programmi di cura multidisciplinari personalizzati.
- Credere nella possibilità di chiunque di "stare meglio/guarire", per fare leva sulle risorse dei soggetti e dare senso al cambiamento.

Il tipo di decorso e l'esito sono significativamente influenzati dalla pratica, dalla cultura dei professionisti e del servizio, dall'organizzazione e dalle risorse a disposizione.

Le risorse incidono significativamente sulla possibilità o meno di offrire risposte più ampie, non solo di tipo medico-farmacologico, ma anche di tipo psicosociale e territoriale, per sostenere il reinserimento e l'emancipazione della persona.

Molto spesso oggi i servizi sono in situazione di precarietà e non riescono a garantire la personalizzazione dei progetti di cura.

Per tale motivo bisogna distinguere la cronicizzazione iatrogena, per inefficacia del trattamento, dovuta ad insufficiente o inadeguato investimento, dalla cronicizzazione intesa come possibile decorso clinico di un dato paziente.

Sarebbe molto importante approfondire quanti e quali modelli organizzativi di servizio siano oggi presenti in Italia, data la disomogeneità regionale, non sempre determinata da meri fattori economici di investimento.

Sappiamo quanto incidano le scelte organizzative, strutturali aziendali nella possibilità di lavorare secondo una modalità di integrazione sanitaria e sociosanitaria territoriale, come previsto dalla normativa e come richiesto dai bisogni di salute dei pazienti.

Molti ritengono che la cronicizzazione sia sempre una conseguenza di una "cattiva prassi terapeutica" (es. l'uso del farmaco sostitutivo, gli interventi di riduzione del danno): non è così.

Diventa cruciale quindi introdurre nei nostri servizi la valutazione degli interventi, distinguendo, tramite specifici indicatori, quelli di base (previsti dai LEA) da quelli più complessi, di tipo sociosanitario integrato.

Occorre analizzare lo stato dei servizi, le risorse investite al momento della valutazione, per confrontare l'efficacia di diversi modelli organizzativi oggi attuati a livello nazionale, la loro praticabilità ed esportabilità.

NOTIZIE IN BREVE/COMUNICATO



CEREF - Centro Ricerca e Formazione
Via Udine 6 - Padova
Tel. 049-8804827; Fax 049-8803649
e-mail: segreteria@ceref.it - sito: www.ceref.it

Corsi di formazione in clinica delle dipendenze - anno 2009

Docente: dott. FELICE NAVA - medico neurofarmacologo, dirigente Ser.T.

Venerdì, 11 Settembre

RICONOSCIMENTO e GESTIONE del CONSUMATORE di SOSTANZE: valutazione, primo intervento e presa in carico

ECM richiesti per Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari, Educatori Professionali, Ostetriche

Venerdì, 2 Ottobre

IL TRATTAMENTO DELLE PATOLOGIE CORRELATE NEL TOSICODIPENDENTE E NELL'ALCOLISTA: Le Interazioni Farmacologiche e l'Aderenza Terapeutica

ECM richiesti per Medici e Infermieri Professionali e Assistenti Sanitari

Venerdì, 9 Ottobre

LA NEUROBIOLOGIA DEI DISTURBI DI PERSONALITÀ NEI CONSUMATORI DI SOSTANZE: Le Basi Razionali e Innovative del Trattamento

ECM richiesti per Medici e Psicologi

Venerdì, 6 Novembre

IL COUNSELING NELLA CLINICA DELLE DIPENDENZE: Contenuti e Tecniche

ECM richiesti per Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari, Educatori Professionali, Ostetriche

Venerdì, 13 e Sabato 14 Novembre

LA NEUROBIOLOGIA DELL'ALCOLISMO: La Clinica e l'Integrazione dei Trattamenti nelle Vecchie e Nuove Tipologie di Consumatori

ECM richiesti per Medici e Psicologi

MAGGIORI INFORMAZIONI SUL SITO

“Cronicità o cronicizzazione?”. Le risposte neurobiologiche

Claudio Leonardi*

La Tossicodipendenza e l'Alcolismo sono dei disordini comportamentali appresi indotti dall'uso cronico delle sostanze e alla cui base sono presenti precise alterazioni di specifici meccanismi omeostatici che giustificano l'alterazione dei sistemi della gratificazione e della motivazione che noi osserviamo nei nostri pazienti.

Questo rapporto di causa ed effetto è però meramente apparente e difficilmente ancorabile a dei meccanismi patogenetici sistematicamente ripetitivi e riproducibili universalmente in qualsiasi individuo che utilizza sostanze stupefacenti.

Questo perché certe sostanze comportano un rischio tossicomane maggiore di altre (eroina vs cocaina); perché esistono individui, fasce sociali, gruppi etnici o culturali che sono più suscettibili di altri a sviluppare comportamenti tossicomane; perché certe sostanze hanno una particolare frequenza di distribuzione nella popolazione diversa da altre; perché a fronte di molte sostanze d'abuso esistono altrettanti stili di consumo che uno stesso consumatore può assumere nel tempo (poliabuso); perché la dipendenza si sviluppa solo dopo un comportamento ripetuto nel tempo ma, una volta instauratasi, tende a restare sempre la stessa, nonostante la ripetizione di questi comportamenti; perché molti soggetti, affetti da dipendenza, riescono ad interrompere la loro condotta tossicomane, ma non sempre riescono a mantenere questo progetto; perché la sindrome d'astinenza non è strettamente correlata con le ricadute, così come ci può essere una ricaduta in totale assenza di un desiderio compulsivo; perché possono essere solo certe situazioni e non altre ad aumentare il rischio di una ricaduta per i soggetti che provano ad astenersi dall'uso di sostanze e perché l'esperienza clinica ci dimostra che spesso, anche a dispetto della rigidità di alcune evidenze scientifiche, certi tipi di intervento terapeutico hanno più successo di altri.

Tutto questo sostiene che esistono specifiche soggettività che condizionano l'evoluzione della malattia “tossicodipendenza” che, a loro volta, sono condizionate e condizionano nel contempo loro stesse, altri aspetti di tipo sociale, relazionale, ambientale e comportamentale.

Il comportamento tossicomane, che in genere inizia come una “sperimentazione”, può autolimitarsi, estinguersi senza essere seguito da un uso continuativo e/o saltuario o altrimenti può perpetuarsi nel tempo, può ripetersi e portare progressivamente all'instaurarsi di specifiche modificazioni plastiche del cervello che alterano le connessioni tra una cellula nervosa e l'altra provocando la comparsa di un “linguaggio drogastico” che prevale nel tempo, che condiziona tutte le attività dell'individuo “dipendente” e correla tutti i suoi comportamenti in funzione della ricerca e del consumo di sostanze stupefacenti.

Tutto questo è supportato da specifici e ripetitivi meccanismi bioumorali nei quali prevale l'effetto dopamino-dipendente, dove il piacere fine a se stesso lascia ben presto il posto alla sola necessità di dover assumere droga per “non star male”, a compimento di una luna di miele che troppo spesso rimane solo un breve ricordo nella lunga carriera tossicomane di qualsiasi dipendente da sostanze ed indipendentemente dalle sostanze dalle quali dipende.

Le neuroscienze hanno praticamente e sufficientemente rappresentato prima nel modello animale e poi direttamente nell'uomo, quanto fino ad ora detto e lo hanno dimostrato indistintamente per qualsiasi sostanza ad azione neurotossica, sovvertendo totalmente dei falsi dogmi che volevano e a volte ancora vogliono distinguere le droghe in “pesanti” e “leggere”.

Ciò nonostante rimane ancora difficile rispondere a tutta quella serie di “perché” ai quali si faceva riferimento precedentemente.

Questo in quanto è ormai pressoché impossibile limitare i processi tossicomane alla sola componente neurofisiologica, a quel “brain” nel quale è vero che si sviluppano specifiche modifiche della struttura fisioanatomica ma che spesso non sono sufficienti a giustificare i comportamenti tossicomane stessi.

Questo perché accanto ad un “cervello” esiste una “mente”, quel “mind” che orienta in senso biunivoco il concetto di “corpo oggetto” verso una cognizione di “corpo soggetto” nel quale parte dei disturbi, che costituiscono il profilo di personalità e dei comportamenti del tossicodipendente da sostanze, possono essere spiegati anche in termini di disorganizzazioni psichiche e relazionali che non possono essere dedotte dalla mera biologia.

L'addiction è, pertanto, un processo che si evolve nel tempo, lungo il quale emerge progressivamente un “nuovo equilibrio” neurobiologico (allostasi) e psicologico tra il soggetto e la sostanza e dove tutte le principali dimensioni funzionali del nostro cervello, inteso congiuntamente come “BRAIN and MIND”, sono coinvolte nell'evoluzione della condizione di addiction.

In tale contesto, le regolazioni omeostatiche vitali, l'affettività, le funzioni cognitive compresa la visione del proprio Sé, rischiano di essere modificati dall'organizzazione tossicomane a partire dalle loro strutture più profonde.

Alla luce di quanto fino ad ora definito è possibile quindi sostenere una serie di conclusioni qui di seguito elencate:

- le relazioni tra sostanza ed individuo vanno sempre interpretate alla luce di organizzazione biologiche e funzionali centrate sul soggetto e su particolari fattori di vulnerabilità;
- le dipendenze non ruotano solo attorno al principio del piacere e, pertanto, la cronicità non può essere intesa solo come una rievocazione del piacere perduto (questione morale);
- la modificazione dei processi neurobiologici sono una causa necessaria ma non sufficiente a chiarire l'intima espressione dei disturbi che osserviamo nei nostri pazienti. Pertanto, esistono ambiti di responsabilità e di scelta, nonostante la presenza di forti condizionamenti biologici, che influenzano la scelta di far uso di sostanze e, soprattutto, di continuarla nel tempo. (questione responsabilità);
- la base biologica delle dipendenze deve essere aperta ai significati culturali e filosofici che vestono l'oggetto droga nel suo complesso ed è fortemente condizionata da questi, anche nella sua dimensione “cronica” (questione complessità);
- è probabile che tutto ciò sia sufficiente a comprendere come sia pressoché impossibile voler inquadrare rigidamente il concetto di tossicodipendenza da sostanze stupefacenti e come forse sia più corretto dire che non esiste ancora un sistema assoluto di lettura dell'addiction in grado di spiegarne la sua complessità in un quadro di “enunciati logicamente coerenti”.

Ovvero la tossicodipendenza non è mai stata e non sarà mai come il diabete ma, come qualsiasi altra malattia sistemica complessa, merita una serie di interventi multidisciplinari e multidimensionali che garantiscano una valutazione integrata del paziente e l'istituzione di trattamenti farmacologici fondati sulla medicina delle evidenze cliniche e delle revisioni sistematiche della letteratura scientifica.

Gli stessi provvedimenti, infine, debbono provvedere anche a garantire un costante monitoraggio del paziente al fine di avviare quella valutazione degli esiti dei nostri interventi terapeutici ed un eventuale aggiustamento progressivo degli stessi a corollario di una ricerca ossessiva del percorso riabilitativo che più rapidamente nel tempo favorisca la remissione dello stato acuto di dipendenza ed eviti una cronicizzazione dello stesso verso una deriva terapeutica dalla quale spesso è difficile uscire.

* Ufficio di Presidenza Nazionale di FeDerSerD - Roma.

Convocazione assemblea ordinaria FeDerSerD

È convocata venerdì 12 giugno 2009, alle ore 15, presso il Centro Congressi dell'Hotel Centergross di Bologna, via Saliceto n. 8, l'Assemblea annuale ordinaria di FeDerSerD.

ODG:

- Approvazione verbale seduta precedente.
- Ammissione nuovi iscritti.
- Relazione del presidente nazionale.

- Approvazione bilancio consuntivo anno 2008.
- Approvazione bilancio preventivo anno 2009.
- Convocazione IV congresso nazionale anno 2010.
- Ratifica atti del Consiglio direttivo nazionale.
- Varie ed eventuali.

Il presidente nazionale - dott. prof. Alfio Lucchini

Convocazione assemblea ordinaria ALT Onlus

È convocata giovedì 28 maggio 2009, alle ore 18,30, presso la sede di FeDerSerD Lombardia, via Solari n. 43/3 a Milano, l'Assemblea annuale ordinaria di ALT Onlus.

ODG:

- Approvazione verbale seduta precedente.
- Ammissione nuovi iscritti.

- Relazione del presidente.
- Approvazione bilancio consuntivo anno 2008.
- Approvazione bilancio preventivo anno 2009.
- Ratifica atti del Consiglio direttivo.
- Varie ed eventuali.

Il presidente - dott. prof. Alfio Lucchini



aderente a:



Sede legale: Via Giotto 3, 20144 Milano

Presidente Onorario

Rita Levi Montalcini

Direttivo Nazionale (membri eletti)

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

Direttivo Nazionale (membri di diritto)

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

Comitato Scientifico Nazionale

Felice Nava (direttore)
Gianna Sacchini e Michele Ferdico (vicedirettori)

RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Il versamento della quota associativa, pari a € 50,00 per i laureati e a € 30,00 per i non laureati, si può effettuare tramite:

- versamento sul Conto Corrente Bancario n. 000003417x16 intestato a FeDerSerD presso la Banca Popolare di Sondrio - Agenzia di Carimate - CIN D ABI 05696 CAB 51090
- versamento diretto ai referenti regionali con rilascio di ricevuta

L'accoglimento dell'istanza di iscrizione a FeDerSerD in qualità di Socio Ordinario avverrà nella prima riunione in calendario del Consiglio Direttivo e ne verrà data comunicazione e conferma con il rilascio e l'invio della Tessera Annuale.

ANNO 2009 - RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Da trasmettere per posta a Expo Point - via Matteotti, 3 - Mariano Comense (Co)
o tramite fax al numero 031/751525 o per e-mail federserd@expopoint.it

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ IL _____

INDIRIZZO (personale) _____

CITTÀ _____ PROVINCIA _____ CAP _____

TEL. _____ FAX _____ CELL. _____

E-MAIL (per invio news e comunicazioni) _____

TITOLO DI STUDIO _____

DATA CONSEGUIMENTO TITOLO DI STUDIO _____

SPECIALIZZAZIONE _____

POSIZIONE PROFESSIONALE ATTUALE _____

INDIRIZZO (lavorativo) _____

TEL. _____ FAX _____ CELL. _____ E-MAIL _____

PUBBLICAZIONI / ESPERIENZE CURRICOLARI DA SEGNALARE / PROGETTI SCIENTIFICI IN CORSO / AREE DI INTERESSE SCIENTIFICO / INTERESSI CULTURALI

Chiedo

- Di essere iscritto in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2009
 - Di rinnovare l'iscrizione in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2009
- a FeDerSerD - Federazione degli Operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze

_____ li ____ / ____ / ____ Firma _____

Si autorizzano FeDerSerD e la Segreteria Expopoint al trattamento dei dati inclusi nella presente scheda

Versamento quota associativa di € 50,00 (laureati) € 30,00 (non laureati)
(allegare copia bonifico bancario o ricevuta versamento)

Visto il Segretario Esecutivo Nazionale _____

Visto per approvazione: Il Presidente _____