

34/2012

X - Il trimestre

Sommario

Editoriale. Il sistema di intervento per le dipendenze tra crisi globale e bisogni emergenti 1

FeDerSerD/DOCUMENTI

Carta Etica 3

AREA MANAGEMENT

Dinosauri, Camaleonti e Dipartimenti Dipendenze. Un'analisi costi-utilità di buprenorfina/naloxone rispetto a buprenorfina e metadone nella disassuefazione da eroina
Vincenzo Marino 6

AREA CLINICA

La percezione della Qualità di Vita valutata in una coorte di abusatori primari di benzodiazepine e in una coorte di tossicodipendenti in trattamento metadonico di mantenimento
Fabio Lugoboni, Silvia Carli, Giorgia Bissoli, Gessica Musi, Eleonora Florio, Camillo Smacchia, Laura Cunico 12

AREA STUDI E RICERCHE

Tolleranza e Assuefazione Condizionata: l'effetto Ambiente
Antonio Fabozzi, Francesco Cassese 20

Il trattamento della Dipendenza da Cocaina. Efficacia nella riduzione del craving, nella prevenzione delle ricadute e nell'astensione protratta in un campione italiano. Uno studio preliminare osservazionale in aperto
Antonio d'Amore, Elena Morrone 56

AREA LEGISLATIVA

Dipendenze. Il quadro legislativo entro cui si muovono i Servizi. Segreto professionale e tutela del minore
Massimo Corti 51

AREA SANITÀ PUBBLICA

Valutazione dei comportamenti prescrittivi per lo screening delle malattie a trasmissione parenterale in un Dipartimento Dipendenze
Mariagrazia Fasoli, Antonia Cinquegrana 61

AREA PREVENZIONE

"Spazio adolescenti e famiglia" ASL di Lecco: sperimentazione 2009-2011. Percorsi di counseling e di empowerment rivolti a famiglie con figli adolescenti utilizzatori di sostanze
Damiano Mazzoleni 66

LE RUBRICHE

Contaminazioni
Maurizio Fea
Addictus e Manumissio 72

ASSODIP NOTIZIE 5

NOTIZIE IN BREVE 73, 75, 76

RECENSIONI 10, 24, 59, 65

FeDerSerD/FORMAZIONE 2

FeDerSerD/ORGANIZZAZIONE 54, 74

FeDerSerD/STUDI E RICERCHE 73

Mission

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



Il sistema di intervento per le dipendenze tra crisi globale e bisogni emergenti

I servizi per le dipendenze, che superano quest'anno i 30 anni di vita, dopo una prima fase emergenziale con finalità di sanità pubblica e controllo sociale, si sono poi strutturati come segmenti di diversa tipologia (servizi per le tossicodipendenze, servizi di alcologia, comunità terapeutiche, ecc.), distinti e separati tra loro.

L'evoluzione successiva, associata al continuo modificarsi dei fenomeni verso modelli di consumo variegati e all'emergere di bisogni molteplici e complessi, si è indirizzata verso la costruzione progressiva di sistemi di intervento territoriali complessivi ed articolati, coordinati attraverso l'organizzazione dipartimentale e basati sull'integrazione fra pubblico e privato sociale e su una stretta collaborazione interistituzionale.

L'approccio generale dei servizi, orientato sulla base delle evidenze scientifiche via via acquisite, si è configurato nel tempo non come un intervento specialistico centrato esclusivamente sulla dipendenza ma come un approccio globale ai bisogni della persona.

Il recente congresso che FeDerSerD ha tenuto a Perugia, molto caratterizzato dal punto di vista istituzionale, ha permesso di esplicitare ancora le conoscenze fondamentali emerse dalla ricerca scientifica e dalle esperienze pluridecennali degli operatori, e di verificare la rispondenza dei modelli organizzativi attuali e delle normative che li sostengono agli elementi nodali scaturiti da tale lettura.

Alcuni relatori (presidente di Giunta regionale, assessore regionale alla salute, direttori generali di ASL e di direzioni regionali, sindaci delle maggiori città, direttori di dipartimento delle dipendenze e dirigenti di FeDerSerD) si sono concentrati sull'impatto dei servizi con gli effet-

- **Rapporto costo/beneficio di un gruppo appartamento per alcolisti in trattamento gestito dal servizio sanitario territoriale e dall'associazionismo**, di S. Ticali, A. Vegliach, R. Ciarfeo Purich, O. Cricenti, E. Tomaselli, G. Generoso, F. Valenciak, J. Blasina, G. De Belli
- **Ruminazione e Pensiero Desiderante nei Disturbi da Uso di Alcol** di Gabriele Caselli, Giovanni M. Ruggiero, Sandra Sassaroli, Marcantonio M. Spada
- **Le politiche di prevenzione alcologica in Europa: un impatto relativo** di Allaman Allamani, Fabio Voller
- **Gli effetti del trattamento farmacologico dell'alcolismo sulle risposte immunitarie nei pazienti alcolisti** di S. Franchi, P. Sacerdote, S. Moretti, G. Gerra, V. Leccese, M.V. Tallone, A.E. Panerai, L. Somaini

Newsletter "Clinica dell'Alcolismo", Anno III, n. 10

FrancoAngeli

Mission

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

FrancoAngeli

ANNO X, 2012 - N. 34

Fe Der Ser D

Proprietà: Fe Der Ser D

Sede legale

Via Giotto 3, 20144 Milano

Comitato di Direzione

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

Direttore scientifico

Alfio Lucchini

Comitato di Redazione

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

Sede operativa e Redazione Mission

Via Mazzini 54,
20060 Gessate (Mi), tel. 3356612717
misiondirezione@virgilio.it

Direttore responsabile: Stefano Angeli

Progetto grafico: Elena Pellegrini

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

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

Chiuso in redazione il 16 maggio 2012

Edizione fuori commercio

Tiratura: 7.500 copie

ISSN 2037-4798



ti della crisi globale, sia in termini di amplificazione e ulteriore diversificazione dei bisogni espressi dal corpo sociale, sia in termini di drastica riduzione delle risorse economiche a disposizione del sistema di intervento, sociale e sanitario.

I temi connessi all'impatto della crisi economica e sociale, anche in chiave di prospettiva, hanno portato a pensare alle risorse potenzialmente attivabili per rispondere a questa improba sfida: come contrastare la spinta verso l'arretramento dei servizi, coniugando i vincoli imposti dalle criticità contingenti con l'obiettivo di proseguire nel processo di crescita ed articolazione del sistema di intervento.

Tra le soluzioni esaminate centrale è emersa la necessità di qualificare la rete territoriale delle risorse soprattutto attraverso un loro razionale e ottimale governo, portando a livelli più elevati quel rapporto di alta integrazione precedentemente condiviso nell'ambito del Tavolo specifico cui hanno contribuito a suo tempo FeDerSerD, CNCA e FICT.

Le difficoltà e la contingenza saranno di lungo periodo, e pongono ancor più il tema della governance dei sistemi come fondamentale.

In questa ottica appare veramente miope e dannosa la mancata scelta di molte Regioni di vedere nei dipartimenti delle dipendenze una garanzia gestionale chiara.

FeDerSerD negli ultimi anni si è dedicata ancor più a sviluppare studi, ricerche, rilevazioni, protocolli per accogliere e curare in modo efficace i malati da dipendenza.

I recenti studi METODO, DeMoS e ora STAR vanno in questa ottica.

Anche su fenomeni considerati nuovi, almeno nella loro potenziale gravità di ricaduta sulla salute, come il gioco d'azzardo patologico, abbiamo investito in uomini e mezzi.

Il tema di fondo è conosciute: l'emergere di patologie anche gravi dall'incontro di fattori bio-psico-sociali, che la crisi economica da una parte tende a nascondere, dall'altra esaspera.

In questa fase è auspicabile il ripartire di una nuova stagione che veda come protagoniste le organizzazioni rappresentative delle realtà operative impegnate nel campo, e le Regioni, per riscrivere i capisaldi di un nuovo sistema di intervento.

Quando noi affermiamo che investire nella prevenzione e nella cura delle dipendenze conviene non ci riferiamo solo ad evidenze scientifiche chiare che mostrano il risparmio economico enorme di cure appropriate, ma all'insieme del contesto di tenuta sociale dei territori.

Noi operatori dobbiamo contribuire maggiormente in questi momenti difficili alla tutela della salute dei cittadini, nell'esigere il diritto alla cura e la continuità terapeutica.

I professionisti del settore vogliono lavorare nell'ottica di "produrre salute" piuttosto che di "consumare assistenza".

Per questo parliamo di investimenti, per questo chiediamo alle istituzioni e alla politica una capacità di scelta, di valutazione delle priorità nella programmazione territoriale.

Notizie di stampa di questi giorni, riferiti ai compiti di Enrico Bondi, nominato dal Governo per la "spending review", indicano un interesse forte del supertecnico verso i risparmi nel sistema sanitario.

Anche le nostre rilevazioni indicano insopportabili differenze nel Paese in termini di forze in campo, capacità operative e possibilità di reale accesso alle cure.

Certamente colpisce vedere in una ampia rassegna stampa di prese di posizione e intenti governativi la citazione dei Ser.T. accanto ai Consultori Familiari e ai Servizi di Salute Mentale come primi obiettivi di un'opera di razionalizzazione, profetizzando addirittura chiusure di migliaia di servizi.

È evidente che la via che si intende scegliere non sarà questa, indirizzata a soltire i già deboli servizi territoriali, suicida per il bene della collettività.

Quello che è certo è che il solo annuncio crea un danno culturale e civile che chi si occupa di dipendenze ben conosce nel rapporto con la società.

FeDerSerD/FORMAZIONE

IL PREZZO DELLA SOLITUDINE

Le nuove forme della Dipendenza tra Cocaina, Alcol, Gioco d'Azzardo Patologico e Internet Addiction

Congresso tematico nazionale

VII Congresso Regionale FeDerSerD Lombardia

Milano, 25-26 ottobre 2012

Centro Congressi ATAHOTEL EXECUTIVE

Via Don Luigi Sturzo, 45

Per informazioni: tel. 031748814 - e-mail: federserd@expopoint.it

Carta Etica

Definizione di conflitto di interesse

“È possibile individuare una situazione di conflitto di interessi quando ci si trova in una condizione nella quale il giudizio professionale riguardante un interesse primario (la salute di un paziente, la veridicità dei risultati di una ricerca, la oggettività di presentazione di una informazione, ...) tende ad essere indebitamente influenzata da un interesse secondario (guadagno economico, vantaggio personale, ...)” (K.M. Boyd, R. Higgs, A.J. Pinching, *The New Dictionary of Medical Ethics*, BMJ Publishing Group, London, 1997).

È evidente che questa definizione si può applicare sia al singolo professionista che ad una organizzazione.

Se accettiamo la definizione proposta è evidente che la natura di organizzazione scientifica alla quale siamo giustamente molto affezionati, ci pone come soggetto organizzativo che spesso è implicato nella relazione di veridicità e di oggettività scientifica, potenzialmente configgente con interessi economici, di potere, di vantaggio organizzativo, di immagine. Pensiamo quindi che si debba partire dalla organizzazione come soggetto potenzialmente in conflitto per definire contestualmente e in coerenza con gli aspetti generali, anche le declinazioni individuali e singolari del possibile conflitto.

La domanda chiave per una organizzazione e per il singolo professionista è se esiste un “livello soglia” oltre il quale si possa parlare di conflitto di interessi o non, piuttosto, un continuum fra un potenziale conflitto che, per la sua modestia, non interferisce con il proprio giudizio e un conflitto effettivo che condiziona pesantemente il giudizio del professionista?

A nostro parere la dimensione conflittuale è il risultato di un processo e dunque la logica del continuum piuttosto che della soglia, appaiono più convincenti.

Come è possibile descrivere questo continuum? Proviamo ad elencare e descrivere una serie di possibili situazioni e contesti che compongono il possibile continuum, partendo da ciò che la comunità scientifica a cui apparteniamo ha messo in evidenza.

1995: Il *British Medical Journal* è oggetto di critiche per avere pubblicato in diverse occasioni nello stesso numero un articolo sull'azione di un farmaco e la pubblicità di quello stesso prodotto (D.C. Mabin, “BMJ should declare its own conflict of interest”, *BMJ*, 1995, 311, p. 878).

1998: Il *New England Journal of Medicine*, revisionando circa settanta lavori sulla tossicità dei farmaci calcioantagonisti, evidenzia il totale silenzio sugli effetti collaterali di questi farmaci nel 96% dei lavori di ricercatori che avevano ricevuto fondi dalle industrie produttrici; effetti che vengono evidenziati, viceversa, nei lavori dei ricercatori per i quali non risultava la corresponsione di fondi dalle medesime industrie (H.T. Stelfox, G. Chua, K.O. Rurke *et al.*, “Conflict of interest in the debate over calcium channel antagonists”, *NE Journal of Medicine*, 1998, 338, pp. 100-106).

1998: Il *Journal of American Medical Association* pubblica una revisione su oltre 100 lavori concernenti la tossicità del fumo

passivo. Nel 87% dei lavori che evidenziano che il fumo passivo è nocivo gli autori non avevano ricevuto finanziamenti dalle aziende produttrici di sigarette. Viceversa, fra i lavori in cui si sostiene che il fumo passivo è innocuo, gli autori avevano ricevuto finanziamenti nel 94% dei casi (D.E. Barnes, L.A. Bero, “Why review articles on the health effects of passive smoking reach different conclusions”, *JAMA*, 1998, 279, pp. 1566-1570).

2000: Lancet pubblica un lavoro che analizza la qualità e il rigore metodologico di 410 linee-guida recensite in MedLine negli ultimi dieci anni; solo 15 di queste (il 6%) danno garanzie di qualità in ordine ai criteri di reclutamento degli estensori, di ricerca delle informazioni e di forza metodologica degli studi da cui venivano tratte le raccomandazioni (R. Grilli, N. Magrini, A. Penna, G. Mura, A. Liberati, “Practice guidelines developed by specialty societies: the need for a critical appraisal”, *Lancet*, 2000, 355, pp. 103-106).

Da questi pochi ma autorevoli riferimenti citati, appare evidente che esistono non solo conflitti di “azione” ma anche conflitti di omissione che sono forse i più frequenti. Esiste una tentazione non solo di enfatizzare i risultati positivi, ma di omettere/limitare i margini di insuccesso o quanto meno i risultati ambigui o equivoci.

Che cosa hanno in comune tutte queste situazioni citate dalla letteratura, nelle quali un interesse personale o di gruppo prevale sull'imperativo etico di fornire la migliore prestazione professionale?

In tutti questi casi l'autonomia decisionale è condizionata da un LEGAME che orienta le scelte, e la natura di questo legame è nella prevalenza dei casi di carattere economico, ma non solo, a volte di potere, a volte di successo.

Queste situazioni hanno in comune anche un altro aspetto fondamentale: NON sono PERSEGUIBILI per legge e NON sono SANZIONABILI né con misure di tipo amministrativo da parte del datore di lavoro né con qualche forma di censura da parte dell'Ordine Professionale o della società scientifica di appartenenza (a meno che si configuri il reato di corruzione per il dipendente pubblico chiamato ad esprimere un parere tecnico. (M. Bobbio, *Giuro di esercitare la medicina in libertà e indipendenza*, Einaudi, 2004, p. 5).

Il continuum a cui facciamo riferimento è dunque dato dalla forza del legame che vincola l'autonomia decisionale, più forte è il legame maggiore è la riduzione dell'autonomia.

Non è sempre facile valutare la forza del legame perché come ogni rapporto è fatta di reciprocità e non solo di dipendenza.

Quello che si può valutare sono gli effetti che la forza di questo legame determina sul singolo o sull'organizzazione.

Si può pensare che il gruppo o l'organizzazione siano più forti del singolo nel tenere l'equilibrio del legame, ma non è sempre vero, soprattutto se l'organizzazione non si fonda su principi chiari, condivisi, trasparenti ed eticamente fondati.

L'organizzazione è forte se può contare sulla pluralità di riferimenti dei suoi componenti e dà maggiori garanzie del singolo se ci sono principi e regole capaci di orientare e se il caso anche disciplinare i comportamenti propri e dei suoi membri.

Dunque pensiamo che **le regole** che intendiamo darci, **debbano servire esattamente a valutare in modo onesto e trasparente gli effetti che la forza dei legami che sviluppiamo determinano sul singolo e sulla organizzazione**, e che l'organismo che la nostra associazione deciderà di investire di questo compito, debba rispondere con gli strumenti che gli verranno assegnati, di questa finalità, sia nel giudicare i comportamenti e le decisioni organizzative, sia i comportamenti dei singoli associati.

Ci sembra di poter affermare che il peso economico di un contratto, sia con i singoli che con l'organizzazione, costituisca un criterio importante da usare nella misura della forza di legame, mentre più difficile è misurare gli effetti in termini di potere e vantaggio personale, che tuttavia sono elementi molto importanti nel costruire e consolidare i legami.

Va da sé che la ridondanza di legami economici con lo stesso interlocutore impone ulteriore attenzione e rigore nel valutare, sebbene la pluralità di interlocutori di per sé non sia garanzia di equilibrio.

C'è poi un altro aspetto non ricompreso negli elementi descritti prima, che assume una rilevanza etica sebbene in questo caso la forza del legame sia metro di misura positivo, che chiamiamo lealtà nei confronti della organizzazione e fiducia nelle sue forme organizzative e nelle persone che le governano.

È un tema etico perché rimanda al valore della relazione che ciascun membro decide liberamente di instaurare e coltivare con altri membri della organizzazione nella forma associativa che si è deciso di adottare.

Le regole e le forme della organizzazione ne definiscono la natura anche giuridica, ma sono le relazioni e la loro qualità che ne fanno un organismo vivo che attrae partecipazione e produce crescita, per tutti.

Questo punto richiama in modo chiaro la questione dei rapporti tra gli organismi della Federazione e gli iscritti, essendo la forma associativa adottata attualmente, espressione esatta e compiuta degli organismi presenti nella definizione statutaria.

Rimanda in modo altrettanto chiaro ai livelli di impegno e responsabilità che ciascun associato può assumere e di cui deve rispondere, sia per quello che fa che per quello che non fa.

La fiducia nella onestà e dirittura morale delle persone che si è deciso di investire di responsabilità e potere, è la condizione necessaria perché queste possano esprimere e interpretare attivamente tutte le funzioni delegate (rappresentanza, decisione, responsabilità) sulle quali si regge la vita democratica dell'organizzazione.

Al contempo di questa fiducia essi rispondono con gli atti e le decisioni, che devono essere coerenti non solo con le indicazioni programmatiche condivise, ma interpretate, assunte e sviluppate in modo da poter essere giudicate e valutate da tutti, secondo principio di trasparenza.

Non è tanto il diritto al rispetto astratto delle regole democratiche, quanto il livello partecipato alla loro realizzazione che giustifica richieste di trasparenza, condivisione e collaborazione alle scelte.

Di ciò va tenuto conto nei comportamenti organizzativi e atti che ne conseguono.

Ma se l'onestà è un principio normativo, la lealtà è una vocazione relazionale a tradurre nel nome e nel segno della reciprocità con l'Altro le proprie traiettorie e i propri percorsi (*Carmine Ventimiglia*).

È impossibile stabilire regole chiare che permettano di misurare il grado di lealtà, si può soltanto capire col tempo se e quanto consistente è questa vocazione nei singoli che decidono di fare parte della associazione.

Non si fanno né sono richiesti giuramenti, ma si possono giudicare i comportamenti dei singoli associati sulla base dei vantaggi onesti che i comportamenti singolari producono per l'associazione e di converso sulla base del possibile conflitto di interessi tra il singolo associato e l'insieme degli scopi associativi o delle finalità specifiche.

Per tali ragioni riteniamo che sia difficile disciplinare il tema del rapporto tra il singolo e la federazione, se non adottando un paio di misure di buon senso e di onestà che sono:

- quanto più è rilevante il ruolo assunto dal singolo nella Federazione, tanto più ad esso viene richiesta quella vocazione relazionale a condividere traiettorie e percorsi, e a non fare prevalere i propri interessi a scapito o a danno della federazione;
- all'atto della assunzione di responsabilità e cariche elettive, si sottoscrive un impegno pubblico che espliciti (nei modi che si deciderà di adottare) la priorità degli interessi associativi rispetto a quelli personali.

A fronte di questi impegni, la cui logica non è quella di stabilire il primato della organizzazione sul singolo, ma di disciplinare in modo equilibrato i rapporti di potere ed interesse che nascono e derivano dalla partecipazione alle attività della Federazione, si pone la necessità di riconoscere anche economicamente (ambizione e successo non possono essere disciplinati, sono come la lealtà una vocazione) il valore dell'impegno e del lavoro per la Federazione.

Senza questo passaggio diventa impossibile praticare davvero quelle regole di chiarezza e trasparenza necessarie per consolidare e adattare alle mutate esigenze di sviluppo, gli attuali assetti gestionali della Federazione.

Quindi

L'ufficio di presidenza individuerà modalità chiare e trasparenti per tutti, di remunerare gli impegni, sia quelli di responsabilità e rappresentanza, che quelli operativi come ricerche, studi, formazione, attività editoriali e quanto altro si riterrà importante riconoscere e valorizzare.

È necessaria la dichiarazione di conflitto di interesse, sia nelle forme associative della organizzazione (indicare in modo chiaro negli eventi la partecipazione economica degli sponsor) sia nelle forme del professionista individuale (indicare nelle presentazioni o nelle pubblicazioni il sostegno economico di chi finanzia il rapporto o la ricerca).

Si assumono due enunciati di riferimento per ribadire e condividere la natura e le funzioni della organizzazione.

FeDerSerD è una società scientifica che si rapporta ed esercita anche azione di lobby con portatori d'interesse sia pubblico-istituzionali che privati, al fine di promuovere la qualità delle cure, la ricerca scientifica e lo sviluppo della rete assistenziale.

Gli atti, le azioni ed i comportamenti dei soci FeDerSerD, per tutto ciò che riguarda la vita della Federazione, sono trasparenti e dunque eventualmente sanzionabili se comportano un danno di qualsiasi tipo alla Federazione

Viene costituito un **comitato etico**, le cui competenze sono diverse da quelle del comitato dei garanti, previsto nell'attuale statuto, che ha il compito di valutare e disciplinare la correttezza degli atti amministrativi e gestionali della Federazione.

Il comitato etico ha invece il compito di valutare comportamenti individuali e associativi, che possono violare i principi etici che l'organizzazione ha ritenuto di assumere come riferimento, e per i quali si ravvisano possibili conflitti di interesse tra i sin-

goli associati e l'organizzazione, tra l'organizzazione e la sua mission.

Il comitato è costituito da tre componenti, per facilitare la presa di decisioni, nominati dal direttivo nazionale su proposta del presidente. Un solo componente sarà membro del direttivo nazionale e gli altri due soci competenti della federazione, con curriculum ed esperienze adeguate alla delicatezza del compito.

Il comitato risponde in prima istanza all'ufficio di presidenza cui riferisce per iscritto le sue valutazioni, e l'ufficio di presidenza a sua volta sottopone al direttivo le proprie indicazioni e proposte in merito.

Il comitato può essere attivato su richiesta di qualunque associato. Il comitato stesso provvede ad individuare e rendere note le fattispecie di cui è competente, previa approvazione del direttivo. L'organismo è incluso nelle norme statutarie, provvedendo con le prossime variazioni di statuto.

Proposto nel dicembre 2011 dai consiglieri nominati ad hoc dal direttivo nazionale Fea, Bignamini e Lovaste ed approvato dall'ufficio di presidenza nazionale. Nel direttivo nazionale di Lazise il 14 giugno 2012 si procederà alla approvazione degli atti conseguenti.

ASSODIP NOTIZIE

Nel 2007 FeDerSerD lanciò, insieme ad altre 9 Associazioni, un manifesto per una unione di intenti sui temi della tutela dei diritti e degli interessi dei cittadini utenti e degli operatori di settore. L'attualità di queste esigenze è stata riaffermata nel recente congresso della Federazione a Perugia (3-4 maggio 2012) ed è stata

assunta la decisione di procedere celermente alla costituzione di "ASSODIP".

Seguono alcuni punti qualificanti della proposta da sviluppare nel lavoro che ci attende e che proponiamo a tutte le realtà interessate in Italia.

ASSODIP

Federazione nazionale delle associazioni di volontariato, onlus e associazioni professionali e di auto mutuo aiuto nel campo dei consumi e delle dipendenze

L'Associazione, che non ha finalità di lucro, ha come scopo esclusivo la tutela dei diritti e degli interessi dei cittadini coinvolti e degli operatori, il diritto alla salute, il diritto alla sicurezza ed alla qualità dei servizi, il diritto ad un'informazione adeguata e ad una pubblicità corretta, il diritto alla correttezza, trasparenza ed equità dei rapporti contrattuali concernenti beni e servizi, il diritto all'erogazione dei servizi pubblici e privati accreditati secondo standard di qualità ed efficienza, il diritto all'educazione all'uso del denaro per prevenire il fenomeno dell'indebitamento e dell'usura, il diritto ad operare in sicurezza, dignità e tutela del lavoro. L'Associazione s'ispira ai principi della partecipazione democratica, della solidarietà e promozione sociale, dell'autonomia e responsabilità e opera in conformità ai principi contenuti nella Costituzione e nei trattati della Comunità europea e nella normativa comunitaria derivata.

In particolare si propone i seguenti scopi associativi:

Rinforzare l'associazionismo attraverso la creazione di una rete nazionale di riferimento, capace di censire, valorizzare e dare più voce alle realtà del volontariato/e auto aiuto, nel rispetto delle differenze socio culturali, territoriali ed operative, anche tramite test, sondaggi e osservatori.

Creare una rete organizzata tra le realtà dei servizi pubblici, del privato sociale e del volontariato/e auto aiuto, per promuovere percorsi di conoscenza, progetti, studi e ricerche, e valorizzare le differenti competenze/esperienze e le potenzialità presenti.

Raccordarsi con altre reti attive nel Paese.

Ampliare il ventaglio di offerte e opportunità di sostegno e terapeutiche.

Promuovere uno scambio conoscitivo e formativo tra gli operatori dei servizi pubblici, del privato sociale e del volontariato/e auto aiuto, che lavorano nel campo dei consumi e delle dipendenze, per far emergere progettualità innovative e buone pratiche.

Stimolare le istituzioni pubbliche, sanitarie, sociali e socio assistenziali, affinché rinforzino, sviluppino, innovino le strutture e gli interventi volti alla cura delle persone affette da dipendenza ed al sostegno dei loro familiari, in base al mutare dei bisogni individuali, della famiglia e del contesto.

Collaborare con il personale dei servizi pubblici e privati perché vengano garantiti interventi di cura efficaci, realistici, rispettosi della privacy, dei tempi e delle scelte della persona.

Diffondere una cultura volta ad individuare e rimuovere elementi ambientali, sociali, culturali, psicologici che possono determinare o aggravare la condizione di dipendenza, in opposizione ad istanze emarginanti ed escludenti.

Promuovere la cultura dell'inclusione sociale, della legalità, come possibilità di vita e di riscatto anche da situazioni estreme di marginalità, attraverso attività di sensibilizzazione del contesto sociale e del mondo del lavoro.

Promuovere la cultura dello scambio e dell'uguaglianza, sollecitare l'organizzazione di servizi in un'ottica di equità, di uguaglianza nelle possibilità di accesso alle risorse ed alle opportunità di cura, superando situazioni di frammentarietà e di profonda disomogeneità del sistema dei servizi.

Stimolare iniziative volte all'incontro tra i pazienti, tra i familiari, tra pazienti e familiari, attraverso attività di tipo associativo, di auto-mutuo-aiuto, di formazione e di ricerca.

Sensibilizzare l'opinione pubblica sulle tematiche dei consumi e delle dipendenze, attraverso il coinvolgimento dei mass-media e l'organizzazione di eventi pubblici rivolti alla popolazione generale.

Promuovere la cultura della tolleranza, della civile convivenza, dello scambio con l'altro, al di là e nonostante la condizione di abuso e dipendenza, che diviene pretesto ed occasione per una riflessione sul valore positivo e trasformativo della relazione, dell'impegno di ognuno.

Promuovere e gestire strutture di servizio a tutela del personale dei servizi pubblici e privati nella loro operatività anche con attività di supporto on line e di tutela legale.

Assicurare supporto informativo nelle varie forme, anche di tipo legale, alle persone dipendenti ed alle loro famiglie nel caso di vertenze civili e/o penali.

Rappresentarsi anche con rappresentanti nominati, con Comitati e Organi consultivi o decisionali di organismi pubblici o istituzionali di interesse.

Per informazioni e preadesioni: assodip@expopoint.it
tel. 03174881

Dinosauri, Camaleonti e Dipartimenti Dipendenze

Un'analisi costi-utilità di buprenorfina/naloxone rispetto a buprenorfina e metadone nella disassuefazione da eroina

Vincenzo Marino*

SUMMARY

■ **Objectives:** to perform a cost-utility analysis (CUA) aimed at comparing buprenorphine/naloxone vs buprenorphine and methadone in heroin addiction detoxification during one-year follow-up in Italy.

Methods: clinical, economic and utility data was obtained from the Department of Addiction, Local Health Authority of Varese (Lombardy Region) and literature.

Drugs, bottles for methadone take-home doses, health care and social services were identified, quantified and valued in Euros (€) 2009 following the health care facility viewpoint.

One-way and probabilistic sensitivity analyses (SAs) were performed.

Results: buprenorphine (214 patients) and methadone (512 patients) are the most and the least costly options (€ 3.257,24 and € 2.219,47 per patient, respectively). Buprenorphine/naloxone (211 patients) costs € 2.541,05 per patient.

During one-year follow-up patients accrue 0,573 (methadone), 0,599 (buprenorphine) and 0,602 (buprenorphine/naloxone) Quality-Adjusted Life Years (QALYs), respectively.

Buprenorphine is strongly dominated by buprenorphine/naloxone and hence ruled out from the base case CUA. The incremental cost-utility ratio for buprenorphine/naloxone vs methadone is € 11.195,12.

SAs confirm the robustness of the base case findings.

Conclusions: Buprenorphine/naloxone seems advisable even from an economic point of view, since its incremental cost-utility ratio falls well within the usual acceptability standards for incremental QALY saved (€ 25.000-40.000; \$ 50.000) ■

Keywords: heroin addiction detoxification, methadone, buprenorphine, buprenorphine/naloxone, cost-utility analysis.

Parole chiave: disintossicazione dalla dipendenza da eroina, metadone, buprenorfina, buprenorfina/naloxone, analisi costo-utilità.

Premessa

Stiamo vivendo in questi anni “tempi difficili” caratterizzati da una profonda trasformazione dello scenario ambientale in cui si muovono le Organizzazioni Sanitarie e quindi anche i Dipartimenti Dipendenze Italiani.

Anche a seguito della attuale congiuntura finanziaria infatti, la sempre più evidente carenza di risorse economiche da destinare alla Sanità sta inevitabilmente facendo assumere alla Economia Sanitaria un ruolo sempre più importante nelle scelte strategiche delle Aziende Sanitarie.

Non risulta pertanto ormai più sufficiente dimostrare al decisore politico o gestionale l'efficacia degli interventi per garantirne la continuità ma diventa indispensabile poter correlare l'outcome

ai costi e dimostrare che tale rapporto è ottimale in termini di economicità.

Il Dipartimento Dipendenze come Organizzazione

Tutte le trasformazioni ambientali impongono agli individui ed anche alle Organizzazioni uno sforzo di adeguamento alle mutate condizioni, pena l'estinzione.

Il Dipartimento, in particolare, è una organizzazione complessa costituita da risorse di diversa natura (umane, materiali, economiche) organizzate per conseguire, attraverso un processo di produzione di servizi, una serie di finalità ed obiettivi, strumentali al raggiungimento del suo scopo ultimo (la “Vision” del Dipartimento). Una chiave di lettura utile per interpretare il funzionamento di una Organizzazione è quella di immaginarla come un Organismo (stessa radice etimologica) dotato di:

* Direttore Dipartimento delle Dipendenze – ASL Varese.

- una sua struttura organizzativa (anatomia);
- propri meccanismi operativi di funzionamento (fisiologia);
- un suo temperamento che si esprime nei processi sociali (comportamento).

La *struttura organizzativa* (anatomia) comprende il disegno organizzativo (organigramma), i ruoli, le responsabilità, i compiti, le risorse, ecc.

I *meccanismi operativi* (fisiologia) comprendono le modalità di lavoro e di comunicazione, il sistema informativo, la pianificazione, ecc.

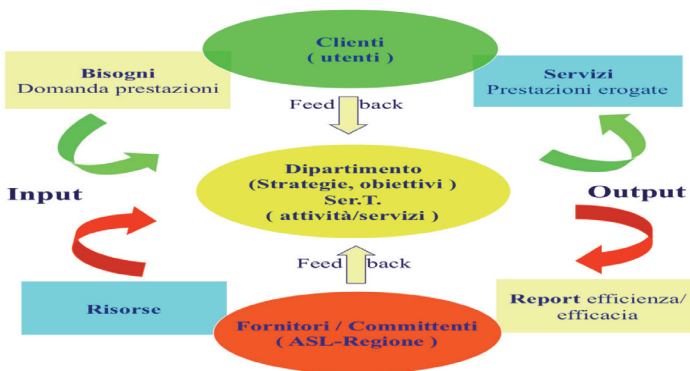
I *processi sociali* (comportamento) comprendono l'accettazione o il rifiuto della struttura di base, dei meccanismi operativi, ecc. L'organizzazione-Dipartimento (vedi fig. 1):

- raccoglie (input) risorse dai propri committenti (Aziende Sanitarie, Regione, Stato) e bisogni (dai propri clienti/utenti) e
- le trasforma (output) in Servizi erogati ai propri clienti e report di efficienza economica per i committenti.

La sopravvivenza e lo sviluppo del Dipartimento sono dunque legati alla capacità di garantire nel tempo una conveniente ed adeguata risposta alle aspettative dei propri stakeholders ed in particolare dei propri clienti e dei propri committenti.

Alla luce delle trasformazioni soprarichiamate diventa pertanto indispensabile che anche i Dipartimenti per le Dipendenze si dotino di strumenti di valutazione economico-sanitaria in grado di migliorare l'efficienza economica dei propri interventi.

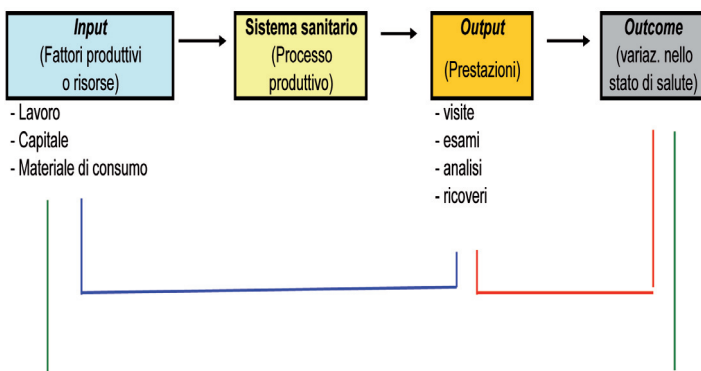
Fig. 1



Obiettivi dell'economia Sanitaria

Principale obiettivo dell'economia sanitaria è quello di *migliorare l'efficienza economica*, cioè il rapporto fra costi (risorse) e risultati (outcome) degli interventi sanitari (fig. 2).

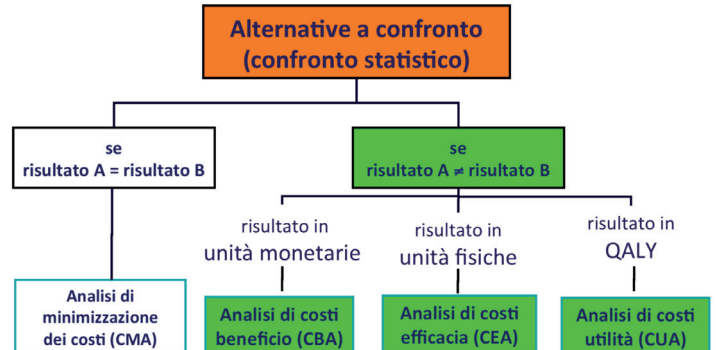
Fig. 2



Il confronto fra costi e risultati (outcome) può essere effettuato attraverso diversi strumenti di analisi di *Health Technology Assessment (HTA)* in grado di studiare le implicazioni economiche e cliniche degli interventi (tecnologie) sanitari.

Tutte le tecniche misurano i costi in termini monetari, quello che varia è la scelta del parametro di valutazione dei risultati (fig. 3).

Fig. 3



L'*analisi di minimizzazione dei costi* viene utilizzata solo per scegliere fra trattamenti equi-efficaci (rari).

Nell'*analisi di costi-efficacia* i benefici sono misurati in Unità fisiche (vite salvate, anni di vita guadagnati).

Nell'*analisi di costi-utilità* i benefici sono misurati in QALY (anni di vita guadagnati x qualità della vita).

L'*analisi di costi-benefici* viene utilizzata quando si vogliono esprimere sia i costi che i benefici in una stessa unità monetaria (per esempio Euro).

Un esempio di analisi costi-benefici applicata alla cura dell'eroinopatia

1. Criteri di calcolo dei costi del trattamento

a) Costi Diretti:

- *sanitari* (prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione: visite, counseling, farmaci, esami);
- *non sanitari* (es. costi di trasporto sostenuti dai pazienti).

b) Costi Indiretti:

gg di lavoro/reddito persi dal paziente e dai suoi familiari, ecc.

c) Costi intangibili:

deterioramento qualità della vita (ove le modalità del trattamento lo determinino).

2. Criteri di calcolo dei benefici del trattamento

Sia il trattamento ambulatoriale dell'eroinopatia che quello residenziale sono associati a significative riduzioni di:

- consumo di droga;
- comportamenti a rischio per HIV (uso promiscuo di aghi);
- attività criminali;
- mortalità per overdose e altre patologie correlate;
- miglioramento del benessere psico-sociale.

Tali benefici sono valutabili in termini *monetari* come:

- *Costi sanitari risparmiati*: per la cura delle patologie correlate evitate dal trattamento, di competenza infettivologica (infezioni da HIV, HCV, HBV, endocarditi, tromboembolie), tossicologica (astinenza, overdose, ecc.), psichiatrica (disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, ecc).
- *Costi sociali risparmiati*: assegni di invalidità, perdita di potenziale lavorativo, costi del sistema giudiziario, di pubblica sicu-

rezza e carcerario legato al controllo delle attività criminali correlate (incluse quelle correlate al riciclaggio del denaro fornito dai soggetti eroinodipendenti ai narcotrafficienti).

3. Criteri di calcolo del rapporto Costi-Benefici

Se il rapporto (espresso in €) Benefici/Costi è maggiore di 1 i benefici sono superiori ai costi del trattamento per cui è razionale, dal punto di vista economico, effettuare il trattamento.

Questa metodologia di analisi permette inoltre di comparare il rapporto costo-beneficio di trattamenti diversi e quindi di scegliere tra 2 o + alternative (più il rapporto è >1, più l'intervento è conveniente).

Un esempio di analisi costi-efficacia applicata alla cura dell'eroinopatia

1. **Criteri di calcolo dei costi del trattamento:** analogo all'analisi di costi-beneficio (in termini monetari).
2. **Criteri di calcolo dell'efficacia:** in unità fisiche, ad esempio numero di anni di vita guadagnati grazie al trattamento.
3. **Criteri di calcolo del rapporto costi-benefici del trattamento:** solitamente l'analisi costi-efficacia viene utilizzata per confrontare 2 tipi di interventi:
 - un Intervento A: innovativo (solitamente più costoso ma di cui non siamo certi che possieda un'efficacia proporzionale al costo)
 - ed un Intervento B: *standard*.

In questi casi è possibile confrontare efficacia (calcolata come anni di vita guadagnati con l'intervento) e costi, attraverso il rapporto Costi-Efficacia medio.

Ad esempio:

Intervento A: Costo 1000 €/Efficacia 6,3 anni guadagnati = rapporto Costi-Efficacia 159 €/anno

Intervento B: Costo 800 €/Efficacia 4,3 anni = 186 €/anno

In questo caso l'intervento A innovativo è più costi-efficace.

Un esempio di analisi costi-utilità applicata alla cura dell'eroinopatia

Soprattutto per le malattie croniche in cui vi siano differenze sensibili in termini di qualità di vita dei pazienti, risulta inappropriato considerare la semplice differenza tra anni di vita guadagnati grazie ai rispettivi trattamenti per decidere l'allocazione delle risorse.

Occorre attribuire un valore anche alla qualità dell'anno di vita ottenuto e combinare in un'unica misura queste due dimensioni. La soluzione consiste nell'attribuire un peso all'anno di vita (utilità) tale da rappresentare anche la qualità della vita, cioè il grado di preferenza che gli individui associano a quel dato anno di vita vissuto in una particolare condizione di salute.

L'indicatore maggiormente utilizzato a questo proposito dagli economisti sanitari è il Quality-Adjusted Life Year (QALY).

- **Criteri di calcolo dei Costi del trattamento:** analogo all'analisi di costi-beneficio (in termini monetari).
- **Criteri di calcolo dell'utilità:** quantificata come QALY guadagnati con ciascun intervento.
- **Criteri di calcolo del rapporto costi-benefici del trattamento:** si sceglierà l'intervento che presenta il rapporto Costo/Qaly inferiore; scelta $(C/QALY)_A < (C/QALY)_B$.

Il rapporto costi-utilità incrementale (ICUR) misura quanto occorre spendere per ottenere col nuovo trattamento un QALY in più (cioè un anno di vita in più corretto per la qualità della vita) e si calcola come segue: Costo del trattamento A – Costo del trattamento B / QALY di A – QALY di B.

L'esperienza Varesina: un'Analisi Costo-Utilità di Buprenorfina/Naloxone (BUP/NX) Vs Buprenorfina (BUP) e Metadone (MTD) nel trattamento della dipendenza da eroina

Nel nostro Dipartimento delle Dipendenze di Varese abbiamo provato ad applicare l'Analisi Costi-Utilità (CUA) alle tre principali tipologie di trattamenti farmacologici sostitutivi utilizzati dai sette Ser.T. afferenti al Dipartimento.

L'analisi ha considerato il rapporto C/QALY incrementale della nuova terapia farmacologica (Bup/Nx) rispetto alle alternative già esistenti (MTD e Bup) nella disassuefazione da eroina nel corso di un anno.

Fonte dei dati clinici, quantitativi e di utilità

Nel corso del 2009, anno cui i dati si riferiscono, si sono registrati 938 pazienti in trattamento continuativo di disassuefazione da eroina presso il Dipartimento delle Dipendenze dell'Azienda Sanitaria Locale di Varese (di cui MTD: 512; Bup: 214; Bup/Nx: 211).

La proporzione di pazienti che hanno ottenuto un anno di vita libero da eroina, misurata dall'assenza dei cataboliti dello stupefacente nell'urina, è risultata pari a 0,677 per MTD, 0,750 per Bup ed a 0,779 per Bup/Nx.

Poiché l'orizzonte temporale della ricerca è pari ad un anno, la suddetta proporzione corrisponde alla frazione di anno di vita libero da eroina guadagnato con i principi attivi confrontati.

Per la determinazione dei QALYs sono state utilizzate le utilità riportate da una fonte internazionale (All Wales Medicines Strategy Group Final Appraisal Report Buprenorphine/naloxone - June 2008: 13).

I QALYs totali per ciascun principio attivo sono stati calcolati moltiplicando, per le rispettive utilità, la proporzione di pazienti che avevano e non avevano ottenuto un anno di vita libero da eroina.

Analisi dei costi

Si sono identificate, quantificate e valorizzate esclusivamente le risorse di pertinenza del settore sanitario erogate ai pazienti dal Dipartimento delle Dipendenze; i principi attivi confrontati sono stati valorizzati al prezzo medio ponderato per milligrammo; il costo unitario del contenitore per MTD in affido è stato calcolato ponderando, per le rispettive quantità, il prezzo unitario di cessione alla struttura sanitaria per i recipienti da 50 ml e da 100 ml. Il costo unitario delle prestazioni sanitarie e assistenziali è stato calcolato moltiplicando il costo aziendale orario delle diverse figure professionali del Dipartimento delle Dipendenze (medici; psicologi; assistenti sociali; infermieri professionali; educatori; amministrativi) per il volume di ore dedicato.

Al fine di approssimare il costo pieno delle suddette prestazioni, si è stimato che il costo del personale fosse pari al 70% del costo unitario di ciascuna di esse (si è pertanto provveduto a moltiplicare per un coefficiente pari a $(1/0,70) = 1,428$ il costo del personale per prestazione).

Risultati: Analisi costi

Bup e MTD presentano rispettivamente i costi maggiori (€ 3.257,24) e minori (€ 2.219,47) per paziente, mentre il costo per pz trattato con Bup/Nx è intermedio e pari a € 2.541,05.

La voce di costo che condiziona la dinamica economica delle alternative considerate è rappresentata dalle prestazioni sanitarie e assistenziali (77,28% del costo totale per buprenorfina; 86,68% del costo totale per metadone, 62,41% del costo totale per bup/nx).

Per il MTD la voce di costo meno rilevante è costituita dai contenitori per l'affido (3,83% del costo totale) mentre il principio attivo incide per il 9,49% del costo totale del trattamento.

Per Bup e Bup/Nx è invece costituita dal principio attivo, rispettivamente non superiore al 22,72% e al 37,59% del costo totale.

Risultati: Analisi Costo-Utilità

Nell'anno di osservazione, i QALYs per paziente sono risultati pari a 0,573 per MTD, 0,599 per Bup e 0,602 per Bup/Nx.

Bup è dominata in senso forte da Bup/Nx, essendo contemporaneamente più costosa e meno efficace rispetto a quest'ultima alternativa. Pertanto, Bup è stata esclusa dall'analisi costo-utilità, la quale si è limitata al confronto tra MTD e Bup/Nx.

I risultati dell'analisi di base indicano che il costo per QALY guadagnato incrementale con Bup/Nx rispetto a MTD è pari ad € 11.195,12.

Analisi di sensibilità univariata

Per mettere alla prova la "robustezza" dei risultati ottenuti con l'analisi di base si sono sostituiti alle stime puntuali gli estremi dei rispettivi Intervalli di Confidenza (IC) 95%:

- della percentuale di pazienti che hanno guadagnato un anno libero da eroina;
- delle utilità per paziente libero o no da eroina;
- dei volumi di prestazioni sanitarie e assistenziali per paziente erogate e del costo unitario delle medesime.

Analisi di sensibilità probabilistica

È stata inoltre effettuata un'analisi di sensibilità probabilistica (Probabilistic Sensitivity Analysis – PSA), mediante una simulazione MonteCarlo.

La CEAC (Curva di Accettabilità Costo-Efficacia) e CEAF (Frontiera di Accettabilità Costo-Efficacia) concordano sulla costante non ottimalità di buprenorfina (figg. 4 e 5).

Secondo la CEAF il decisore informato anche sotto il profilo economico-sanitario dovrebbe propendere per la somministrazione di Bup/Nx a partire da un valore-soglia pari ad € 11.391,14.

Se cioè il decisore è disponibile a finanziare un QALY incrementale con un importo da 11.391,14 in su, deve scegliere Bup/Nx.

Se dispone di una cifra inferiore è razionale utilizzare MTD.

Fig. 4 - CEAC MTD, Bup e Bup/Nx ottenute sulla base di una PSA realizzata mediante simulazione Monte Carlo (10.000 su 10.000 risultati riportati)

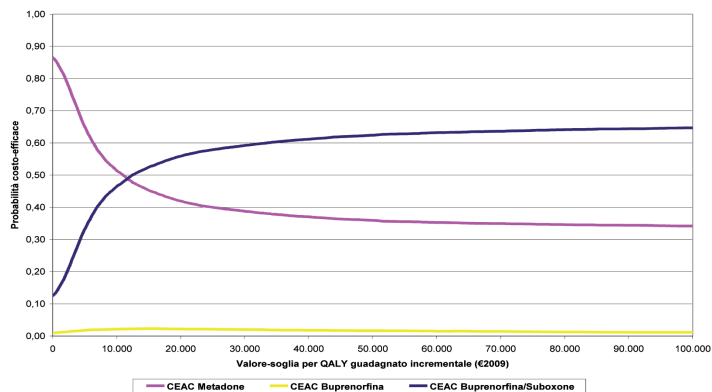
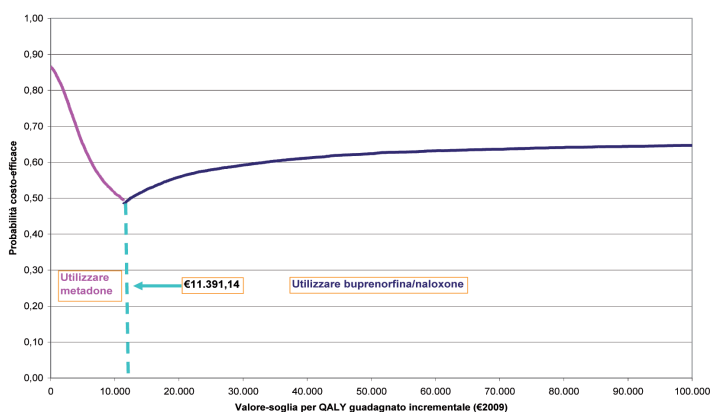


Fig. 5



Ma qual è il Costo Qaly-incrementale accettabile?

Le attuali linee-guida italiane suggeriscono che il costo massimo per QALY guadagnato (cut-off) oltre il quale il nuovo programma andrebbe rifiutato è compreso tra € 25.000 ed € 40.000 (G. Fattore per Gruppo di lavoro Associazione Italiana di Economia Sanitaria - Proposta di linee guida per la valutazione economica degli interventi sanitari in Italia - PharmacoEconomics, *Italian Research Articles*, 2009, 11: 83-93), mentre i dati della letteratura scientifica internazionale ritengono adeguato un valore-soglia di \$ 50.000 (Jönsson B., "Changing health environment: the challenge to demonstrate cost-effectiveness of new compounds", *Pharmacoeconomics*, 2004, 22, Suppl.: S5-S10).

Tale importo risulta dunque ampiamente sostenibile.

Limiti della Valutazione Economico-Sanitaria effettuata

- Un 1° limite attiene alla natura monocentrica dello studio, che non consente il confronto con altri Dipartimenti Dipendenze del territorio nazionale.
- Un 2° limite è il mancato calcolo di eventuali ulteriori costi di pertinenza del settore sanitario (es. permanenza in Comunità Terapeutica o in Ospedale) così come della totalità dei costi non sanitari (es.: trasporti, diminuita produttività, crimini, detenzione, ecc.).

- Un 3° limite concerne la retrospettività della valutazione economica effettuata.

Una futura CUA prospettica italiana multicentrica, auspicabile anche in considerazione del fatto che non vi sono precedenti esperienze di CUA condotte in Italia su trattamenti rivolti alla disassuefazione da eroina, potrebbe inoltre consentire la somministrazione di questionari idonei a misurare la qualità di vita effettivamente sperimentata dai pazienti.

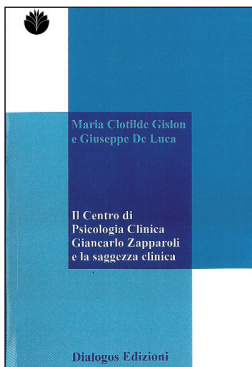
Conclusioni: ritornando al titolo...

Come già evidenziato, la sopravvivenza degli organismi e delle organizzazioni segue una logica "Darwiniana" essendo indissolubilmente legata, alla capacità di adattamento alle trasformazioni ambientali.

Le trasformazioni dello scenario ambientale citate in premessa rendono pertanto indispensabile un cambiamento di paradigma nel "modus operandi" dei Dipartimenti Dipendenze Italiani che, se vogliono sopravvivere e svilupparsi nell'attuale contesto socio-economico devono dotarsi di strumenti di controllo di gestione e di tecnologie di HTA in grado di dimostrare l'efficienza delle proprie scelte.

È in questa logica che ho accettato volentieri l'invito del nostro "lungimirante" Presidente di FeDerSerD, Prof. Alfio Lucchini, a presentare su "Mission" questa recente analisi di costo-utilità realizzata presso il Dipartimento Dipendenze di Varese che, pur risentendo degli inevitabili limiti legati al carattere monocentrico dello studio retrospettivo (stante l'inesistenza di altri studi italiani nel settore), spero possa costituire uno stimolo allo sviluppo di ulteriori lavori più articolati ed approfonditi.

RECENSIONE



Maria Clotilde Gilson e Giuseppe De Luca

IL CENTRO DI PSICOLOGIA CLINICA GIANCARLO ZAPPAROLI E LA SAGGEZZA CLINICA

pp. 369, € 25,00
Editore: Dialogos

Scopo di questo libro è illustrare l'esperienza che ha avuto come sede il Centro di Psicologia Clinica, in particolare dare una descrizione di un'esperienza professionale e d'insegnamento, il cui sviluppo nel corso di circa quaranta anni ha costituito un apporto significativo alla professione psichiatrica, psicologica e sociale, a livello delle diverse categorie di professionisti operanti nel campo. L'esperienza al

CPC ha permesso di utilizzare i dati che provenivano da una gamma assai vasta d'utenti che presentavano condizioni cliniche assai diverse e che potevano avere accesso al Centro, senza preclusioni di disponibilità economica, di provenienza o di gravità.

Di particolare importanza ad esempio è stata l'esperienza clinica con pazienti con disturbi psicotici e borderline. Riconoscerne "i bisogni specifici" che si presentavano con particolare evidenza e centralità nella patologia grave, ha dato la possibilità di individuarli anche in aree di minor gravità e questo ha radicalmente modificato lo schema di riferimento diagnostico, ma anche la conduzione del trattamento "vicino alla esperienza", vale a dire ai bisogni dell'utenza, come risulterà evidente dalla lettura dei tesi racchiusi in questo volume. Tale esperienza è l'espressione del pensiero clinico e "filosofico" di Giovanni Carlo Zapparoli che, oltre che il fondatore del CPC, ne è stato la figura centrale a livello teorico e clinico. Il suo insegnamento è stato utilizzato da vari professionisti della salute mentale in campo psichiatrico e psicologico, e da lui esteso ad operatori con diverse funzioni, con lo scopo sia di aumentarne la competenza e la specificità sia di insegnare l'importanza di un operare integrato e gli strumenti e le condizioni per realizzarlo.

RECENSIONE



Santo Di Nuovo, Luciano Rispoli

L'ANALISI FUNZIONALE DELLO STRESS

pp. 139, € 19,00
Editore: FrancoAngeli
Collana: Linea Test
Edizione: 2011

Lo stress è considerato variabile trasversale a tutte le dimensioni e gli ambiti della psicologia applicata. E comuni, anche se diversamente articolate, sono le strategie per la sua riduzione a livelli che non pregiudichino l'efficienza funzionale delle persone e delle organizzazioni.

Nel volume viene presentata una panoramica delle metodologie utili per la sua valutazione, con riferimento a fattori sia clinici che organizzativi, e in un'ottica basata sulla teoria funzionale del sé individuale e collettivo.

Viene ripreso il lavoro già compiuto un decennio fa con la messa a punto della versione italiana di un test sulla percezione dello stress, cui sono stati associati altri strumenti per la valutazione del fenomeno sul piano comportamentale e psicofisiologico, applicabili anche al piano lavorativo.

L'obiettivo proposto dagli autori è reperire strumenti mirati ad accrescere la conoscenza dello stress, la consapevolezza delle sue cause e delle modalità per ridurlo ed accrescere il livello di benessere sia individuale che aziendale.

Santo Di Nuovo, è professore di Psicologia generale e presidente della Struttura didattica di Psicologia, Università di Catania.

Luciano Rispoli, è psicologo-psicoterapeuta, fondatore e direttore della Scuola Europea di Psicoterapia Funzionale (SEF).

La percezione della Qualità di Vita valutata in una coorte di abusatori primari di benzodiazepine e in una coorte di tossicodipendenti in trattamento metadonico di mantenimento

Fabio Lugoboni*, Silvia Carli*, Giorgia Bissoli**, Gessica Musi**, Eleonora Florio*, Camillo Smacchia***, Laura Cunico**

SUMMARY

■ *Benzodiazepines (BZD) are among the most widely prescribed drugs in developed countries. The first reports of dependence related to these drugs appeared in the early 60s, nevertheless the risk of addiction is still largely underestimated by clinicians and official bodies. The prevalence of long-term use in the general population varies from 2 to 7%, approximately, with estimates for long-term use among BDZ users ranging from 25% to 75%. Chronic users of BDZ can developed deficits in working memory, learning, attention. Depression, injurious falls (especially in elderly people), traffic accidents are other common complications related to chronic use of BZD. Present paper evaluates the Quality of Life, by using GHQ-12 questionnaire, in 2 groups: 35 high dose benzodiazepines mono-dependents (without history of alcoholism, illicit drugs use or psychiatric illness) and 40 heroine dependents in methadone maintenance treatment. So far, this is first study that evaluated the quality of life in mono-dependent benzodiazepine abusers.* ■

Keywords: Benzodiazepine, abuse, dependence, methadone, QoL, GHQ.

Parole chiave: Benzodiazepine, abuso, dipendenza, metadone, QoL, GHQ.

1. Introduzione

Le benzodiazepine (BZD) sono un numeroso gruppo di farmaci ampiamente usati in tutte le branche della medicina; introdotte più di 40 anni fa sono state ampiamente prescritte soprattutto per trattare i disturbi ansiosi e l'insonnia.

Le BZD sono indicate per il trattamento a termine (2 o 4 settimane) dell'ansia grave, disabilitante che sottopone l'individuo ad una angoscia inaccettabile, la quale possa presentarsi da sola o associata a insonnia o a malattie psicosomatiche/psichiatriche di breve durata.

Viceversa l'utilizzo di BZD per il trattamento a breve termine di un'ansia lieve è da considerarsi inadatto e inappropriato (Guida all'uso dei farmaci, Ministero della Salute 2004).

L'opinione che le considerava tra i farmaci più sicuri della farmacopea ha iniziato ad entrare in crisi già negli anni sessanta, con la descrizione dei primi casi d'abuso e dipendenza, senza però che queste segnalazioni, sempre più numerose e documentate, riuscissero a limitarne la prescrizione e la loro diffusione (1-3).

* *Unità di degenza Medicina delle Dipendenze, AOUI, Policlinico GB Rossi dell'Università di Verona.*

** *Corso di laurea in Infermieristica, Università di Verona.*

*** *Ser.T. ULSS22, Villafranca, Verona.*

Una quota rilevante di questi farmaci sfugge inoltre alla prescrizione medica, trovando nella concessione senza regolare ricetta la propria fonte di approvvigionamento (4, 5).

È interessante notare inoltre che, mentre sono disponibili dati adeguati sul consumo di BZD nella popolazione (sono pur sempre farmaci e come tali soggetti a vigilanza) sono praticamente assenti dati che ne indagano l'abuso nonostante le BZD restino saldamente in testa alle vendite per numero di pezzi in tutta Europa (6, 7).

Le BZD sono farmaci caratterizzati dalla mancanza di tossicità anche ad alte dosi, privi di seri effetti collaterali legati al loro utilizzo improprio.

Questa circostanza ha ingenerato spesso l'erronea convinzione che la somministrazione di dosi maggiori e per un periodo di tempo prolungato, anche se sconsigliata, non possa risultare dannosa (8, 9).

Possiamo identificare almeno 2 situazioni diverse di problematicità con le BZD; nella situazione più comune vengono usate a dosi moderate ma costantemente, spesso per curare ansia o insonnia, restando però sempre nell'intervallo delle dosi consigliate dal foglietto illustrativo, delineando spesso una farmacodipendenza ma non un'*addiction*; nel secondo caso, fortunatamente molto più limitato, vi sono quanti, per motivi diversi, innescano un meccanismo in cui la tolleranza farmacologica spinge la persona dipendente ad assumere una o più BZD con una frequenza ed a dosi sempre maggiori; in altre parole una vera e propria *addiction*.

Una persona dipendente da alte dosi di BZD comincia a perdere lentamente il controllo della sua vita, sempre più gestita dal farmaco.

Reperire il farmaco in ogni modo è un bisogno primario, di conseguenza si comincia a chiederne la prescrizione a medici differenti, a falsificare le ricette, i soldi spesi per l'acquisto aumentano progressivamente, il lavoro, la famiglia, la vita sociale e relazionale ne risentono pesantemente (10, 11).

La sindrome d'astinenza dalle BZD ha molti tratti in comune con quella alcolica (sono entrambi attivi sul sistema GABA) ed è caratterizzata da una serie di segni e sintomi che cominciano a manifestarsi entro qualche ora o qualche giorno dalla sospensione del farmaco; come l'astinenza alcolica, può essere severa (12, 13).

2. La Qualità della Vita nella dipendenza da sostanze

Negli ultimi quattro decenni il termine Qualità della Vita (QoL) ha subito un forte incremento nel suo utilizzo in letteratura medica.

Durante gli anni '60-'70, la scoperta di nuove tecnologie in ambito medico portò i clinici ad usare la QoL come parametro per prendere delle decisioni sui problemi di salute e di conseguenza i ricercatori a progettare nuovi strumenti per misurare la salute e la qualità di vita (14, 15).

Gli autori anglosassoni definiscono Health-Related Quality of Life (HRQL - qualità della vita correlata alla salute) tutti quegli aspetti che sono riferibili alla salute del paziente.

Questa espressione ingloba da un lato tutti gli aspetti qualitativi della vita dell'individuo, ciò che riguarda la salute e la malattia e dall'altro assegna un ruolo secondario, pur riconoscendone l'influenza, a tutti quei fattori non medici che a livello individuale, economico ed ambientale influenzano la percezione che l'individuo ha della propria salute.

Si ritiene generalmente che l'uso di droghe possa produrre un effetto considerevolmente negativo sulla qualità della vita delle persone (16).

Tuttavia gli studi in letteratura che hanno indagato tali ipotesi sono pochi e, perlopiù, limitati ai consumatori di oppiacei in cura presso vari servizi (17-19).

Pur nella scarsità degli studi effettuati la QoL nei tossicodipendenti (TD) dovrebbe essere intesa come condizione generale della persona di creare e/o mantenere il suo stato di benessere, grazie anche alla contemporanea azione di fattori determinanti di tipo sociale, sanitario e soggettivo (16, 17).

2.1. QoL e BZD

Se la scarsità di valutazione della QoL nei TD è certamente da stigmatizzare lascia francamente sorpresi la sostanziale inesistenza di studi di valutazione della QoL nei soggetti con dipendenza o abuso di BZD, fenomeni che sono stimati coinvolgere dal 2 al 7,5% della popolazione (farmacodipendenza da dosi terapeutiche) e dello 0,2% (dipendenza da alte dosi di BZD) sempre della popolazione generale (6, 7).

In letteratura scientifica vi sono circa 167.000 lavori che si occupano di QoL: solo 4 sono dedicati in modo più o meno specifico alle BZD ma sono stati eseguiti o in ambito psichiatrico o tra abusatori di sostanze, oppure tra gli anziani (20).

Mentre uno studio ha dimostrato che un trattamento farmacologico corretto con BDZ (a seconda delle caratteristiche stesse del

farmaco, durata limitata di trattamento, a bassi dosaggi) migliorava la qualità della vita riferita dai soggetti (senza un passato di dipendenza) affetti da disturbi d'ansia (21), in uno studio sulla gravità dei sintomi nelle dipendenze gravi, ha mostrato che una diminuzione clinicamente significativa delle dosi di BZD è associata ad un miglioramento della QoL riferita dai soggetti stessi, insieme ad una maggiore vitalità, energia, soddisfazione di vita (22).

La prescrizione di BDZ per ridurre i disturbi d'ansia è spesso utilizzata dai medici per tanti pazienti con malattie psichiatriche maggiori (schizofrenici o bipolari) e per pazienti dipendenti da sostanze.

Uno studio del 2003 ha invece dimostrato che proprio la prescrizione di BDZ in quei soggetti aumenta il rischio di abuso delle stesse; pertanto gli AA raccomandavano di considerare altri trattamenti per l'ansia in queste popolazioni (23).

In altre parole, nonostante l'uso allargato delle BZD abbia spesso portato ad una diffusa percezione, tra gli operatori di salute, di un uso spesso inappropriato ed a dosi non infrequentemente extra-terapeutiche, non è mai stata effettuata una valutazione della QoL negli abusatori esterni agli ambiti della dipendenza da sostanze (dove le BZD sono usate per modulare gli effetti astinenziali) e dei disturbi psichiatrici maggiori.

3. Obiettivi

La pericolosità della dipendenza da BZD è stata giustamente messa in risalto da Nutt *et al.* nella ormai nota scala di pericolosità delle sostanze d'abuso, posizionandosi prima di molte droghe illecite (24).

La dipendenza da BZD è sostanzialmente trascurata pur essendo la crisi d'astinenza potenzialmente grave e pericolosa come quella alcolica, con cui ha molti punti in comune.

Ma, diversamente che per l'alcol, l'offerta terapeutica per la detossificazione da BZD è molto limitata (11, 25, 26).

La valutazione della percezione dello stato di salute in soggetti abusatori di BZD (A-BZD), obiettivo del presente studio, ha quindi lo scopo di colmare una lacuna, soprattutto se l'attenzione si concentra proprio su queste sostanze, escludendo la co-assunzione di alcol o di sostanze illecite.

Dato il limitato gruppo di soggetti il riferimento con la popolazione generale è stato integrato con un gruppo di controllo.

Si è scelto come popolazione di controllo un gruppo di TD da eroina in terapia di mantenimento metadonico (TMM) per le caratteristiche di avere una dipendenza farmacologica "legale" e di relativa omogeneità ed accessibilità.

Si è voluto inoltre valutare se gli utenti in terapia metadonica assumessero anche BZD e se queste influissero sulla percezione dello stato di salute.

4. Materiali e metodi

4.1. Partecipanti

I dati relativi agli A-BZD sono stati raccolti in modo random nel periodo 2010-2011 tra quanti hanno fatto richiesta di ricovero per disintossicazione c/o il centro specialistico di Medicina delle Dipendenze, che da 8 anni ricovera tale tipologia di pazienti (11).

I criteri di esclusione sono stati: avere una co-addiction da alcol o da sostanze illecite presente o anamnestiche.

Particolare attenzione è stata posta nell'escludere anche i soggetti con dipendenza da alcol anamnestica remota per limitare i fattori psico-sociali legati ad una situazione nota per un impatto negativo sulla QoL.

Per motivi analoghi sono stati altresì esclusi dallo studio i soggetti A-BZD inviati (o in carico) da Centri di Salute Mentale.

La dose media di assunzione giornaliera di BZD era 14 volte la dose massima raccomandata dal foglietto illustrativo.

35 sono stati i questionari somministrati ad altrettanti soggetti che hanno firmato un consenso informato.

Per i soggetti TD i dati raccolti si riferiscono al mese di ottobre 2011, durante il quale sono stati somministrati 40 questionari agli utenti del Ser.T. di Villafranca (VR).

Come criteri di inclusione dei partecipanti alla ricerca è stato previsto che i soggetti fossero maggiorenni e tutti in TMM.

Sono stati considerati i seguenti parametri: genere, età, stato civile, presenza di figli, attività lavorativa, uso o meno di BZD.

4.2. Strumenti

Per la ricerca è stato utilizzato, oltre ad una scheda anagrafica, il GHQ-12 (General Health Questionnaire a 12 item), un questionario elaborato negli anni '70 per valutare il grado di salute generale (27).

GHQ 12 è stato costruito allo scopo di individuare due principali categorie di problemi: l'incapacità di eseguire le proprie funzioni normali sane e la comparsa di nuovi fenomeni di natura stressante (28).

È uno strumento di screening ampiamente utilizzato per valutare lo stato di QoL dal punto di vista psico-sociale.

Il GHQ è stato preferito ad uno strumento come SF36 (Short Form 36 Items Health Survey), perché più orientato sul piano di malattia organica ed in tal caso i TD, in prevalenza più colpiti da malattie come le epatopatie HCV correlate, potevano risentirne negativamente e non essere confrontabili come controllo.

Il questionario chiede, attraverso 12 quesiti, se il soggetto ha sperimentato un particolare sintomo o comportamento di recente (precisamente si chiede di prendere in considerazione le ultime quattro settimane).

Ogni item è valutato su una scala a quattro punti (meno del solito, non più del solito, un po' più del solito, o molto più del solito).

Il punteggio finale si ottiene per somma con una modalità di *scoring* di tipo dicotomico (0-0-1-1) che indica l'assenza o la presenza di sintomi, oppure con un metodo di *scoring* di tipo Likert che assegna punteggi separati ad ogni categoria di risposta (0-1-2-3) (29, 30).

I questionari GHQ-12 e le schede anagrafiche sono state consegnate agli infermieri del SerT di Villafranca (VR) che a loro volta le hanno consegnate per l'autocompilazione a 40 utenti che accedevano al servizio per assumere la terapia metadonica.

La decisione di far consegnare i questionari agli infermieri è stata presa per garantire una maggiore privacy agli utenti e non influenzerli nelle risposte.

L'auto-compilazione dei questionari è quindi avvenuta, in forma anonima, all'interno del Ser.T. previo rilascio di un consenso informato.

4.3. Analisi dei dati

I questionari GHQ-12 sono stati analizzati con la tecnica di *scoring* di tipo dicotomico (Tabb. III-V).

Dalla somma dei singoli valori si calcola il punteggio totale compreso tra 0 e 12: i soggetti con un punteggio uguale o superiore a 4 (≥ 4) sono considerati "casi al GHQ-12" ossia con una probabilità superiore all'80% di avere disturbi di malessere psico-sociale (31).

5. Risultati

Dei 40 GHQ-12 somministrati 1 questionario non è stato utilizzato per erronea compilazione; i restanti 39 questionari sono stati messi a confronto con i 35 questionari GHQ-12 dei pazienti monodipendenti da BZD.

Dall'analisi dei dati anagrafici (Tabb. I-II) si sono avuti i seguenti risultati:

Abusatori-BZD

Dall'analisi delle caratteristiche socio-demografiche dei 35 soggetti è emerso una predominanza del genere femminile, 22 femmine, pari al 62,9%, contro 13 maschi, pari al 37,1%.

L'età variava dai 26 anni ai 46 e oltre con frequenze maggiori nell'ultima fascia.

Il 48,6% dei soggetti risulta essere coniugato o convivente, il 28,6% nubile/celibe, il 20% separato/divorziato e il 2,8% vedovo/a.

Nel 54,3% dei casi i soggetti avevano figli.

Per quanto riguarda l'attività lavorativa, risultava essere occupato il 74,3% del campione.

Più della metà del campione era in possesso di un diploma superiore mentre il 22,9% dei soggetti era in possesso di una o più lauree, un dato che connota un buon livello d'istruzione.

La BZD più usata era il Lormetazepam che risultava essere abusato per il 65,7% dei casi, dato sorprendente se si considera che in Italia son ben 26 le BZD registrate.

TD (TMM)

Dei 40 soggetti che hanno compilato il questionario 34 erano maschi (85%) e 6 femmine (15%).

Dividendo il campione per fasce d'età è risultato che la maggior parte dei partecipanti aveva un'età compresa tra 41-45 anni (27,5%), seguita dalla fascia 46 e oltre (25%).

La maggior parte del campione era quindi rappresentata da soggetti di età superiore a 40 anni.

La maggior parte dei TD sono risultati essere celibi e/o nubili (72,5%), il 25% coniugato/a, il 2,5% separato/divorziato e nessun soggetto (0%) vedovo/a.

La maggioranza dei partecipanti non aveva figli (62,5%), mentre il restante 37,5% ne aveva uno o più.

Dal punto di vista lavorativo si è rilevato che il 70% del campione intervistato svolgeva regolarmente un'attività lavorativa; quella maggiormente praticata era l'operaio (52,5%).

È stato chiesto agli utenti che hanno partecipato alla ricerca se facevano uso di BZD.

È risultato che l'87,5% dei soggetti non ne faceva uso, mentre il restante 12,5% sì.

Le BZD usate sono risultate il lorazepam, il clonazepam ed il triazolam.

Confrontando le caratteristiche sociali dei soggetti in terapia con metadone ed i soggetti dipendenti da BZD possiamo notare che nel secondo campione preso in esame la prevalenza dei soggetti è femminile (63%), ha un'età uguale o superiore a 46 anni (54,3%), è coniugato/a (48,6%) e ha uno o più figli (54,3%).

Per quanto riguarda l'attività lavorativa notiamo invece che non c'è una sostanziale differenza tra i due gruppi, infatti il 68,8%

degli abusatori di BZD svolge regolarmente un'attività lavorativa contro il 70% degli utenti del Ser.T. (Tabb. I-II).

La media totale dei soggetti in terapia con metadone è risultata del 2,11 mentre quella dei soggetti A-BZD è 8,55 (Tabb. III-IV). Confrontando questi risultati con un cut off ≥ 4 , con riferimento alla popolazione generale, vediamo che gli A-BZD risultano "casi al GHQ-12", superando abbondantemente il valore soglia, mentre i soggetti in terapia metadonica risultano "non casi al GHQ-12", in altre parole sovrapponibili alla popolazione generale.

Tra i 40 soggetti in terapia con metadone che hanno partecipato alla ricerca 5 hanno affermato di fare uso di BZD.

Un questionario non è stato esaminato per erronea compilazione.

I 4 questionari restanti sono stati analizzati e come visibile dalla Tabella V la media totale è di 6,25; anche questi quattro soggetti risultano quindi "casi al GHQ-12".

6. Discussione e conclusioni

Dal punto di vista demografico il campione A-BZD presenta una prevalenza del genere femminile come concordemente rilevato da altri studi (4-6).

Il fatto che i principali A-BZD siano donne con un'età superiore ai 45 anni, come rilevato da altri studi epidemiologici sull'uso delle BZD, può quindi trattarsi di un disagio psicologico che interessa principalmente le donne, in una fase di cambiamento fisiologico che corrisponde al termine dell'età fertile, che le porta ad essere più fragili e inclini a disturbi depressivi.

Il campione presenta elementi demografici (stato civile, livello d'istruzione, attività lavorativa) compatibili con un elevato grado di integrazione sociale e quindi molto distanti dallo stereotipo che l'abuso di BZD si associ quasi esclusivamente ad un abuso di sostanze e/o ad un disturbo psichiatrico maggiore (6, 10, 32-34).

I soggetti dello studio conducevano apparentemente una vita normale: svolgevano una regolare attività lavorativa (si passa dall'operaio all'imprenditore), erano coniugati e molti di loro con figli, oltre la metà dei soggetti intervistati possedeva il diploma superiore e 1 su 4 era laureato.

La varietà sociale caratteristica di questi soggetti tende a distaccarsi dallo stereotipo del disagiato, del "perdente".

È interessante notare inoltre come più della metà del campione dipendesse da una sola BZD (il lormetazepam), su ben 26 tipi diversi di BZD disponibili in Italia.

Il dato che associa un maggior grado di dipendenza a carico del lormetazepam non ha riscontri in letteratura ed andrebbe approfondito.

I dati demografici del gruppo dei TD in terapia TMM non presenta grandi sorprese rispetto a quanto descritto in letteratura (35, 37).

Viene confermata la prevalenza del sesso maschile e di un'età non più giovanissima, segno di un progressivo invecchiamento dei TD in carico ai Ser.T. italiani.

Un dato da discutere forse è il livello di integrazione sociale, in particolare quella lavorativa.

Il fatto che la maggioranza dei pazienti in TMM lavori è in controtendenza con la letteratura internazionale, dove si segnala un maggior disagio sociale, mentre conferma altri dati italiani, soprattutto raccolti nel NE italiano, dove sono stati riscontrati parametri di significativa integrazione lavorativa e relazionale tra i TD in carico ai servizi (36-38).

Partendo dagli obiettivi posti all'inizio dell'indagine si può notare che esiste una notevole differenza nella percezione dello stato di salute tra soggetti in TMM ed i soggetti A-BZD.

Dallo studio effettuato risulta evidente che i soggetti A-BZD hanno una percezione dello stato di salute molto peggiore rispetto alla popolazione generale e questo dato è in linea con la bibliografia che associa qualsiasi dipendenza da sostanze con un peggioramento della QoL, ma non era stato segnalato in precedenza.

Risulta meno scontato il confronto con i soggetti in TMM che, raggiungendo nel test un risultato quattro volte inferiore rispetto agli A-BZD, hanno dimostrato percepirsi ad un livello di salute psico-sociale di molto superiore rispetto agli A-BZD.

La QoL, secondo la valutazione del GHQ-12, dei TD in TMM si è rivelata essere in linea con la popolazione generale italiana, ossia rimanendo ampiamente sotto il cut-off di 4.

Il dato dovrebbe essere rimarcato poiché mette in risalto un possibile ruolo dei Ser.T. nell'ammortizzare l'impatto devastante dell'abuso di droghe sull'individuo e sul suo contesto ambientale.

Molte polemiche sull'uso delle terapie sostitutive dovrebbero tener conto di simili dati, se confermati.

Altrettanto interessante è notare che i TD assuntori di BZD risultino avere un *score* medio superiore al cut-off e quindi rivelandosi "casi GHQ" come gli A-BZD, anche se ad un punteggio inferiore (6 vs. 8), dimostrando quindi l'influenza negativa che l'uso di BZD ha sulla percezione dello stato di salute nei pazienti del Ser.T di Villafranca.

Il risultato migliore a favore dei TD assuntori di BZD rispetto agli A-BZD può essere spiegato col fatto che i TD non erano abusatori di BZD ma semplici assuntori.

Questo dato, pur nella sua esiguità numerica, sembra confermare i risultati di un recente studio effettuato negli Stati Uniti sull'uso e abuso di BZD tra i pazienti in terapia con metadone che ha evidenziato come dei circa 200 pazienti intervistati, il 47% facesse uso regolare di BZD, la maggior parte di loro senza prescrizione medica.

Lo studio rilevava inoltre che i TD che facevano uso di BZD al momento dello studio avevano alti livelli d'ansia, depressione e stress percepito, rispetto ai TD che non avevano mai fatto uso di BZD (39).

Altri due studi sull'uso concomitante di BZD tra i soggetti in TMM sono giunti alle stesse conclusioni: il riscontro di un elevato numero di assuntori/abusatori di BZD tra i soggetti in TMM, raccomandando di sviluppare interventi efficaci per ridurre i livelli di consumo di queste sostanze (40,41).

Uno studio recente di metanalisi stimava l'uso costante di BZD nei TD in TMM pari al 60% (42).

Va sottolineato il fatto che i soggetti in TMM afferenti a Ser.T. di Villafranca dichiaravano un uso di BZD nettamente inferiore (12,5%).

Questa indagine vuole porre l'accento su un problema emergente poco conosciuto e purtroppo molto poco valutato, ossia come la dipendenza da alte dosi di BZD sia un fenomeno anche esterno ai bacini, tradizionalmente associati, dell'abuso di alcol e droghe illecite o dei disturbi psichiatrici maggiori.

Tale fenomeno ha un impatto fortemente negativo sulla vita delle persone, a prescindere dalla situazione sociale.

La letteratura inerente alla QoL delle persone che abusano di queste sostanze è ancora scarsa o, addirittura, inesistente.

I limiti di questo studio sono sostanzialmente legati al piccolo campione di soggetti valutati, per entrambi i gruppi.

Mancando del tutto dati di riferimento del GHQ-12 per questo target di popolazione ci si è avvalsi delle norme di riferimento della popolazione generale ed del confronto tra i 2 gruppi.

La valutazione della QoL è, ormai da tempo, un dato ritenuto essenziale per dare una misura più vasta della qualità delle cure prestate, ben aldilà dei concetti di guarigione (con scarso senso nelle malattie cronico-recidivanti) e *compliance*.

Tali dati sono sempre più indispensabili in tempi di risorse limitate, come al momento attuale.

Conflitto d'interessi

Gli autori dichiarano la completa assenza di conflitti d'interesse.

Ringraziamenti

Si ringrazia vivamente il gruppo infermieristico del Ser.T. di Villafranca per la fattiva collaborazione, dimostrando (se ce ne fosse ancora bisogno) di quanto sia importante questa figura professionale nei servizi.

Tabella I Caratteristiche sociali di chi risponde (soggetti in terapia con metadone)		
GENERE	Numero	Percentuale
Maschio	34	85%
Femmina	6	15%
Totale	40	100%
ETÀ		
18 - 25	8	20%
26 - 30	0	0%
31 - 35	4	10%
36 - 40	7	17,5%
41 - 45	11	27,5%
46 e oltre	10	25%
Totale	40	100%
STATO CIVILE		
celibe/nubile	29	72,5%
coniugato/a	10	25%
separato/divorziato	1	2,5%
vedovo/a	0	0%
Totale	40	100%
FIGLI		
Si	15	37,5%
No	25	62,5%
Totale	40	100%
ATTIVITÀ LAVORATIVE		
Operaio	21	52,5%
Impiegato	1	2,5%
Dirigente	0	0%
Insegnante	0	0%
Imprenditore	1	2,5%
Disoccupato	10	25%
Pensionato	2	5%
Altro	5	12,5%
Totale	40	100%
FA USO DI BENZODIAZEPINE?		
Si	5	12,5%
No	35	87,5%
Totale	40	100%

Tabella II Caratteristiche sociali di chi risponde (soggetti abusatori di benzodiazepine)		
GENERE	Numero	Percentuale
maschio	13	37%
femmina	22	63%
totale	35	100%
ETÀ		
18 - 25	0	0%
26 - 30	2	5,7%
31 - 35	6	17,1%
36 - 40	5	14,3%
41 - 45	3	8,6%
46 e oltre	19	54,3%
totale	35	100%
STATO CIVILE		
celibe/nubile	10	28,6%
coniugato/a	17	48,6%
separato/divorziato	7	20,0%
vedovo/a	1	2,8%
totale	35	100%
FIGLI		
si	19	54,3%
no	16	45,7%
totale	35	100%
ATTIVITÀ LAVORATIVE		
operaio	4	11,4%
impiegato	6	17,2%
dirigente	0	0,0%
insegnante	2	5,7%
imprenditore	3	8,6%
disoccupato	9	25,7%
pensionato	2	5,7%
altro	9	25,7%
totale	35	100%
TITOLO DI STUDIO		
nessuno	0	0,0%
elementari	1	2,9%
medie inferiori	7	20,0%
diploma superiore	19	54,3%
laurea	8	22,9%
totale	35	100%

Item	Tabella III Punteggi GHQ-12 pazienti in metadone				Tabella IV Punteggi GHQ-12 abusatori di benzodiazepine			
	totale pz.	somma	media	dev. stand.	totale pz.	somma	media	dev. stand.
1. Sei stato in grado di concentrarti su qualunque cosa stessi facendo?	39	1	0,03	0,15	35	25	0,71	0,45
2. Hai sofferto di insonnia per preoccupazioni?	38	11	0,29	0,45	35	24	0,68	0,47
3. Hai avuto la sensazione di svolgere un ruolo utile nelle cose che ti sono accadute?	39	5	0,13	0,33	35	24	0,68	0,47
4. Ti sei sentito in grado di prendere decisioni riguardo le cose che ti sono accadute?	39	4	0,10	0,30	35	23	0,65	0,48
5. Ti sei sentito costantemente sotto tensione?	38	16	0,42	0,49	35	29	0,82	0,39
6. Ti sei sentito non in grado di superare le difficoltà?	39	5	0,13	0,33	35	25	0,71	0,45
7. Sei stato in grado di godere delle tue normali attività quotidiane?	39	6	0,15	0,36	35	26	0,74	0,44
8. Sei stato in grado di affrontare i tuoi problemi?	39	4	0,10	0,30	35	26	0,74	0,44
9. Ti sei sentito scontento o depresso?	39	11	0,28	0,44	35	28	0,80	0,40
10. Hai perso la tua autostima?	39	6	0,15	0,36	35	26	0,74	0,44
11. Hai pensato a te stesso come a un perdente?	39	6	0,15	0,36	35	21	0,60	0,48
12. Ti sei sentito tutto sommato abbastanza contento?	39	7	0,18	0,38	35	24	0,68	0,47
TOT. (media GHQ12)		2,11				8,55		

Item	Tabella V Punteggi GHQ-12 pazienti in terapia con metadone che usano benzodiazepine			
	totale pz.	somma	media	dev. stand.
1. Sei stato in grado di concentrarti su qualunque cosa stessi facendo?	4	0	0,00	0,00
2. Hai sofferto di insonnia per preoccupazioni?	4	3	0,75	0,43
3. Hai avuto la sensazione di svolgere un ruolo utile nelle cose che ti sono accadute?	4	2	0,50	0,50
4. Ti sei sentito in grado di prendere decisioni riguardo le cose che ti sono accadute?	4	0	0,00	0,00
5. Ti sei sentito costantemente sotto tensione?	4	3	0,75	0,43
6. Ti sei sentito non in grado di superare le difficoltà?	4	4	1,00	0,00
7. Sei stato in grado di godere delle tue normali attività quotidiane?	4	2	0,50	0,50
8. Sei stato in grado di affrontare i tuoi problemi?	4	1	0,25	0,43
9. Ti sei sentito scontento o depresso?	4	4	1,00	0,00
10. Hai perso la tua autostima?	4	1	0,25	0,43
11. Hai pensato a te stesso come a un perdente?	4	2	0,50	0,50
12. Ti sei sentito tutto sommato abbastanza contento?	4	3	0,75	0,43
		totale	totale	
		25	6,25	

Bibliografia

- (1) Guile L.A. (1963), "Rapid habituation to chlordiazepoxide ('Librium')", *Medical Journal of Australia*, 13, 2: 56-7.
- (2) Essig C.F. (1964), "Addiction to nonbarbiturate sedative and tranquilizing drugs", *Clinical Pharmacology Therapy*, 5: 334-43.
- (3) Cloos J.M. (2010), "Benzodiazepines and addiction: long term use and withdrawal", www.PsychiatricTimes.com.
- (4) Ashton H. (2005), "The diagnosis and management of benzodiazepine dependence", *Current Opinions in Psychiatry*, 18: 249-255.
- (5) Chouinard G. (2004), "Issues in the clinical use of benzodiazepines: potency, withdrawal, and rebound", *Journal of Clinical Psychiatry*, 65: 7-12.
- (6) Petitjean S., Ladewig D., Meier C.R., Amrein R., Wiesbeck G.A. (2007), "Benzodiazepine prescribing to the Swiss adult population: results from a national survey of community pharmacies", *International Clinical Psychopharmacology*, 22: 292-298.
- (7) Fang S.Y., Chen C.Y., Chang I.S., Wu E.C., Chang C.M., Lin K.M. (2009), "Predictors of the incidence and discontinuation of long-term use of benzodiazepines: a population-based study", *Drug Alcohol Dependence*, 104: 140-146.
- (8) Neutel C.I. (2005), "The epidemiology of long-term benzodiazepine use", *International Review of Psychiatry*, 17: 189-97.
- (9) Lagnaoui R., Depont F., Fourrier A., Abouelfath A., Begaud B., Verdoux H. (2004), "Patterns and correlates of benzodiazepine use in the French general population", *European Journal of Clinical Pharmacology*, 60: 523-529.
- (10) O'Brien C.P. (2005), "Benzodiazepine use, abuse, and dependence", *Journal of Clinical Psychiatry*, Suppl. 2, (66): 28-33.
- (11) Lugoboni F., Faccini M., Casari R., Quaglio G., Gamba F., Guadagnini P., Vicentini E., Mezzelani P. (2011), "Un servizio ospedaliero ampiamente dedicato alla dipendenza da benzodiazepine: l'esperienza di Medicina delle Dipendenze del Policlinico di Verona", *Personality Dependencies*, 17(1): 25-34.
- (12) Lader M., Tylee A., Donoghue J. (2009), "Withdrawing benzodiazepines in primary care", *CNS Drugs*, 23(1): 19-34.
- (13) Lugoboni F., Faccini M., Quaglio G., Casari R., Albiero A., Pajusko B. (2011), "Agonist substitution for high-dose benzodiazepine-dependent patients: let us not forget the importance of flumazenil", *Addiction*, 106(4): 853.
- (14) Pennacchini M., Bertolaso M., Elvira M.M., De Marinis M.G. (2011), "A brief history of the Quality of Life: its use in medicine and in philosophy", *La Clinica Terapeutica*, 162(3): 99-103.
- (15) Felce D., Perry J. (1995), "Quality of Life: Its Definition and Measurement", *Research in Developmental Disabilities*, vol. 16, n. 1: 51-74.
- (16) Ventegodt and Merrick (2003), "Psychoactive Drugs and QOL", *The Scientific World Journal*, 3: 694-698; 706.
- (17) De Maeyer J., Vanderplasschen W., Lammertyn J., van Nieuwenhuizen C., Broekaert E. (2011), "Exploratory study on domain-specific determinants of opiate-dependent individuals' quality of life", *European addiction research*, 17: 198-210.
- (18) De Maeyer J., Vanderplasschen W., Broekaert E. (2010), "Quality of Life among opiate-dependent individuals: A review of literature", *International Journal of Drug Policy*, 21: 364-380.
- (19) Domingo-Salvany A., Brugal M.T., Barrio G., González-Saiz F., Bravo M.J., De la Fuente L. (2010), "Gender differences in health related quality of life of young heroin users", *Health and Quality of Life Outcomes*, 8: 145.
- (20) Gelatti U., Samani F., Donato F., Covolo L., Mazzaglia G., Cremaschini F., Simon G., Leggieri G., Balestrieri M. (2006), "Health-related quality of life in older people using benzodiazepines: a cross-sectional study", *Annali di igiene: medicina preventiva e di comunità*, 18(4): 313-26.
- (21) Van Hulst R., Teeuw B., Bakker A., Leufkens H.G. (2005), "Initial benzodiazepine use and improved health-related quality of life", *Pharmacy World & Science*, 27(1): 41-6.
- (22) Vormaa H., Naukkarinen H., Sarna S., Kuoppasalmi K. (2004), "Symptom severity and quality of life after benzodiazepine withdrawal treatment in participants with complicated dependence", *Addictive Behaviors*, 29(6): 1059-65.
- (23) Brunette M.F., Douglas L., Noordsy, Haiyi X., Robert E.D. (2003), "Benzodiazepine use and abuse Among Patient with Severe Mental illness and Co-Occurring Substance Use Disorder", *Psychiatry Services*, 54(10): 1395-1399.
- (24) Nutt D.J., King L.A., Phillips L.D. (2010), "Dug harms in the UK: a multicriteria decision analysis", *Lancet*, 375: 1558-65.
- (25) Denis C., Fatseas M., Lavie E., Auriacombe M. (2006), "Pharmacological interventions for benzodiazepine mono-dependence management in outpatient settings (CD005194)", *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- (26) Gerra G., Zaimovic A., Giusti F., Moi G., Brewer C. (2002), "Intravenous flumazenil versus oxazepam tapering in the treatment of benzodiazepine withdrawal: a randomized, placebo-controlled study", *Addiction Biology*, 7(4): 385-395.
- (27) Goldberg D.P., Hillier V.F. (1979), "A scaled version of the General Health Questionnaire", *Psychological Medicine*, 9(1): 139-145.
- (28) Kihç C., Rezaki M., Rezaki B., Kaplan I., Özgen G., Sagduyu A., Özturk M.O. (1997), "General Health Questionnaire (GHQ12 & GHQ28): psychometric properties and factor structure of the scales in a Turkish primary care sample", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32: 327-331.
- (29) Montazeri A., Harirchi A., Shariati M., Garmaroudi G., Ebadi M., Fateh A. (2003), "The 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12): translation and validation study of the Iranian version", *Health and Quality of Life Outcomes*, 1: 66-69.
- (30) Jacob K.S., Bhugra D., Mann A.H. (1997), "The validation of the 12-item General Health Questionnaire among ethnic Indian women living in the United Kingdom", *Psychological Medicine*, 27(5): 1215-1217.
- (31) Tabolli S., Ianni A., Renzi C., Di Pietro C., Puddu P. (2006), "Soddisfazione lavorativa, burnout e stress del personale infermieristico: indagine in due ospedali di Roma", *Giornale italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia. Supplemento B, Psicologia 1*: 49-52.
- (32) Liebrez M., Boesch L., Stohler R., Caflisch C. (2010), "Agonist substitution-a treatment for high-dose benzodiazepine-dependent patients?", *Addiction*, 105: 1870-4.
- (33) Ciraulo D.A., Sands B.F., Shader R.I. (1988), "Critical review of liability for benzodiazepine abuse among alcoholics", *American Journal of Psychiatry*, 145: 1501-1506.
- (34) Chick J., Nutt D.J. (2011), "Substitution therapy for alcoholism: time for reappraisal?", *Journal of Psychopharmacology*, Jul 8 Epub ahead of print.
- (35) Amato L., Davoli M., Perucci C.A., Ferri M., Faggiano F., Mattick R.P. (2005), "An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research", *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28: 321-9.
- (36) Ahern J., Stuber J., Galea S. (2007), "Stigma, discrimination and the health of illicit drug users", *Drug Alcohol Dependence*, 11: 188-96.
- (37) Quaglio G.L., Lugoboni F., Pajusko B., Fornasiero A., Lechi A., Mezzelani P., Pattaro C., Des Jarlais D.C., GICS (2004), "Heterosexual relationships among heroin users in Italy", *Drug Alcohol Dependence*, 75: 207-13.
- (38) Quaglio G.L., Lugoboni F., Pattaro C., Investigators G., Montanari L., Mezzelani P., Lechi A., Des Jarlais D.C. (2006), "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*, 6: 216-27.
- (39) Chen K.W., Berger C.C., Forde D.P., D'Adamo C., Weintraub E., Gandhi D. (2011), "Benzodiazepine Use and Misuse Among Patient in a Methadone Program", *BMC Psychiatry*, 11: 90-7.
- (40) Brands B., Blake J., Marsh D.C., Sproule B., Jeyapalan R., Li S. (2008), "The impact of benzodiazepine use on methadone maintenance treatment outcomes", *Journal of Addiction Diseases*, 27(3): 37-48.
- (41) Specka M., Bonnet U., Heilmann M., Schifano F., Scherbaum N. (2011), "Longitudinal patterns of benzodiazepine consumption in a German cohort of methadone maintenance treatment patients", *Human Psychopharmacology*.
- (42) Lequeille X., Launay C., Dervaux A., Kanit M. (2009), "Abuse of alcohol and benzodiazepine during substitution therapy in heroin addicts: a review of the literature", *Encephale*, 35: 220-5.

Tolleranza e Assuefazione Condizionata: l'effetto Ambiente

Antonio Fabozzi*, Francesco Cassese**

SUMMARY

■ *This abstract is a relative contribution about a phenomenon called "Tolerance Conditioning". It could be defined as a "psycho-physiological complex and global response" a psychotropic drug, considering both the physical and chemical elements and the situation in which the substance is taken. In short, maintaining a constant dose of the substance, the specific context in which the substance is taken makes the difference, so "the context factor" is crucial for the effects of the drug.* ■

Keywords: Tolerance, Addiction, Pavlovian conditioning, Conditioned Addiction, Conditioned Tolerance.

Parole chiave: Tolleranza, Dipendenza, Condizionamento Pavloviano, Dipendenza condizionata, Tolleranza e assuefazione condizionata.

Tutti abbiamo una canzone preferita. Ora, se proviamo ad ascoltare la nostra canzone preferita che ci dona delle emozioni indescrivibili, più e più volte, prima o poi, finisce con il lasciarci "a bocca asciutta" a livello emotivo. E allora, all'inizio per provare le medesime emozioni, proviamo ad ascoltarla aumentando il volume, e sembra funzionare; ancora per un po'. Poi passiamo alla versione Remix e poi alla Cover del nuovo autore... alla fine (scusate il bisticcio di parole) finiamo con il cambiar canzone. In poche parole ci siamo abituati, ci siamo "assuefatti" a quella canzone.

Tuttavia, a volte capita che alcune canzoni siano in grado di elicitarci sempre delle emozioni molto forti, è vero. Ma questo avviene quando quella canzone è associata ad una determinata **situazione, o persona, o contesto**, i quali per il loro valore intrinseco ci hanno fatto provare un'emozione molto positiva (o anche negativa). **Ma è il contesto della canzone, non la canzone in sé a produrci quegli effetti.**

Pertanto possiamo definire l'assuefazione come un fenomeno che si verifica nell'organismo per effetto della somministrazione continua di un farmaco (analgesici, tranquillanti, ecc.), per cui viene a diminuire, o addirittura ad annullarsi, la sua efficacia. Analogamente, l'assuefazione all'alcol, è la progressiva tolleranza dell'organismo nei confronti delle bevande alcoliche. Pertanto, la stessa quantità di una sostanza (farmaco, droga, ecc.), con il passare del tempo produce degli effetti sempre minori. Fino a qui tutto "naturale", ci sembrerebbe quasi scontato come fenomeno e forse per questo non degno della nostra attenzione! Eppure non è proprio così banale come potrebbe apparire a prima vista (o svista?), dal momento che dietro il processo dell'assuefazione sembra nascondersi un "mondo", traboccante di spunti teorici e clinico-riabilitativi.

Premessa

Il presente lavoro vuole essere un contributo relativo ad un fenomeno conosciuto forse da sempre, eppur in letteratura, è costantemente poco considerato: "La tolleranza Condizionata".

La tolleranza condizionata la potremmo definire come una risposta "psico-fisiologica complessa e globale" ad una sostanza psicotropa, tenendo presente sia gli elementi fisico-chimici della sostanza in sé, sia della situazione nella quale tale sostanza viene assunta.

In breve: tenendo costante il dosaggio della sostanza, ciò che sembra fare la differenza è lo specifico contesto in cui viene assunta la sostanza; pertanto "il fattore contesto", appare determinante per gli effetti della droga stessa.

Tolleranza e Assuefazione Condizionata

Normalmente quando vengono assunte delle droghe, o anche dei farmaci, queste sostanze, producono delle risposte fisiologiche all'interno dell'organismo che compensano le alterazioni indotte dalle sostanze stesse.

Queste risposte sono ovviamente delle risposte incondizionate, dal momento che sono proprio la conseguenza diretta della sostanza.

Tuttavia accade che dopo alcune associazioni droga con gli stimoli ambientali, viene elicitata una risposta compensatoria dell'organismo anche quando sono presenti solo gli stimoli ambientali. Questa risposta di compensazione condizionata genera lo sviluppo della tolleranza agli effetti della sostanza (Ramos *et al.*, 2002).

Quindi, abbiamo il "Fenomeno della tolleranza condizionata", quando il contesto – o meglio i fattori ambientali presenti al momento dell'assunzione della sostanza –, associandosi ripetutamente alla somministrazione della sostanza stessa, finiscono per provocare delle risposte condizionate di compensazione (condizionamento classico di Pavlov), grazie alle quali l'organi-

* Psicologo Clinico ad indirizzo cognitivo comportamentale.

** Dirigente Medico. Psicoterapeuta, Ser.T. Pomigliano (Napoli).

smo è "già preparato" ad assumere la sostanza (Siegel *et al.*, 2002); tuttavia, ed ovviamente, questa risposta condizionata di compensazione, si oppone con sempre maggiore efficacia agli effetti incondizionati della sostanza stessa, inducendo in questo caso "un'assuefazione contesto-specifica" (Pinel, 2000).

Il contributo dei fattori contestuali associati alla sostanza sono stati studiati attraverso l'analisi del condizionamento Pavloviano (vedi recensioni Dworkin, 1993; Ramsay & Woods, 1997; Siegel Baptista, Kim, MacDonald & Weise-Kelly, 2000).

Potremmo azzardare l'ipotesi che per ottenere gli stessi effetti, basterebbe far assumere al tossicodipendente la stessa dose di sostanza ma in un contesto diverso.

Pertanto, le numerose manifestazioni di selettività dell'assuefazione per i fattori contestuali, hanno indotto Siegel e il proprio gruppo di studio a suggerire la possibilità che il tossicodipendente divenga particolarmente suscettibile agli effetti di un sovradosaggio (overdose), qualora la sostanza venga assunta in un contesto nuovo (Pinel J.P.J., 2000).

Infatti, il tossicodipendente potrebbe morire per overdose, pur utilizzando la stessa dose, se questa viene assunta in un contesto diverso.

Proprio dall'osservazione di alcuni casi di "sovradosaggio" in eroinomani, ha preso avvio "il modello del condizionamento della tolleranza" (Siegel, 1984; Siegel e Ellsworth, 1986; Siegel *et al.*, 1982).

Ovviamente, non sempre accade che qualora il tossicodipendente assuma la sostanza in un contesto diverso muore per overdose; i fattori che portano alla morte per overdose, sono comunque molteplici e tutt'altro che chiari.

Infatti, non è raro riscontrare decessi per overdose in vittime che nei giorni precedenti avevano assunto la stessa quantità di eroina (Governo del Canada, 1973).

Così è stato suggerito l'utilizzo del termine "overdose", proprio per indicare l'assenza di una chiara causa nei casi di decessi direttamente connessi con l'abuso di oppiacei (Greene *et al.*, 1974).

Alcuni casi di questi "fallimenti della tolleranza", possono essere spiegati proprio dall'analisi del condizionamento.

Secondo quest'analisi, un organismo è a rischio overdose quando la sostanza viene somministrata o è assunta in un ambiente che non è stato associato a lungo con l'assunzione della sostanza stessa; quello che verrebbe a mancare è la risposta condizionata degli stimoli ambientali che normalmente hanno l'effetto di suscitare una risposta di compensazione per gli effetti deleteri della sostanza.

Gli esperimenti di Siegel (1982), hanno sostenuto con forza "l'overdose condizionata".

In questo studio vi erano due gruppi di topi: al primo gruppo veniva iniettata un'alta dose di eroina sempre nello stesso ambiente, mentre al secondo gruppo l'ultima dose veniva iniettata in un ambiente nuovo.

I risultati hanno rilevato come i topi del primo gruppo avevano una maggiore probabilità di sopravvivere.

Ancora, Siegel e Ellsworth (1986), hanno descritto un probabile caso di overdose di prescrizione medica da oppiacei.

È il caso di un paziente con cancro al pancreas che trattato con morfina per alleviare il dolore, è deceduto in seguito all'assunzione della sua normale dose di morfina in un ambiente molto diverso da quello associato con le precedenti assunzioni.

Ogni assunzione di una sostanza corrisponde ad una prova di condizionamento Pavloviano, nella quale i diversi elementi ambientali, che predicano in modo regolare la somministrazione della sostanza (bar, toilette, altri tossicodipendenti ecc.),

costituiscono gli stimoli condizionati, mentre gli effetti della sostanza ne rappresentano quelli incondizionati. In base al modello del condizionamento pavloviano, i fattori ambientali hanno un peso rilevante nell'acquisizione e nel mantenimento della tossicodipendenza (Gillman A.G. *et al.*, 2009).

Si = Stimolo Incondizionato (Sostanza Assunta); Sc = (Stimolo condizionato, Ambiente)

Si (Droga) + Sc (Ambiente) = Risposta Fisiologica Complessa dell'organismo

Lo Stimolo Incondizionato (Si), associandosi allo Stimolo Condizionato (Sc), secondo Siegel, farà sì che gli Sc ambientali, che predicano l'assunzione della sostanza, diventano in grado di evocare le Risposte Condizionate fisiologiche dell'organismo, opposte agli effetti incondizionati della sostanza.

L'organismo si "tutelerebbe", possiamo dire, da un eventuale eccesso di assunzione della sostanza. Questo avviene però, solo quando gli indizi ambientali e contestuali gli suggeriscono che in quel luogo diverse volte ha "ricevuto" la sostanza in passato. Secondo lo studio di Siegel (1988), è la tolleranza agli effetti della droga ad aumentare quando la droga stessa viene assunta nel solito luogo e/o contesto.

Inoltre, secondo questo studio – ovviamente –, vi è un aumento dei "sintomi di astinenza", quando il tossicodipendente si trova "fisicamente" nella situazione in cui assume regolarmente la sostanza, proprio perché l'organismo si "aspetta" la sostanza.

A tal proposito, vi sono considerevoli prove che la recidiva è influenzata proprio dai fattori ambientali.

Uno studio di O'Brien (1976), ha mostrato come "l'ambiente fisico", in cui veniva assunta regolarmente la sostanza stupefacente, incideva notevolmente nel provocare i sintomi di astinenza, e pertanto poteva essere un fattore di rischio per la recidiva. Pertanto lo stesso "successo dell'astinenza" sembra esser legato all'assenza di segnali ambientali ripetutamente associati all'assunzione della sostanza.

È sempre più evidente che i principi di farmacocinetica, come quelli di farmacodinamica, risultano insufficienti per spiegare un processo complesso quale "l'assuefazione".

L'importanza degli stimoli ambientali nel fenomeno della tolleranza è illustrato in una serie di studi che dimostrano come la stessa tolleranza non è semplice funzione della somministrazione ripetuta di un farmaco o di una droga.

Diversi studi sulla specificità ambientale relativa al fenomeno della tolleranza condizionata, sono stati compiuti anche sull'effetto analgesico della morfina e diversi studi hanno dimostrato che il fenomeno della "tolleranza condizionata" rispetto ai fattori contestuali, non è un fattore "specificamente umano" (Bevins R.A. e Palmatier M.I., 2004; Chaudhri N. *et al.*, 2006).

Una serie di altri hanno preso in considerazione diverse sostanze e diversi parametri psicofisiologici.

Ad esempio Siegel e MacRae (1984), hanno mostrato la presenza della tolleranza condizionata rispetto agli effetti termici e motori in seguito alla somministrazione di morfina.

In questo studio è stato rilevato anche l'effetto dei fattori contestuali, rispetto agli effetti letali della diacetilmorfina (eroina).

Ancora, la tolleranza condizionata, è stata dimostrata anche con molti farmaci: etanolo, anfetamine, aloperidolo e una varietà di benzodiazepine (Siegel, 1983; 1986; 1987).

Anche per il fumo di sigaretta si è rivelato un qualcosa di simile, ovvero l'importanza del ruolo dei fattori contestuali, legati ai processi di memoria.

Infatti, uno studio di Winkler M.H. *et al.* (2011), ha rivelato che "l'armamentario" del fumatore, ossia tutti gli stimoli associati continuamente all'inalazione della sostanza, finiscono con il suscitare delle reazioni fisiologiche, che si può presumere molto verosimilmente, possano svolgere un ruolo importante nell'insorgenza del desiderio di fumare e quindi nel mantenimento della tossicodipendenza e nel rischio di recidiva.

I risultati di questi studi aprono delle importanti riflessioni riguardo il trattamento delle tossicodipendenze –, ed oltre i principi di farmacodinamica e farmacocinetica, dovrebbero essere studiati e presi in seria considerazione anche – e forse soprattutto –, i potenti effetti degli stimoli ambientali.

Pertanto, tenuto conto dei fattori ambientali discussi sopra, e quindi del ruolo della "tolleranza condizionata", "assuefazione condizionata" ed astinenza, il trattamento potrebbe acquisire un valore aggiunto, utilizzando il processo "dell'estinzione", attraverso tecniche psicoterapeutiche "cognitivo-comportamentali", in grado di "spezzare" l'associazione (assunzione della sostanza/ fattori ambientali).

I medesimi processi della tolleranza condizionata e dell'assuefazione condizionata, sono stati studiati anche riguardo gli effetti da somministrazione di farmaci.

Siegel *et al.* (2000), in uno studio sull'analisi di "condizionamento Pavloviano" di tolleranza al farmaco, hanno trovato che gli stessi indizi ambientali, presenti al momento dell'assunzione di un farmaco, sono in grado di elicitare in momenti successivi gli effetti indotti dal farmaco.

Questi effetti sarebbero proprio la risposta condizionata dell'organismo, con lo scopo di "compensare" e quindi "riequilibrare", la modificazione indotta chimicamente dal farmaco.

Queste "risposte condizionate di compensazione" (CCR) mediano la tolleranza, contrastando l'effetto della sostanza quando il farmaco viene somministrato in presenza di segnali precedentemente associati con lo stesso farmaco.

Ora se gli indizi ambientali che normalmente precedono la somministrazione del farmaco, sono presentati in assenza del farmaco, le risposte condizionate di compensazione, produrranno risposte e sensazioni, molto simili ai sintomi dell'astinenza (Siegel *et al.*, 2000; Ramos *et al.*, 2002).

Alcuni studiosi attratti dalle interessanti implicazioni teoriche di questi processi, hanno tentato "la prova del nove", dell'esistenza della tolleranza e dell'assuefazione condizionata, attraverso una serie di esperimenti che miravano all'estinzione di queste "Risposte Condizionate".

Infatti date queste premesse, hanno pensato che se esiste il Condizionamento della tolleranza dovrà pur esistere il suo contrario: il decondizionamento della tolleranza, ossia "l'estinzione".

Pertanto sulla scorta delle ormai fin troppo note acquisizioni sul condizionamento Pavloviano, questi studiosi, hanno ipotizzato che è possibile anche ridurre la "Forza" e/o Estinguere la Risposta della Tolleranza Condizionata, attraverso la "somministrazione" ossia la presenza dei fattori ambientali (Stimolo Condizionato), senza presentare lo Stimolo Incondizionato (Sostanza); o ancora, la stessa estinzione la si potrebbe avere attraverso la somministrazione di un semplice placebo in presenza dei fattori Ambientali.

L'estinzione è stata dimostrata rispetto alla tolleranza per gli effetti analgesici di alcuni farmaci (Siegel *et al.*, 1980), rispetto agli effetti letali della morfina (Siegel *et al.*, 1979), così come negli effetti di una varietà di altre sostanze (vedi recensioni di Siegel, 1986 e 1987; Siegel *et al.*, 2000).

Una procedura utilizzata per estinguere la "Risposta Condizionata", è quella di continuare a presentare sia lo stimolo incondizionato

(la sostanza), sia lo stimolo condizionato (fattori ambientali), ma non accoppiandoli più tra di loro (Mackintosh, 1974).

Ad esempio il soggetto riceve due Stimoli Condizionati, ma senza la presenza di quello incondizionato, il quale invece verrà presentato solo successivamente, temporalmente distante dagli Stimoli Condizionati.

Fanselow and German (1982), hanno riportato che tali presentazioni non accoppiate riducevano la tolleranza degli effetti sedativi da morfina nei ratti.

In questo esperimento la morfina veniva somministrata in più occasioni e sempre in presenza di un caratteristico stimolo ambientale.

In questo modo veniva stabilita la tolleranza alla sostanza in presenza di quello specifico stimolo ambientale. In seguito si è osservato che presentando gli stimoli non accoppiati, la tolleranza rispetto a quello stimolo ambientale veniva eliminata.

Questo particolare processo di estinzione è impossibile da interpretare senza far ricorso al ruolo dell'apprendimento e del condizionamento Pavloviano.

La stessa associazione "saltuaria", tra lo stimolo ambientale (Condizionato) e la sostanza (Incondizionato), rallenta l'acquisizione della risposta Condizionata, rispetto a quando Stimolo Condizionato e Incondizionato sono associati in ogni prova Mackintosh (1974).

Molti altri studi hanno fornito prove a favore del condizionamento Pavloviano rispetto alla tolleranza degli effetti di diverse sostanze (Fanselow e German, 1982; Siegel *et al.*, 1981; Hinson e Siegel, 1986).

Questi studi fanno riflettere sull'estrema importanza del ruolo dell'apprendimento, che sembrerebbe avere un ruolo essenziale sulla risposta dell'organismo, al pari della sostanza stessa.

L'apprendimento pertanto gioca un ruolo di primo piano in tutti i processi psicofisiologici sopra considerati.

Il ruolo dell'apprendimento

Molti ricercatori hanno indicato diversi parallelismi tra il processo della "tolleranza" e i processi d'apprendimento.

Ad esempio, entrambi i processi presentano un'ottima ritenzione, risultano disturbati conseguentemente a shock elettroconvulsivi e a stimolazioni dei lobi frontali; inoltre, ambedue i processi sono ritardati dagli inibitori della sintesi proteica e di converso facilitati dagli antagonisti di questi inibitori metabolici (Siegel, 1988).

Anche se potrebbero esservi altri processi alla base della tolleranza condizionata, il modello a cui si fa più spesso riferimento è quello che si basa sui principi del condizionamento Pavloviano.

Infatti, in comune con altre risposte condizionate, la tolleranza al farmaco viene interrotta quando viene presentato uno stimolo nuovo (inibizione esterna), o alterando lo Stimolo condizionato (ad esempio cambiando il contesto per ogni successiva somministrazione della sostanza in modo imprevedibile).

Ancora, l'acquisizione della tolleranza è ritardata da un rinforzo parziale, da una pre-esposizione degli stimoli condizionati e dagli inibitori dell'apprendimento.

Come altre risposte condizionate, nella tolleranza ad una sostanza si assiste alla generalizzazione degli stimoli condizionati.

Come abbiamo visto anche sopra, la stessa estinzione della tolleranza dimostra in modo convincente la sua base associativa.

Implicazioni per il trattamento

Come abbiamo visto nel presente lavoro, secondo il modello del condizionamento, i sintomi dell'astinenza aumentano quando il tossicodipendente si trova esposto agli stimoli condizionati precedentemente associati all'assunzione della sostanza; questo aumento dei sintomi dell'astinenza ovviamente produce un elevato rischio di recidiva.

Ne consegue che un trattamento esaustivo, deve prendere in seria considerazione proprio i fattori contestuali ormai associati all'uso della sostanza (Poulos *et al.*, 1981).

È stato notato che quando il trattamento consiste principalmente in un periodo di "disintossicazione" in un ambiente isolato e successivamente il paziente è nuovamente reinserito nel suo ambiente di appartenenza, il successo del trattamento è abbastanza scarso.

Infatti, molti tossicodipendenti trattati in questo modo, quando nei propri contesti di vita quotidiana si trovano ad esser esposti nuovamente agli stimoli precedentemente associati all'uso della droga, facilmente sono vittima di "ricaduta".

Pertanto un buon programma di trattamento deve essere molto complesso ed includere anche i numerosi fattori ambientali che potrebbero aumentare il rischio di recidiva.

I risultati di diversi studi epidemiologici suggeriscono che il cambiamento dell'ambiente è frequentemente associato ad una lunga durata dell'astinenza dalla sostanza.

Tuttavia, dal momento che questi cambiamenti di solito non sono fattibili, la soluzione potrebbe essere l'estinzione della risposta condizionata instauratasi tra gli stimoli ambientali e la sostanza stessa.

Uno dei primi e sicuramente più importanti studi condotti sulla procedura di estinzione è quello condotto da Blakey e Baker (1980), ove essi descrivono diversi casi clinici.

In uno dei casi descritti (W.R., caso clinico 1) viene presentata nei particolari la procedura seguita. Il paziente in oggetto, è stato analizzato in termini di "eventi attivanti", ossia quegli eventi, stimoli ambientali e fattori, che per la loro semplice presenza determinavano un forte desiderio di assumere l'alcool.

Tali "fattori contestuali" (quindi condizionati), in questo paziente includevano: stanchezza dopo molte ore di lavoro, noia, odore di bevande alcoliche sulle persone, periodi di malattia, vista di un pub, gusto, odore e vista di bevande alcoliche (Blakey e Baker, 1980, p. 320).

Il trattamento è consistito nella presentazione di uno degli stimoli sopra elencato, senza l'assunzione dell'alcool.

Questo, produceva in una prima fase, un forte desiderio, accompagnato da tremori e stati depressivi. Con le presentazioni successive, tuttavia, questi sintomi sono diminuiti.

Quando la capacità di uno stimolo condizionato di suscitare un forte desiderio si estingueva, si passava mediante la stessa procedura, ad estinguere la risposta condizionata per un altro stimolo. L'intera procedura di estinzione continuava fino a quando la maggior parte degli stimoli condizionati non erano più capaci di determinare un forte desiderio, né i sintomi dell'astinenza. Blakey e Baker, hanno descritto in questo imponente studio molti altri casi clinici del genere ottenendo i medesimi risultati. Tuttavia, in casi particolarmente resistenti è stato necessario condurre il programma di decondizionamento al di fuori del laboratorio e quindi proprio nel contesto di vita del paziente.

Per esempio, nel trattamento di un paziente il decondizionamento è stato eseguito in un pub mentre i terapisti erano intenti a bere le bevande alcoliche e il paziente invece intento ad osservarli.

Nelle sessioni successive invece, il paziente doveva recarsi da solo in un noto pub ove erano presenti persone che stavano assumendo bevande alcoliche.

Siegel S. (1984), ha riportato l'uso dell'estinzione nel trattamento della dipendenza da cocaina. In questo caso i tossicodipendenti risultavano essere particolarmente sensibili all'odore della cocaina e pertanto il loro desiderio aumentava se ne percepivano la presenza.

Lo studio ha utilizzato una sostanza chimica avente il medesimo odore della cocaina.

I pazienti dovevano annusare tale sostanza chimica e a tale comportamento non doveva seguire l'assunzione della sostanza.

Mediante questa procedura, Siegel, ha ottenuto un'ulteriore riduzione del craving.

La difficoltà in questo tipo di trattamento – specie per i casi particolarmente refrattari –, risulta nel creare l'ambiente che sia il più simile possibile a quello in cui vive il tossicodipendente, proprio con il fine specifico di determinare l'estinzione a tutti gli stimoli con il quale viene a contatto.

A volte risulta più semplice procedere ad una "estinzione in vivo", ossia proprio nell'ambiente in cui vive il tossicodipendente.

Conclusioni

I risultati dei diversi studi presi in considerazione, hanno indicato il ruolo determinante dei fattori contestuali rispetto alla tolleranza condizionata, aumento dei sintomi di astinenza e infine aumentato rischio di recidiva quando il tossicodipendente si ritrova nuovamente a "contatto" con i fattori contestuali associati alle precedenti assunzioni della sostanza.

Pertanto questi dati ci inducono a prendere in seria considerazione i fattori contestuali nel momento della riabilitazione del tossicodipendente.

Infatti, accanto alla già corretta procedura di disintossicazione effettuata, è indispensabile inserire un programma di intervento individuale che attraverso una precisa e puntuale valutazione del paziente, miri a decondizionare in ogni singolo e specifico caso la risposta di compensazione dell'organismo di fronte ai fattori contestuali presenti nel proprio ambiente di vita.

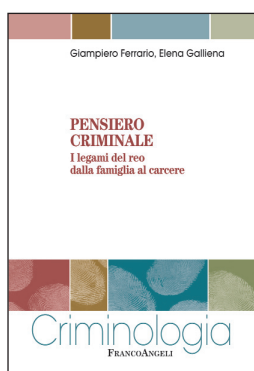
Eliminando in questo modo l'associazione "*Fattori contestuali e risposta di compensazione dell'organismo*", l'esposizione ai fattori contestuali non produrrà più i sintomi dell'astinenza e quindi nemmeno la ricerca della sostanza per ridurre i "sintomi".

Bibliografia

- Adams W.J., Yeh S.Y., Woods L.A., Mitchell C.L. (1989), "Drug-test interaction as a factor in the development of tolerance to the analgesic effect of morphine", *J Pharmacol Exp Ther*, 168: 251-257.
- Bevins R.A., Palmatier M.I. (2004), "Extending the role of associative learning processes in nicotine addiction", *Behav Cogn Neurosci Rev*, Sep, 3(3): 143-58.
- Blakey R., Baker R. (1980), "An exposure approach to alcohol abuse", *Behav Res Ther*, 18: 319-323.
- Chaudhri N., Caggiola A.R., Donny E.C., Palmatier M.I., Liu X., Sved A.F. (2006), "Complex interactions between nicotine and nonpharmacological stimuli reveal multiple roles for nicotine in reinforcement", *Psychopharmacology (Berl)*, 184(34): 353-66.
- Crowell C.R., Hinson R.E., Siegel S. (1981), "The role of conditional drug responses in tolerance to the hypothermic effects of ethanol", *Psychopharmacology (Berl)*, 73(1): 51-54.

- Dworkin B.R. (1993), *Learning and Physiological Regulation*, University of Chicago Press, Chicago.
- Fanselow M.S., German C. (1982), "Explicitly unpaired delivery of morphine and the test situation: Extinction and retardation of tolerance to the suppressing effects of morphine on locomotor activity", *Behav Neural Biol*, 35: 231-241.
- Gillman A.G., Kosobud E.K.A., Timberlake W. (2009), "Pre-and post-nicotinic circadian activity rhythms can be differentiated by a paired environmental cue", *Physiol Behav.*, 28: 337-350.
- Government of Canada (1973), *Final Report of the Commission of Inquiry Into the Nonmedical Use of Drugs*, Information Canada, Ottawa.
- Greene M.H., Luke J.L., Dupont R.L. (1974), "Opiate 'overdose' deaths in the District of Columbia: Heroin-related fatalities", *Medical Annals of the District of Columbia*, 43: 75-181.
- Hinson R.E., Siegel S. (1986), "Pavlovian inhibitory conditioning and tolerance to pentobarbital-induced hypothermia in rats", *J Exp Psychol [Anim Behav]*, 12: 363-370.
- Mackintosh N.J. (1974), *The Psychology of Animal Learning*, Academic Press, London.
- O'Brien C.P. (1976), "Experimental analysis of conditioning factors in human narcotic addiction", *Pharmacol Rev*, 27: 533-543.
- Pinel J.P.J. (2000), *Psicobiologia*, il Mulino, Bologna: 324-326.
- Poulos C.X., Hinson R.E., Siegel S. (1981), "The role of Pavlovian processes in drug use: Implications for treatment", *Addict Behav*, 6: 205-211.
- Ramos B.M.C., Siegel S., Bueno J.L. (2002), "Occasion Setting and Drug Tolerance", *Integr. Physiol. & Behav. Science*, vol. 37, issue 3: 165.
- Ramsay D.S., Woods S.C. (1997), "Biological consequences of drug administration: Implications for acute and chronic tolerance", *Psychological Review*, 104: 170-193.
- Siegel S. (1978), "Tolerance to the hyperthermic effect of morphine in the rat is a learned response", *J Comp Physiol Psychol.*, 92(6): 1137-49.
- Siegel S. (1983), "Classical conditioning, drug tolerance, and drug dependence", in Israel Y., Glaser F.B., Kalant H., Popham R.E., Schmidt W., Smart R.G. (eds.), *Research Advances in Alcohol and Drug Problems*, vol. 7, Plenum Press, New York: 207-246.
- Siegel S. (1984), "Pavlovian conditioning and heroin overdose: Reports by overdose victims", *Bulletin of the Psychonomic Society*, 22: 428-430.
- Siegel S. (1986), "Environmental modulation of tolerance: Evidence from benzodiazepine research", in Frey H.H., Koella W.P., Froscher W., Meinardi H. (eds.), *Tolerance to Beneficial and Adverse Effects of Antiepileptic Drugs*, Raven Press, New York: 89-100.
- Siegel S. (1987), "Pavlovian conditioning and ethanol tolerance", in Lindros K.O., Ylikahri R., Kiianna K. (eds.), *Advances in Biomedical Alcohol Research*, Pergamon Press, Oxford: 25-36 (Published as *Alcohol Alcohol*, Suppl. 1).
- Siegel S. (1988), "Drug anticipation and the treatment of dependence", *NIDA Res Monogr*: 1-24.
- Siegel S., Hinson R.E., Krank M.D. (1979), "Modulation of tolerance to the lethal effect of morphine by extinction", *Behav Neural Biol*, 25: 257-262.
- Siegel S., Sherman J.E., Mitchell D. (1980), "Extinction of morphine analgesic tolerance", *Learning and Motivation*, 11: 289-301.
- Siegel S., Hinson R.E., Krank M.D. (1981), "Morphine-induced attenuation of morphine tolerance", *Science*, 212: 1533-1534.
- Siegel S., Hinson R.E., Krank M.D., McCully J. (1982), "Heroin 'overdose' death: The contribution of drug-associated environmental cues", *Science*, 216, 436-437.
- Siegel S., MacRae J. (1984), "Environmental specificity of tolerance", *Trends Neuro Sci*, 7: 140-142.
- Siegel S., Ellsworth D. (1986), "Pavlovian conditioning and death from apparent overdose of medically prescribed morphine: A case report", *Bulletin of the Psychonomic Society*, 24: 278-280.
- Siegel S., Baptista M.A.S., Kim J.A., McDonald R.V., Weise-Kelly L. (2000), "Pavlovian psychopharmacology: The associative basis of tolerance", *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, vol. 8(3): 276-293.
- Siegel S., Ramos B.M. (2002), "Applying laboratory research: drug anticipation and the treatment of drug addiction", *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 10(3): 162-83.
- Winkler M.H., Weyers P., Mucha R.F., Stippekohl B., Stark R., Pauli P. (2011), "Conditioned cues for smoking elicit preparatory responses in healthy smokers", *Psychopharmacology (Berl)*, 213(4): 781-9.

RECENSIONE



Giampiero Ferrario, Elena Galliena

PENSIERO CRIMINALE I legami del reo dalla famiglia al carcere

pp. 272, € 32,00
Editore: FrancoAngeli
Cod. 287.39
Collana: Criminologia

Il pensiero criminale è un insieme di assunti con il quale una persona organizza il suo rapporto con gli altri e con la comunità, rendendo possibile e giustificabile la commissione di reati. Un tipo di pensiero – peraltro diffuso anche al di fuori delle mura carcerarie – basato sulla pretesa del singolo di far valere come prioritario il proprio interesse o il proprio bisogno, anche a discapito dell'interesse comune o del bisogno altrui.

Il volume pone le prime basi per mettere in relazione la violazione delle norme sociali con la violazione delle norme in famiglia: gli autori, infatti, sostengono la tesi secondo cui la violazione della legge è connessa all'esperienza infantile del reo di violazioni di precise norme familiari, tra cui la prima e più importante è quella sul riconoscimento del figlio.

Nella prima parte del volume, dedicata alla sfera familiare, vengono illustrati come si costruiscono e si curano i legami con i figli attraverso l'osservanza e la violazione di norme specifiche. Inoltre viene indagato il fallimento genitoriale nella costruzione di legami sicuri e di una matura appartenenza alla comunità.

Nella seconda parte viene descritto il pensiero criminale nella sua complessità etico-affettiva e la corrispondenza fra i suoi assunti di base e quelli che caratterizzano i disturbi di personalità. Nella terza parte, infine, si indaga la relazione del reo con l'istituzione all'interno del contesto giuridico e carcerario, delineando un nuovo modello d'intervento per psicologi e operatori finalizzato alla riconciliazione fra il reo e la comunità. È in quest'ottica che la detenzione diventa un momento prezioso per affrontare il pensiero criminale nell'ottica della cura del legame sociale.

Il volume si rivolge a psicologi, criminologi, assistenti sociali, educatori e operatori penitenziari, delle comunità terapeutiche e di reinserimento sociale.

Giampiero Ferrario, psicologo psicoterapeuta familiare. Ha lavorato per anni nel Carcere di Opera come responsabile del Ser.T. del Dipartimento delle Dipendenze, ASL Milano 2. È consulente del CAM di Milano, presso il quale si occupa di famiglie affidatarie e di formazione.

Elena Galliena, criminologa. Esperta presso il Tribunale della Sorveglianza di Milano, da diversi anni si occupa della progettazione e direzione di interventi e ricerche psicosociali all'interno di istituti penitenziari della Lombardia.

Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno III, n. 10

MISSION n. 34

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

Direttore scientifico: Alfio Lucchini

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

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

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

Rapporto costo/beneficio di un gruppo appartamento per alcolisti in trattamento gestito dal servizio sanitario territoriale e dall’associazionismo

S. Ticali, A. Vegliach, R. Ciarfeo Purich, O. Cricenti, E. Tomaselli, G. Generoso, F. Valenciak, J. Blasina, G. De Belli*

Questo lavoro illustra come la stretta collaborazione tra il Servizio di Alcolologia della Azienda per i Servizi Sanitari di Trieste e un’associazione no profit del settore nella gestione di un gruppo appartamento per alcolisti in trattamento abbia favorito la stabilizzazione di pazienti ad alto carico con basso costo di gestione e di spese rispetto altre forme di trattamento e/o accoglienza notturna.

Introduzione

Le dipendenze patologiche vengono definite dalla Organizzazione Mondiale della Sanità come “malattie croniche recidivanti”.

La breve, ma efficace, definizione pone l’accento sull’inguaribilità della malattia (perlomeno rispetto alla riacquisizione del controllo sull’alcol) e sul suo potenziale procedere per recidive.

Risulta quindi necessario attivare percorsi di cura dia-cronici, che si prolunghino nel tempo sino a muovere l’interesse del mondo fisico, psichico e sociale del paziente verso stili di vita favorevoli al mantenimento dello stato di compenso.

* S.C. Dipendenza da Sostanze Legali, Dipartimento delle Dipendenze, Azienda Servizi Sanitari n. 1 Triestina.

Se dovessimo riassumere in modo lapidario l’obiettivo della parte di cura che segue le fasi di svezamento e stabilizzazione, cioè quella definita dai modelli transteorici come “fase di mantenimento”, potremmo dire che questi è, *in primis*, l’evitamento protratto della ricaduta e, in seconda battuta, la costruzione di sistemi di riferimento atti alla identificazione precoce della ricaduta e all’attivazione subitanea di un nuovo trattamento.

L’azione è particolarmente importante nel primo anno post astinenziale. Infatti, è proprio in questo periodo che avvengono buona parte delle ricadute nell’uso della sostanza, anche se il cambiamento delle abitudini e dello stile di vita, così come della intera stabilizzazione fisica, l’elaborazione dei molti sospesi emotivi, anche sistemici, oltre al pieno reinserimento socio-professionale richiedono, necessariamente, tempi riabilitativi mediamente lunghi.

Gli attuali approcci alla cura dei problemi alcol correlati hanno ampiamente superato modelli di cura tetragoni.

Gli alcolisti non sono tutti uguali e pertanto i servizi specialistici si sono attestati su modelli che accentuano la personalizzazione del progetto terapeutico.

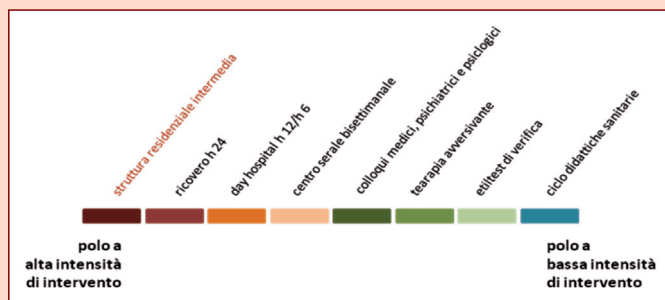
Le variabili su cui viene concertato questo progetto sono molteplici e prevedono, in ogni caso, una valutazione secondo l’approccio bio-psico-sociale⁴.

Possiamo pertanto prevedere un *continuum* di interventi su una popolazione di persone affette da problemi

alcol correlati che va da una polarità di utenti meno gravi (per cui sono previsti trattamenti ambulatoriali) sino ad una polarità di utenti gravi e resistenti al trattamento (per cui sono necessari interventi residenziali di alta intensità e prolungati nel tempo).

In figura 1 viene riassunto il ventaglio di trattamenti proposti dal Servizio di Alcologia di Trieste secondo il *continuum* di gravità del problema alcol correlato presente nella persona.

Fig. 1 - Ventaglio di interventi proposti dal Servizio di Alcologia della Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 Triestina a seconda del grado di gravità del problema alcol correlato



Il presente lavoro si propone di presentare le attività, i costi gestionali e gli esiti del trattamento di alcolisti accolti in un gruppo appartamento gestito dal Servizio di Alcologia della Azienda Sanitaria di Trieste in collaborazione con l'associazione per il trattamento dell'alcolodipendenza AsTrA di Trieste¹.

Il Servizio di Alcologia di Trieste

Attivo sin dal 1981 sul territorio provinciale, il Servizio di Alcologia è attualmente parte prevalente della Struttura Complessa Dipendenza da Sostanze Legali.

Questa, a sua volta, risulta incardinata entro il Dipartimento delle Dipendenze della Azienda Sanitaria territoriale.

Nel 2010 si sono rivolte al Servizio 1470 persone a causa di problemi alcol correlati. Il Servizio ha la possibilità di ricoverare sulle 24 ore venti pazienti per un arco temporale massimo di 90 giorni.

La gestione della residenzialità avviene con un approccio comunitario di tipo riabilitativo che coinvolge attivamente nelle attività terapeutiche anche i familiari e i conoscenti dei ricoverati.

Sono inoltre previste forme di trattamento semi-residenziale e ambulatoriale come già indicato in figura 1.

Caratteristiche dell'utenza che fruisce del trattamento residenziale presso l'Alcologia

Il trattamento residenziale viene proposto alle situazioni a maggior problematicità in termini bio-psico-sociali.

Il rapporto maschi/femmine tra le persone che hanno fruito e fruiscono del trattamento residenziale è stabile nella quota di 3 a 1.

La fascia di età maggiormente rappresentata è quella tra i 40 ed i 49 anni.

Risulta alta, sempre tra questi utenti, la percentuale delle separazioni e dei divorzi nelle coppie.

Molto comuni sono le perdite di ogni legame affettivo con i diversi familiari che portano ad un progressivo isolamento.

Tra i ricoverati si registra una percentuale di persone separate o divorziate del 30%.

In questi pazienti risultano essere elevate anche le conseguenze sulla capacità lavorativa che, a causa della problematica alcol correlata, viene danneggiata da un progressivo disinteresse per l'attività professionale unito a un decadere della performance in termini attentivi e di concentrazione e da frequenti assenze con conseguente aumento, tra gli alcolisti, del numero dei disoccupati, dei sottooccupati, dei lavoratori precari e ultra precari.

Nella popolazione trattata con programmi residenziali le persone che presentano problematiche lavorative sono il 30%.

Va ricordato che, strettamente connessa alla perdita dell'occupazione e all'implosione dei legami familiari e amicali, è solitamente la perdita di un alloggio stabile con conseguenti difficoltà abitative che spesso esitano in situazioni di forte marginalità.

Il gruppo appartamento per alcolisti in trattamento di Valmaura

Per i motivi sopra esposti, emergeva la necessità di attivare una ulteriore forma di trattamento che permettesse, nei casi di maggior complessità, di prolungare il programma riabilitativo entro una struttura residenziale che concedesse ai pazienti di continuare un trattamento caratterizzato da maggiore autonomia gestionale ma sempre entro un ambiente protetto.

Così, dal 2004 diventa operativo il progetto "Struttura residenziale intermedia per alcolisti in trattamento" finanziato col Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga.

Nel 2007 con la conclusione del finanziamento, per continuare l'iniziativa, l'Azienda Sanitaria Triestina attivava una convenzione con l'associazione AsTrA¹.

La struttura residenziale intermedia per alcolisti in trattamento, definibile anche come gruppo appartamento, avente le caratteristiche descritte a seguire, ha dato priorità, oltre gli obiettivi specifici legati alla storia e al percorso terapeutico di ogni paziente, ad alcuni aspetti funzionali che risultano ubiquitari per tutti gli accolti: incrementare la capacità di convivenza e di mutuo aiuto; favorire i percorsi integrativi con le atti-

vità proprie della collettività; aumentare le capacità di autogestione dei pazienti specie nelle aree della cura della igiene personale e degli ambienti, della gestione economica e del tempo libero; sostenere il reinserimento lavorativo; concorrere e promuovere soluzioni abitative autonome; promuovere situazioni che prevedano l'eventuale riavvicinamento con i nuclei familiari; attivare e sostenere percorsi di rete con gli attori, formali ed informali, funzionali a quanto predetto.

Locazione e capienza

Il gruppo appartamento ha sede in un appartamento di 135 m², dato in affitto con canone concordato alla ASS n. 1 dall' ATER².

L'appartamento è sito in una microarea urbana sita nel rione di Valmaura a Trieste che viene anch'essa strettamente monitorata da un progetto di sanità territoriale attivato dalla ASS n. 1.

Il gruppo appartamento può accogliere un massimo di sei utenti di sesso maschile.

Personale

Un dirigente medico del Servizio di Alcolologia, nell'ambito delle proprie mansioni istituzionali garantisce la gestione direttiva del gruppo appartamento in cui operano, sempre a tempo parziale, quattro operatori dipendenti della Associazione AsTrA convenzionata con l'ASS n. 1³. Dei quattro operatori, il coordinatore risponde al ruolo di psicologo ed i restanti a quello di educatore.

Una assistente sociale del Servizio dedica anch'essa una quota parte del suo tempo lavorativo per concorrere, nelle parti di pertinenza, allo svolgimento dei progetti terapeutici delle persone accolte.

Tutti questi operatori AsTrA dedicano il 50% del loro tempo lavorativo alle attività connesse al gruppo appartamento e il restante 50% di tempo lavorativo alle attività connesse alla Struttura Complessa Dipendenza da Sostanze Legali.

Questo permette che tutti gli inseriti nel gruppo appartamento siano ben conosciuti, personalmente e nella loro storia clinica, da parte degli operatori del gruppo appartamento che hanno modo di lavorare con le persone già dal loro accoglimento presso il Servizio di Alcolologia.

Attività

Gli operatori sono presenti nella Struttura ogni giorno dal lunedì al sabato dalle 17.30 alle 21.00.

Vengono svolti ogni giorno un incontro organizzativo per pianificare le attività della giornata e per valutare e verificare quelle attuate nella giornata precedente.

Viene inoltre svolto un gruppo terapeutico settimanale che oltre a offrire un supporto terapeutico agli utenti risulta anche strumento di aggregazione ed eventuale contenitore delle criticità che emergono dalla convivenza nella struttura.

A questo gruppo sono sempre invitati a partecipare familiari e rappresentanti del gruppo dell'associazione frequentato dal paziente.

Gli operatori si occupano anche di eventuali accompagnamenti sia in passaggi nodali del progetto terapeutico (comprensivi degli incontri in rete tra servizi coinvolti nel caso) sia in operazioni inerenti la gestione della quotidianità del gruppo appartamento.

Questi interventi vengono calmierati così da cercare, per quanto possibile, di far gestire le pratiche di conduzione dell'appartamento all'utenza con chiari scopi riabilitativi.

Gli utenti quindi si occupano dell'igiene personale e degli ambienti oltre che dell'acquisto e confezionamento dei pasti.

Chi ha un introito, di qualunque genere, compreso borse di studio o borse di lavoro è tenuto a versare il 20% degli introiti in una cassa comune che viene utilizzata quale contributo alle spese quotidiane.

Tempo del trattamento

Il trattamento nella struttura residenziale intermedia ha una durata massima di 12 mesi.

Decurtazioni o allungamenti del trattamento da questi limiti sono previsti per i casi in cui, dalla discussione in equipe, risulta clinicamente utile un rimaneggiamento temporale del trattamento.

Attività del gruppo di operatori

Mensilmente il responsabile del gruppo appartamento riunisce l'equipe sia per discutere l'andamento generale della Struttura sia per supervisionare e monitorare l'andamento dei casi accolti.

A questa riunione se ne aggiunge un'altra mensile di tutti gli operatori del gruppo appartamento a cui partecipa l'assistente sociale del Servizio di Alcolologia per valutare gli aspetti inerenti le problematiche sociali dei casi accolti.

Settimanalmente il coordinatore svolge una riunione con gli educatori inerente la gestione del contingente e la programmazione settimanale delle attività.

In questa sede viene svolta anche una discussione d'equipe sulle persone accolte.

Tutti gli operatori sono inseriti nel piano formativo della SC Dipendenza da Sostanze Legali con una quota formativa integrativa finanziata da AsTrA.

Costi

I costi mensili del gruppo appartamento sono così riassumibili:

costo del personale (quattro operatori al 50%)	3151 euro
spese gestionali (compresi costi assicurativi)	1000 euro
canone d'affitto ATER	166 euro
spese commercialista	135 euro
bollette luce/acqua/gas/verifiche caldaia	333 euro
<i>totale mensile</i>	<i>4785 euro</i>
<i>costo annuo totale</i>	<i>57420 euro</i>

Il costo annuale del gruppo appartamento per singolo utente è pari a 9570 euro, costo che risulta inferiore, come da schema sottostante, a quello di altre forme residenziali e semi residenziali utilizzate in caso di necessità sanitarie e/o sociali.

costo annuo ricovero in comunità terapeutica	18250 euro	(pari a 50 euro/die a persona)
costo annuo ricovero in casa comunale	17009 euro	(pari a 46.60 euro/die a persona)
costo annuo in locanda	10950 euro	(pari a 30 euro/die a persona)
costo annuo in struttura semires. intermedia	9570 euro	(pari a 26 euro/die a persona) ⁴

Va inoltre sottolineato che rispetto ad altre forme di accoglienza inserite nello schema il trattamento presso la struttura semiresidenziale prevede anche attività terapeutiche e sociali strutturate e non solo la mera accoglienza alloggiativa.

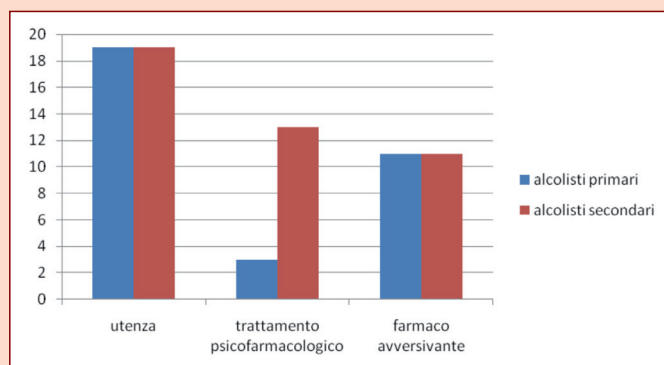
Caratteristiche dell'utenza accolta

Da una analisi sui 38 utenti accolti nel triennio 2008-2011 risultava che 19 erano affetti da alcolismo primario e 19 da alcolismo secondario.

Tra i 19 utenti affetti da alcolismo secondario, 15 erano in terapia farmacologica con farmaci psicoattivi, mentre lo erano solamente due tra gli alcolisti primari.

È da sottolineare come il numero di persone trattate con farmaco avversivante sia pari (11) nei due gruppi, ciò a probabile sostegno di una maggior garanzia di sicurezza rilevata dai medici in un trattamento in ambiente semi-protetto che permette un buon uso del farmaco avversivante anche nel gruppo di alcolisti secondari.

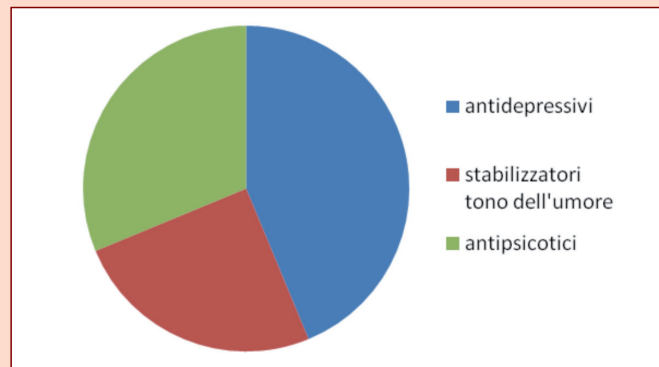
Fig. 2 - Partizione tra alcolisti primari e secondari accolti dalla struttura semiresidenziale e terapie farmacologiche a loro prescritte



Nel gruppo degli alcolisti secondari la prevalenza dei trattamenti farmacologici utilizzati è quella per la cura dei disturbi dell'umore (antidepressivi e/o stabilizzanti del tono dell'umore).

Va comunque sottolineato che nella struttura sono state trattate anche persone in trattamento con farmaci antipsicotici.

Fig. 3 - Partizione per azione sul SNC delle terapie psicofarmacologiche prescritte agli accolti



L'età media degli utenti era di 51,8 anni, con media degli alcolisti primari più alta (56,1) rispetto agli alcolisti secondari (47,5).

Tutti gli utenti accolti erano ad alto carico e la loro storia clinica, al momento del trasferimento dal ricovero in alcologia alla struttura semiresidenziale, era caratterizzata da una o più delle seguenti criticità:

- ripetute ricadute con conseguenti trattamenti negli ultimi 24 mesi;
- doppia diagnosi;
- precarietà abitativa (compresa mancanza di soluzioni abitative);
- precarietà lavorativa (compresa non occupazione);
- forte conflittualità familiare (compresa codipendenza).

Risultati clinici e sociali

I giorni di permanenza dei 38 accolti in struttura sono stati 7007 con una media di permanenza/utente pari a 176 giorni.

Questo dato evidenzia che i trattamenti hanno rispettato i termini prescritti.

È quindi arginabile il temuto fenomeno della sedimentazione di utenza ad alto carico grazie ad una continua applicazione delle buone pratiche di reinserimento, agite con forte riferimento alla attivazione e al sostentamento delle reti familiari e sociali, formali e informali, atte al reinserimento socio-professionale e abitativo del paziente. Riguardo la situazione alloggiativa, su 38 utenti, quattro sono ancora accolti nella struttura.

Dei restanti, diciannove hanno ottenuto un alloggio ATER o hanno ripreso a vivere nella abitazione di proprietà; nove hanno trovato ospitalità da familiari e amici, due sono stati inseriti in una comunità terapeutica a lungo periodo, due sono ricaduti e nuovamente ricoverati in alcologia.

A tal proposito sono stati quattro i drop out, due causati da ricadute e due da dimissioni anticipate rispetto al parere dell'equipe.

Più difficile è risultata essere, anche a causa della avversa contingenza socio-economica, la risoluzione delle problematiche lavorative.

Infatti otto utenti sono stati dimessi pur essendo senza occupazione.

Per contro, sono state attivate borse lavoro per cinque utenti e quattordici hanno trovato o ripreso il loro lavoro.

Dei sette pensionati, cinque hanno ricevuto il sostegno sociale per la messa in quiescenza durante il trattamento.

A sei mesi dalla fine del trattamento sedici di queste persone erano ricadute e rientrate in trattamento con il Servizio di Alcologia.

A commento di questo dato va ricordato che le 38 persone trattate erano tutte soggetti multiproblematici di difficile stabilizzazione.

Una percentuale del 58% di astinenti a sei mesi da fine trattamento in una popolazione così difficile è da ritenere un buon risultato clinico soprattutto se associato al 100% del rientro in trattamento dei ricaduti, a confermare che, vista la cronicità della problematica, la tessitura di una fitta trama relazionale con i pazienti alcol-dipendenti permette, insieme dell'esito clinico legato all'astinenza, di giocare il rapporto fiduciario del servizio con il paziente durante fasi precoci della ricaduta così da massimizzare la riduzione dei danni fisici e sociali legati, per contro, ad un decadere prolungato nell'abuso alcolico.

Conclusioni

Il presente lavoro evidenzia come sia possibile la gestione di gruppo appartamento per alcolisti in trattamento con costi contenuti, valorizzando il lavoro qualificato in rete con l'associazionismo e aprendosi pienamente al trattamento ad alta soglia anche con pazienti affetti da alcolismo grave.

Il tutto risulta fattibile se le attività della struttura residenziale intermedia sono fortemente integrate e sinergiche con il servizio alcolologico di riferimento che provvede a fornire il supporto clinico e amministrativo necessario alla attuazione delle innumerevoli azioni da atti-

vare per concretare il reinserimento di pazienti ad alto carico.

Il sistema si giova, inoltre, dell'indubbio vantaggio di avere operatori che, lavorando in entrambe le strutture, garantiscono la piena continuità del progetto terapeutico dei casi accolti in gruppo appartamento rispetto la pregressa parte di lavoro svolta presso la residenza del Servizio di Alcologia.

Note

1. L'Associazione per il Trattamento delle Alcolodipendenze (AsTrA) di Trieste gestisce 35 gruppi di sostegno per alcolisti e familiari su tutto il territorio triestino seguendo 300 persone. Si occupa, oltre a questo, di prevenzione primaria nelle scuole e di formazione, sempre in collaborazione con la ASS n. 1.
2. Azienda territoriale per l'edilizia residenziale del Comune di Trieste.
3. il costo di 26 euro è calcolato su una piena accoglienza dei 6 posti letto sui 365 giorni dell'anno solare, per un totale di 2190 giornate presenza. Questo, per motivi contestuali è difficilmente realizzabile. La somma procapite die va quindi corretta in base alle giornate di presenza effettive. In via esemplificativa, nel 2010 sono state accolte 15 persone per un totale di 1765 giornate di presenza che hanno portato la quota spesa pro capite die a 33 euro.

Bibliografia

- Vegliach A. (2008), "Dalla tossicomania al poliabuso", *Psyche*, nuova n.u., Cisspat ed.
- Di Clemente C.C., Huges S.O. (1990), "Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment", *Journal of Substance Abuse*, 2: 217-235.
- Hunt W.H., Barnett L.W., Branch L.G. (1971), "Cessation rates in addiction programs", *Journal of Clinical Psychology*, 27(4), Oct.
- Engel G.L. (1977), "The need for a new medical model. A challenge for biomedicine", *Science*, 196: 129-136.
- www.ass1.sanita.fvg.it/allegati/cogliati_microaree.

Ruminazione e Pensiero Desiderante nei Disturbi da Uso di Alcol

Gabriele Caselli*, Giovanni M. Ruggiero**, Sandra Sassaroli**, Marcantonio M. Spada***

Revisione 1 - Ottobre 2011

Introduzione

Emozioni negative e craving sono considerati elementi centrali nel mantenimento del consumo eccessivo di alcol così come nel processo che conduce alla ricaduta dopo un trattamento farmacologico o psicoterapeutico efficace.

Numerose ricerche hanno evidenziato come uno stato interno di sofferenza emotiva o di desiderio intenso siano i principali antecedenti dell'accesso a bevande alcoliche.

I pazienti con disturbi alcol-correlati bevono nel momento in cui si sentono tristi, ansiosi, furiosi o quando avvertono un forte senso di deprivazione e desiderio (e.g. Frone e coll., 1994; Kushner e coll., 1994; Stephens & Curtin, 1995).

Le emozioni negative anticipano il consumo di alcol (e.g. Armeli e coll., 2008; Husson e coll., 2001; Todd e coll., 2009) e nella maggior parte dei casi l'alcol ha propriamente la funzione di ridurre ansia, rabbia e depressione (e.g. Zack e coll., 2002).

Alcuni studi sperimentali hanno mostrato come esista una connessione diretta tra cambiamenti nell'umore e quantità di bevande alcoliche consumate in popolazioni cliniche (e.g. Cooney e coll., 1997; Willner e coll., 1998).

Il craving, nella sua definizione classica, è concettualizzato come il desiderio intenso e incontrollabile di consumare una sostanza o di praticare un'attività per ottenere i suoi peculiari effetti (Marlatt, 1987).

Analisi più raffinate hanno individuato diverse tipologie di craving (Verheul e coll., 1999).

Il *reward craving* o desiderio di ricompensa è descritto come bisogno di avvertire l'effetto di rinforzo positivo dell'alcol.

Il *relief craving* o desiderio di riduzione della tensione è concettualizzato come l'intenso bisogno di sollievo da uno stato interno negativo, come quello prodotto dai sintomi astinenziali.

* London South Bank University, London, UK, "Studi Cognitivi" Cognitive Psychotherapy School, Milano, Italy.

** "Studi Cognitivi" Cognitive Psychotherapy School, Milano, Italy.

*** London South Bank University, London, UK, North East London NHS Foundation Trust, London, UK.

Infine l'*obsessive craving* è caratterizzato da pensieri intrusivi legati all'alcol e a una conseguente immediata perdita di controllo del proprio comportamento.

La gestione del craving è una tappa focale nella maggior parte dei trattamenti psicoterapeutici dei problemi alcol-correlati (O'Malley e coll., 2002; Paille e coll., 1995; Cibin e coll., 2008).

Questo perché sia lo sviluppo della dipendenza da alcol che la ricaduta successiva a un periodo più o meno lungo di astinenza, sembrano anticipate da un desiderio intenso e incontrollabile (e.g. Skinner & Aubin, 2009; Robinson & Berridge, 1993).

Persone con una tendenza a vivere frequenti e intense esperienze di craving hanno mostrato un rischio maggiore di bere alcolici sia durante che dopo percorsi di trattamento residenziale (Flannery e coll., 2003; Gordon e coll., 2006).

La forte associazione tra stati interni e alcol sostiene l'ipotesi che il consumo della sostanza abbia essenzialmente una funzione autoregolatoria, i pazienti bevono per regolare un'esperienza interna, per trovare piacere o sollievo, per ridurre emozioni negative o un desiderio insaziabile.

Numerosi modelli teorici ed empirici hanno cercato di incorporare e spiegare questa associazione.

I modelli comportamentali, basati sulle teorie dell'apprendimento, hanno suggerito che l'associazione tra emozioni negative, craving e alcol dipenda dall'interazione di diverse forme di condizionamento.

Da un lato, i pazienti apprendono l'associazione tra emozioni negative e l'uso di alcol attraverso gli effetti immediati di quest'ultimo, sedativi o disinibitori.

Dall'altro il craving si attiva come risposta condizionata nel momento in cui (1) una sostanza abitualmente fornita al corpo non viene più somministrata (sindrome di astinenza) o (2) come desiderio di raggiungere lo stato di benessere che la sostanza ha fornito in passato (Ludwig & Wikler, 1974; Siegel, 1983, Stewart e coll., 1984).

I modelli psicobiologici condividono la premessa che quest'associazione sia direttamente influenzata dal sistema neuroanatomico e da sistemi neurofisiologici di ricompensa.

L'enfasi è posta sul ruolo delle differenze individuali di tipo neurochimico come variabili di elezione nel determinare esperienze e comportamenti differenti.

Infine, i modelli cognitivi sostengono che l'associazione tra stati interni e consumo di alcol sia mediata da processi di elaborazione delle informazioni e dal funzionamento cognitivo individuale (Tiffany, 1999).

L'associazione tra emozioni negative e uso di alcol così come la differenza individuale nell'intensità dell'esperienza di craving dipenderebbero da peculiari modalità di reagire cognitivamente agli stessi.

Nel tempo i modelli cognitivi hanno enfatizzato il ruolo di diverse variabili e, in anni recenti, sempre maggiore interesse è stato rivolto a come gli individui usano il pensiero concettuale o immaginativo e la propria attenzione innanzi a stati interni disturbanti.

Questi modelli hanno individuato strategie disfunzionali che possono giocare un ruolo esplicativo e determinante nell'associazione tra emozioni negative e uso di alcol, come la ruminazione mentale e il pensiero desiderante (Kavanagh e coll., 2009; Caselli e coll., 2008).

Ruminazione e uso di alcol

Tra i fattori di rischio cognitivi che possono contribuire all'associazione tra emozioni negative e uso di alcol, la ruminazione mentale rappresenta un costrutto relativamente nuovo che ha già mostrato un impatto rilevante sulla dipendenza da alcol e sul rischio di ricaduta (Caselli e coll., 2010a; Nolen-Hoeksema e coll., 2007). La ruminazione è uno stile cognitivo associato al mantenimento di emozioni negative e caratterizzato da pensieri ripetitivi, focalizzati sui propri sintomi e sulle loro conseguenze (Nolen-Hoeksema, 1991; Smith & Alloy, 2009).

In sintesi, si tratta di una catena di pensieri e quesiti generici e astratti che una persona inizia a porre a se stessa in risposta a uno stato emotivo negativo.

Alcuni esempi di questi pensieri possono essere: *perché succede a me? Perché mi sento così male? Perché reagisco sempre in questo modo? Perché non riesco a dare un senso a quello che mi succede?*

In questo senso la ruminazione è stata concettualizzata come una reazione cognitiva che tende a perseverare e aggravare l'umore depresso (Nolen-Hoeksema e coll., 1993; Riso e coll. 2003).

Le conseguenze della ruminazione suggeriscono un suo peculiare ruolo nella predizione del consumo eccessivo di alcol e nel rischio di ricaduta.

L'uso di alcol ha un impatto diretto sulle facoltà cognitive dell'individuo ostacolando processi di elaborazione e riflessione così complessi come quello ruminativo.

In questa direzione, già da molti anni Hull (1981) ha suggerito che individui con alti livelli di coscienza possono consumare bevande alcoliche per ridurre la consapevolezza individuale.

Più recentemente, Caselli e collaboratori (2010b) hanno mostrato che la motivazione a bere per interrompere ruminazione e preoccupazione discrimina significativamente abusatori di alcol da bevitori sociali mentre motivazioni legate agli stati emotivi (ridurre ansia e tristezza o aumentare i livelli di euforia) sono presenti in misura simile in entrambe le categorie.

In sintesi, tutti bevono per essere più tranquilli o più eccitati, ma abusa principalmente chi vuole interrompere la forma di pensiero concettuale come la ruminazione.

Da queste premesse alcune ricerche hanno esplorato in modo più diretto gli effetti della ruminazione sul consumo di alcol.

Uno studio prospettico condotto su una comunità di adulti ha mostrato che la ruminazione è il predittore più rilevante del consumo di alcol nel tempo (Nolen-Hoeksema & Harrell, 2002).

In particolare, la ruminazione media il rapporto tra depressione e uso di alcol e discrimina significativamente la popolazione clinica dai bevitori sociali (Caselli e coll., 2008).

Infine, i risultati di un recente studio longitudinale descrivono la ruminazione come principale fattore di ricaduta nel consumo di alcol dopo un anno dalla fine del trattamento in pazienti con diagnosi di Abuso di Alcol (Caselli e coll., 2010a).

Pensiero desiderante e alcol

Il pensiero desiderante è un costrutto piuttosto recente che identifica lo stile di pensiero cosciente caratteristico dell'esperienza di desiderio e conseguentemente del vissuto di craving.

Il pensiero desiderante può essere definito come un processo di pensiero volontario che coinvolge l'elaborazione di informazioni relative a un oggetto o attività piacevoli in una forma verbale (dialogo interno ripetitivo e inerente il bisogno di ottenere l'oggetto del desiderio con affermazioni automotivanti; Caselli & Spada, 2010) o a livello immaginativo (costruzione di immagini mentali dell'oggetto desiderato e del suo usuale contesto di consumo; Kavanagh e coll., 2009).

Questo stile di pensiero può essere descritto come esito e reazione alla consapevolezza di una personale preferenza (Zajonc, 1980).

L'oggetto del desiderio può essere un'attività, un oggetto o uno stato (Kavanagh e coll., 2009; Salkovskis & Reynolds, 1994).

Il pensiero desiderante sembra essere anche un processo transdiagnostico, con simili caratteristiche e conseguenze indipendenti dal tipo di oggetto o attività cui si riferisce (May e coll., 2004; Caselli & Spada, 2010).

Il pensiero desiderante ha due importanti aspetti funzionali che permettono di comprendere la sua relazio-

ne con l'esperienza di craving e la dipendenza da alcol. Nel breve periodo aiuta a gestire il senso di deprivazione spostando l'attenzione sull'elaborazione di informazioni correlate all'oggetto del desiderio e a rappresentazioni mentali delle sensazioni piacevoli connesse al suo raggiungimento. Nel medio e lungo periodo però può condurre a un incremento del craving poiché queste sensazioni sono continuamente immaginate o pensate ma mai raggiunte. Questo meccanismo porta a percepire il raggiungimento concreto dell'oggetto del desiderio come unica e sempre più urgente soluzione per ottenere sollievo dal malessere crescente (Caselli & Spada, 2010; 2011).

Alcune ricerche preliminari hanno esplorato la relazione tra pensiero desiderante, craving e uso di alcol tra abusatori di alcol (Caselli & Spada, 2011).

I risultati indicano innanzitutto che i costrutti di craving e pensiero desiderante sono significativamente distinti e al tempo stesso correlati tra loro e che il pensiero desiderante è positivamente correlato alla quantità di alcol consumato, indipendentemente dall'intensità dell'esperienza di craving (Caselli & Spada, 2011). Infine un recente studio ha mostrato che i livelli di pensiero desiderante tendono a crescere significativamente lungo il *continuum* di severità dei problemi alcol-correlati, considerando tre categorie di riferimento: bevitori sociali, bevitori problematici, individui con dipendenza da alcol. In particolare, la componente immaginativa del pensiero desiderante (*imaginal prefiguration*) discrimina principalmente i bevitori sociali dai bevitori problematici mentre solo la componente verbale (*verbal perseveration*) discrimina tra bevitori problematici e alcolisti (Caselli e coll., in press).

Questi risultati sostengono la concettualizzazione del pensiero desiderante come una strategia di controllo cognitivo che può essere volontariamente applicata dagli individui allo scopo di fronteggiare stati interni negativi.

Seguendo questa concettualizzazione, una condizione interna iniziale, nella forma di emozioni negative, sintomi di astinenza o desiderio, può rappresentare un generico antecedente che risulta nel consumo di alcol una volta che il pensiero desiderante viene attivato come reazione cognitiva perseverante (Caselli & Spada, 2011).

Implicazioni cliniche e conclusioni

I recenti studi sui processi cognitivi come la ruminazione e il pensiero desiderante suggeriscono la necessità di considerare l'alcol come una strategia principalmente autoregolatoria e in particolare cognitivo-regolatoria (Spada & Wells, 2009); l'effetto dell'alcol sulle funzioni cognitive di ordine superiore ostacola il mantenimento di processi mentali dannosi, nel breve periodo,

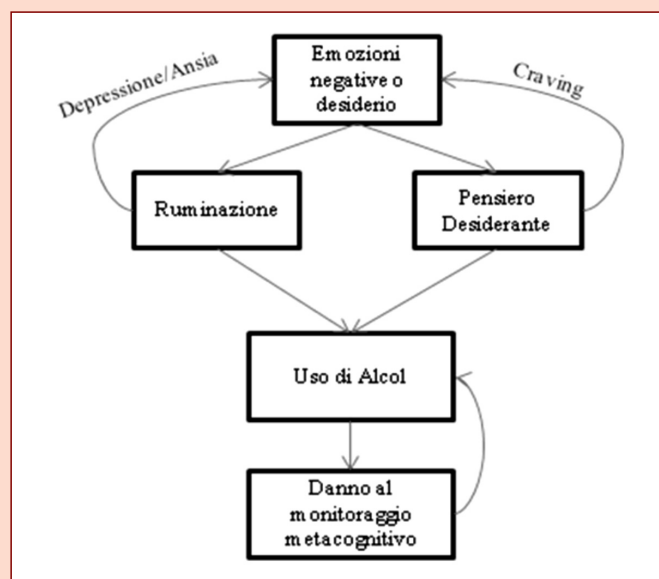
ma espone allo sviluppo nel tempo di una dipendenza patologica.

Inoltre le funzioni cognitive che sostengono questi processi mentali sono le medesime che regolano la capacità di monitorare i propri stati interni.

Il danno dell'alcol alle capacità di automonitoraggio tende a trasformare il semplice consumo saltuario in una forma di abuso (Spada & Wells, 2009).

La figura 1 descrive in sintesi questa formulazione sottolineando il ruolo di questi processi.

Fig. 1 - Concettualizzazione del ruolo di ruminazione e pensiero desiderante nei Disturbi da Uso di Alcol



Resta di particolare rilievo la comprensione del rapporto tra ruminazione e pensiero desiderante. Se da un lato le esperienze individuali possono identificare l'uno o l'altro processo come motore principale del comportamento di abuso, è possibile, se non probabile, che i due meccanismi interagiscano frequentemente tra loro, alternandosi nell'esperienza individuale.

In particolare, il pensiero desiderante può emergere come strategia di distrazione o di preparazione di un comportamento in grado di interrompere il processo ruminativo (es.: *inizio a pensare all'alcol e alle sue conseguenze positive per distrarmi, trovare sollievo o individuare una strategia in grado di interrompere la ruminazione*).

D'altra parte, il pensiero desiderante riporta costantemente alla coscienza dell'individuo un senso di deprivazione che può divenire trigger della ruminazione stessa (es.: *inizio a ruminare sul mio bisogno di alcol e su tutti i sintomi di astinenza che avverto, sul loro significato e sulle loro conseguenze*).

Questa altalena può essere responsabile dell'ampia varietà di componenti cognitive, interagenti tra loro, che solitamente anticipano l'abuso o la ricaduta.

Allo stesso modo questo processo dinamico può essere alla base delle diverse tipologie di craving, talvolta ben distinte, talvolta co-presenti.

Rimanendo a un livello ancora teorico possiamo ipotizzare una diretta associazione tra *reward craving* e componente immaginativa del pensiero desiderante, *relief craving* e processo ruminativo, *obsessive craving* e componente verbale perseverante del pensiero desiderante. Le possibili implicazioni cliniche di questo modello preliminare riguardano la necessità di concettualizzare, valutare e trattare ruminazione e pensiero desiderante come obiettivi di intervento terapeutico.

I dati raccolti nel presente contributo suggeriscono che interventi specifici su questi processi cognitivi possono ostacolare la transizione lungo il *continuum* di severità del consumo di alcol, sostenere risultati terapeutici più efficaci e stabili, ridurre il rischio di ricadute.

A livello di assessment, può essere utile raccogliere informazioni non solo sui livelli di craving e sui sintomi emotivi negativi (es.: ansia, rabbia, depressione) ma misurare attraverso interviste strutturate e strumenti autosomministrati sia la ruminazione che il pensiero desiderante.

Lo strumento generalmente più usato per la valutazione della ruminazione mentale è la *Ruminative Responses Scale* (RRS, Nolen-Hoeksema, 1991), una scala self-report composta da 22 item che misurano la tendenza ad attivare questo stile di pensiero in risposta a emozioni negative.

Agli individui è chiesto di rispondere indicando quanto tendono ad ingaggiarsi in certe forme di pensiero quando si sentono tristi o depressi.

Pur essendo una misura unifattoriale, recenti studi hanno evidenziato una sottoscala (*ruminative brooding*), composta da 5 item che sembra cogliere la componente più maladattiva della ruminazione (Treyner e coll., 2003).

Il *Desire Thinking Questionnaire* (DTQ, Caselli & Spada, 2011) è un breve strumento di valutazione del pensiero desiderante che può essere utilizzato su diversi contenuti (oggetti, sostanze o attività).

Lo strumento è composto da 10 item, con scala di risposta a quattro intervalli e da due fattori di 5 item ciascuno che colgono rispettivamente la componente verbale (es.: *ripeto mentalmente a me stesso che ho bisogno di svolgere l'attività desiderata*) e immaginativa (es.: *immagino me stesso mentre svolgo l'attività desiderata*) del pensiero desiderante (Caselli & Spada, 2011).

Entrambi gli strumenti sono tradotti e validati nella popolazione italiana (Palmieri e coll., 2007; Caselli & Spada, 2011).

Rispetto al trattamento, l'inserimento di moduli di intervento su ruminazione e pensiero desiderante possono ridurre il rischio di ricaduta in pazienti con disturbi alcol-correlati.

Innanzitutto questi processi cognitivi andrebbero esplorati, inseriti nella formulazione del caso, condivisi con il paziente al fine di aumentare la consapevolezza sul proprio vissuto cognitivo e la comprensione del loro ruolo e delle loro implicazioni. Secondariamente, l'intervento tecnico dovrebbe mirare a incrementare i livelli di controllo flessibile sui processi attentivi e di pensiero per (1) riconoscere l'attivazione di ruminazione e pensiero desiderante, (2) controllare questi processi e selezionare modi alternativi di reagire mentalmente a stati interni negativi, (3) spostare e ampliare la propria attenzione da stati interni negativi ad altre informazioni provenienti dall'ambiente circostante, (4) assumere una distanza critica da certe convinzioni che possono sostenere queste forme di pensiero (es.: *ruminare mi aiuta a trovare una soluzione, pensare all'alcol è qualcosa che non posso interrompere*).

Parallelamente, l'intervento terapeutico deve porsi l'obiettivo di insegnare strategie di automonitoraggio consapevole e stili di pensiero alternativi e più funzionali per fronteggiare le situazioni contestuali stressanti.

Recentemente nuovi modelli terapeutici che si concentrano su questi obiettivi come la *Metacognitive Therapy* (MCT; Wells, 2009), la *Rumination Focused Cognitive Behavior Therapy* (RFCBT; Watkins e coll., 2007) e la *Control and Worry Therapy* (Sassaroli & Ruggiero, 2010) hanno mostrato risultati promettenti in diversi disturbi, nonostante non esistano al momento numerose ricerche nell'area delle dipendenze patologiche.

Bibliografia

- Armeli S., Todd M., Conner T.S., Tennen H. (2008), "Drinking to cope with negative moods and the immediacy of drinking within the weekly cycle among college students", *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69: 313-22.
- Caselli G., Bortolai C., Leoni M., Rovetto F., Spada M.M. (2008), "Rumination in problem drinkers", *Addiction Research & Theory*, 16: 564-571.
- Caselli G., Ferretti C., Leoni M., Rebecchi D., Rovetto F., Spada M.M. (2010a), "Rumination as a predictor of drinking behaviour in alcohol abusers: A prospective study", *Addiction*, 105: 1041-48.
- Caselli G., Bortolai C., Leoni M., Rovetto F., Spada M.M. (2010b), "Aspettative, Credenze Metacognitive e Uso di Alcool", *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 16(1): 25-38.
- Caselli G., Spada M.M. (2010), "Metacognitions about Desire Thinking: A Preliminary Investigation", *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 38: 629-637.
- Caselli G., Spada M.M. (2011), "Desire Thinking Questionnaire: Development and Psychometric Properties of a Self-Report Questionnaire", *Addictive Behaviours*, 36: 1061-1067.

- Caselli G., Ferla M., Mezzaluna C., Rovetto F., Spada M.M. (in press), "Desire Thinking across the Continuum of Drinking Behavior", *European Addiction Research*.
- Cibin M., Addolorato G., Hinnenthal I., Manzato E., Mosti A., Nava F., Zavan V. (2008), "Il craving nella dipendenza da alcol: fisiopatologica, diagnosi e trattamento", *Mission*, VII, 26: 33-47.
- Cooney N.L., Litt M.D., Morse P.A., Bauer L.O., Gaupp L. (1997), "Alcohol cue reactivity, negative-mood reactivity, and relapse in treated alcoholic men", *Journal of Abnormal Psychology*, 106: 243-250.
- Flannery B.A., Volpicelli J.R., Pettinati H.M. (1999), "Psychometric properties of the Penn Alcohol Craving Scale", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23: 1289-1295.
- Frone M.R., Cooper M.L., Russell M. (1994), "Stressful life events, gender, and substance use: an application of tobit regression", *Psychology of Addictive Behaviors*, 8: 59-69.
- Gordon S.M., Sterlin R., Siatkowski C., Raively K., Weinstein S., Hill P.C. (2006), "Inpatient Desire to Drink as a Predictor of Relapse to Alcohol Use Following Treatment", *American Journal on Addictions*, 15: 242-245.
- Hull J.G. (1981), "A self-awareness model of the causes and effects of alcohol assumption", *Journal of Abnormal Psychology*, 90: 586-600.
- Hussong A.M., Hicks R.E., Levy S.A., Curran P.J. (2001), "Specifying the relations between affect and heavy alcohol use among young adults", *Journal of Abnormal Psychology*, 110: 449-461.
- Kavanagh D.J., May J., Andrade J. (2009), "Tests of the elaborated intrusion theory of craving and desire: Feature of alcohol craving during treatment for an alcohol disorder", *British Journal of Clinical Psychology*, 48: 241-254.
- Kushner M.G., Sher K.J., Wood M.D., Wood P.K. (1994), "Anxiety and drinking behavior: moderating effects of tension-reduction alcohol outcome expectancies", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 18: 852-860.
- Ludwig A.M., Wikler A. (1974), "'Craving' and relapse to drink", *Quarterly Journal of Studies on Alcoholism*, 35: 108-130.
- Marlatt G.A. (1987), "Craving notes", *British Journal of Addiction*, 82: 42-43.
- May J., Andrade J., Panabokke N., Kavanagh D. (2004), "Images of desire: cognitive models of craving", *Memory*, 12: 447-461.
- O'Malley S.S., Krishnan-Sarin S., Farren C., Sinha R., Kreek J. (2002), "Naltrexone decreases craving and alcohol self-administration in alcohol-dependent subjects and activates the hypothalamo-pituitary-adrenocortical axis", *Psychopharmacology*, 160: 19-29.
- Nolen-Hoeksema S. (1991), "Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes", *Journal of Abnormal Psychology*, 100: 569-582.
- Nolen-Hoeksema S., Morrow J., Fredrickson B.L. (1993), "Response styles and the duration of episodes of depressed mood", *Journal of Abnormal Psychology*, 102: 20-28.
- Nolen-Hoeksema S., Harrell Z.A. (2002), "Rumination, depression, and alcohol use: tests of gender differences", *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16: 391-403.
- Nolen-Hoeksema S., Stice E., Wade E., Bohon C. (2007), "Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse, and depressive symptoms in female adolescents", *Journal of Abnormal Psychology*, 116: 198-207.
- Palmieri R., Gasparre A., Lanciano (2007), "Una misura disposizionale della ruminazione depressiva: la RRS di Nolen-Hoeksema e Morrow", *Psychofenia*, 17: 15-33.
- Paille F.M., Guelfi J.D., Perkins A.C., Royer R.J., Stern L., Parot P. (1995), "Double-blind randomized multicentre trial of acamprosate in maintaining abstinence from alcohol", *Alcohol and Alcoholism*, 30: 239.
- Riso L.P., du Toit P.L., Blandino J.A., Penna S., Dacey S., Duin J.S., Paoe E.M., Grant M.M., Ulmer C.S. (2003), "Cognitive aspects of chronic depression", *Journal of Abnormal Psychology*, 112: 72-80.
- Robinson T.E., Berridge K.C. (1993), "The neural basis of craving: an incentive-sensitization theory of addiction", *Brain Research Review*, 18: 247-291.
- Salkovskis P.M., Reynolds M. (1994), "Thought suppression and smoking cessation", *Behaviour Research and Therapy*, 32: 193-201.
- Sassaroli S., Ruggiero G.M. (2010), *Cognitive Therapy of Eating Disorders on Control and Worry*, Nova publishers, New York.
- Skinner M.D., Aubin H.J. (2010), "Craving's place in addiction theory: Contributions of the major models", *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 34: 606-623.
- Siegel S. (1983), "Classical conditioning, drug tolerance, and drug dependence", in Smart R.G., Glasser F.B., Israel Y., Kalant H., Popham R.E., Schmidt W. (eds.), *Research Advances in Alcohol and Drug Problems*, 7, Plenum, New York, USA.
- Smith J.M., Alloy L.B. (2009), "A roadmap to rumination: A review of definition, assessment and conceptualization of this multifaceted construct", *Clinical Psychology Review*, 29: 116-128.
- Spada M.M., Wells A. (2009), "A metacognitive model of problem drinking", *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16: 383-393.
- Stephens R.S., Curtin L. (1995), "Alcohol and depression: effects on mood and biased processing of self-relevant information", *Psychology of Addictive Behaviors*, 9: 211-222.
- Stewart J., Dewit H., Eikelboom R. (1984), "Role of unconditioned and conditioned drug effects in the self-administration of opiates and stimulants", *Psychological Review*, 91: 251-268.
- Tiffany S. (1999), "Cognitive concepts of craving", *Alcohol Research & Health*, 23: 215-224.
- Todd M., Armeli S., Tennen H. (2009), "Interpersonal problems and negative mood as predictors of within-day time to drinking", *Psychology of Addictive Behavior*, 23: 205-15.
- Treynor W., Gonzalez R., Nolen-Hoeksema S. (2003), "Rumination reconsidered: A psychometric analysis", *Cognitive Therapy and Research*, 27: 247-259.
- Verheul R., Van Den Brink W., Geerlings P. (1999), "A three-pathway psychological model of craving for alcohol", *Alcohol & Alcoholism*, 34: 197-222.
- Watkins E., Scott J., Wingrove J., Rimes K., Bathurst N., Steiner H., Kennell-Webb S. (2007), "Rumination-focu-

- sed cognitive behaviour therapy for residual depression: a case series”, *Behaviour Research and Therapy*, 45: 2144-154.
- Wells A. (2009), *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*, Guilford Press, New York.
- Willner P.E., Field M., Pitts K., Reeve G. (1998), “Mood, cue and gender influences on motivation, craving and liking for alcohol in recreational drinkers”, *Behavioural Pharmacology*, 9: 631-642.
- Zack M., Toneatto T., MacLeod C.M. (2002), “Anxiety and explicit alcohol-related memory in problem drinkers”, *Addictive Behaviors*, 27: 331-343.
- Zajonc R.B. (1980), “Feeling and thinking: preferences need no inferences”, *American Psychologist*, 35: 151-175.

Le politiche di prevenzione alcolologica in Europa: un impatto relativo

Allaman Allamani*, Fabio Voller*

1. I consumi di bevande alcoliche in Europa negli ultimi cinque decenni

L'Europa è un'entità complessa: storica, culturale, sociale, politica ed economica.

Per quanto riguarda le bevande alcoliche, essa è il continente in cui si beve di più al mondo, e che ha una lunga storia di diverse tradizioni e di valori d'uso secondo le quali, specie nell'area mediterranea, al bere – in particolare vino – viene attribuita una valenza positiva in senso alimentare e sociale.

Nel XX secolo si è anche sviluppata, specialmente nel nord, l'attenzione agli effetti nocivi e alle connesse politiche di prevenzione alcolologica, che son state concepite come un opportuno freno agli abusi, i quali sono usuali in quei paesi durante il tempo libero e nei fine settimana (Österberg e Karlsson, 2002; Anderson e Baumberg, 2005).

Se prendiamo come punto di partenza il 1960, quindici anni dopo la fine del secondo conflitto mondiale, e consideriamo il periodo che arriva al giorno d'oggi, il consumo di alcol ha subito diversi cambiamenti.

Nei paesi del nord Europa c'è stato un aumento generale dei consumi.

Ad esempio in Finlandia, mentre nel 1955 si registrava un consumo di alcol puro pro capite pari a 1,97 litri, nel 2005 i valori erano saliti a ben 8,23 litri.

In contrasto, nei paesi del Mediterraneo e nello stesso periodo c'è stata una netta diminuzione, soprattutto per quanto riguarda il vino.

Per esempio, in Italia il consumo alcolico complessivo è sceso da 13,07 litri di alcol puro pro capite registrato nel 1970, a 6,9 litri nel 2005.

L'Europa centrale e orientale hanno invece subito variazioni intermedie ai due precedenti gruppi di paesi (Productshap Voor Gedistillerde Dranke, 2005).

Ciò che si osserva nell'ultimo mezzo secolo nei vari paesi europei è dunque una certa convergenza, seppur parziale, tra le quantità di alcol consumato.

Una tendenza alla convergenza, anche se minore, sarebbe anche occorsa più di recente tra le modalità del consumo degli adolescenti europei (Hibell *et al.*, 2009), anche se alcuni studi sottolineano la persistenza delle modalità tradizionali proprie delle culture nazionali (Beccaria 2010).

L'alcol è anche uno dei principali determinanti della salute.

Cambiamenti notevoli di incidenza e prevalenza di malattie epatiche alcol-correlate sono avvenuti durante gli ultimi cinque decenni, e ciò è da attribuire alle parallele variazioni di consumo di alcol.

Negli anni 1970 era particolarmente marcato il gradiente tra nord e sud, con i paesi dell'Europa meridionale aventi un'incidenza molte volte maggiore di mortalità per cirrosi epatica rispetto ai paesi del nord Europa.

Se tuttavia guardiamo agli ultimi anni, queste differenze si sono assai ridotte, e addirittura invertite.

Ad esempio in Finlandia le morti per cirrosi epatica maschile sono salite da 12,077 del 1987 a 26,825 del 2009 per ogni 100.000 abitanti, mentre in Italia sono scese da 31,969 del 1984 a 2,210 del 2007 (OMS, 2011).

2. Politiche di prevenzione dell'alcol: un approccio complesso

Le politiche di prevenzione alcolologica mirano tipicamente a ridurre il consumo di alcol e i problemi correlati per mezzo di interventi a livello nazionale e locale, generalmente orientati al controllo dei consumi.

Tali interventi si basano su politiche fiscali, regolamentazione e restrizione delle disponibilità di alcol, ridotta accessibilità alle bevande, abolizione della pubblicità, programmi di educazione e informazione, controllo del consumo alla guida, e mobilitazione della comunità locale (OMS, 1992; Österberg e Karlsson, 2002).

Un altro tipo di intervento preventivo sono i programmi di identificazione precoce e intervento breve dei bevitori a rischio per le attività di cure primarie (Scafato e coll., 2006).

Anche se politici e amministratori non danno grande peso ai risultati delle ricerche, l'efficacia delle politiche alcolologiche nel contenere il consumo di bevande alcoliche e i danni alcol correlati che ne derivano, appare evidente in numerosi studi (Norström, 2002; Babor e coll., 2003).

Questi sono stati peraltro effettuati per lo più in paesi nordeuropei o nordamericani, e si dovrebbe dunque portare attenzione a estrapolarli agli altri paesi, dove le culture, e le culture del bere, sono diverse.

* Agenzia Regionale di Sanità, Regione Toscana, Firenze.

Infatti un aspetto che ha la sua parte nella creazione delle politiche e nella loro applicazione sono i valori che ciascun paese attribuisce alle bevande alcoliche, e il grado di integrazione che le abitudini al consumo hanno con le interazioni quotidiane.

Laddove il consumo di alcol e il suo abuso sono visti principalmente come un problema sociale e sanitario, le politiche alcolologiche sono percepite dalla popolazione come utili e necessarie.

Al contrario, nei paesi in cui vino e bevande alcoliche sono più presenti nelle relazioni sociali e negli eventi giornalieri, le medesime politiche possono avere poca attenzione e sostegno, e le misure di prevenzione possono finir con l'aver un significato più simbolico che reale.

Infine, è da ricordare che anche l'attuazione delle misure preventive e la loro accettazione da parte della popolazione varia secondo i paesi, le culture e i tempi (Österberg e Karlsson, 2002).

In conclusione, l'efficacia delle politiche preventive varia secondo i paesi.

A volte la riduzione dei consumi avviene senza alcuna prevenzione, ma, altre volte, si può addirittura verificare un aumento dei consumi in presenza di misure preventive.

Nei paesi nordici, in cui le politiche alcolologiche, essendo ancor oggi le più complete e restrittive d'Europa, hanno una storia antica (Österberg e Karlsson, 2002), esse si sono basate sulla strategia restrittiva di elevata tassazione, limiti all'età minima in cui è permesso bere, stretta regolazione delle licenze e della pubblicità, e monopolio statale sulla vendita di alcolici, che però ha concomitato con l'aumento dei consumi d'alcol.

Questo fenomeno ha trovato in alcuni la spiegazione nel relativo indebolimento del tradizionale modello nordico di prevenzione dovuto all'ingresso nel mercato unico

europeo (Norström, 2002); ma tale spiegazione non è univoca.

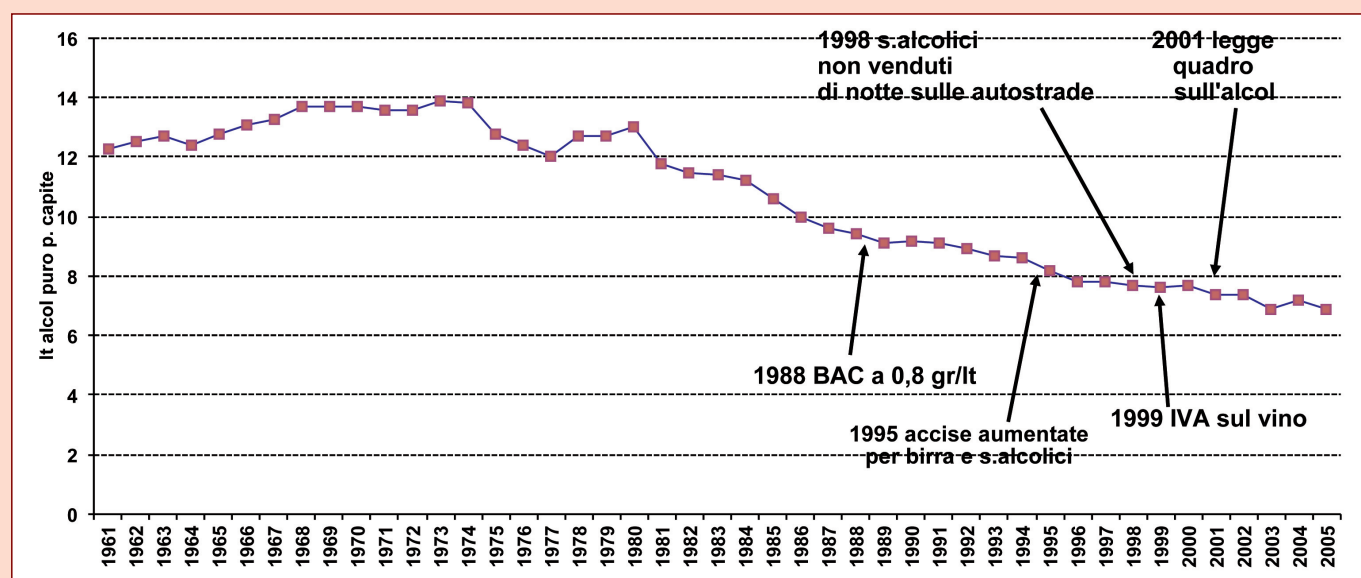
Per esempio, in Finlandia, mentre a una legge del 1968 che aumentava la disponibilità di birra di media gradazione, e l'abbassamento dei limiti di età per l'acquisto di bevande alcoliche, era negli anni successivi comprensibilmente seguito l'aumento dei consumi alcolici di oltre il 200 per cento, inspiegabilmente solo pochi cambiamenti di consumo sono avvenuti dopo la legge del 1994, che ha abrogato il monopolio dell'alcol sulla produzione, importazione, esportazione e commercio all'ingrosso (Karlsson e Östenberg, 2002).

Se il notevole aumento dei consumi in Gran Bretagna dal 1960 – da 5,86 litri di alcol puro pro capite nel 1963, a 11,39 nel 2006 – può in parte essere attribuito a un atteggiamento più liberale del governo (Plant e Plant, 2006), in Polonia l'incremento che ci fu tra il 1960 e gli anni '70 avvenne nonostante nel 1968 fosse approvata una "legge contro l'alcolismo" con molte limitazioni alla disponibilità di alcol, mentre invece la successiva riduzione dei consumi di quel paese, che partì dal 1980, potrebbe essere stata indotta dalle misure di prevenzione allora attuate, e gli incrementi dell'inizio degli anni 2000 dalle liberalizzazioni e dall'economia di mercato apertasi in Polonia con la fine del secolo scorso (Moskalewicz & Simpura, 2000).

Infine nei paesi dell'Europa meridionale gli interventi di prevenzione alcolologica sono stati introdotti solo tardivamente, quando già i consumi alcolici erano iniziati a diminuire apprezzabilmente, a partire dal 1950 in Francia, e dal 1970 in Italia e Spagna.

In Italia la prima legge nazionale alcolologica, approvata nel 1988, fissò il limite alcolemico alla guida a 0,8 grammi per litro di sangue (Allamani *et al.*, 2007) (fig. 1).

Fig. 1 - Andamento dei consumi alcolici registrati in Italia e variazioni delle politiche alcolologiche (1961-2005)



In principio, la diminuzione dei consumi alcolici in assenza di azioni preventive risultava di scarsa comprensione per i ricercatori delle altre culture, così che espressioni come “sogno impossibile” (Room, 1992) o “misteri mediterranei” (Simpura, 1998) divennero una sorta di immagine esplicativa del bere dell’Europa del sud.

Ma due studi, uno sui cambiamenti del bere in Francia degli anni 1960-1970 (Sulkunen, 1989), e l’altro sulle modifiche in Italia nel periodo 1970-2000 (Allamani e Prina, 2006) hanno gettato un po’ di luce sul fenomeno.

Le conclusioni di questi studi, in sintesi, sono state che i fattori determinanti la riduzione del bere (in particolare del vino) sono da ricercare, piuttosto che nelle inesistenti politiche alcoliche, nei concomitanti fenomeni di urbanizzazione, industrializzazione, aumento dei redditi, cambiamenti nel ruolo femminile occorsi negli anni 1970, e nella maggiore attenzione alla salute, sviluppatasi in Italia negli anni 1980-1990.

Fattori aggiuntivi che influenzano il bere sono stati identificati da altri ricercatori anche nelle forze del mercato e negli interessi economici delle industrie (Gual e Colom, 1997), nel consumismo e nella globalizzazione delle pratiche di consumo (Knibbe, Drop, Hupkens, 1996), nell’immigrazione da paesi non europei con diverse culture e religioni e nei mutamenti socio-politici che hanno marcato l’Europa negli ultimi 50 anni (Moskalewicz J. & Simpura, 2000).

Nell’insieme le suddette argomentazioni non significano che le misure di prevenzione basate sull’evidenza non siano efficaci, ma piuttosto che da sole non siano sufficienti a spiegare le variazioni nel consumo di alcol nel tempo.

Infatti, tali variazioni non sono un fenomeno lineare, bensì il risultato di una complessa interazione tra consumo individuale, ambiente familiare e amicale, contesto socio-economico e culturale.

Per capire meglio come e in quali circostanze le politiche alcoliche possono, o non possono, funzionare, è della massima importanza tener quindi conto delle variabili di contesto al momento che le azioni preventive sono messe in programma.

La cultura mediterranea, che mette la bevanda tipicamente in relazione col pasto, apparirebbe la più efficace nel controllo dell’uso della bevanda, in quanto i soggetti si sarebbero adattati alle mutate condizioni indotte dalla industrializzazione e dallo sviluppo del terziario – con la riduzione dei consumi alcolici.

3. Una nuova ricerca

Per quanto accennato, sarebbe auspicabile che una nuova e approfondita ricerca studiasse l’impatto effetti-

vo degli interventi di prevenzione in campo alcolico, non solo attraverso il monitoraggio delle politiche messe in atto, ma valutando i risultati ottenuti in termini di riduzione del danno alcol correlato o almeno dei consumi alcolici; e quando questi risultati non corrispondono alle aspettative, ricercasse quanta è la parte che i fattori che non sono la conseguenza di politiche pianificate – dunque i fattori culturali, demografici, economici sociali, politici, in una parola i fattori di contesto, e le loro variazioni temporali – hanno nel determinare cambiamenti del bere, o nel ridurre o invertire i cambiamenti attesi.

In questo senso l’Unione Europea, attraverso la sua Commissione, ha co-finanziato uno studio che coinvolge 12 paesi europei e che costituisce il “pacchetto 3” del progetto AMPHORA promosso dalla Clinica ospedaliera di Barcellona, denominato “Determinanti contestuali dei cambiamenti di consumo alcolico e politiche di prevenzione alcolica” (Allamani, Voller e coll., 2011). Tale studio, che termina nel 2012, è coordinato dall’Agenzia Regionale di Sanità Toscana e coinvolge paesi e culture dell’Europa settentrionale (Norvegia, Svezia e Finlandia), meridionale (Italia, Spagna e Francia), orientale (Polonia e Ungheria), centrale (Austria e Svizzera) e la cosiddetta area occidentale (Olanda e Gran Bretagna).

4. Risultati per un futuro scenario europeo

L’Europa si appresta ad affrontare cambiamenti importanti durante i prossimi anni, che stanno già avendo una profonda influenza sulla società.

Tra questi citiamo la globalizzazione, l’invecchiamento della popolazione, i cambiamenti delle caratteristiche del lavoro e della struttura sociale.

Mentre gli Europei stanno invecchiando, il flusso immigratorio dai paesi extra-comunitari aumenta la prevalenza di gruppi più giovani, che saranno probabilmente più attratti dai contesti urbani, dove le condizioni di relativo anonimato possono generare uno stress acculturativo e tensioni tra propri valori e tradizioni e quelli del paese ospitante (Berry, 1998).

Questo fenomeno, come sappiamo, contribuisce alla disuguaglianza sociale e allo stigma culturale, con un maggior fardello di patologie alcol-attribuibili.

Allo stesso tempo l’ideale del consumo, canalizzato dal mercato globale e dall’industria, continuerà a costituire una forte attrazione per i vecchi e i nuovi cittadini.

D’altra parte, la consapevolezza e l’attenzione alla salute dovrebbero continuare a diffondersi tra la popolazione, anche se la limitazione alla spesa sanitaria presumibilmente penalizzerà la prevenzione.

Secondo questa prospettiva, il settore sanitario deve essere visto come una parte interagente con tutti gli altri settori della società (Holder, 1999), la contrapposizione tra salute e industria o altri settori della società deve essere ridotta, e il rischio del consumo alcolico potrebbe essere affrontato tenendo conto non del solo alcol, ma di tutti gli altri comportamenti a rischio.

I risultati della ricerca sopra descritta, se confermeranno le ipotesi proposte, metterebbero in luce la capacità delle popolazioni e degli individui di adattarsi (in questo caso nella relazione con le bevande alcoliche) alle situazioni socio-culturali economiche e politiche che cambiano.

In altri termini, le persone e le collettività non sarebbero da intendersi come deterministicamente indotti a modificare la propria condotta dalle politiche restrittive o permissive, e neppure da eventi non pianificati dalle politiche sanitarie, quali quelli su ricordati, ma piuttosto come soggetti in grado di elaborare una propria risposta all'interno della rete di tali variabili.

Con questo approccio alla prevenzione, i decisori politici e gli esperti di salute pubblica potrebbero far propria una visione e una pratica contestuali e delle politiche di prevenzione alcolica.

L'efficacia degli interventi preventivi può essere notevolmente migliorata se i fattori contestuali vengono presi in considerazione quando si pianifica qualsiasi politica.

I responsabili potranno integrare le proprie conoscenze sull'efficacia delle politiche alcoliche con la comprensione dei cambiamenti in atto nella società e nella cultura del proprio paese.

Questo dovrebbe mettere i responsabili politici e gli esperti di salute pubblica in una posizione migliore per individuare le misure migliori e col miglior rapporto costo-efficacia, da adottare al fine di ridurre il consumo di alcol e i danni alcol-correlati nella popolazione del proprio paese.

5. Per una prospettiva nazionale

Il Piano Nazionale Alcol e Salute del 2007-2009 (Ministero della Sanità, 2007), con le sue 8 aree strategiche e i suoi 10 obiettivi triennali, ha come aree strategiche di intervento la informazione/educazione, il trattamento del consumo dannoso o della dipendenza, e il monitoraggio sia dei danni sia delle politiche di contrasto.

Gli obiettivi del piano possono essere riassunti nella riduzione sia del danno sia dei consumi, mediante la promozione della consapevolezza del rischio, e il potenziamento del trattamento.

Non è chiaramente descritto in cosa consistano le politiche alcoliche dal punto di vista della prevenzione, al di là degli interventi informativi/preventivi, i quali ultimi però da un serie di metanalisi hanno dimostrato di avere poco impatto sulla popolazione (Anderson e Baumberg, 2006).

In effetti, la riflessione sui cambiamenti in corso nel nostro paese, indirizzano piuttosto la promozione degli stili di vita sani e la prevenzione dei danni da un lato a incentivare una rinnovata e adeguata informazione sulla tradizione di un bere moderato connesso con l'alimentazione, i pasti e la compagnia, la quale si è sedimentata nel tempo, ha mostrato capacità di costituire un controllo informale sulle condotte del bere, e, stando alla ricerca recente, potrebbe avere anche qualche effetto benefico sull'organismo; dall'altro a stimolare interventi restrittivi (comprovati da varie ricerche eseguite in altre culture) sui modi del consumo alcolico che interagiscono con l'attenzione, specialmente prima o durante attività che impegnano le facoltà cognitive, quali la guida e l'uso di mezzi tecnologici, e che sono particolarmente legate allo sviluppo industriale e dei servizi.

Oltre a ciò, stando a quanto la ricerca qui presentata si propone, le politiche alcoliche preventive dovrebbero prima di tutto dare attenzione a come i soggetti e i gruppi possono rispondere ai presenti eventi socio-economici, demografici e culturali, nonché alle politiche che si suppone di proporre. L'emancipazione femminile conduce le donne a stili di vita più vicini a quelli maschili, e a una conseguente esposizione anche ai danni, il che potrebbe essere il bersaglio di iniziative particolari.

Si deve anche osservare la crescente presenza di immigrati di religione islamica, tutti di diversa tradizione riguardo il *potus*, che non possedendo una forte tradizione specifica sono più vulnerabili al rischio.

Un discorso simile si potrebbe fare anche per turisti di altre culture che trovano da noi una per loro inusitata libertà di accesso alle bevande.

Ciò è particolarmente riscontrabile per i giovani di culture nordiche o nordamericane che nel nostro paese giungono per motivi di studio.

In queste condizioni interventi preventivi e di promozione di tipo generale dovrebbero declinarsi con interventi mirati, il che potrebbe più facilmente avvenire a livello di aree territoriali delimitate mediante i cosiddetti interventi di comunità.

Riconoscimento

La ricerca presentata ha ricevuto un finanziamento dal Programma quadro settimo della Comunità Europea (FP7/2007-2013) mediante l'accordo n. 223059 - Alcohol Measures for Public Health Research Alliance (AMPHORA).

I partner in AMPHORA sono: 1) Coordination: Hospital Clínic de Barcelona (HCB), Spain; 2) Agenzia Regionale di Sanità della Toscana (ARS), Italy; 3) Alcohol & Health Research Unit, University of the West of England, UK; 4) Anderson, Consultant in Public Health, Spain; 5) Anton Proksch Institut (API), Austria; 6) Azienda Sanitaria Locale della Città di Milano (ASL Milano), Italy; 7) Budapesti Corvinus Egyetem (BCE), Hungary; 8) Central Institute of Mental Health (CIMH), Germany; 9) Centre for Applied Psychology, Social and Environmental Research (ZEUS), Germany; 10) Chemisches und Veterinäruntersuchungsamt Karlsruhe Technische Universität (CVUAKA), Germany; 11) Dutch Institute for Alcohol Policy (STAP), Netherlands; 12) Eclectica snc di Amici Silvia Ines, Beccaria Franca & C. (ECLECTICA), Italy; 13) European Centre for Social Welfare Policy and Research (ECV), Austria; 14) Generalitat de Catalunya (Gencat), Spain; 15) Institute of Psychiatry and Neurology (IPIN), Poland; 16) Institute of Psychiatry, King's College London (KCL), UK; 17) Istituto Superiore di Sanità (ISS), Rome, Italy; 18) Institut za raziskave in razvoj (UTRIP), Slovenia; 19) IREFREA, Spain; 20) Liverpool John Moores University (LJMU), UK; 21) National Institute for Health and Welfare (THL), Finland; 22) Nordiskt välfärdscenter (NVC), Finland; 23) Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research (SIRUS), Norway; 24) State Agency for Prevention of Alcohol-Related Problems (PARPA), Poland; 25) Stockholms Universitet (SU), Sweden; 26) Swiss Institute for the Prevention of Alcohol and Drug Problems (SIPA), Switzerland; 27) Technische Universität Dresden (TUD), Germany; 28) Trimbos-instituut (TRIMBOS), Netherlands; 29) University of Bergen (UiB), Norway; 30) Universiteit Twente (UT), Netherlands; 31) University Maastricht (UM), Netherlands; 32) University of York (UoY), UK.

Bibliografia

Allamani, Cipriani e Prina (a cura di) (2006), *I cambiamenti nei consumi di bevande alcoliche in Italia: uno studio esplorativo sul decremento dei consumi negli anni 1970-2000*, I Quaderni dell'Osservatorio Permanente Giovani e Alcol n. 17, Casa Editrice Litos Roma.

Allamani A., Voller F., Decarli A., Casotto V., Pantzer K., Anderson P., Gual A., Matrai S., Elekes Z., Eisenbach-Stang I., Schmied G., Knibbe R.A., Nordlund S., Skjælaaen Ø., Olsson B., Cisneros Örnberg J., Österberg E., Karlsson T., Plant M., Plant M., Miller P., Coghill N., Swiatkiewicz G., Wiczorek Ł., Annaheim B., Gmel G. (2011), "Contextual Determinants of Alcohol Consumption Changes and Preventive Alcohol Policies: A 12-Country European Study in Progress", *Substance Use & Misuse*, 46, 10:1288-1303 print / 1532-2491 online DOI: 10.3109/10826084.2011.572942.

Anderson P., Baumberg B. (2006), *Alcohol in Europe. A report for the European Commission*, Institute of Alcohol Studies, England.

Babor T.F., Caetano R., Casswell S., Edwards G., Giesbrecht N., Graham K., Grube J., Gruenewald P., Hill L., Holder H., Homel R., Osterberg E., Rehm J., Room R., Rossow I. (2003), *Alcohol: No Ordinary Commodity*, Oxford University Press.

Beccaria F. (a cura di) (2010), *Alcol e Generazioni. Cambiamenti di stile e stili in cambiamento in Italia e in Finlandia*, Carocci, Roma.

Berry J.W. (1998), "Acculturative Stress", in Organista P.B., Chun K.M., Marin G. (eds.), *Readings in Ethnic Psychology*, Routledge, New York.

Gual A., Colom J. (1997), "Why has alcohol consumption declined in countries of Southern Europe?", *Addiction*, 92 (Supplement 1): S21-S31.

Hibell B., Guttormsson U., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnason T., Kokkevi A., Kraus L. (2009), *The 2007 ESPAD Report. Substance Use among Students in 35 European Countries*, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) the Pompidou Group at the Council of Europe, Modintyckoffset AB, Stockholm.

Holder H.D. (1999), *Alcohol and the Community*, University Press, Cambridge.

Karlson T., Österberg E. (2002), "Finland", in Österberg E., Karlsson (eds.), *Alcohol Policies in EU Member States and Norway*, National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), Gummerus Printing, Saarijärvi Finland: 140-167.

Knibbe R.A., Drop M.J., Hupkens C.L.H. (1996), "Modernization and geographical diffusion as explanations for regional differences in the consumption of wine and beer in the European community", *Substance Use & Misuse*, 31(11&12): 1639-1655.

Ministero della Sanità (2007), *Piano nazionale alcol e salute 2007-2009*, www.governo.it/governoinforma/Dossier/rapporto/piano_alcol_salute.

Moskalewicz J., Simpura J. (2000), "The supply of alcoholic beverages in transitional conditions: the case of Central and Eastern Europe", *Addiction*, 95 (Supplement 4): S505-S522).

Norström T. (ed.) (2002), *Alcohol in Postwar Europe: Consumption, Drinking Patterns, Consequences and Policy Responses in 15 European Countries*, National Institute of Public Health, Almqvist & Wiksell, Stockholm.

OMS, Organizzazione Mondiale della Sanità - World Health Organization (1992), *European Alcohol Action Plan*, World Health Organization Regional Office for Europe, Document EUR/RC42/8, Copenhagen.

OMS, Organizzazione Mondiale della Sanità (2001), Dati di mortalità.

Österberg & Karlsson (eds.) (2002a), *Alcohol Policies in EU Member States and Norway*, STAKES, Helsinki.

Plant M., Plant Moira (2006), *Binge Britain. Alcohol and the national response*, Oxford University Press.

Productshap Voor Gedistillerde Dranken (2005), *World Drink Trends*, Henley-on-Thames, NTC Publications Ltd.

- Room R. (1992), "The impossible dream. Routes to reducing alcohol problems in a temperance culture", *Journal of Substance Use*, 4: 91-106.
- Scafato E., Allamani A., Codenotti T., Marcomini F., Patussi V., Rossi A., Struzzo P.L., Russo R., Gruppo Nazionale Phepa (2006), "Alcol e Primary Health Care: linee guida. Una strategia nazionale", *Salute e Territorio*, 155: 85-119.
- Simpura J. (1998), "Mediterranean mysteries: mechanisms of declining alcohol consumption", *Addiction*, 93(9): 1301-1304.
- Sulkunen P. (1989), "Drinking in France 1965-1979. An analysis of Household Consumption Data", *British Journal of Addiction*, 84: 61-72.

Gli effetti del trattamento farmacologico dell'alcolismo sulle risposte immunitarie nei pazienti alcolisti*

S. Franchi**, P. Sacerdote**, S. Moretti**, G. Gerra***, V. Leccese****, M.V. Tallone*****, A.E. Panerai**, L. Somaini*****

Introduzione

Numerose evidenze sperimentali suggeriscono come l'alcol eserciti un'importante effetto immunomodulante. Il(i) meccanismo(i) responsabile(i) degli effetti dell'alcol sulle risposte del sistema immunitario non è(sono) ancora noto(i) (1-2).

Negli alcolisti cronici risultano alterate le risposte immunitarie sia innate sia acquisite (3), rendendo questi più suscettibili allo sviluppo di infezioni.

Infatti, gli alcolisti in genere subiscono ricoveri ospedalieri più prolungati e sviluppano una percentuale più elevata di infezioni post-operatorie specie a carico dell'apparato respiratorio (4-5).

Tuttavia, un numero crescente di evidenze sperimentali indica come l'astensione prolungata dall'alcol sia in grado di ripristinare le alterazioni delle risposte immunitarie (6) conseguenti all'assunzione di bevande alcoliche. Il trattamento farmacologico specifico della dipendenza da alcol, associato ad interventi psicosociali, ha incrementato la percentuale di successo del trattamento della dipendenza da alcol (7).

Attualmente in Italia sono disponibili diversi trattamenti farmacologici, che mirano all'astinenza ed a ridurre le ricadute.

In particolare il disulfiram è stato il primo farmaco ad essere proposto in tal senso (8). Esso blocca l'attività dell'enzima aldeide deidrogenasi, inducendo un accumulo di acetaldeide dopo l'assunzione di alcol.

Il naltrexone, antagonista dei recettori degli oppioidi si è dimostrato efficace nel ridurre la percentuale di ricadute e il craving da alcol (9).

* Il presente manoscritto rappresenta una riformulazione dell'articolo: "The effects of alcoholism pharmacotherapy on immune response in alcohol-dependent patients", comparso su *International Journal of Immunopathology and Pharmacology* (2010), 23(3): 847-855.

** Dipartimento di Farmacologia, Università degli Studi di Milano, Milano, Italia.

*** Drug Prevention and Health Branch; United Nation Office on Drugs and Crime, Vienna, Austria.

**** Servizio Tossicodipendenze e Alcolologia, Cossato, ASL BI, Biella, Italia.

***** Laboratorio Clinico, Ospedale degli Infermi, ASL BI, Biella, Italia.

Il sodio oxibato, farmaco strutturalmente simile al neurotrasmettitore GABA, ha dimostrato sia in studi pre-clinici (10) che in quelli condotti sull'uomo (11-12) la sua efficacia nella terapia della dipendenza da alcol.

Tuttavia, esistono limitate conoscenze circa l'influenza di questi trattamenti farmacologici sulle risposte immunitarie nei pazienti alcolisti.

Tali trattamenti infatti potrebbero da un lato favorire la normalizzazione delle alterazioni delle risposte immunitarie secondarie all'assunzione di alcol oppure dall'altro esercitare loro stessi un effetto intrinseco sulle risposte immunitarie.

Nel presente studio abbiamo valutato:

- l'effetto dell'assunzione di alcol su alcuni parametri della risposta immunitaria in alcolisti con uso attivo di alcol confrontandoli con i soggetti sani;
- alcuni parametri immunitari in pazienti astinenti dall'alcol ma in concomitante trattamento sia con la sola terapia di gruppo che con diversi farmaci quali il naltrexone, il disulfiram e il sodio oxibato.

A tale scopo, come modello sperimentale, sono stati scelti i linfociti periferici poiché essi non solo sono importanti mediatori della risposta immunitaria ma anche perché la loro attività è modulata da una rete di comunicazione costituita da citochine, queste ultime sensibili all'effetto dell'alcol.

In condizioni di normalità, un corretto equilibrio tra le cellule T helper1 e T helper2 garantisce una fisiologica omeostasi del sistema immunitario (13-14).

Di conseguenza, nel presente studio sono stati misurati i livelli plasmatici delle citochine rappresentative dei linfociti T helper1 e dei T helper2 (15) nonché alcune citochine con proprietà pro-infiammatorie come il TNF α e l'interleuchina 1 (IL-1) in virtù della loro rilevanza nella risposta antimicrobica e nella sorveglianza immunitaria contro le neoplasie (16).

Parallelamente, nei diversi gruppi considerati, è stato anche valutato il livello di attività dell'asse dello stress (ipotalamo-ipofisi-surrene) anch'esso estremamente sensibile all'effetto di sostanze alcoliche.

L'ipotesi formulata supponeva che l'esposizione prolungata all'alcol potesse causare un'alterazione della funzione immunitaria e che l'astensione dall'uso di alcol di per sé o l'assunzione di farmaci, o entrambe, potessero influire in maniera "protettiva" sulle funzioni immunitarie.

Materiali e metodi

Soggetti

Sono stati selezionati 50 soggetti con dipendenza dall'alcol tra i pazienti afferenti al Servizio Tossicodipendenze e Alcologia – Ser.T. Cossato – dell'ASL di Biella durante il periodo compreso tra il gennaio e il dicembre 2008. Tutti i partecipanti sono stati sottoposti ad una valutazione diagnostica da parte di uno psichiatra qualificato, che si è avvalso della SCID (Intervista clinica strutturata) per i disturbi dell'Asse I, versione in italiano: intervista clinica di Fava *et al.* (17).

Tutti i pazienti coinvolti nello studio hanno dato il loro consenso informato per la partecipazione allo studio.

Nessuno dei pazienti arruolati ha ricevuto un compenso economico per la propria partecipazione.

Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico Locale.

Per essere inclusi nello studio, i partecipanti dovevano soddisfare i seguenti criteri:

- a) dipendenza da alcol secondo i criteri DSM-IV;
- b) nessun segno o sintomo di astinenza da alcol;
- c) età \geq 18 anni;
- d) assenza di politossicodipendenza;
- e) nessuna condizione clinica grave (ad es. grave malattia epatica, renale, cardiaca o polmonare, malattie endocrine, epilessia o convulsioni epilettiche);
- f) nessun uso concomitante di farmaci psicotropi o immunosoppressori prescritti;
- g) negatività per l'HIV.

Le principali caratteristiche dei pazienti al momento dell'arruolamento sono riportate nella tabella 1.

Trattamenti

I soggetti partecipanti allo studio sono stati suddivisi in 5 gruppi di trattamento.

Il Gruppo AA (alcolisti con uso attivo di alcol) era composto da 10 pazienti alcolisti valutati durante la prima settimana di accesso al Servizio, immediatamente prima di iniziare qualsiasi tipo di trattamento.

Questi pazienti utilizzatori di alcol non riportavano alcun sintomo di astinenza durante il periodo di valutazione.

Il Gruppo GT comprendeva 10 pazienti alcolisti astinenti da almeno 6 mesi in trattamento con la sola terapia di gruppo (2 ore/settimana).

Il Gruppo GHB comprendeva 10 pazienti alcolisti astinenti da almeno 6 mesi in trattamento ed in trattamento con sodio oxibato al dosaggio di 50 mg/kg di peso corporeo (tid).

Il Gruppo NTX comprendeva 10 pazienti alcolisti astinenti da almeno 6 mesi ed in trattamento con naltrexone 50 mg/die.

Il Gruppo DIS comprendeva 10 pazienti alcolisti astinenti da almeno 6 mesi ed in trattamento con disulfiram 400 mg/die.

Il Gruppo CTR (controlli sani) comprendeva 10 volontari sani paragonabili per età e per sesso, che non avevano mai abusato di alcol. I volontari sani sono stati arruolati tra personale ospedaliero, donatori di sangue e studenti universitari.

Tali soggetti sono stati definiti sani dopo essere stati sottoposti a visita medica e ad esami biochimici di routine. I criteri di esclusione erano identici a quelli utilizzati per i pazienti. Le caratteristiche demografiche dei gruppi di controllo sono riportate nella tabella 1.

Tutti i pazienti alcolisti sottoposti al trattamento farmacologico (gruppi GHB, DIS ed NTX) hanno ricevuto lo stesso standard di trattamento psicosociale fornito al gruppo GT.

Ogni settimana, sulla base dell'autovalutazione dei partecipanti e di un colloquio con un familiare, si sono valutate le quantità di alcol assunto, registrate come consumo quotidiano di bevande alcoliche (un'unità standard = 12 g di alcol puro), l'astinenza da alcol (astinenza = nessuna assunzione di alcol; mancata astinenza = meno di cinque unità in un'unica occasione per gli uomini e meno di quattro unità in un'unica occasione per le donne) e il numero di ricadute verso "forte con-

Tab. 1 - Caratteristiche demografiche dei 60 partecipanti allo studio.

	Alcolisti (n=10)	Terapia di gruppo (n=10)	GHB (n=10)	NTX (n=10)	DIS (n=10)	Controlli (n=10)
Età (anni)	43,6 \pm 6,7	46 \pm 3,8	41,7 \pm 5,9	44,8 \pm 4,7	42,9 \pm 5,1	45,1 \pm 3,7
Sesso maschile (%)	60	70	70	60	70	70
Grado di istruzione (anni)	10 \pm 0,7	10 \pm 2,7	12 \pm 1,2	11 \pm 0,6	9 \pm 1,4	14 \pm 2,7
Occupati (%)	70	50	60	70	70	70
Coniugati (%)	50	60	60	50	60	60
Consumo di alcol (numero di unità giornaliere)	7,4 \pm 2,4	7,2 \pm 3,9	8,1 \pm 4,3	7,6 \pm 3,1	7,9 \pm 1,7	-
Durata della dipendenza da alcol (anni)	4,7 \pm 2,4	5,6 \pm 3,2	5,3 \pm 1,9	5,8 \pm 2,1	5,1 \pm 1,3	-

I valori sono espressi come medie \pm DS

sumo di alcol” (forte consumo di alcol = cinque o più unità in un’unica occasione per gli uomini e quattro o più unità in un’unica occasione per le donne).

Tre giorni prima del prelievo ematico eseguito per valutare i livelli plasmatici delle diverse citochine sono stati misurati i parametri di laboratorio sensibili all’abuso di alcol (ad es. aspartato aminotransferasi - ALT, g-glutamyl-transpeptidasi - GGT e volume cellulare medio - VCM).

Il non uso di sostanze alcoliche è stato anche confermato mediante la determinazione della concentrazione di alcol nell’espriato immediatamente prima del prelievo ematico.

I soggetti partecipanti allo studio sono stati sottoposti durante i 6 mesi precedenti lo studio ad esami urinari a sorpresa per verificare l’assunzione di eventuali altre sostanze di abuso quali eroina, cocaina, cannabis, amfetamine, benzodiazepine, per escludere l’uso di sostanze illecite e l’abuso di farmaci psicotropi prescritti.

All’epoca dello studio, sia i pazienti alcolisti sia i soggetti del gruppo di controllo non stavano vivendo esperienze di vita negative, non avevano problemi legali o economici, non stavano affrontando eventi personali o familiari stressanti né partecipavano ad allenamenti sportivi.

Raccolta dei campioni ematici

I prelievi ematici per la valutazione dei livelli plasmatici di ACTH e di cortisolo e delle citochine sono stati eseguiti alle ore 8:30.

Il sangue è stato raccolto in provette contenenti EDTA. I linfociti sono stati separati tramite un gradiente di centrifugazione.

Risultati

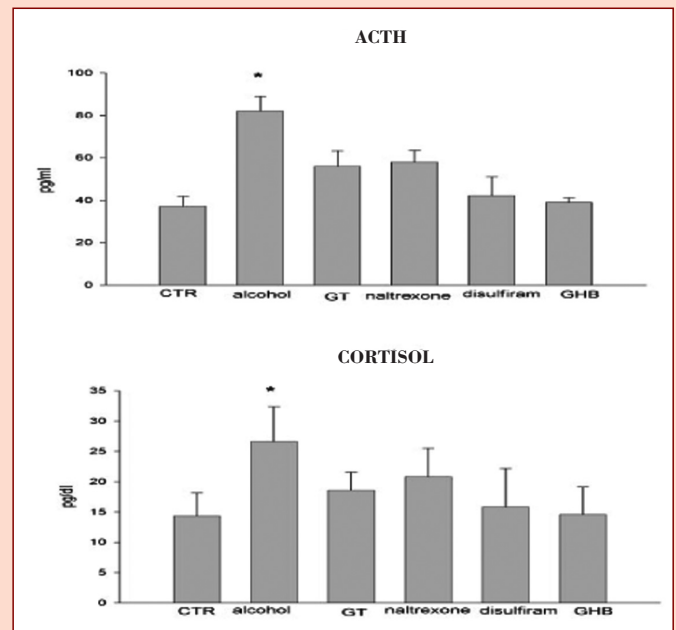
I risultati del presente studio non hanno evidenziato alcuna differenza statisticamente significativa in termini di caratteristiche socio-demografiche, status economico e lavorativo, anni di dipendenza dall’alcol, problemi legali e percentuale di concomitanti disturbi psichiatrici tra i gruppi di pazienti inclusi nello studio.

Nella figura 1 sono riportati i livelli plasmatici di ormone adrenocorticotropo (ACTH) e di cortisolo nel gruppo di alcolisti attivi, nel gruppo di pazienti in terapia di gruppo, nei gruppi in trattamento rispettivamente con naltrexone, disulfiram, sodio oxibato e nel gruppo di controllo.

I livelli di ACTH e di cortisolo sono risultati significativamente più elevati nel gruppo di alcolisti attivi rispetto al gruppo di controllo e ai gruppi di alcolisti astinenti in terapia di gruppo o in trattamento farmacologico.

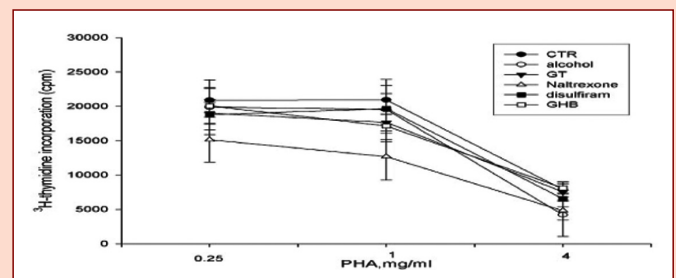
Non si sono rilevate differenze significative tra il gruppo di controllo e i gruppi in trattamento.

Fig. 1 - Livelli plasmatici di ACTH (grafico in alto) e di cortisolo (grafico in basso) misurati nei soggetti di controllo, nei pazienti alcolisti attivi o trattati con terapia di gruppo (GT), naltrexone, disulfiram, GHB. I valori sono espressi come medie±DS. * = $p < 0,05$ vs controlli



I livelli di linfoproliferazione linfocitaria nei diversi gruppi sono riportati nella figura 2.

Fig. 2 - Attività di proliferazione linfocitaria nei diversi gruppi di pazienti e nei controlli sani. La proliferazione è stata misurata in colture cellulari di linfociti stimolate con fitoemoagglutinina alle diverse concentrazioni (0,25, 1,0, 4,0)

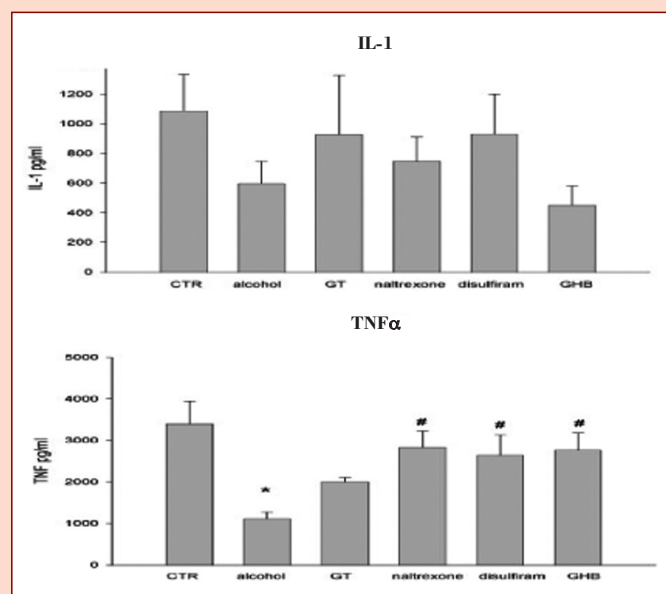


Il livello di linfoproliferazione nei 5 gruppi considerati è risultato essere ben conservato e non significativamente diverso rispetto a quello dei soggetti di controllo. I livelli di tutte le citochine valutate sono risultate estremamente basse e non si è osservata alcuna differenza statisticamente significativa tra i gruppi in trattamento (dati non presentati).

Le citochine proinfiammatorie IL-1 e TNF α , le citochine rappresentative dei linfociti T helper 1 IFN γ e IL-2 e di quelli T helper 2 IL-4 sono state misurate nel supernatante colturale di linfociti ottenute dai sei gruppi.

Tuttavia, come evidenziato nella figura 3, il livello di IL-1 è risultato essere inferiore nei 5 gruppi di pazienti

Fig. 3 - Produzione di IL-1 (grafico in alto) e di TNF α (grafico in basso) in colture linfocitarie stimulate con fitoemoglutina nei diversi gruppi di pazienti ed in controlli sani. Le citochine pro-infiammatorie sono state valutate in supernatante colturale dopo stimolazione di 24 ore. I valori sono espressi come medie \pm DS. * = $p < 0,01$ vs controlli; # = $p < 0,01$ vs alcolisti attivi.



rispetto al gruppo di controllo anche se tale differenza non ha raggiunto livelli di significatività statistica.

Per quanto concerne la concentrazione di TNF α si è evidenziata una riduzione statisticamente significativa di tale citochina nei soggetti alcolisti rispetto ai controlli. I pazienti in terapia di gruppo evidenziano un parziale ripristino dei valori di TNF α . I livelli di TNF α sono risultati sovrapponibili nei gruppi trattati con NTX, DIS o GHB, evidenziando una simile capacità dei diversi trattamenti farmacologici nel ripristinare i livelli normali di TNF α .

La figura 4 riporta la produzione di IFN γ , IL-2 e IL-4 nei diversi gruppi considerati.

La produzione di IFN γ è risultata significativamente ridotta nei soggetti non trattati rispetto ai controlli.

Nei gruppi GT, NTX e GHB i livelli di IFN γ non presentavano differenze statisticamente significative rispetto ai controlli.

I livelli plasmatici di questa citochina nel gruppo DIS è risultata significativamente più elevata rispetto sia ai pazienti alcolisti che ai controlli sani.

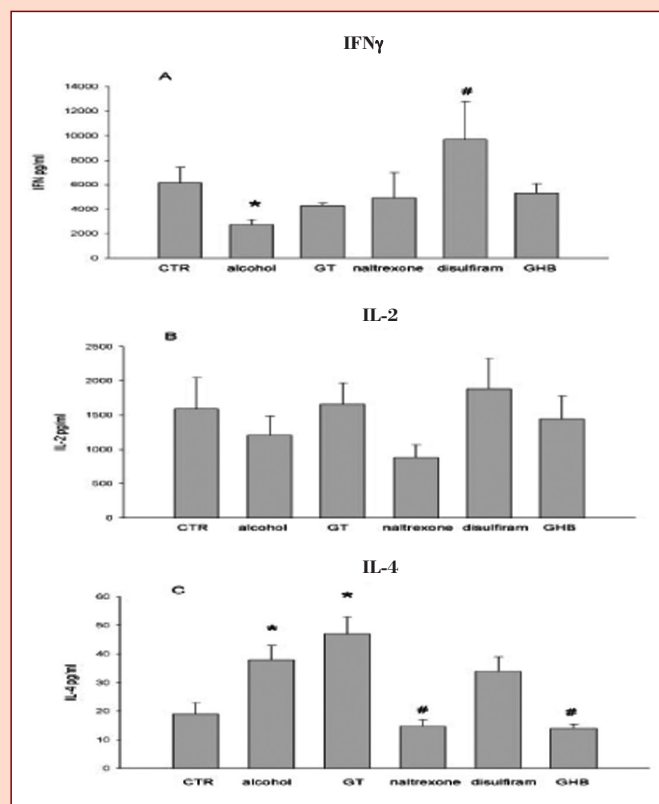
Non si sono osservate differenze statisticamente significative per quanto riguarda la produzione di IL-2 tra i 5 gruppi e rispetto al gruppo di controllo.

Diversamente, i livelli di IL-4 sono risultati più elevati sia nei pazienti alcolisti attivi che in coloro sottoposti alla sola terapia di gruppo.

Tale differenza è risultata essere statisticamente significativa.

Nei gruppi NTX e GHB i livelli di IL-4 sono risultati sovrapponibili ai controlli sani ed inferiori al gruppo

Fig. 4 - Produzione di IFN γ (grafico in alto), di IL-2 (grafico centrale) e di IL-4 (grafico in basso) in colture linfocitarie stimulate con fitoemoglutina nei diversi gruppi di pazienti ed in controlli sani. Le citochine pro-infiammatorie sono state valutate in supernatante colturale dopo stimolazione di 24 ore. I valori sono espressi come medie \pm DS. * = $p < 0,01$ vs controlli; # = $p < 0,01$ vs alcolisti attivi.



degli alcolisti mentre il gruppo DIS non si differenziava rispetto sia ai controlli sani che ai pazienti alcolisti.

Discussione

I risultati del presente studio indicano come l'alcol sia in grado di indurre significativi effetti immunodisregolatori nei pazienti alcolisti.

Nonostante tale evidenza, ad oggi, non è stato ancora del tutto identificato un unico pattern di tali disregolazioni (1-3, 18).

Infatti, nel nostro studio non abbiamo osservato un'immunosoppressione generalizzata tra gli alcolisti attivi, ma piuttosto la presenza di uno sbilanciamento nell'equilibrio tra T helper 1 e T helper 2.

Nei pazienti con uso attivo di sostanze alcoliche, la produzione di TNF α è risultata essere compromessa.

Il TNF α è una citochina proinfiammatoria, responsabile soprattutto dell'immunità antimicrobica e della sorveglianza immunitaria contro i tumori (16).

Analogamente a quanto riportato da altri autori, nel presente studio si è evidenziato una diminuzione della produzione di IFN γ nei soggetti con uso attivo di alcol

mentre i livelli plasmatici di IL-4, citochina caratteristica dei linfociti T helper 2 è risultata aumentata (2, 19).

Queste alterazioni supportano l'esistenza di uno squilibrio tra le attività dei linfociti T helper 1 e T helper 2 con una riduzione della attività cellulare T helper 1 e di un predominio di quella dei T helper 2.

L'effetto combinato di queste alterazioni unitamente alla presenza di diminuzione dei livelli di TNF α giustifica verosimilmente le elevate percentuali di infezioni che si evidenziano nei soggetti alcolisti.

Tuttavia, la presenza di una normale produzione di IL-2 e della non presenza di alterazioni a carico della proliferazione linfocitaria sembrano dimostrare che i soggetti alcolisti attivi inclusi nel nostro studio abbiano comunque conservato un certo grado di competenza immunitaria.

Il riscontro di livelli elevati di ACTH e di cortisolo esclusivamente nel plasma di pazienti con uso attivo di alcol, e non nel resto dei pazienti, sembra comprovare l'evidenza di una iperattività dell'asse dello stress secondaria al consumo di alcol. Infatti nell'uomo, sia l'assunzione in acuto che in cronico di alcol è responsabile di una iperattività di tale asse (20).

Inoltre i pazienti con dipendenza da alcol evidenziano un'iperattività dell'asse dello stress sia durante il periodo di forte consumo (21) che durante il successivo periodo di astinenza (22), con conseguente perdita della secrezione fisiologica di cortisolo per un arco di tempo variabile compreso tra diversi giorni fino a diverse settimane (23).

La produzione di citochine nei pazienti alcolisti in trattamento farmacologico non è risultata diversa da quella dei controlli sani.

Altri gruppi di ricerca tuttavia hanno evidenziato come l'astensione prolungata da sostanze alcoliche di per sé sia in grado di correggere le alterazioni delle risposte immunitarie (6).

Tuttavia, è interessante notare come la produzione di citochine nei pazienti con la sola terapia di gruppo non sia risultata diversa rispetto sia a quella dei controlli sani che a quella dei soggetti con uso attivo di alcol.

Diversamente invece, il livello di citochine nei gruppi in trattamento farmacologico è risultato dissimile rispetto a quello osservato nei soggetti con uso attivo di alcol, evidenziando in tal modo l'assenza di effetti immunodisregolatori da parte dei diversi trattamenti farmacologici impiegati.

Negli ultimi anni sono apparsi numerosi studi che hanno esaminato l'influenza di vari farmaci e/o neurotrasmettitori sulle funzioni immunitarie (13-14).

In particolare, è stata ampiamente riconosciuta un'attività immunomodulatoria da parte degli agonisti ed antagonisti degli oppioidi (24).

Risulta invece meno chiaro il ruolo svolto dal GABA e dai suoi recettori identificati sulle diverse cellule immunocompetenti (25).

Nel presente studio, l'unica differenza osservata tra i diversi trattamenti farmacologici è stata l'incapacità del DIS di normalizzare completamente la produzione di IL-4. Inoltre, non si sono evidenziati anche a distanza di 6 mesi di trattamento, effetti immunodisregolatori da parte dei diversi trattamenti farmacologici impiegati.

I glucocorticoidi esercitano importanti influenze immunomodulatorie.

In particolare, sono in grado di modificare il fisiologico equilibrio delle citochine prodotte dai T helper 1 e dai T helper 2 verso una maggiore espressione di quelle prodotte dai T helper 2 (26,27).

La normalizzazione dell'asse HPA nei soggetti sottoposti ai diversi trattamenti farmacologici osservato nel presente studio ha probabilmente contribuito al ripristino di un normale equilibrio tra le due famiglie di linfociti e di conseguenza al miglioramento delle funzioni immunitarie.

Tuttavia, i glucocorticoidi da soli non possono essere considerati i soli responsabili del ripristino di un fisiologico equilibrio immunitario.

Infatti, l'asse dello stress pur essendosi quasi normalizzato nei pazienti sottoposti alla sola terapia di gruppo, in tale gruppo permanevano alterazioni nella produzione sia di TNF α che di IL-4.

L'aver analizzato gruppi paralleli di soggetti costituisce un limite del nostro studio. Ciononostante, come evidenziato nella tabella I, i diversi i pazienti arruolati non evidenziavano differenze significative in termini di integrazione sociale, stile di vita, ed eventi stressanti.

In conclusione, i nostri risultati sembrano indicare che il trattamento farmacologico dell'alcolismo è in grado di ripristinare il fisiologico funzionamento del sistema immunitario nei pazienti alcolisti.

Saranno comunque necessari ulteriori studi volti a valutare la risposta immunitaria in gruppi più ampi di pazienti, e specialmente nelle medesime popolazioni prima e durante il trattamento farmacologico, per stabilire definitivamente l'impatto di questi trattamenti sul sistema immunitario.

Inoltre, altresì sarà importante indagare anche il decorso temporale dell'effetto dell'astensione e dei trattamenti farmacologici sulle risposte immunitarie al fine di comprendere la timeline del recupero delle disfunzioni immunitarie alterate dall'uso di sostanze alcoliche.

Ringraziamenti

Il presente lavoro è stato in parte supportato da una donazione liberale a scopo di ricerca della Società Laboratorio Farmaceutico C.T., San Remo, Italia.

Bibliografia

- (1) Goral J., Karavitis J., Kovacs E.J. (2008), "Exposure-dependent effects of ethanol on the innate immune system", *Alcohol*, 42: 237-247.
- (2) Waldschmidt T.J., Cook R.T., Kovacs E.J. (2006), "Alcohol and inflammation and immune responses: summary of the Alcohol Immunology Research Interest Group (AIRIG) meeting", *Alcohol*, 2: 137-142.
- (3) Szabo G. (1999), "Consequences of alcohol consumption on host defence", *Alcohol and alcoholism*, 34: 830-841.
- (4) Sander M., von Heymann C., Neumann T. (2005), "Increased interleukin-10 and cortisol in long-term alcoholics after cardiopulmonarybypass: a hint to the increased postoperative infection rate?", *Alcohol Clin Exp Res*, 29: 1677-1684.
- (5) Spies C.D., von Dossow V., Eggers V., Jetschmann G., El-Hilali R., Egert J., Fischer M., Schroder T., Hoflich C., Sinha P., Paschen C., Mirsalim P., Brunsch R., Hopf J., Marks C., Wernecke K.D., Pragst F., Ehrenreich H., Muller C., Tonnesen H., Oelkers W., Rohde W., Stein C., Kox W.J. (2004), "Altered cell-mediated immunity and increased postoperative infection rate in long-term alcoholic patients", *Anesthesiol*, 100: 1088-100.
- (6) Tonnesen H., Kaiser A.H., Nielsen B.B., Pedersen A.E. (1992), "Reversibility of alcohol induced immune depression", *Br J Addict*, 87: 1025-1028.
- (7) Mann K. (2004), "Pharmacotherapy of alcohol dependence: a review of the clinical data", *CNS Drugs*, 18: 485-504.
- (8) Fuller R.K., Branche L., Brightwell D.R., Derman R.M., Emrick C.D., Iber F.L., James K.E., Lacoursiere R.B., Lee K.K., Lowenstam I. (1986), "Disulfiram treatment of alcoholism: a Veterans administration cooperative study", *JAMA*, 256: 1449-1455.
- (9) Volpicelli J.R., Alterman A.J., Hayashida M., O'Brien, C.P.I. (1992), "Naltrexone in the treatment of alcohol dependence", *Arch Gen Psychiatry*, 49: 876-880.
- (10) Agabio R., Colombo G., Loche A., Lobina C., Pani L., Reali R., Gessa G.L. (1998), "Gamma hydroxybutyric acid reducing effect on ethanol intake: evidence in favour of a substitution mechanism", *Alcohol Alcohol*, 33: 465-474.
- (11) Addolorato G., Caputo F., Capristo E., Stefannini G.F., Gasbarrini G. (2000), "Gamma-hydroxybutyric acid. Efficacy, potential abuse and dependence in the treatment of alcohol addiction", *Alcohol*, 20: 217-222.
- (12) Caputo F., Addolorato G., Stoppo M., Francini S., Vignoli T., Lorenzini F., Del Re A., Comaschi C., Androne P., Trevisani F., Bernardi M. (2007), "Alcohol treatment study group. Comparing and combining gamma-hydroxybutyric acid (GHB) and naltrexone in maintaining abstinence from alcohol: an open randomized comparative study", *Eur Neuropsychopharmacol*, 17: 781-789.
- (13) Charlton B., Lafferty K.J. (1994), "The Th1/Th2 balance in autoimmunity", *Curr Op Immunol*, 7: 793-798.
- (14) Mosman T.R., Sad S. (1996), "The expanding universe of T-cell subsets; Th1, Th2 and more", *Immunol Today*, 17: 138-146.
- (15) Sacerdote P., Manfredi B., Gaspani L., Panerai A.E. (2000), "The opioid antagonist naloxone induces a shift from type 1 cytokine pattern to type 2 cytokine pattern in BALB/CJ mice", *Blood*, 95: 2031-2036.
- (16) Beutler B. (2004), "Innate Immunity, an overview", *Mol Immunol*, 40: 845-849.
- (17) Fava M., Guaraldi G.B., Mazzi F., Rigatelli M. (1993), "Intervista clinica Strutturata per il DSM-III-R", Organizzazioni Speciali, Florence.
- (18) Dai Q., Pruett S.B. (2006), "Ethanol suppresses LPS-induced Toll-like receptor 4 clustering, reorganization of the actin cytoskeleton, and associated TNF-alpha production", *Alcohol Clin Exp Res*, 30: 1436-1444.
- (19) Latif O., Peterson J.D., Waltenbaugh C. (2002), "Alcohol-mediated polarization of type 1 and type 2 immune responses", *Front Biosci*, 7: 135-147.
- (20) Mendelson J.H., Ogata M., Mello N.K. (1971), "Adrenal function and alcoholism: I. Serum cortisol", *Psychosom Med*, 33: 145-157.
- (21) Steptoe A., Ussher M. (2006), "Smoking, cortisol and nicotine", *Int J Psychophysiol*, 59: 228-235.
- (22) Adinoff B., Risher-Flowers D., De Jong J., Ravitz B., Bone G.H., Nutt D.J., Roehrich L., Martin P.R., Linoila M. (1991), "Disturbances of hypothalamic-pituitary-adrenal axis functioning during ethanol withdrawal in six men", *Am J Psychiatry*, 148: 1023-1025.
- (23) Adinoff B., Krebaum S.R., Chandler P.A., Ye W., Brown M.B., Williams M.J. (2005), "Dissection of hypothalamic-pituitary-adrenal axis pathology in 1-month-abstinent alcohol-dependent men: Part I. Adrenocortical and pituitary glucocorticoid responsiveness", *Alcohol Clin Exp Res*, 29: 517-527.
- (24) Panerai A.E., Sacerdote P. (1997), "Beta endorphin and the Immune System: a role at last?", *Immunol Today*, 18: 317-319.
- (25) Alam S., Laughton D.L., Walding A., Wolstenholme A.J. (2006), "Human peripheral blood mononuclear cells express GABAA receptor subunits", *Mol Immunol*, 43: 1432-1442.
- (26) Salicrù A.N., Sams C.F., Marshall G.D. (2007), "Cooperative effects of corticosteroids and catecholamine upon immune deviation of the type 1/type2 cytokine balance in favour of type 2 expression in human peripheral blood mononuclear cells", *Brain Behav Imm*, 21: 913-920.
- (27) Pinto R.A., Arredondo S.M., Bono M.R., Gaggero A.A., Diaz P.V. (2006), "T helper1/T helper 2 cytokine imbalance in respiratory syncytial virus infection is associated with increased endogenous plasma cortisol", *Pediatrics*, 117: 878-886.

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

Dipendenze

Il quadro legislativo entro cui si muovono i Servizi. Segreto professionale e tutela del minore

Massimo Corti*

SUMMARY

■ *This paper covers an analysis of the regulatory aspects regarding the professional secrecy in situations in which there is also a need to protect the minor.*

In addition, it deals with the problem of "reports" (law 149/2001 art. 9) in the professional field (Ser.T., SMI, Therapeutic Communities) in which the professional secrecy is specifically and incisively regulated (art. 120 DPR 309/90-49/2006).

There is also a possible mode of intervention in situations in which the protection of the patient and resulting treatment need to be balanced with the need to protect the minor. ■

Keywords: professional secrecy, minor, Ser.T., Therapeutic Communities.

Parole chiave: segreto professionale, minore, Ser.T., Comunità Terapeutiche.

Questo lavoro vuole essere un'analisi degli aspetti normativi riguardanti il segreto professionale, nei casi di genitori di figli minori, in cui si evidenzia contestualmente un bisogno di cura e una situazione di, possibile, necessità di tutela del minore (minore in situazione di abbandono, abuso dei mezzi di correzione o di disciplina, maltrattamenti in famiglia).

È esperienza comune dei professionisti che lavorano nelle tossico/alcoldipendenze che tali problematiche sono spesso presenti nella pratica clinica, che condizionano significativamente i rapporti istituzionali con altri Servizi o Enti (Servizio Tutela Minori, Ufficio Servizio Sociale per i Minorenni, Tribunale dei Minori, Consultorio Familiare) e che risultano sempre di difficile approccio.

Il tema minori è sempre stato un argomento particolarmente delicato e in particolare l'aspetto maggiormente critico, quello che causa maggiori dubbi, è quello relativo alle **segnalazioni**.

Legge 149/2001 art. 9

"I pubblici ufficiali, gli incaricati di pubblico servizio e gli esercenti un servizio di pubblica necessità debbono riferire al più presto al procuratore della Repubblica presso il tribunale per i minorenni del luogo in cui il minore si trova sulle condizioni di ogni minore in situazione di abbandono di cui vengano a conoscenza in ragione del proprio ufficio".

Legge 309/90 art. 120

"Gli operatori del servizio pubblico per le tossicodipendenze e delle strutture private autorizzate ai sensi dell'articolo 116, salvo l'obbligo di segnalare all'autorità competente tutte le violazioni commesse dalla persona sottoposta al programma terapeutico alternativo a sanzioni amministrative o ad esecuzione di pene detentive, non possono essere obbligati a deporre su quanto hanno conosciuto per ragione della propria professione, né davanti all'autorità giudiziaria né davanti ad altra autorità. Agli stessi si applicano le disposizioni dell'articolo 200 del codice di procedura penale e si estendono le garanzie previste per il difensore dalle disposizioni dell'articolo 103 del codice di procedura penale in quanto applicabili".

Ci si trova, in questo ambito, in presenza di due aspetti normativi differenti, quello volto alla tutela del minore, legge 149/2001 art. 9, che **obbliga tutti coloro che esercitano attività di pubblica utilità a riferire al Procuratore della Repubblica eventuali situazioni di abbandono** e quelle rivolte a **garantire il segreto professionale**, legge 309/90 art. 120 e art. 200 c.p.p.

Chi si rivolge oggi alle strutture sanitarie gode di una doppia protezione: come persona che ha diritto alla riservatezza ed alla proprietà dei propri dati personali e come paziente che ha diritto al rispetto del segreto professionale.

A questi aspetti normativi generali si aggiunge una norma "specificata", presente già nella **legge 309/90**, e ribadita nella **49/06**, in cui all'art. 120 i dipendenti del servizio pubblico per le tossicodipendenze "non possono essere obbligati a deporre né davanti all'autorità giudiziaria né davanti ad altra autorità" in merito a quanto venuto a conoscenza durante lo svolgimento del proprio lavoro.

* Medico, Dipartimento Dipendenze ASL di Bergamo, Responsabile U.O. Ser.T. Treviglio.

Art. 200 c.p.p.

(Segreto professionale)

1. Non possono essere obbligati a deporre su quanto hanno conosciuto per ragione del proprio ministero, ufficio o professione, salvi i casi in cui hanno l'obbligo di riferirne all'autorità giudiziaria:

- a) i ministri di confessioni religiose, i cui statuti non contrastino con l'ordinamento giuridico italiano;
- b) gli avvocati, gli investigatori privati autorizzati, i consulenti tecnici e i notai;
- c) i medici e i chirurghi, i farmacisti, le ostetriche e ogni altro esercente una professione sanitaria;
- d) gli esercenti altri uffici o professioni ai quali la legge riconosce la facoltà di astenersi dal deporre determinata dal segreto professionale.

2. Il giudice, se ha motivo di dubitare che la dichiarazione resa da tali persone per esimersi dal deporre sia infondata, provvede agli accertamenti necessari.

Se risulta infondata, ordina che il testimone deponga.

3. Le disposizioni previste dai commi 1 e 2 si applicano ai giornalisti professionisti iscritti nell'albo professionale, relativamente ai nomi delle persone dalle quali i medesimi hanno avuto notizie di carattere fiduciario nell'esercizio della loro professione. Tuttavia se le notizie sono indispensabili ai fini della prova del reato per cui si procede e la loro veridicità può essere accertata solo attraverso l'identificazione della fonte della notizia, il giudice ordina al giornalista di indicare la fonte delle sue informazioni".

Tale norma è estesa anche agli operatori del privato, come le comunità o gli SMI.

Con questo **articolo viene esteso a TUTTI gli operatori del servizio pubblico e delle strutture private** autorizzate quanto già previsto dall'art. 200 c.p.p. per: *i medici e i chirurghi, i farmacisti, le ostetriche e ogni altro esercente una professione sanitaria, gli avvocati, gli investigatori privati autorizzati, i consulenti tecnici e i notai, i ministri di confessioni religiose.*

LIMITI: Il giudice può, dopo accertamenti sulla pertinenza, richiedere comunque la testimonianza degli operatori nel momento in cui ritenga che l'esimersi dal deporre ponga su basi infondate.

Inoltre le persone indicate nell'articolo 200 c.p.p. debbono consegnare immediatamente all'autorità giudiziaria atti o documenti richiesti salvo dichiarazione formale che trattasi di atti sottoposti a segreto inerente il loro stato o il proprio ufficio. È facoltà dell'Autorità Giudiziaria disporre comunque il sequestro se ritiene tale obiezione infondata.

ESCLUSIONI: Vi sono altresì specifici casi di esclusione:

- l'obbligo di segnalare tutte le violazioni commesse dalla persona in "**affidamento servizi sociali**" – legge 49/2006 – caso che riguarda specificatamente noi professionisti Ser.T.;
- nei casi di **reato perseguibile d'ufficio** queste persone (operatori servizi pubblici e del privato autorizzato in ambito tossicodipendenze, i medici e i chirurghi, i farmacisti, le ostetriche e ogni altro esercente una professione sanitaria, gli avvocati, gli investigatori privati autorizzati, i consulenti tecnici e i notai, i ministri di confessioni religiose) hanno l'obbligo di riferirne all'autorità giudiziaria (articoli 361 e 362 c.p.p. - art. 331 c.p.p.).

Legge 49/2006 art. 5 bis

"5-bis. Il responsabile della struttura presso cui si svolge il programma terapeutico di recupero e socio-riabilitativo è tenuto a segnalare all'autorità giudiziaria le violazioni commesse dalla persona sottoposta al programma. Qualora tali violazioni integrino un reato, in caso di omissione, l'autorità giudiziaria ne dà comunicazione alle autorità competenti per la sospensione o revoca dell'autorizzazione *di cui all'articolo 116 e dell'accreditamento di cui all'articolo 117*, ferma restando l'adozione di misure idonee a tutelare i soggetti in trattamento presso la struttura".

Artt. 331-361-362 c.p.p.

Art. 361 c.p.p.

Il pubblico ufficiale, il quale omette o ritarda di denunciare all'Autorità Giudiziaria, o ad altra autorità che quella che abbia obbligo di riferirne, un reato di cui ha avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni, è punito con la multa da trenta euro a cinquecentosedici euro.

La pena è della reclusione fino ad un anno, se il colpevole è un ufficiale o un agente di polizia giudiziaria [c.p.p. 57], che ha avuto comunque notizia di un reato del quale doveva fare rapporto [c.p.p. 330-332, 347]. Le disposizioni precedenti non si applicano se si tratta di delitto punibile a querela della persona offesa.

Art. 362 c.p.p.

L'incaricato di un pubblico servizio, che omette o ritarda di denunciare all'Autorità indicata nell'articolo precedente un reato del quale abbia avuto notizia nell'esercizio o a causa del servizio [c.p.p. 330-332, 347], è punito con la multa fino a cento tre euro. Tale disposizione non si applica se si tratta di un reato punibile a querela della persona offesa né si applica ai responsabili delle comunità terapeutiche socio-riabilitative per fatti commessi da persone tossicodipendenti affidate per l'esecuzione del programma definito da un servizio pubblico.

Art. 331 c.p.p.

Salvo quanto stabilito dall'articolo 347, i pubblici ufficiali [c.p. 357] e gli incaricati di un pubblico servizio [c.p. 358] che, nell'esercizio o a causa delle loro funzioni o del loro servizio, hanno notizia di un reato perseguibile di ufficio, devono farne denuncia per iscritto, anche quando non sia individuata la persona alla quale il reato è attribuito.

Non permangono comunque l'obbligo del segreto professionale *per reati compiuti all'interno del Servizio Terapeutico* che mettono a rischio la sicurezza e l'incolumità degli operatori, l'incolumità di beni pubblici o la continuità dell'attività del servizio stesso (interruzione di pubblico servizio).

I **reati perseguibili d'ufficio** secondo normativa attuale sono:

1. **Delitti contro la vita:** l'omicidio volontario, colposo, preterintenzionale (art. 575, 584, 589 c.p.), l'omicidio del consenziente (art. 579 c.p.), la morte conseguente ad altro delitto (art. 586 c.p.), la istigazione o l'aiuto al suicidio (art. 580 c.p.) e l'infanticidio (art. 578 c.p.).
2. **Delitti contro l'incolumità individuale:** la lesione personale volontaria (art. 582 art. 583) e che determini uno stato di

malattia superiore a 20 giorni (sono dunque escluse le lesioni lievissime e la percossa); la lesione personale colposa grave o gravissima solo quando avvenga in violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro o che abbiano determinato una malattia professionale.

3. **Delitti contro l'incolumità pubblica:** tutte le attività pericolose per la salute pubblica che esponano al pericolo di epidemie, di intossicazioni e, in genere, di danni da alimenti, bevande o medicinali guasti.
4. **Delitti sessuali:** la congiunzione carnale abusiva di pubblico ufficiale, gli atti osceni e l'incesto sono sempre perseguibili d'ufficio; inoltre la violenza carnale, gli atti di libidine violenti, il ratto, la seduzione e la corruzione di minorenni nei casi previsti dalla legge (art. 583 c.p., art. 609-septies, comma 4 n. 4 c.p.).
5. **Delitti di aborto:** l'aborto colposo, l'aborto conseguente a lesione personale dolosa, l'aborto di donna non consenziente, l'aborto di minore o di interdetta, l'aborto seguito da morte della donna, il tentativo di aborto, il parto prematuro colposo e l'acceleramento preterintenzionale del parto.
6. **Delitti di manomissione di cadavere:** vilipendio, distruzione, occultamento, uso illegittimo di cadavere.
7. **Delitti contro la libertà individuale:** il sequestro di persona. la violenza privata, la minaccia aggravata e l'incapacità procurata mediante violenza (art. 610 c.p.).
8. **Delitti contro la famiglia:** l'abuso dei mezzi di correzione o di disciplina (a danno di una persona sottoposta ad altra autorità, o a affidata per ragione di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, ovvero per l'esercizio di una professione o di un'arte) e i maltrattamenti in famiglia (art. 571 e 572 c.p.).

Si viene a creare pertanto una situazione particolare in cui, per fare un esempio (**caso 1**) un medico o psicologo **libero-professionista**, nell'assistere un paziente, viene a conoscenza che questi ha un bambino che versa stabilmente in una situazione di scarso accadimento e di trascuratezza, non ha l'obbligo alla denuncia (anzi è tenuto al rispetto del segreto professionale), perché il referto esporrebbe il paziente a procedimento penale e il professionista non riveste nella sua attività funzione di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio.

In un altro caso (**caso 2**) invece lo stesso medico o psicologo, nell'assistere un paziente in una **struttura pubblica**, viene a conoscenza della stessa situazione, è **obbligato** a fare il rapporto/segnalazione; ad esclusione di chi viene specificamente menzionato nel art. 120 della 309/90.

Interessante, comunque, è la specifica contenuta nell'articolo 362 in cui sembra indicare i Responsabili di Comunità Terapeutiche come portatori di una ulteriore e diversa fattispecie giuridica rispetto agli operatori del Servizio Pubblico.

*"Tale disposizione (n.d.r. **obbligo di denuncia**)... non si applica a i Responsabili delle comunità terapeutiche socio-riabilitative per fatti commessi da persone tossicodipendenti affidate per l'esecuzione del programma definito da un servizio pubblico".*

Viene da ritenersi, pertanto, che:

l'Obbligo segnalazione/denuncia da parte di incaricati pubblico servizio per reato inerente art. 9 legge 149/2001 (*minore in situazione di abbandono*) **non sia** genericamente **applicabile** agli operatori del Servizio Pubblico per le Tossicodipendenze e delle Strutture Private Autorizzate (oltre agli altri professionisti previsti dall'art. 200 c.p.p.) **salvo i casi di reato perseguibili d'ufficio** (*Delitti contro la famiglia: l'abuso dei mezzi di correzione o di disciplina e i maltrattamenti in famiglia*).

Non sono invece **mai tenuti** alla segnalazione i responsabili delle comunità terapeutiche socio-riabilitative per fatti commes-

si da persone tossicodipendenti affidate per l'esecuzione del programma definito da un servizio pubblico.

Possibili modalità organizzative in ambito Ser.T.

È stato proposto quale criterio ermeneutico (*metodologia dell'interpretazione*) dirimente, in eventuali contrasti tra diverse norme, il cosiddetto **principio del bilanciamento**.

Ovvero una valutazione "equanime" del Diritto della Collettività (Amministrazione della Giustizia) versus il Diritto del Singolo (Tutela della salute).

Nel nostro settore di intervento (alcoldipendenze e tossicodipendenze) particolarmente a rischio, da un punto di vista relativo alla tutela dei minori, appaiono quelle situazioni genitoriali in cui vi siano difficoltà insuperabili, inadeguatezze gravi, atteggiamenti di negazione alla presa di coscienza dei problemi o dei bisogni ed impermeabilità a qualsiasi proposta terapeutica da parte del Ser.T.; proposte terapeutiche finalizzate anche, e soprattutto, verso la tutela dei minori

Emerge costantemente la necessità di **cercare di coinvolgere attivamente i pazienti** ottenendone il consenso.

Chiedere pertanto **l'autorizzazione al rilascio di informazioni ai fini di una segnalazione** (liberatorie formali) spiegando la finalità di questa, ovvero quella dell'attivazione del Consultorio Familiare o del Servizio Tutela Minori per aumentare la protezione nei confronti del minore e della famiglia.

In tale intervento "di rete" sarebbe utile il possibile coinvolgimento di altri Servizi direttamente interessati alla gestione del problema (esempio ostetricia, ginecologia, consultorio, pediatria, consultori ecc.).

L'attivazione potrebbe/dovrebbe essere effettuata, quando se ne ravvede la necessità, anche prima della nascita, attraverso modalità dirette di collaborazione e confronto.

Il lavoro di rete dovrebbe pertanto essere costruito e finalizzato, mediante un rapporto di fiducia con l'utente, a promuovere una positiva evoluzione delle competenze genitoriali e a garantire misure di tutela idonee a salvaguardare lo sviluppo psicofisico del bambino.

Qualora venissero redatte delle relazioni buona norma sarebbe quella di **informare sempre** gli interessati del contenuto di relazioni o certificati prodotti, specie se da inviare all'autorità giudiziaria richiedente (es. Tribunale dei Minori).

Riguardo alle informazioni da dare ai genitori queste non dovrebbe limitarsi ad una semplice lettura della comunicazione ma ad una adeguata spiegazione di quanto si afferma e dei motivi da cui scaturiscono tali affermazioni.

Solo nei casi in cui **l'autorizzazione venisse a mancare**, quando la situazione lo necessita e dopo averne avvisato il paziente, dovrebbe essere informato il Responsabile di sede che valuterà le possibili azioni da intraprendere, in stretto coordinamento con la Direzione di Dipartimento (Direttore di Dipartimento e Direttore di Servizio Complesso) e con l'eventuale consulenza di altre strutture attivabili in ambito ASL.

Si sottolinea in merito la non sempre facile valutazione tra una situazione inquadrabile come "abbandono di minore" e una situazione di "minore maltrattato".

Potrebbe essere interessante pensare alla possibilità di attivare, in ambito Direzione Dipartimento, una virtuale "**equipe unica provinciale**" con professionisti specificatamente formati riguardo l'area minori.

Tale equipe, attivabile sul caso, avrebbe la funzione d'**accompagnamento, supervisione e consulenza** all'equipe del servizio ter-

ritorialmente competente qualora si presentassero casi particolarmente problematici riguardanti i minori; sia in quanto "figli di" tossicodipendenti o alcolodipendenti sia nel caso in cui il problema tossicomano li riguardasse direttamente.

Fonti normative riguardanti la tutela dei minori

- Art. 31 della Costituzione italiana: "La Repubblica... protegge la maternità, l'infanzia e la gioventù, favorendo gli istituti necessari a tale scopo".
- Art. 344 c.c. (Funzioni del Giudice tutelare). Presso ogni Pretura il Giudice tutelare soprintende alle tutele ad alle curatele ed esercita altre funzioni affidategli per legge. Il Giudice tutelare può chiedere l'assistenza degli organi della pubblica amministrazione e di tutti gli enti i cui scopi corrispondano alle sue funzioni.
- Art. 403 c.c. (Intervento della pubblica autorità a favore dei minori). Quando il minore è moralmente o materialmente abbandonato o è allevato in locali insalubri o pericolosi, oppure da persone per negligenza, immoralità, ignoranza o per altri motivi incapaci di provvedere all'educazione di lui, la pubblica autorità, a mezzo degli organi di protezione dell'infanzia, lo colloca in luogo sicuro, sino a quando si possa provvedere in modo definitivo alla sua protezione.
- Art. 9 legge 149 del 28/03/2001: "Chiunque ha facoltà di segnalare all'autorità pubblica situazioni di abbandono di minori d'età. I pubblici ufficiali, gli incaricati di pubblico servizio, gli esercenti un servizio di pubblica necessità *debbono* riferire al più presto al procuratore della Repubblica presso il tribunale per i minorenni del luogo in cui il minore si trova sulle condizioni di ogni minore in situazioni di abbandono di cui vengano a conoscenza in ragione del proprio ufficio".
- Art. 23 DPR 616/77: Si stabiliscono in esso le funzioni amministrative delle Regioni e dei Comuni, ivi compresa l'esecuzione dei provvedimenti adottati dal Tribunale per i minorenni.
- Deliberazione della Giunta Regionale della Lombardia del 23/12/2004 n. 7/20100. Art. 2.2.3. Segnalazione: quando i segnali raccolti nella fase di rilevazione concorrono a far fondatamente ritenere che la situazione esistenziale del minore sia caratterizzata da uno stato di pregiudizio, per la presenza di comportamenti negativi, attivi od omissivi, attuati

dagli stessi adulti che svolgono funzioni educative e di protezione e che sono essi stessi causa della condizione di rischio o del danno reale o prevedibile, è dovere degli operatori effettuare una segnalazione alla Magistratura Minorile, istituzione deputata alla tutela dei minori, indipendentemente dalla natura dolosa o colposa dei comportamenti che danneggiano o che potrebbero danneggiare i minori stessi.

La segnalazione è un atto di responsabilità individuale obbligatoria per il pubblico ufficiale, l'incaricato di pubblico servizio e l'esercente un servizio di pubblica necessità. Tra gli incaricati di pubblico servizio devono essere ricompresi gli operatori socio-sanitari, gli insegnanti e gli operatori di comunità, come soggetti che svolgono una funzione delegata dall'ente pubblico tutore o affidatario.

La segnalazione deve fornire informazioni analitiche e riferire gli elementi che sono stati individuati sulla condizione di pregiudizio in atto distinguendo fra fatti e notizie raccolti direttamente o tramite terzi e valutazioni e suggerimenti che derivano dall'esperienza tecnico-professionale.

- Convenzione sui diritti del fanciullo del 20/11/1989, ratificata con legge 27/05/1991 n. 176.
- Convenzione Europea sui diritti dei minori del 25/01/1996 ratificata nella legge 77/2003.

Links utili

Il minore sessualmente abusato: vicende processuali e trattamento terapeutico (Psychomedia, portale italiano di psichiatria e psicologia) www.psychomedia.it/pm-thesis/fantoni/2-1.htm

Il segreto (Facoltà di Medicina Università di Genova) www.google.it/url?sa=t&source=web&cd=14&ved=0CCgQFjA-DOAo&url=http%3A%2F%2Fwww.medicina.unige.it%2Fdidattica%2FcorsiLaurea%2FCLS_medicinaChirurgia%2Fz_materialeDidattico%2Fmedicina%2520legale%2FB%2520Segreto.ppt&ei=vbviTL-aK8GGh-QeK9NX_DA&usq=AFQjCNFF07j5lx9KCTGjkoXXHdFulDNFvA

Delitti contro la famiglia (Altalex portale di informazione giuridica) www.altalex.com/index.php?idnot=36773

Abuso dei mezzi di correzione o di disciplina (Dott. Enrico de Masellis) www.giustizia.catania.it/formazione/190407/demasellis2.pdf

FeDerSerD/ORGANIZZAZIONE

L'assemblea nazionale di FeDerSerD è convocata il giorno 31 maggio 2012, alle ore 18 presso la sede legale c/o Studio Mancini, via Giotto n. 3 Milano e se necessario in seconda convocazione il giorno 15 giugno 2012 alle ore 13,30 a Lazise (Verona) presso il Centro Congressi dell'Hotel Parchi del Garda via Brusà n. 16, per discutere e deliberare sul seguente ODG:

- Approvazione verbale seduta precedente
- Relazione annuale del Presidente
- Ratifica ammissione nuovi soci
- Convocazione V congresso nazionale (Roma, 22-25 ottobre 2013)
- Approvazione bilancio consuntivo 2011
- Approvazione bilancio preventivo 2012
- Approvazione modifiche statutarie (a seguito proposte del direttivo nazionale)
- Nomina nuovi membri del direttivo nazionale
- Adesione a ASSODIP
- Varie ed eventuali

Il Presidente Nazionale - Prof. Alfio Lucchini

Il trattamento della Dipendenza da Cocaina. Efficacia nella riduzione del craving, nella prevenzione delle ricadute e nell'astensione protratta in un campione italiano

Uno studio preliminare osservazionale in aperto

Antonio d'Amore*, Elena Morrone**

"Indifferente è per me da quale parte incomincio,
infatti ritornerò lì di nuovo".
Parmenide

SUMMARY

■ *The capillary circulation and the cocaine massive use reveal a sturdy relationship between white dust and contemporary society. The observations coming from clinical practice and scientific research make evident that craving for cocaine and behavioural compulsion represent frequent causes of early relapse. To date, there are not drugs known specific for treatment of Cocaine Dependence. The aim of the present open study was to evaluate the efficacy of bupropion, sodium valproate and promazine in terms of reduction of cocaine craving, relapse prevention and protracted with-drawal in twenty-one Cocaine Dependent (DSM-IV-TR) outpatients. Patients have been evaluated at baseline (T0), and after every week until 15° week from the beginning of treatment (from T1 to T15) by toxicological urine test. To everybody was administered MMPI2 PANDA, to evaluating personality profile; Hamilton Rating Scale for Depression, to emphasizing coexistence depressive aspects; and TAS 20 (Toronto Alexithymia Scale) to evaluating presence of Alexythymia, not undervaluing the importance of psychopathological clinical valuation.*

As to our results, bupropion, sodium valproate and promazine are effective in both the reduction of cocaine craving and relapses. Moreover they resulted effective in reducing the severity of protracted withdrawal. The data are of a pilot open-study, where the founder is the C.O.U. Ser.T. of Aversa, from which we intend to start a larger multicentre study in the others Ser.T. belonging to Pathological Dependence Department of ASL CE. ■

Keywords: *Treatment of cocaine dependence, Craving, Bupropion - Sodium Valproate - Promazine.*

Parole chiave: *Trattamento della dipendenza da cocaina, Craving, Bupropione - Valproato - Promazina.*

La capillare diffusione e l'uso massiccio della cocaina rivelano un solido legame fra polvere bianca e società contemporanea.

La cocaina è uno psicostimolante che agisce a livello del sistema nervoso centrale (SNC).

L'effetto farmacologico principale è quello di bloccare il recupero (reuptake) di dopamina nel terminale presinaptico una volta che questa è stata rilasciata dal terminale del neurone nella fessura sinaptica; la rimozione della dopamina dal terminale sinaptico avviene ad opera delle cosiddette proteine di trasporto che

favoriscono l'assorbimento del neurotrasmettitore dall'esterno all'interno del neurone.

La cocaina agisce sulla funzionalità delle proteine di trasporto, impedendo il riassorbimento di dopamina all'interno del neurone.

Il risultato è un aumento della quantità di dopamina a livello delle terminazioni sinaptiche dei neuroni dopaminergici del SNC.

In particolare, si assiste ad un aumento di dopamina nelle sinapsi fra le terminazioni dei neuroni che proiettano dall'area tegmentale ventrale ed i neuroni del nucleo accumbens e della corteccia prefrontale mediale.

Questi meccanismi, che portano ad un aumento del neurotrasmettitore nella fessura sinaptica e alla loro persistenza, portano nell'utilizzo ricreativo della sostanza al fenomeno della tolleranza indotto da down regulation recettoriale.

* Direttore U.O.C. Ser.T. Aversa, Direttore Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL Caserta.

** Psichiatra, U.O.C. Ser.T. Aversa, Specialista Ambulatoriale Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL CE.

Il craving da cocaina è invece indotto dal desiderio di evitare le crisi d'astinenza e dalla diminuzione della normale capacità di provare piacere legata al reward system.

La dipendenza da cocaina riconosce anche un importante substrato fisico legato al neuroadattamento del sistema nervoso centrale e ai suoi effetti.

Gli studi sull'animale mostrano inoltre che le somministrazioni ripetute di cocaina distruggono selettivamente una parte del cervello, il fascicolo retroflesso, con ripercussioni di tipo psicopatologico, quali psicosi e alterazioni della gratificazione.

La cocaina, però, produce soprattutto danni a livello psichico. Il consumo prolungato, infatti, porta ad una progressiva modificazione dei tratti della personalità in senso paranoideo: prevale il sospetto, l'irritabilità, la sensazione di trovarsi in un ambiente ostile, fino, talvolta, al delirio paranoide.

La cocaina, infatti, blocca il riassorbimento di noradrenalina e dopamina, causando un eccesso della disponibilità di queste sostanze eccitanti, che possono alterare il funzionamento del cervello facendo comparire disturbi spesso non distinguibili da quelli causati da una psicosi.

Ad oggi non vi sono nella farmacopea generale farmaci riconosciuti specificatamente miranti al trattamento della Dipendenza da Cocaina.

L'obiettivo di questo studio pilota è stato valutare l'efficacia di un piano farmacologico combinato basato sull'utilizzo di bupropione, valproato di sodio e promazina nella riduzione del craving, nella prevenzione delle ricadute e nell'astensione protratta in un campione di ventuno pazienti ambulatoriali con diagnosi di Dipendenza da Cocaina (DSM-IV-TR).

Materiali e metodi

Sono stati reclutati presso l'U.O.C. Ser.T. di Aversa (ASL CE), ventuno pazienti cocainomani (M/F: 19/2, Età media: 31 ± 12) con storia di abuso di cocaina da almeno un anno, soddisfacenti i criteri clinici per dipendenza (DSM-IV).

L'arruolamento dei pazienti ha avuto inizio nel febbraio 2011 e l'osservazione si è conclusa nel febbraio 2012.

Nel reclutamento dei soggetti sono stati presi in considerazione i seguenti criteri inclusivi ed esclusivi:

Criteri inclusivi

1. *cocainomani puri (consumo esclusivo di cocaina o concomitante solo all'uso di cannabinoidi);*
2. *maschi e femmine, di età compresa tra i 18 ed i 60 anni;*
3. *assistiti regolarmente iscritti, che accedevano al Servizio ed effettuavano esami tossicologici delle urine con cadenza almeno mono-settimanale durante l'epoca dell'osservazione;*
4. *affidabilità nell'assunzione giornaliera e regolare del protocollo psicofarmacologico prescritto;*
5. *almeno un parente o una figura di riferimento a conferma dell'assunzione di cui sopra.*

Criteri esclusivi

1. *anamnesi positiva per abuso di oppiacei o sostanze alcoliche o new drugs;*
2. *assistiti di età inferiore ai 18 anni o superiore ai 60 anni;*
3. *pazienti inviati da altri Servizi ma non regolarmente iscritti presso il nostro;*
4. *frequenza al Servizio saltuaria e/o discontinua;*
5. *scarsa affidabilità del soggetto e mancanza di una figura di riferimento;*
6. *concomitante assunzione di altri psicofarmaci o anamnesi patologica prossima positiva per l'assunzione;*

7. *concomitante patologia cronica in trattamento farmacologico o per la quale è controindicato l'uso degli psicofarmaci nel protocollo.*

Tutti i soggetti inclusi hanno cominciato, con Bupropione (*Wellbutrin 150 mg cpr*): 1 cpr/die;

Sodio Valproato (*Depakin Chrono 300 mg* dosaggio in progressione fino a due settimane dopo l'inizio, il seguente protocollo farmacologico: *cpr*): 1 cpr/die; Promazina (*Talofen gtt*): 10 ± 5 gtt due volte al dì.

In concomitanza al raggiungimento della completa astensione da cocaina, lo schema terapeutico veniva mantenuto per dodici settimane, per poi venir scalato gradualmente, a condizione che permanesse l'astensione alla cocaina, ed eliminato.

Razionale dell'utilizzo del protocollo farmacologico

Dal momento che il principale effetto della cocaina a livello del SNC è quello di bloccare il reuptake di dopamina nel terminale presinaptico con un conseguente aumento della quantità di dopamina a livello delle terminazioni sinaptiche dei neuroni dopaminergici, si è pensato di ricorrere all'utilizzo di un farmaco che mimasse l'effetto dopaminergico sul SNC al fine di diminuire il craving per la cocaina e di attuare l'astinenza indotta dall'interruzione dell'uso della sostanza.

Si è pensato al bupropione, un NDRI, quindi inibitore selettivo del reuptake di Noradrenalina e Dopamina, il cui impiego è già noto per l'azione antidepressiva e che pertanto fungesse anche da copertura contro la deflessione del tono dell'umore conseguente all'astensione da cocaina; ed altresì in virtù del fatto che assumere cocaina insieme a inibitori della ricaptazione della serotonina pone un notevole rischio di sindrome serotoninergica.

L'utilizzo del Valproato di Sodio è invece giustificato dall'effetto del farmaco nel facilitare la Decarbossilasi dell'Acido Glutammico per la sintesi del GABA, aminoacido ad effetto inibitorio, riducendo quindi l'iperattivazione e l'impulsività indotta dall'uso di cocaina.

La Promazina, a basse dosi, viene qui impiegata per l'effetto sedante, ma senza indurre assuefazione e dipendenza, come sarebbe invece l'introduzione e l'utilizzo di Benzodiazepine, per di più in soggetti con evidente tendenza alla tossicomania, che quotidianamente fanno dell'uso di ansiolitici, prescritti spesso in buona fede, utilizzi impropri ed off label.

Contemporaneamente tutti i pazienti reclutati sono stati sottoposti a supporto psicoterapico individuale o grupppale per l'intera durata del trattamento ed anche oltre.

L'osservazione dei soggetti tramite screening tossicologici delle urine avveniva in diversi tempi:

all'inizio del trattamento	T 0
dopo una settimana	T 1
dopo due settimane	T 2
dopo tre settimane	T 3
dopo quattro settimane	T 4
dopo cinque settimane	T 5
dopo sei settimane	T 6
dopo sette settimane	T 7
dopo otto settimane	T 8
dopo nove settimane	T 9
dopo dieci settimane	T 10
dopo undici settimane	T 11
dopo dodici settimane	T 12
dopo tredici settimane	T 13
dopo quattordici settimane	T 14
dopo quindici settimane	T 15

Ad ognuno dei partecipanti veniva altresì effettuato prelievo ematochimico e dosaggio CDT al reclutamento ed ogni tre settimane.

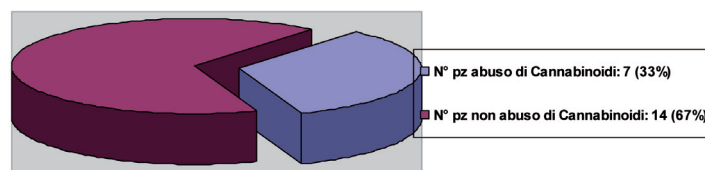
Per quanto concerne il profilo personale ai soggetti veniva somministrata MMPI 2 PANDA, per evidenziare la coesistenza di aspetti depressivi di rilievo Hamilton Rating Scale for Depression, e la presenza di connotati alestitimici TAS 20 (Toronto Alexithimia Scale), senza però sottovalutare l'indispensabilità di una corretta valutazione psicopatologica clinica.

Risultati

Le caratteristiche socio-demografiche del gruppo di esperimento sono di seguito riportate:

CAMPIONE CLINICO	
N	21
Sesso	19 Maschi (90,47%), 2 Femmine (9,53%)
Età	31 ± 12
Stato civile	
Celibe/Nubile	9 (42,85%)
Coniugato/a	6 (28,57%)
Separato/Divorziato	6 (28,57%)
Vedovo/a	0
Livello di scolarizzazione	
Licenza Elementare	1 (4,76%)
Licenza Media	0
Diploma Scuola Superiore	19 (90,47%)
Laurea	1 (4,76%)
Occupazione	
Studente	1 (4,76%)
Lavori saltuari	5 (23,81%)
Occupazione stabile	9 (42,85%)
Disoccupazione	5 (23,81%)
Pensionato	1 (4,76%)

Nel campione esaminato vi sono pazienti che, in concomitanza all'uso di cocaina, facevano altresì uso di cannabinoidi:

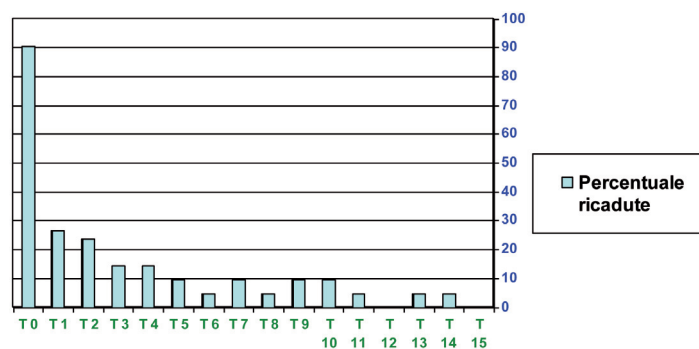
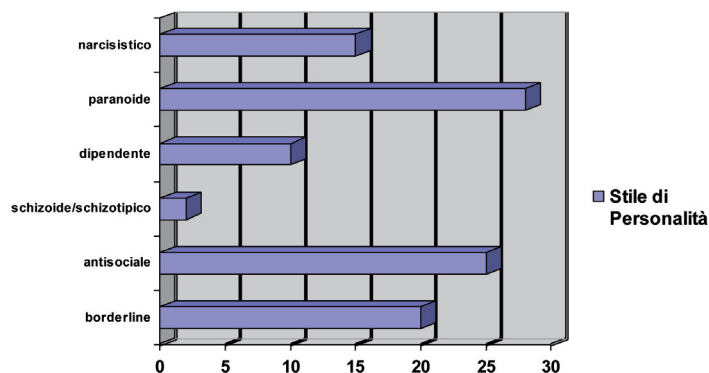


Dalla somministrazione di MMPI 2 PANDA, avevamo definito il profilo di personalità dei cocainomani del nostro campione: gli stili di personalità risultanti rientrano in toto nel Cluster B codificato dal manuale nosografico DSM-IV-TR, con percentuali variabili dal 2% (personalità schizoide) al 28% (personalità paranoide).

Nel diagramma di seguito riportato viene indicata la percentuale di positività agli esami tossicologici effettuati settimanalmente, a partire da T 0, relativa al nostro campione.

È evidente il marcato sbilanciamento fra la percentuale di positività al baseline (T 0 = 90,47%) e le settimane successive (T 1 = 26,57%, T 2 = 23,8%, e così via).

Da notare che a T 12 e a T 15 la percentuale è dello 0%.



Discussione

Il bisogno di identificare trattamenti farmacologici fruibili nella cura del Cocainismo ha stimolato il nostro studio.

In questo trial in aperto intendevamo raccogliere alcuni dati preliminari sull'efficacia nell'associazione di bupropione, valproato di sodio e promazina nella gestione e trattamento del paziente cocainomane.

I nostri risultati indicano che questi farmaci, ai dosaggi sopra-indicati, potrebbero essere di beneficio, nei casi di dipendenza da cocaina, nella riduzione del craving, nella prevenzione delle ricadute e nell'astensione protratta.

Gli screening tossicologici delle urine confrontati nelle settimane successive al baseline hanno mostrato una significativa diminuzione della percentuale di ricadute e quindi di positività per cocaina metabolita.

Per quanto ne siamo a conoscenza, questo è il primo studio osservazionale, condotto in Italia, che valuti l'efficacia del piano terapeutico a base di bupropione, valproato di sodio e promazina nella riduzione del craving, prevenzione delle ricadute e astensione protratta in una popolazione di soggetti cocainomani.

Riconosciamo che l'esiguità del campione preso da noi in esame potrebbe limitare l'interpretazione dei nostri risultati.

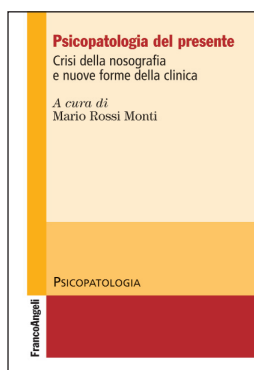
Ad ogni modo, questi sono i dati ottenuti da uno studio pilota, che è parte, e l'U.O.C. Ser.T. di Aversa ne è il capostipite, di un più ampio studio multicentrico che si intende avviare negli altri Ser.T. afferenti al Dipartimento Dipendenze Patologiche dell'ASL CE, da poter osservare in uno spettro temporale più ampio.

Nel frattempo, per una popolazione di pazienti selezionati, i risultati del nostro studio pilota indicano un possibile ruolo dell'associazione di bupropione, valproato di sodio e promazina nella gestione e trattamento del paziente cocainomane.

Bibliografia

- Antonini G. (1927), "Il cocainismo: la massima insidia dei veleni piacevoli", *Giornale della Reale Società Italiana d'Igiene*, anno XLIX, fasc. 4: 1.
- Arif A.A. (1987), *Adverse Health Consequences of Cocaine Abuse*, World Health Organization, Geneva.
- Arnao G. (1993), *Cocaina e crack*, Feltrinelli, Milano.
- Arnao G. (1990), *Proibito capire. Proibizionismo e politiche di controllo sociale*, Ega, Torino.
- Aa.Vv. (1999), *Adolescenza e condotte a rischio: informazione e prevenzione contro l'abuso di sostanze psicoattive*, atti del corso, AUSL di Reggio Emilia gennaio.
- Bagozzi F. (1996), *Generazione in Ecstasy*, Gruppo Abele, Torino.
- Bert G., Quadrino S. (1998), "Per una pratica sociale del Counselling", *Animazione Sociale*, n. 2: 33, Gruppo Abele, Torino.
- Bricolo R. (1998), "Nuove droghe nuovi servizi?", *Animazione Sociale*, n. 3: 90, Gruppo Abele, Torino.
- Campanini A., Luppi F. (1988), *Servizio sociale e modello sistemico*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Cancrini L. (1982), *Quei temerari sulle macchine volanti*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Castillo F. (1992), *I cavalieri della cocaina*, Teda edizioni, Castrovillari.
- Castoldi A. (1994), *Il testo drogato: letteratura e droga tra Ottocento e Novecento*, Einaudi, Torino.
- Conti L., Principe S. (1983), *Salute mentale e società*, Piccin, Padova.
- Di Gennaro G. (1991), *La guerra della droga*, Mondadori, Milano.
- Downer L. (1990), *Brixton Drug Project*, Londra.
- European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (1997), *Insight, New trends in synthetic Drugs in the European Union*, Office for official publications of the European Communities, Luxembourg.
- Feltham C.E., Dryden W. (1993), *Dizionario di Counselling*, a cura di E. Giusti, Sovera, Milano.
- Ferrario F. (1992), *Il lavoro di rete nel servizio sociale*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Freud S. (1990), *Sulla Coca*, Newton, Roma.
- Gatti R. (1998), *Ecstasy e nuove droghe*, FrancoAngeli, Milano.
- Gatti R. (1998), "Droghe: le provocazioni dei nuovi consumi", *Animazione Sociale*, n. 3: 98, Gruppo Abele, Torino.
- Giberti F., Rossi R. (1983), *Manuale di psichiatria*, III edizione, Piccin, Padova.
- Ginspoon L., Bakalar J.B. (1976), *Cocaine. A drug and its Social Evolution*, Basic Books, New York.
- Inaba D.B., Cohen W.E. (1997), *Eccitanti sedativi psichedelici. Effetti fisici e mentali*, Piccin, Padova.
- Lodi F., Marozzi E., Marozzi F., *Abuso di cocaina: i dati relativi alla sua diffusione nella città di Milano. Esperienze medico-legali e tossicologico-forensi*, Atti del convegno Cocaina Oggi, Unidri, Roma.
- Lowers P.D. (1966), *The Genesis of International Narcotic Control*, Droz, Genève.
- Malizia E., Ponti H. (1992), *Coca e cocaina*, Newton, Roma.
- Mannaioni P.F. (1991), "Il rischio da cocaina: tossicità, dipendenza, trattamento", in *Unicri, Cocaina oggi: effetti sull'uomo e sulla società*, Roma: 55 sgg.
- Mantegazza P. (1859), "Sulle virtù igieniche i medicinali della coca", in *Annali Universali di Medicina*.
- Merzagora Betsos I. (1997), *Cocaina: la sostanza, i consumatori, gli effetti*, FrancoAngeli, Milano.
- Mortimer W.G. (1901), *Perù. History of Coca*, J.V. Vail, New York.
- Nizzoli U. (1996), *Prendersi cura dei tossicodipendenti*, Masson, Milano.
- Nizzoli U., Pissacroia M. (2003), *Trattato completo degli abusi*, Piccin Nuova Libreria.
- Phillips J.L., Wynne R.D. (1980), *Cocaine, the Mystique and the Reality*, Avon Books, New York.
- Ponti G., Cavalese E., Marozzi F., Merzagora I., *Cocaina e criminalità: rapporto diretto o rapporto d'ambiente?*, Atti del convegno Cocaina oggi, Unicri, Roma.
- Ruggeri A. (1996), *Droga e criminalità: il caso di Firenze*, Centro di documentazione cultura e legalità democratica Regione Toscana, Firenze.
- Sabatucci F. (1922), "Sindromi neuropsichiatriche nei fiutatori di cocaina", *Il Policlinico Sezione medica*, fasc. 5.
- Salvini A. (1998), "Cocaina: una botta di vita a caro prezzo. Storia di un'illusione", *Psicologia contemporanea*, n. 146: 37, Giunti.
- Salvini A. (1998), "Cocaina: una botta di vita a caro prezzo. Dionisio del cervello", *Psicologia Contemporanea*, n. 147: 39, Giunti.
- Salvini A. (1998), "Cocaina: una botta di vita a caro prezzo. Forte sensazione cercasi", *Psicologia Contemporanea*, n. 148: 37, Giunti.
- Tirelli V. (1920), "Morfina e cocaina", in *Archivio di Antropologia Criminale, Psichiatria, Medicina Legale*, vol. XI: 209-210.
- Van Meerten R. (1992), *Cracked by coke?*, Rotterdam.
- Waldorf D. (1991), *Cocaine Changes: Compulsion, Control and Cessation Among Heavy Users*, Temple University Press.
- Washton A.M. (1987), *Cocaine Addiction: Treatment, Recovery, and Relapse Prevention*, Norton & Company, New York-London.

RECENSIONE



Mario Rossi Monti (a cura di)

PSICOPATOLOGIA DEL PRESENTE Crisi della nosografia e nuove forme della clinica

pp. 208, € 26,50

Editore: FrancoAngeli

Cod. 1246.1

Collana: Psicopatologia

Negli ultimi decenni la psicopatologia è andata incontro a una radicale trasformazione. Sempre più spesso le nuove forme della clinica non si adattano alle nostre tradizionali classificazioni: da un lato il *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* si affanna a costruire sistemi categoriali statici e coerenti, dall'altro la clinica sembra essere investita da uno "sciame sismico" a causa del quale le diagnosi si disperdono in una galassia di fenomeni ibridi, eterogenei e poco delimitabili. La schizofrenia, la cosiddetta "depressione", i disturbi alimentari nelle loro mutevoli espressioni, l'autoleSIONISMO, l'area borderline, i comportamenti antisociali sono diventati sempre più spesso forme psicopatologiche "liquide" che, nella

loro indefinitezza e complessità, si nascondono dietro la maschera camaleontica del sintomo.

Le riflessioni, le ricerche e le pratiche cliniche intorno a queste nuove forme della clinica non hanno ancora trovato una adeguata rappresentazione nei Manuali sui quali i nuovi clinici si stanno formando. Questo volume si propone quindi di colmare questa lacuna, proponendosi come strumento da affiancare ai tradizionali manuali di psicologia clinica e psichiatria, con l'intento di fornire allo studente, ma anche al clinico e all'operatore dei Servizi, una conoscenza problematica, ma allo stesso tempo aggiornata e approfondita, di aree psicopatologiche che sono, per così dire, nell'occhio del ciclone. In ogni sezione gli Autori – un po' come geologi che sondano un terreno sconosciuto – hanno cercato di effettuare una "trivellazione" in profondità che dia conto della natura, delle forme, in qualche misura delle cause e soprattutto degli strumenti necessari per capire e intervenire in situazioni cliniche tanto nuove quanto sconcertanti.

Contributi di: Egidio A. Bove, Antonello Correale, Alessandra D'Agostino, Massimo Recalcati, Mario Rossi Monti.

Mario Rossi Monti, ordinario di Psicologia clinica presso l'Università di Urbino, è membro ordinario della Società Psicoanalitica Italiana (IPA), socio fondatore della Società Italiana per la Psicopatologia e responsabile di *Psiche. Rivista di cultura psicoanalitica*. Ha recentemente pubblicato: con G. Stanghellini, *Psicologia del patologico. Una prospettiva fenomenologica-dinamica* (Milano 2009); con G. Foresti, *Esercizi di visioning. Psicoanalisi, psichiatria, istituzioni* (Roma 2010); con A. D'Agostino, *Il suicidio* (Roma, 2012).

Valutazione dei comportamenti prescrittivi per lo screening delle malattie a trasmissione parenterale in un Dipartimento Dipendenze

Mariagrazia Fasoli*, Antonia Cinquegrana**

SUMMARY

■ *To verify why the percentage of patients of an Addiction Department performing screening tests for parenterally transmitted diseases is decreasing we studied, through a specific questionnaire, the prescribing behaviours of physicians on a sample of 32% of newly consecutively presented cases on 2009. Data analysis showed that the reduction of adherence to screening is related to reduction of known risk factors and not to the reduced attention of doctors. ■*

Keywords: *Ser.T., screening for parenterally transmitted diseases, prescribing behaviours.*

Parole chiave: *Ser.T., screening per malattie a trasmissione parenterale, comportamenti prescrittivi.*

Razionale dello studio

Negli anni '80 e '90 del secolo scorso l'eroina era la più diffusa sostanza illegale utilizzata dai tossicodipendenti che richiedevano trattamento, era assunta prevalentemente per via endovenosa con scambio di siringhe e rappresentava il principale fattore di rischio per le malattie infettive a trasmissione parenterale e sessuale sia in Italia che in altri paesi occidentali (1).

Nel Nord Italia, e in provincia di Brescia in particolare, la percentuale di tossicodipendenti sieropositivi per HIV era del 52% nel 1986 (2) con tassi di incidenza di 6,3 casi per 100 anni uomo. In uno studio effettuato dal Servizio Tossicodipendenze (Ser.T.) di Montichiari (3) i portatori di marker dell'epatite B tra i pazienti afferenti al servizio dal 1985 al 1988 erano invece l'84,5%.

Nel 1989 la prevalenza di HCV-Ab in un campione di tossicodipendenti nell'area di Brescia raggiungeva il 74,8% (4).

Per contrastare la diffusione di queste patologie tra i tossicodipendenti (e prevenirne la diffusione alla popolazione generale attraverso la via sessuale) la rete dei Ser.T., presenti per disposizione di legge in ogni area del paese (5), attuò una serie di interventi di riduzione del rischio.

Tali interventi comprendevano: campagne di informazione ed educazione sanitaria dirette ai clienti dei servizi e ai loro contatti; informazioni sul modo di disinfettare le siringhe usate; distribuzione di siringhe sterili; diffusione di programmi di mantenimento con metadone a bassa soglia; promozione attiva ed esecuzione gratuita di test di screening per epatite B, NANB/C e HTLV III/ HIV a chiunque venisse in contatto con i servizi.

* Direttore Dipartimento Dipendenze ASL Brescia.

** Responsabile U.O. Centro Clinico Cocainomani, Dipartimento Dipendenze, ASL Brescia.

La logica di tali interventi fu la constatazione che raramente il timore di un grave danno per la salute è sufficiente a ottenere che una persona tossicomane cessi l'assunzione della sostanza. È invece relativamente facile ottenere l'adozione di modalità di assunzione meno rischiose.

Le campagne di prevenzione dei Ser.T., perciò, si concentrarono sul concetto che lo scambio di siringhe (e non l'uso di droghe in sé) è la via di infezione.

Tali interventi si associarono, come previsto, ad una riduzione della prevalenza di tutte le infezioni sopra citate tra i nuovi pazienti.

Nell'area di Montichiari, per esempio, la prevalenza di HBV sui nuovi casi passò dall'89% nel 1985 al 12% nel 1995, mentre, nello stesso periodo, la percentuale di HIV positivi, sempre sui nuovi casi passò dal 71% al 10% (Fasoli M., dati non pubblicati).

Nel 2009 in Italia solo il 22,7% dei nuovi casi di AIDS erano attribuibili alla tossicodipendenza contro il 45,4% di dieci anni prima (6).

Il tasso di incidenza di nuove diagnosi di infezione da HIV e di AIDS tra i consumatori di stupefacenti per via iniettiva è passato in Italia da 20 casi per milione di abitanti nel 1998 a 3,7 casi nel 2008 (7).

I dati rilevati presso i Ser.T. nell'anno 2009 davano tra i nuovi casi una prevalenza del 2% (8).

La percentuale di persone testate era però scesa dal 60% nel 1994 al 37%.

Questi dati, sebbene dimostrino il successo dei programmi di prevenzione secondaria attuati in passato, aprono interrogativi sul motivo per cui una percentuale sempre più bassa di pazienti esegue gli screening.

In particolare ci si è chiesti se tale situazione corrisponda ad un'effettiva scomparsa dei fattori di rischio che indicavano l'esecuzione dei test sierologici o se sia frutto di un calo dell'attenzione nei confronti di queste infezioni.

Per verificarlo abbiamo realizzato nel 2010 uno studio campionario sulle prescrizioni effettuate dai medici del Dipartimento Dipendenze dell'ASL di Brescia e sui pazienti che vi si sono o non vi si sono sottoposti con gli obiettivi sotto esposti.

Obiettivi dello studio

Verificare:

- la prevalenza di fattori di rischio dichiarati per infezioni a trasmissione parenterale o sessuale (MST) nei pazienti che si rivolgono per la prima volta al Ser.T.;
- la presenza o assenza di fattori di rischio dichiarati nei pazienti sottoposti e non sottoposti allo screening;
- la prevalenza di positività per HCV-Ab, HBsAg, HIV-Ab e marker della sifilide nei pazienti testati, in presenza di fattori di rischio dichiarati;
- la prevalenza di positività per HCV-Ab, HBsAg, HIV-Ab e marker della sifilide nei pazienti testati, in assenza di fattori di rischio dichiarati;
- la eventuale variazione della percentuale di adesione allo screening in base al motivo di accesso al Servizio.

Metodi

A tutti i pazienti che accedono per la prima volta al SERT, indipendentemente dal motivo, vengono usualmente fornite informazioni sui fattori di rischio per infezione da HCV, HIV, HBV e per sifilide e si offre la possibilità di effettuare uno screening gratuito su semplice richiesta.

Lo screening viene invece attivamente promosso se nel corso della valutazione medica vengono rilevati i fattori di rischio indicati in tabella 1.

Nel 2009 i Ser.T. afferenti al Dipartimento Dipendenze dell'ASL di Brescia seguirono 2910 pazienti, 624 dei quali presentatisi per la prima volta ai servizi.

Di questi ultimi, 110 (17,6%) effettuarono il test per HIV.

Nessuno di essi risultò positivo (prevalenza 0%). 148 soggetti (23,7%) effettuarono lo screening per HCV e 28 (prevalenza 18,9%) risultarono positivi.

I dati relativi all'infezione da HBV non sono utilizzabili, perché l'elaborazione dei dati effettuati per la rilevazione ministeriale tuttora non tiene conto della vaccinazione generalizzata e considera positivi allo screening anche i pazienti HBsAb isolato. Per disporre di un campione rappresentativo degli effettivi comportamenti prescrittivi dei medici del Dipartimento rispetto ai pazienti che si rivolgono per la prima volta al Ser.T., abbiamo chiesto ad ogni medico in servizio di utilizzare i dati delle cartelle cliniche per compilare un questionario anonimizzato per ciascuno dei primi dieci nuovi casi consecutivi a lui assegnati nell'anno 2009.

Il questionario rilevava:

- il motivo dell'accesso al Ser.T.;
- la presenza di fattori di rischio per trasmissione parenterale di HCV, HBV, HIV (scambio siringhe o uso di droghe per via parenterale senza scambio siringhe);
- la presenza di fattori di rischio per trasmissione sessuale di HBV, HIV, sifilide (partner notoriamente infetto, riferito sesso promiscuo, riferito sesso mercenario, provenienza da aree ad alta endemia HBV, provenienza da aree ad alta endemia HIV);
- la presenza o assenza di indicazioni per lo screening secondo il protocollo in uso al Dipartimento;

- l'effettiva proposta di screening; la accettazione da parte del paziente e l'effettiva esecuzione dello screening;
- l'esito della determinazione di HCV-Ab, di HBs-Ag, di HIV-Ab, di VDRL e TPHA.

Tab. 1 - Screening patologie correlate all'abuso di sostanze stupefacenti

Fattore di rischio	Patologia correlata	Test di screening
Utilizzo droghe per e.v., scambio siringhe	Infezione da HIV, HBV, HCV, TBC	HIVAb, HCVAb, HBcAb, i.d Mantoux
Rapporti sessuali a rischio, prostituzione	Sifilide, HIV, HBV, HCV-Ab	VDRL, TPHA, HIVAb, HBcAb, HCVAb,
Terapia di mantenimento con metadone	Torsione di punta	ECG in presenza di fattori di rischio o dosaggi sup. a 100 mg
Cocaina o altri stimolanti: uso intensivo superiore tre anni o presenza di altri fattori di rischio	Malattie cardiovascolari, epatopatie non infettive	Controllo periodico PA, assetto lipidico, GOT, GPT
Alcolismo cronico	Epatopatia, anemia, TBC, malattie cardiovascolari	Emocromo, GOT, GPT, GGT, peso

I test sono stati effettuati in elettrochemiluminescenza (ECL).

Risultati

21 dei 22 medici in servizio hanno aderito allo studio, compilando complessivamente 200 questionari pari al 32% dei 624 nuovi casi del 2009.

La distribuzione dei pazienti in base al motivo di accesso era la seguente: 132 persone (66%) richiedevano un trattamento per la dipendenza, 50 (25%) certificazioni medico-legali (patente, idoneità al lavoro), 10 (5%) programmi alternativi a sanzioni penali o amministrative, 6 (3%) accedevano per vari altri motivi, 2 (1%) richiedevano semplici consulenze.

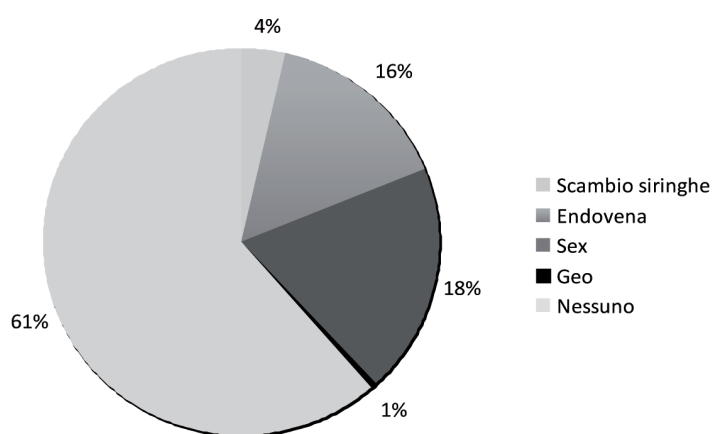
La presenza di fattori di rischio per infezioni a trasmissione parenterale o MST nell'intero campione è illustrata nel grafico 1. Come si vede, il 61% dei soggetti non ne presentava nessuno, il 18% riferiva fattori correlati a MST e il 20% riferiva fattori correlati a trasmissione parenterale.

Di questi tuttavia solo 8 persone (4%) riferivano di aver scambiato siringhe.

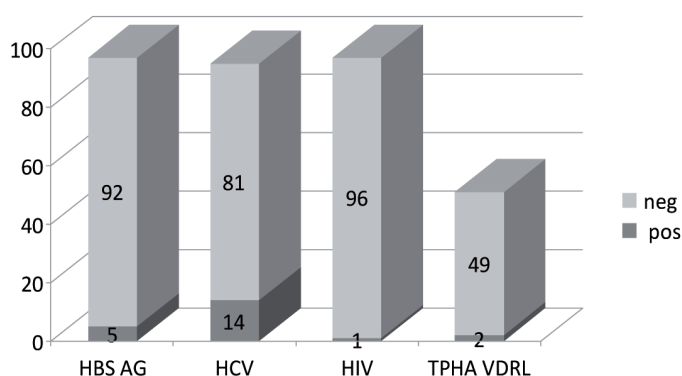
Due soggetti (1%) provenivano da aree ad alta prevalenza.

La prevalenza di soggetti con indicazione allo screening per uno qualsiasi dei fattori di rischio per malattie a trasmissione parenterale o MST era quindi del 39% (78 persone); nonostante ciò, lo screening è stato, di fatto, attivamente proposto a 123 persone, di cui 100 (81,3%, pari al 50% del campione) lo hanno accettato.

Graf. 1 - Fattori di rischio



Graf. 2 - Esito Screening



Di questi, 97 hanno eseguito HIV-Ab e Hbs Ag, 95 hanno eseguito anche HCV-Ab e 51 hanno eseguito anche VDRL e TPHA. I risultati sono riportati nel grafico 2.

Come si vede 5 persone su 97 erano risultate portatrici di HBsAg (5,1%), 14 su 95 (14,7%) erano HCV-Ab positive, una su 97 (1,03%) era HIV-Ab positiva, 2 su 51 (3,9%) presentavano positività VDRL o TPHA.

Se però consideriamo solo il sottogruppo senza indicazione, rileviamo che su 51 persone testate per HIV, HCV e HBV solo una persona, nata prima del 1979, risultava HBSAg positiva.

Limiti dello studio

Benchè il campione preso in considerazione sia teoricamente ampio e sia stato costruito utilizzando 200 casi consecutivi, si rilevano dei problemi di rappresentatività.

La percentuale dei testati nel campione è stata del 50% contro il 23,7% rilevato nell'universo dei nuovi casi del 2009.

I positivi per HCV invece sono stati il 14,7% contro il 18,9% nell'universo.

Ciò potrebbe essere attribuito al cambiamento della popolazione afferente ai Ser.T. nella seconda metà dell'anno dovuta al progressivo aumento delle persone che richiedono solo certificazioni per motivi medico-legali.

Costoro, anche nel nostro campione, sono meno propensi ad effettuare controlli non strettamente necessari ad ottenere il

documento richiesto e ciò potrebbe spiegare la diversa adesione allo screening, la diversa composizione della popolazione testata e quindi la diversa prevalenza nel primo periodo dell'anno rispetto ai dati complessivi.

Discussione

Pur con i limiti sopra illustrati, la nostra ricerca suggerisce che la riduzione dei nuovi pazienti testati non è dovuta ad una riduzione dell'attenzione da parte dei medici ma ad una riduzione dei fattori di rischio che sono stati bersaglio degli interventi di prevenzione degli anni scorsi.

Tra i 2910 pazienti in carico ai nostri Ser.T. nel 2009, per 1132 risultava una storia di assunzione di droghe per via endovenosa. Purtroppo il sistema di rilevazione dei dati non ci consente di disporre di questa informazione differenziando i nuovi casi dai vecchi.

Tuttavia il Servizio Multidisciplinare Integrato di Ospitaletto, che svolge nel nostro territorio le stesse funzioni dei Ser.T. pubblici ed è entrato in funzione solo dal 2007 (e non ha quindi in carico pazienti di vecchia data) ha rilevato per lo stesso periodo solo 44 persone su 504 (8,7%) riferenti uso per via parenterale.

Ciò confermerebbe non solo l'abbandono dell'abitudine di scambiare siringhe ma anche il progressivo passaggio a vie di assunzione diverse.

In uno studio longitudinale del 2009 su consumatori di stupefacenti che dichiaravano di non aver mai utilizzato la via iniettiva (9) van den Berg e colleghi rilevarono una prevalenza di HCV del 6,3% (più elevata rispetto a quanto di riscontra nella popolazione generale) ma un'incidenza molto bassa (0,049 per 100 anni uomo) con una sola sieroconversione su più di 2000 anni uomo di osservazione.

L'ipotesi avanzata dagli autori è che i pazienti abbiano omesso di riferire passati episodi di scambio siringhe.

Lo studio non fornisce però alcun dato sulla condizione sociale dei partecipanti alla ricerca che, invece, potrebbe essere il fattore che spiega la differente prevalenza rispetto alla media nazionale olandese e la mancanza di relazione rilevata tra sieroconversioni per HCV ed uso di droghe.

Questi dati aprono interrogativi sulla opportunità di promuovere lo screening per malattie a trasmissione parenterale e sessuale a tutti i soggetti afferenti ai Servizi Tossicodipendenze indiscriminatamente.

La nostra ricerca ed i dati epidemiologici sopraccitati ci pare confermino, infatti, che la popolazione dei cosiddetti tossicodipendenti non è più omogenea rispetto ai fattori di rischio per malattie infettive.

L'esecuzione degli screening in popolazioni a bassa prevalenza non è priva di effetti negativi.

Le risorse impiegate per lo screening, infatti, vengono inevitabilmente sottratte ad altri interventi che potrebbero essere più efficaci. Anche in popolazioni ad alto rischio per infezione da HCV, per esempio, Cox e collaboratori (10) dimostrarono è la facile disponibilità di siringhe sterili, e non la consapevolezza dello stato sierologico, ad essere associata ad una riduzione dei comportamenti rischiosi.

L'identificazione di portatori, inoltre, produce necessariamente una serie di interventi diagnostici e terapeutici (non privi di costi e rischi) inutili per una significativa percentuale di persone che avrebbero spontaneamente eliminato l'agente patogeno.

A questo proposito, per esempio, in uno studio del 2003, Mazzeo e colleghi (11) rilevarono che il 17% dei soggetti infettati con HCV in un'area del nord Italia e seguiti per 10 anni eliminavano spontaneamente il virus.

Sussiste inoltre il problema dei falsi positivi, la cui percentuale, come è noto, è tanto più elevata quanto più si abbassa la prevalenza nella popolazione testata.

Infine la convenienza della diagnosi precoce di infezione dovrebbe essere valutata anche in base alla disponibilità di terapie efficaci, alla probabilità che vengano accettate e concluse correttamente dal paziente e al loro peso in termini di morbilità e mortalità dovute ad effetti collaterali e reazioni avverse.

Per quanto riguarda l'infezione da HCV, per esempio, la Expert Consensus Conference dell'Istituto Superiore di Sanità del 2007 (12) conclude che, ferma restandone la disponibilità per chiunque lo richieda, il test HCV dovrebbe essere proposto ad un soggetto asintomatico solo se si prevede che egli possa ottenere un beneficio dell'eventuale diagnosi di infezione.

La conoscenza dello stato di infezione da parte di persone non candidate o non responsive al trattamento, che sono la maggioranza, induce infatti un dimostrato peggioramento della qualità della vita.

Lo stesso documento inserisce i tossicodipendenti per via endovenosa, e non per altra via, tra coloro a cui è opportuno proporre lo screening, purchè disponibili ad una eventuale terapia, in quanto, in Italia, presentano tuttora una prevalenza di anticorpi superiore al 10%.

Tali conclusioni sono state recentemente confermate da un'ulteriore revisione sistematica della letteratura (13) e da un'analisi condotta secondo un modello matematico su due popolazioni a diversa prevalenza (14).

Anche per quanto riguarda l'infezione da HIV, benché, viste le favorevoli prospettive terapeutiche, sia in discussione l'opportunità di allargare le indicazioni allo screening, non esistono attualmente evidenze che ne indichino l'esecuzione in popolazioni a bassa prevalenza (15).

L'esecuzione indiscriminata dei marker dell'epatite B, infine, non trova più giustificazione dal momento che l'introduzione generalizzata della vaccinazione copre ormai soggetti adulti.

Occorre considerare infine se i Ser.T./SMI siano ancora i servizi più adatti a svolgere questo tipo di screening.

Il pre-counselling e il post-counselling, infatti, sono di grande importanza non solo per ottenere un consenso effettivamente informato da parte del paziente ma anche per evitare reazioni controproducenti, indotte da informazioni non aggiornate o travisate.

Quale effettivamente sia la speranza di vita di un soggetto in terapia antivirale, che peso abbiano gli effetti collaterali dei farmaci, come sia compromessa o meno la possibilità di avere figli sani, quale sia l'effettivo rischio di infettare il partner sono tutte informazioni che il counsellor, date per scontate le abilità relazionali, dovrebbe essere in grado di aggiornare, valutare e trasmettere con competenza e sicurezza.

Sono queste infatti le domande che la persona che si sottopone al test in primo luogo si pone.

Anche la diffusione indiscriminata delle informazioni on-line impone, a maggior ragione, risposte sicure e affidabili.

Negli ultimi anni, tuttavia, molti servizi per le tossicodipendenze hanno perso le proprie competenze internistiche ed infettivologiche in favore di quelle psichiatriche, che non paiono le più

adatte alla gestione affidabile di un servizio di counselling infettivologico.

Conclusioni

L'esame dei comportamenti prescrittivi in atto nel nostro Dipartimento dimostra che non c'è una disattenzione dei medici rispetto alle patologie infettive trasmissibili per via parenterale o sessuale ma una differenziazione dei pazienti per fattori di rischio.

I dati della letteratura scientifica internazionale e i risultati dello screening effettuato sui pazienti con fattori di rischio e su coloro che, pur non presentandone, hanno accettato di eseguire i test non suggeriscono di modificare le indicazioni in vigore.

Ringraziamenti

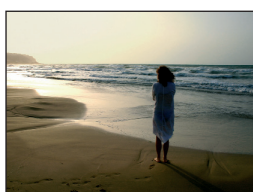
Le autrici ringraziano i colleghi che hanno collaborato alla raccolta dei dati: Alessandra Lando, Ernesto Giacò, Filippo Adami, Cecilia Agnelli, Giorgio Bianchini, Rosa Canizzaro, Lorenzo Colosini, Enrico Elba, Patriazia Furba, Francesco Maselli, Anna Martinelli, Massimo Negro, Maurizio Parma, Marco Stilo, Vincenzo La Torre, Maurizio Cadoria, Piera Dettori, Nadia Manica, Alessandra Wührer, Leonilde Merolle, Claudia Cominelli, Maria Mangialardo, Manlio Protano.

Bibliografia

- (1) WHO Collaborating Centre on AIDS. AIDS Surveillance in Europe. Quarterly Report n. 18, 30 giugno 1988.
- (2) Nicolosi A., Leite M.L.C., Molinari S., Musicco M., Saracco A., Lazzarin A. (1992), "Incidence and Prevalence Trends of HIV Infection in Intravenous Drug Users Attending Treatment Centres in Milan and Northern Italy. 1986-1990", *JAIDS*, 5: 365-363.
- (3) Fasoli M., Bertelli D., Mantovanelli F., "Prevenzione dell'infezione da HBV tra i tossicodipendenti", *Livorno Sanitaria*, n. V/2.
- (4) Cadeo G.P., El Hamad I., Rodella A., Licenziati M., Graifemberghi S., Fasoli M.G., Pizzocolo G. (1989), "Preliminary report on Hepatitis C antibodies prevalence among high risk groups and blood donors in the area of Brescia", 1st International Meeting on Hepatitis C virus, Roma 14-15 settembre.
- (5) Legge 675 del 1975.
- (6) *Not Ist Super Sanità*, 2010, 23 (4 Suppl. 1).
- (7) Osservatorio Europeo per le Droghe - Bollettino Statistico 2009.
- (8) Relazione annuale al Parlamento sull'uso delle sostanze stupefacenti e sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, 2010 "Implicazioni e conseguenze per la salute": 76-91.
- (9) van den Berg C.H.S.B., van de Laar T.J.W., Kok A., Zuure F.R., Coutinho R.A., Prins M., "Never injected, but hepatitis C virus-infected: a study among self declared never-injecting drug users from the Amsterdam Cohort Studies".
- (10) Cox J., Morissette C., Printhewish C., Tremblay R.A., Graves L., Stephenson R., Roy E. (2009), "Access to sterile injecting equipment is more important than awareness of HCV status for injection risk behaviors among drug users", *Subst Use Misuse*, 44(4): 548-568.
- (11) Mazzeo C., Azzaroli F., Giovanelli S., Dormi A., Festi D., Colecchia A., Miracolo A., Natale P., Nigro G., Alberti A., Roda E., Gazzella G. (2003), "Ten year incidence of HCV infection in northern Italy and frequency of spontaneous viral clearance", *Gut*, 52: 1030-1034.
- (12) ISS 2007, "Expert Consensus Conference: lo screening per infezione da virus dell'Epatite C negli adulti in Italia", Rapporto Istisan 06/47.

- (13) Sroczyński G., Esteban E., Conrads-Frank A., Schwarzer R., Muhlberger N., Wright D., Zeuzem S., Siebert U. (2009), "Long-term effectiveness and cost-effectiveness of screening for Hepatitis C virus infection", *European Journal of Public Health*, vol. 19, n. 3: 245-253.
- (14) Tramarin A., Gennaro N., Compostella F.A., Gallo C., Wendelaar Bonga L.J., Postma M.J. (2008), "HCV Screening to Enable Early Treatment of Hepatitis C: A Mathematical Model to Analyse Costs and Outcomes in Two Populations", *Current Pharmaceutical Design*, 14: 1655-1660.
- (15) MMWR (2006), "Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents, and Pregnant Women in Health-Care Settings", Recommendations and Reports September 22, 55(RR14): 1-17.

RECENSIONE



Politiche e servizi sociali
 Anna Paola Lacatena
CON I TUOI OCCHI
 Donne, tossicodipendenza
 e violenza sessuale
 Prefazione di Don Andrea Gallo
 FrancoAngeli

Anna Paola Lacatena

CON I TUOI OCCHI Donne, tossicodipendenza e violenza sessuale

pp. 144, € 16,00
 Editore: FrancoAngeli
 Cod. 1130.296
 Collana: Politiche e servizi sociali

Se nell'immaginario collettivo il tossicodipendente è colui che commette reati, è possibile per contro leggere tale condizione in chiave vittimologica? Ciò che in questo testo, attraverso il supporto di una ricerca quantitativa, ci si è chiesto è se, partendo dall'universo femminile, non sia possibile guardare al rapporto tossicodipendente-crimine da un altro punto di vista. La donna tossicodipendente, in ragione della propria condizione e della vulnerabilità che dalla stessa

sa discende, non è più esposta a subire reati, specificatamente di natura sessuale? È possibile leggere la dipendenza patologica come una delle possibili conseguenze dell'aver subito violenze sessuali? Le percentuali emerse dalla ricerca dimostrano la grande diffusione del fenomeno come esperienza vissuta prima dell'avvio della carriera tossicomane e dopo l'istaurarsi della dipendenza patologica. In ogni caso, quanto costa una dose ad una donna? Sicuramente il prezzo corrente più un po' del suo corpo. Se già l'attenzione culturale e normativa nei confronti del reato contro la persona, nello specifico della violenza sessuale, risente di tratti maschilisti e banalizzanti, la questione si aggrava di indifferenza ulteriore e colpevole distrazione generale quando si tratta di donne tossicodipendenti: è a loro, più che ad altre, che è attribuito l'insostenibile "... se la sono andata a cercare".

Anna Paola Lacatena, è sociologa presso il Dipartimento Dipendenze Patologiche della ASL di Taranto e docente di Antropologia e Sociologia generale presso l'Università di Bari - Polo Universitario di Taranto; è giornalista pubblicista dal 1994. Ha pubblicato *Dal tossicodipendente de jure alla persona de facto* (Laterza, 2010); *Due volte ti amo anzi tre* (Laterza, 2010).

“Spazio adolescenti e famiglia” ASL di Lecco: sperimentazione 2009-2011

Percorsi di counseling e di empowerment rivolti a famiglie con figli adolescenti utilizzatori di sostanze

Damiano Mazzoleni*

SUMMARY

■ *The article describes the experience gained during the two years and a half when the project “Spazio adolescenti e famiglia” was operative in the Lecco ASL region. This project is addressed to families with young kids (14/24 year old) facing “first use/testing” drugs problems.*

The authors underline how the project met a hidden need, completing the family support offer of the local ASL. They explain some interventions carried out to promote the project and parents training. A large section is dedicated to giving a description of the adopted method and of the achieved results with regard to the users. The tool used was the counselling (Rogers) addressed with priority to parents. Counselling, by means of the establishment of a relationship between user and operator, that allows the optimizing of emotional aspects, permits to increase the empowerment and carries out, as final result, an improvement of relations between parents and young kids. The authors suggest method adjustment making the setting more versatile in comparison with the classic model. They emphasize the importance to give the opportunity to both parents to enter single counselling in order to “find” resources, hidden inside the family itself, needed for the change. ■

Keywords: *adolescence, behaviours at risk, drug abuse, parental counselling, family empowerment.*

Parole chiave: *adolescenza, comportamenti a rischio, abuso sostanze, counseling genitoriale, empowerment familiare.*

Aspetti progettuali (analisi del bisogno, promozione)

Premessa

Il progetto “Spazio adolescenti e famiglia: tu e la tua famiglia di fronte all’impegno di crescere”, rappresenta un’attuazione della DGR 8243/08 Allegato 2 misura 2: “Progetti sperimentali innovativi per la riorganizzazione dei consultori familiari – Istituzione di equipe integrate (Consultori Familiari e Ser.T.)”.

Si tratta di un progetto del Dipartimento per le Dipendenze e del Servizio Infanzia ed Età Evolutiva dell’ASL di Lecco.

I destinatari sono le famiglie di ragazzi e i giovani dai 14 ai 24 anni interessate o coinvolte dal problema della diffusione delle sostanze stupefacenti o alcool fra la popolazione giovanile, in una prospettiva preventiva di riduzione di quelle forme di disagio adolescenziale che potrebbero portare a problemi di dipendenza.

La finalità è la prevenzione e il contrasto alla diffusione di sostanze stupefacenti, legali e non, tra i giovani attraverso attività

di consulenza psicologica che hanno l’obiettivo di offrire spazi dove mettere a tema i problemi e dove provare ad affrontarli.

Il progetto ha promosso anche iniziative formative e di sensibilizzazione, oltre che, sul piano istituzionale, la costituzione e il mantenimento di reti di invio e collaborazione fra i servizi.

L’offerta prevede diverse forme di intervento: colloqui psicologici su comportamenti a rischio, incontri con operatori per la valorizzazione delle risorse personali e familiari, supporto educativo alle famiglie, invio ai servizi specialistici, se necessario, per diversa presa incarico.

Il progetto è stato attivo dal maggio 2009 al dicembre 2011 e questo articolo rappresenta una sintetica esposizione del lavoro svolto e della metodologia utilizzata.

Genitori con figli adolescenti in fase di primo utilizzo di sostanze: quali risposte nel panorama dei servizi dell’ASL di Lecco?

La possibilità di realizzare un progetto nella direzione indicata nella premessa ha da subito sollevato l’interesse degli operatori dei servizi ASL, in particolare del Servizio Dipendenze e del Servizio Famiglia.

* *Psicologo e psicoterapeuta, consulente del Dipartimento Dipendenze (Servizio Tossicodipendenze) e del Dipartimento ASSI (Servizio Famiglia, Infanzia, Età Evolutiva) dell’ASL di Lecco.*

Il Ser.T. ha riconosciuto che molti genitori, quando scoprono o sospettano un problema collegato all'utilizzo di sostanze stupefacenti del proprio figlio, non hanno facilità di portate il problema all'attenzione dei servizi esistenti.

Ciò vale soprattutto per le famiglie in cui il problema non assume la gravità tipica della dipendenza conclamata ma rimane più pertinente ad una condizione adolescenziale di utilizzo di sostanze con associate crisi dei percorsi formativi-scolastici (abbandoni scolastici), rapporti conflittuali in famiglia e comportamenti a rischio (alcool e guida).

Questo accade perché, come detto, il Ser.T. di Lecco esprime le proprie migliori competenze nel trattamento delle dipendenze già conclamate e anche perché, nella pubblica opinione, il servizio è visto come specifico per situazioni in cui si evidenzia una patologia medio-grave.

Quasi sempre, inoltre è richiesto l'accesso dell'utente interessato direttamente dal problema dell'utilizzo di sostanze, mentre il problema dei rapporti genitori-figli e le difficoltà specifiche dei genitori trovano meno possibilità di risposta.

Dall'altro lato invece, nel Servizio Famiglia, i consultori hanno una maggior distribuzione territoriale ed una maggior facilità di accesso per le famiglie che evidenziano problemi con i figli adolescenti (vista anche la costituzione del servizio consultorio giovani), ma, rispetto al Ser.T., possiedono una minor competenza in merito ai problemi specifici relativi all'utilizzo di sostanze stupefacenti.

Così, una delle azioni fondanti il progetto è stata la costituzione dell'equipe intergrata Ser.T./Consultorio.

Questo gruppo di lavoro, istituito in ottemperanza alle linee regionali, è diventato operativo a fine gennaio 2009.

Come detto, l'idea di fondo, che ha portato alla costituzione dell'equipe, è stata quella di unire, all'interno di un gruppo di lavoro, le competenze degli operatori Ser.T. in materia di dipendenza con quelle degli operatori del Consultorio, avendo la famiglia degli adolescenti e l'adolescente stesso come target di intervento comune.

Per agevolare gli accessi, inoltre, sono state individuate sedi di erogazione delle consulenze presso i consultori famigliari distribuiti sul territorio provinciale, evitando le sedi dei Ser.T. che sono già fortemente connotate in senso psicopatologico.

Promozione del progetto

a. Pubblicizzazione e attivazione della rete del territorio

Nei mesi di giugno-settembre 2009 sono state attuate le principali azioni di presentazione e promozione del progetto rivolte alla popolazione della provincia di Lecco.

Ciò è stato fatto attraverso la pubblicazione di articoli giornalistici sugli organi di stampa locale e la diffusione di materiale informativo (pieghevoli, locandine) nei diversi luoghi dove le famiglie potevano essere contattate.

Scuole superiori, Centri di Aggregazione Giovanile, Oratori, segreterie dei Servizi Sociali, Medicina di base, servizi ASL, servizi pediatrici e ospedalieri (Neuropsichiatria Infantile, Pronto soccorso) sono stati contattati, informati dell'iniziativa in atto e invitati ad esporre i materiali loro forniti nelle bacheche dei propri punti di accoglienza dei cittadini.

L'intento era quello di far conoscere, direttamente alle famiglie interessate dal problema, l'esistenza di un servizio specifico, in

sedi decentrate (quattro sedi in tutto il territorio provinciale) e in orari appropriati (pomeridiani).

Oltre a questo tipo di promozione che potremmo definire "diffusa" e rivolta ai potenziali fruitori finali, gli operatori si sono impegnati nella costituzione di una rete di riferimento fra operatori che, a vario titolo professionale, potevano essere facilitatori degli accessi. In primo luogo quindi ci si è rivolti alle scuole superiori della provincia, dove confluisce gran parte della popolazione in età adolescenziale.

Sono stati realizzati incontri di presentazione dell'iniziativa nei diversi Istituti, sia con i dirigenti scolastici, sia con i professori referenti dei progetti di educazione alla salute.

Con l'aiuto dell'Ufficio Scolastico Provinciale si è costruita così una rete di contatti che è poi stata mantenuta attraverso periodiche comunicazioni.

Ad un diverso livello è stata attivata anche una rete di contatti con gli operatori dei diversi servizi rivolti alla salute e assistenza della cittadinanza. In particolare i servizi ASL, i servizi sociali comunali e i servizi delle Gestioni Associate dei tre distretti (Bellano, Lecco, Merate) sono stati coinvolti in incontri pubblici di presentazione del progetto.

b. Attività formativa organizzata dall'ASL

Nel corso dei due anni di attività si sono succeduti momenti di formazione rivolti alla popolazione con l'obiettivo di sensibilizzare al problema e mantenere alto il livello di informazione sull'offerta in atto.

Ricordiamo sinteticamente i convegni:

25 maggio 2009: "Tossicodipendenza e Alcol dipendenza: la prevenzione"

17 giugno 2009: "Dipendenze: prevenzione, diagnosi, trattamento, area giovanile"

24 maggio 2010: "Prevenzione dipendenze e area giovanile. Rappresentazioni e prospettive"

10 dicembre 2010: "Il fenomeno delle dipendenze nella Provincia di Lecco"

Queste iniziative hanno avuto tutte una centratura sull'età adolescenziale e sono state ulteriori occasione di promozione e presentazione del progetto.

c. Attività formative di progetto rivolte ai genitori con figli adolescenti

In collaborazione con altri progetti ASL, sono stati organizzati incontri assembleari a sostegno della genitorialità.

Una esemplificazione è costituita da quanto avvenuto in un comune della provincia dove, grazie all'impulso del locale tavolo adulti, delle associazioni genitori e del privato sociale, nel periodo ottobre-novembre 2011, sono stati promossi tre incontri rivolti ai genitori con figli in età adolescenziale.

Le tre serate, pur facendo parte di un unico percorso, hanno sviluppato temi diversi e specifici quali l'affettività e sessualità in adolescenza e le incomprensioni tra genitori e figli come possibile inizio di un vero e proprio conflitto.

L'iniziativa ha preso avvio da un bisogno segnalato da più parti che evidenziava una certa "scopertura" di offerta formativa e di aiuto alla famiglia in una fase di cambiamento così importante e decisiva come quella adolescenziale.

Gli incontri citati hanno visto una partecipazione media di circa 70 genitori.

Aspetti metodologici relativi al lavoro con l'utenza

Strumenti per un'azione di "empowerment familiare"

Un dato di partenza importante è rappresentato dal fatto che, dopo l'iniziale fase di promozione, le richieste di intervento sono state prevalentemente avanzate da genitori.

Nell'unico caso in cui un ragazzo si è rivolto al servizio su indicazione della scuola, è stato richiesto di coinvolgere i genitori e così è avvenuto.

Più frequentemente, quindi, sono stati i genitori che hanno contattato il progetto sottoponendo i problemi legati alla scoperta dell'utilizzo di sostanze dei figli adolescenti.

In questa fase iniziale è sempre stato evidente come il problema portato fosse molto sentito e carico di preoccupazioni.

Sappiamo che una risposta adeguata del genitore può essere decisiva per l'evoluzione delle problematiche evidenziate.

Così può accadere che il particolare momento si inserisca in una condizione di sperimentazione adolescenziale senza particolari conseguenze, oppure che evolva in una difficoltà di comunicazione e di rapporti che può trascinarsi per anni, sollevando malessere e rischi di aggravamento.

La constatazione che i genitori giungevano all'attenzione del progetto con un senso di impotenza e di incapacità nel risolvere i problemi ha spinto gli operatori a ricercare strumenti di intervento che consentissero di accrescere le competenze individuali e familiari e consentissero di giungere ad un maggior senso di efficacia per i genitori in difficoltà.

La scelta degli strumenti è subito andata nella direzione del counseling, così come Rogers lo ha teoricamente definito e descritto.

Lo spazio del colloquio di counseling, che in questo caso si rivolgeva a genitori singoli o in coppia, è stato presentato come ambito in cui i partecipanti vengono rinforzati rispetto alla propria capacità di risolvere i problemi e stimolati alla ricerca di soluzioni.

Dopo l'avvio delle attività abbiamo ulteriormente notato come l'azione di counseling consentisse di raggiungere una maggior forza decisionale da parte dei genitori che, nel corso dei colloqui, evidenziavano sempre l'intenzione di confrontarsi più apertamente con il figlio rispetto ai problemi relativi all'utilizzo di sostanze, mentre, in precedenza questi temi potevano essere argomenti volutamente evitati. In alcuni casi è accaduto anche che i genitori chiedessero di coinvolgere il figlio negli incontri. Quando è stata avanzata questa richiesta, la decisione degli operatori è sempre stata quella di aprire alla partecipazione dei ragazzi per facilitare la chiarificazione e il confronto all'interno della famiglia.

L'attenzione degli operatori, però, è stata quella di non interrompere il processo di "empowerment" in atto accettando un possibile tentativo di delega da parte dei genitori, ma di mantenere invece la centratura sulla famiglia stessa, sostenendo la capacità di individuare le contromisure adeguate.

In questo caso gli operatori si sono posti come facilitatori di un processo di chiarificazione dei problemi comunicativi in atto fra gli interlocutori, favorendo l'emergere di soluzioni interne alla famiglia stessa.

Oltre alla consultazione psicologica, anche gli altri strumenti medici, sanitari e socio assistenziali dell'equipe di riferimento sono stati messi a disposizione della famiglia secondo questa

prospettiva, ossia come ausili per incrementare la propria competenza nell'affrontare i problemi emersi.

Un esempio esplicativo può essere rappresentato dalle analisi dei cataboliti urinari, che, nei pochi casi in cui sono stati utilizzate, sono sempre state ricondotte ad un obiettivo di chiarificazione e di miglioramento degli scambi comunicativi, limitando la componente di controllo dei genitori nei confronti del figlio ed enfatizzando il valore di informazione e conoscenza del problema e di consapevolezza personale.

Il counselling psicologico in azione: la valorizzazione del piano emozionale

Il riferimento teorico, come detto, è rappresentato dalle teorizzazioni di Rogers nei suoi manuali di counseling, a cui si rimanda per tutti gli approfondimenti.

Ci preme qui dare un'idea di come avvenga il rinforzo delle competenze individuali e genitoriali, presentando spunti tratti dalla nostra esperienza di lavoro nelle attività del progetto.

Nel corso dei due anni di attività gli accessi sono avvenuti prevalentemente attraverso un contatto telefonico nel corso dei quali i genitori chiedevano un aiuto per le problematiche relative ai comportamenti preoccupanti del figlio.

Un primo obiettivo dell'operatore, già presente durante l'ascolto del problema, è quello di sostenere il senso di competenza e di efficacia dei genitori che spesso giungono alla consultazione orientati alla ricerca di servizi o di operatori esterni che risolvano le difficoltà in virtù di una maggior abilità.

Questa ricerca di soluzione esterna poggia spesso su una concezione svalutata di sé e il genitore necessita quindi di un ausilio per ritrovare la forza e la convinzione di poter agire efficacemente per migliorare la propria situazione.

L'aiuto fornito non si esprime sotto forma di consigli e indicazioni comportamentali, che potrebbero ulteriormente sollecitare il senso di svalutazione che i genitori hanno di sé, ma si esprime nella qualità di un *rapporto* in cui gli aspetti emotivi della relazione sono tenuti in primo piano.

Alcuni atti linguistici possono rendere l'idea di come l'operatore valorizzi il piano emozionale, costruendo una piattaforma di sicurezza individuale in cui il genitore accresce la possibilità di esplorare opzioni e comprendere i processi relazionali in atto nella propria famiglia.

Nei primi colloqui una certa importanza viene attribuita al "lavoro da fare insieme" che attenua il senso di solitudine e isolamento del genitore.

Nel proseguo del percorso il riconoscimento della difficoltà attraverso espressioni come "non deve essere facile per lei / voi vivere questa situazione" esprime riconoscimento di un problema e comprensione della sofferenza.

Inoltre, in alcuni momenti in cui si avverte una caduta nella motivazione o momenti di sconforto, si rende utile un incoraggiamento diretto che si può esprimersi attraverso forme linguistiche quali "proviamo a continuare il nostro lavoro, vedrà che a qualcosa servirà".

Allo stesso tempo grande importanza assume la valorizzazione dei risultati, anche modesti, che rappresentano per il genitore un passo in cui è evidente il raggiungimento di un obiettivo, per esempio nel rapporto con il figlio.

Non è insolito, infatti, che, in alcune fasi del percorso, il genitore esprima la sensazione di un maggior rispetto del figlio nei suoi confronti: "ho notato che mio figlio mi prende più sul serio quando gli chiedo qualcosa".

Tali successi vanno sottolineati e ripresi dall'operatore come obiettivi raggiunti e come possibili elementi costitutivi di una maggior stima e fiducia in sé.

Crediamo che il riconoscimento del *piano emotivo* e la "sintonia" fra l'operatore e il genitore sia il fattore più decisivo del processo di empowerment e tale sintonia si concretizza nelle funzioni di empatia, comprensione e rispecchiamento, e non direttrici propri del counselling rogersiano. Fondamentale importanza assume il fatto che l'utente non sia "lasciato solo" ma percepisca una presenza di accompagnamento.

Adattamenti metodologici rispetto alle specificità dell'utenza. L'utilità di un setting flessibile e aperto alla coppia di genitori, al singolo genitore, ai genitori con il figlio

Un accorgimento adottato nel corso del tempo è stato quello di non strutturare un setting rigido e pre-definito, ma introdurre elementi di flessibilità e apertura.

Si intende con questo il fatto che i partecipanti al colloquio possano cambiare nel corso del processo e lo spazio del counseling sia tenuto aperto alla partecipazione dei diversi membri della famiglia. Forse la condizione ideale sarebbe rappresentata dal fatto che un genitore da solo aderisca alla consultazione e prosegua fino alla piena chiarificazione dei propri problemi, ma ci si è resi conto che così non accade e i genitori, inizialmente coinvolti, chiedono delle modifiche.

Riteniamo che ciò sia dovuto, nelle ragioni più profonde, alle difficoltà, ancora una volta emotive, di affrontare individualmente il percorso di counseling e di sostenere da solo la responsabilità del successo o del fallimento.

Un genitore, inizialmente motivato, può avvertire fasi di stallo che in quel momento non riesce a superare e, in tali casi, una modifica dei partecipanti agli incontri può essere un aiuto.

Riteniamo che insistere diversamente, non accogliendo la richiesta del genitore di coinvolgere altri membri, potrebbe sfociare in un abbandono precoce del percorso o in una sensazione di stallo e inutilità che ostacolano l'evoluzione.

Abbiamo notato che spesso entrambi i genitori chiedono di essere presenti al primo colloquio e solo dopo alcuni incontri, all'emergere di alcune difficoltà più individuali, è possibile proporre ad uno dei due di proseguire singolarmente, per approfondire un tema o un aspetto più personale.

Così il fatto di "separare la coppia" dei genitori rappresenta uno step che evidenzia una maggiore sicurezza personale del genitore stesso.

In altri casi abbiamo notato che il genitore considera un obiettivo importante il fatto di riuscire a convincere il figlio a partecipare agli incontri.

Anche in questo caso la partecipazione del figlio e l'avvio di una fase individuale con i ragazzi può essere un passaggio utile a consolidare i risultati raggiunti.

Oltre a ciò il colloquio congiunto può rappresentare un momento di chiarificazione fra genitore e figlio in un contesto che tutela, in questo caso, la possibilità di espressione e garantisce una facilitazione comunicativa.

Questa flessibilità può essere un aspetto difficile da gestire, che richiede scelte dell'operatore e ristrutturazioni di modalità e di obiettivi.

Tuttavia se, nel corso del processo, è possibile cogliere che queste modifiche scaturiscono da richieste dell'interlocutore (geni-

tore) che in quel momento sta compiendo i maggiori sforzi, riteniamo opportuno accettarle, mantenendo una continuità rispetto al processo in corso. Certamente, una condizione importante è rappresentata dal fatto che la scelta di coinvolgimento di altri soggetti non significhi una dismissione di investimento e una sottrazione alla responsabilità da parte di alcuni con delega completa ad altri.

Ruolo e funzione dell'operatore è quella di mantenere questa continuità di obiettivi.

Risultati attesi e risultati conseguiti

a. Famiglie

Percorsi di consulenza di questo tipo sono difficilmente analizzabili rispetto all'esito.

È difficile, infatti, quantificare il raggiungimento dei risultati previsti.

Anche il possibile accertamento di una raggiunta astensione nell'utilizzo di sostanze da parte degli adolescenti (che pure è il motivo iniziale per cui una famiglia si rivolgeva al servizio) non costituisce un ottimale indicatore di un processo di empowerment familiare.

In generale, i risultati attesi da percorsi di counselling psicologico così come sono stati descritti sono quelli di un maggior benessere emotivo, di un senso di maggior efficacia nella propria vita, un miglioramento complessivo della qualità delle comunicazioni e una riduzione del senso di tensione e preoccupazione. Un individuo che avverte un miglioramento in queste dimensioni relazionali trasmette anche ai propri familiari i benefici di un maggior benessere personale e del ritrovamento di una condizione di maggior serenità.

Per questa ragione possiamo considerare che il beneficio conseguito interessi sia la componente genitoriale della famiglia, sia i figli stessi.

Con evidenti conseguenze migliorative rispetto all'attivazione di comportamenti pericolosi e di grave trasgressione.

Dal nostro osservatorio, lontani dal considerare questi obiettivi pienamente raggiunti, riteniamo che in molte delle situazioni osservate si sia verificato un miglioramento delle relazioni, con un significativo alleggerimento delle tensioni familiari e un miglioramento della qualità delle comunicazioni.

Certamente non possiamo affermare di aver risolto le problematiche inizialmente presentate come bisognose di risoluzione, ma riteniamo che, quando i percorsi hanno evidenziato una durata significativa (più di quattro o cinque incontri), un qualche grado di auto efficacia (empowerment) sia stato percepito dai partecipanti.

Oltre alla nostra percezione, questa constatazione è emersa durante i colloqui stessi, quando, per esempio, i genitori hanno commentato dicendo: "quando mio figlio si faceva le canne per me era una tragedia che mi suscitava disperazione, ora mi sento più tranquillo"; oppure: "la rabbia mi confondeva, ora riesco a ragionare meglio quando mio figlio mi provoca".

Ci concentriamo qui sui benefici riferiti ai genitori, ma riteniamo che anche i ragazzi abbiano potuto beneficiare di un miglioramento delle condizioni di convivenza familiare.

b. Offerta istituzionale

Riteniamo opportuno citare in questa sede anche un risultato per così dire "istituzionale", relativo al panorama di servizi offerti alla popolazione.

La considerazione è che, nel corso dei due anni e mezzo di sperimentazione, è stato possibile erogare un'offerta che ha consentito l'emergere di un bisogno nascosto che non trovava sbocchi e risposte.

Il servizio è certamente migliorabile e molti indicatori dovrebbero essere meglio formalizzati e raccolti, ma l'incremento del numero di accessi testimonia il fatto che un bisogno è stato intercettato.

I dati di due anni di sperimentazione

L'attività di questi due anni ha previsto anche la consulenza e l'orientamento per i Servizi Sociali di base e del privato sociale, attraverso incontri con operatori di altri servizi che chiedevano indicazioni su casi a loro in carico.

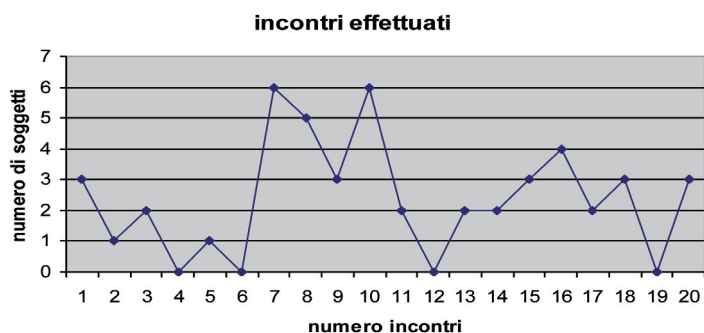
In questa sezione però presenteremo solamente i dati relativi al lavoro con l'utenza.

I trattamenti attivati sono stati 49 per un totale di 518 colloqui.

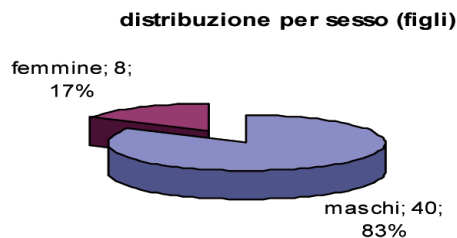
La durata dei percorsi di counselling era variabile da un minimo di un colloquio (quando la famiglia ha ritenuto di non potere o volere proseguire) ad un massimo di 20 colloqui.

Tale limite è stato considerato il massimo che il servizio poteva erogare, vista la necessità di offrire le consulenze a tutte le richieste che man mano pervenivano.

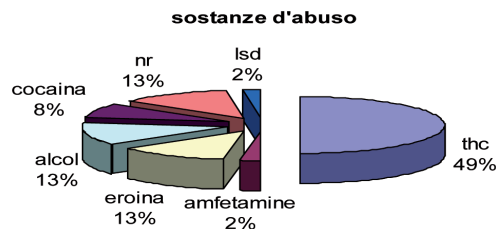
Mediamente ogni percorso di counseling è durato 10 o 11 incontri.



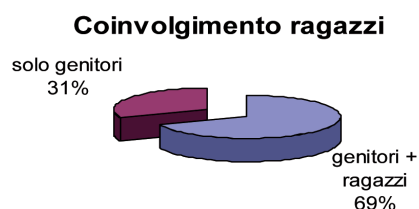
I trattamenti hanno interessato i genitori di 40 ragazzi e 8 ragazze di età compresa fra i 14 e i 24 anni.



Il comportamento di abuso di sostanze prevalente segnalato è stato relativo a *cannabinoidi* per 24 casi, all'*alcool* per 6 casi, *cocaina* 4, *amfetamine e simili* 1, *oppiacei* 6, mentre nei restanti 6 casi non è stata individuata la specifica sostanza, ma sono stati individuati comportamenti a rischio in senso più ampio (relativi alla guida di motorini, al rapporto con la scuola, alle relazioni con i coetanei).



I percorsi hanno visto il coinvolgimento dei ragazzi in 33 casi, mentre nei restanti 15 il percorso ha visto la partecipazione dei soli genitori.



L'età dei ragazzi variava, come detto da 14 ai 24 anni d'età. Il dato più rappresentato è quello dei 17 anni (9 soggetti), seguito dai 16 anni (7 soggetti).

Analisi dei casi "drop out" e ulteriori adattamenti metodologici

Come detto, non riteniamo che tutti gli interventi effettuati abbiano prodotto l'esito sperato.

In alcuni casi è stato evidente che il senso di auto efficacia che si voleva incrementare non poteva considerarsi un risultato raggiunto.

Come è naturale che sia, abbiamo voluto approfondire questi "fallimenti" per avviare una riflessione che ci consentisse, eventualmente, di introdurre accorgimenti migliorativi nella pratica ed essere quindi più rispondenti ai bisogni.

Abbandono del trattamento

Con "abbandono" del trattamento intendiamo il fatto che il percorso di counseling non ha determinato una effettiva modifica di quello che abbiamo definito sopra "piano emozionale", lasciando, di fatto, le condizioni (qualità delle relazioni, aspetti conflittuali) inalterate.

All'esterno questa condizione si evidenzia sempre con l'abbandono del trattamento e ciò può avvenire in una fase precoce (dopo due o tre incontri).

Tuttavia, la durata del trattamento in sé non può essere considerato l'unico indicatore in tal senso e, quindi, non sempre trattamenti lunghi garantiscono risultati migliori.

Si sottolinea questo aspetto per evidenziare, ancora una volta, che la flessibilità, anche per quanto riguarda la "durata", costituisce un aspetto di fondamentale importanza.

Limitare i percorsi ad un numero massimo di colloqui, anche se necessario sul piano organizzativo, non rappresenta la condizione ottimale rispetto ai tempi di evoluzione personale.

I casi che vorremmo sinteticamente esporre e analizzare sono due

Il primo caso è rappresentato da una coppia di genitori ricostituita che esprimeva preoccupazione per la figlia naturale del padre.

La ragazza, 22enne, era descritta come apatica, e probabilmente utilizzatrice di sostanze non meglio specificate.

Nonostante l'avvio del percorso di counseling e l'iniziale accettazione del lavoro proposto, durante il terzo colloquio il padre ha espresso la convinzione che quanto si stava facendo non rispondeva alla sua esigenza, poiché riteneva che la cosa per loro più utile fosse un accertamento della condizione di utilizzo di sostanze della figlia.

L'incontro si è concluso con una apertura alla possibilità di analisi dei cataboliti urinari previo colloquio medico e con il coinvolgimento della figlia, ma poi non ci sono stati più contatti.

Un secondo caso che ha evidenziato una lunga condizione di stallo, di fatto improduttiva, è rappresentata dai genitori di un ragazzo 17enne "consumatore abituale" di thc (hascish).

In questo caso un genitore (padre) ha accettato il counseling, ma non è stato possibile osservare una evoluzione significativa, approdando, invece, ad un irrigidimento delle posizioni di controllo da parte dei genitori e di ribellione da parte del figlio (pure coinvolto negli incontri).

Il percorso si è concluso con la dichiarata impossibilità di partecipare a ulteriori incontri da parte del figlio, per problemi di lavoro.

Entrambi i casi ci hanno portato a concludere che: il modello di counseling proposto non può sempre portare all'esito sperato, poiché le condizioni individuali di partenza, quali la capacità di auto osservazione, la capacità di posticipare l'azione e l'intervento, la capacità di accettare un cambiamento di sé sono fattori decisivi e potenzialmente limitanti rispetto alla possibilità di usufruire di questo tipo di intervento.

Una riflessione, tuttavia, si è imposta agli operatori ed è servita nel trattamento della casistica pervenuta successivamente.

Riteniamo infatti che, soprattutto quando i genitori si presentano insieme e appaiono piuttosto compatti e coesi nelle proprie richieste verso i figli a loro giudizio inadeguati sul piano comportamentale, sia importante offrire il counseling individuale sia all'uno sia all'altro genitore singolarmente, anche in fasi diverse, come possibili tentativi di sblocco ed evoluzione.

A seguito dell'analisi di questi casi, infatti, abbiamo introdotto la possibilità di quattro o cinque colloqui esplorativi con un genitore e, in caso di mancanza di efficacia, con l'altro genitore, in una fase successiva.

Questo accorgimento consente di meglio individuare il soggetto più adatto al counseling, permettendo così qualche evoluzione anche per le situazioni apparentemente bloccate. L'impressione che ci siamo fatti è che il soggetto che maggiormente beneficia dell'intervento di sostegno rappresentato dal counseling è il coniuge apparentemente più "debole" e, solitamente, quello che, in virtù di una maggior tendenza alla riflessione più che all'azione, tende ad essere meno protagonista delle scelte e delle decisioni all'interno della famiglia.

Se la coppia dei genitori è inconsapevolmente sbilanciata fra un soggetto tendenzialmente "dominante" e uno tendenzialmente "passivo", è opportuno proporre azioni di valorizzazione delle risorse meno espresse e più nascoste e, in questo caso, la risorsa nascosta è rappresentata dal genitore meno "appariscente".

Questo "perfezionamento" della tecnica costituisce una ulteriore valorizzazione delle risorse celate all'interno della famiglia.

Note conclusive

Confermando quanto già emerso in altri progetti con analogo target di intervento, non possiamo esimerci dal sottolineare l'importanza di mantenere spazi e servizi dedicati all'utenza giovanile e alle famiglie degli adolescenti.

L'attuale panorama, come detto, non copre il tipo di bisogno che il progetto ha fatto emergere.

La tendenza dei servizi ASL in questi ultimi anni è andata sempre più nella direzione di un potenziamento delle attività di prevenzione diffusa, rivolta a ragazzi in età sempre più precoce.

Se in precedenza gli interventi promossi nelle scuole, anche in materia di sostanze stupefacenti, venivano realizzati nelle classi del primo biennio di scuola secondaria di secondo grado, ora si tende ad anticiparli all'età preadolescenziale (scuola secondaria di primo grado) in virtù di una maggior efficacia.

Se, in linea generale ciò pare dimostrato, è tuttavia evidente che l'età dai 15 ai 18 anni comporta cambiamenti profondi e talvolta inaspettati all'interno della famiglia e tali cambiamenti richiedono attenzioni specifiche.

Come descritto dalla letteratura sull'adolescenza, si tratta di un'età in cui i ragazzi presentano comportamenti inediti fino quel momento ed è difficile pensare che training preventivi rivolti alle famiglie con figli in età precedenti possano creare le condizioni per un ottimale ingresso in questa fase di età.

Per alcune famiglie, infatti, problematiche relazionali e tensioni specifiche emergeranno solo quando i figli saranno adolescenti ed è improbabile che interventi di prevenzione possano individuare con precisione le famiglie "a rischio".

Per superare questo tipo di crisi è necessario, invece, che la famiglia possa avere l'occasione di riscoprire risorse interne per risolvere i propri problemi, attraverso percorsi in cui i diversi membri del nucleo familiare abbiano occasioni di esplorazione di sé, di conoscenza di sé e di ascolto.

Bibliografia

- Charles J. O'Leary (1999), *Counseling alla coppia e alla famiglia*, Erickson.
- Cirillo S., Berrini R., Cambiaso G., Mazza R. (1996), *La famiglia del tossicodipendente*, Raffaello Cortina.
- Lanzini I., Massone A. (1987), *Psicanalisi non direttiva*, FrancoAngeli.
- Latterini E., Vedovelli I. (2010), "La consultazione psicologica breve rivolta a genitori di adolescenti utilizzatori di sostanze stupefacenti", *Mission*, 32, n. IX, IV trimestre: 82-87.
- Pietropolli Charmet G. (2000), *I nuovi adolescenti. Padri e madri di fronte ad una sfida*, Raffaello Cortina.
- Rogers C.R. (2000), *La terapia centrata sul cliente*, Psycho.
- Rogers C.R. (1971), *Psicoterapia di consultazione*, Astrolabio e Ubaldini.
- Senise T. (2006), *L'adolescente come paziente*, FrancoAngeli.
- Scaparro F., Pietropolli Charmet G. (1993), *Bell'età*, Bollati Boringhieri.
- Schiralli R., Mariani U. (2011), *Nuovi adolescenti nuovi disagi*, Mondadori.
- Veggetti Finzi S., Battistin A.M. (2001), *L'età incerta*, Mondadori.

Contaminazioni

Maurizio Fea

Addictus e Manumissio

In un divertente libro di ambientazione giudiziaria (Gianrico Carofiglio, *Ragionevoli dubbi*, Sellerio, Palermo 2006) il protagonista, l'avvocato Guido Guerrieri, ad un certo punto entra in una strana libreria aperta la notte e, sfogliando un piccolo volume che non reca alcuna indicazione dell'autore (solo il titolo: *La manomissione delle parole: appunti per un seminario sulla scrittura*), legge: "Le nostre parole sono spesso prive di significato. Ciò accade perché le abbiamo consumate, estenuate, svuotate con un uso eccessivo e soprattutto inconsapevole. Le abbiamo rese bozzoli vuoti. Per raccontare, dobbiamo rigenerare le nostre parole. Dobbiamo restituire loro senso, consistenza, colore, suono, odore. E per far questo dobbiamo farle a pezzi e poi ricostruirle. Nei nostri seminari chiamiamo 'manomissione' questa operazione di rottura e ricostruzione. La parola manomissione ha due significati, in apparenza molto diversi. Nel primo significato essa è sinonimo di alterazione, violazione, danneggiamento. Nel secondo, che discende direttamente dall'antico diritto romano (manomissione era la cerimonia con cui uno schiavo veniva liberato), essa è sinonimo di liberazione, riscatto, emancipazione. La manomissione delle parole include entrambi questi significati. Noi facciamo a pezzi le parole (le manomettiamo, nel senso di alterarle, violarle) e poi le rimontiamo (le manomettiamo nel senso di liberarle dai vincoli delle convenzioni verbali e dei non significati). Solo dopo la manomissione, possiamo usare le nostre parole per raccontare storie". In epoca romana la "manumissio" era l'atto con cui lo schiavo veniva liberato dal padrone.

Questa poteva avvenire in diversi modi – ad esempio per testamento o iscrivendo lo schiavo nelle liste del censimento; alcuni di questi modi erano connotati da una fortissima ritualità, e si attuavano con una vera e propria liturgia, dinanzi al pretore.

Uno di questi riti prevedeva che il padrone, accompagnato per mano lo schiavo davanti al magistrato, pronunciando formule solenni lo lasciasse e lo allontanasse con un gesto: "vade quovis" concludeva, "va' dove vuoi".

È noto che la parola chiave del nostro linguaggio disciplinare è *Addiction* termine inglese figlio del diritto romano anche esso come *Manumissio*.

Addictus (schiavo per debiti) era il debitore insolvente caduto in mano al proprio creditore, a seguito dell'assegnazione del magistrato, in sede di *manus iniectio*: la figura era tipica del diritto romano arcaico.

Il creditore aveva facoltà di tenere il debitore in catene nel suo carcere privato o di venderlo come schiavo *trans Tiberim* (oltre il Tevere, cioè fuori la città), o anche di ucciderlo.

Curioso il fatto che ci siamo appropriati di un termine del diritto romano come *addictus* trascurando quello associato, non meno interessante di *manumissio*.

Se infatti il valore simbolico della parola *addictus* è molto forte, altrettanto si può dire di *manumissio*, in particolare per l'aspetto

rituale dell'accompagnamento davanti al magistrato, ove con formula solenne veniva decretato il suo stato di libertà.

Uno degli effetti molto rilevante sulle pratiche di cura, prodotto dalla continua riduzione delle risorse, è anche l'impoverimento delle capacità simboliche degli ambienti terapeutici.

Si parla molto di valutazione e misura degli esiti, ed è un gran bene che ciò accada, ma è importante ricordare che l'esito è anche un valore simbolico che bisogna saper maneggiare altrettanto bene degli indicatori.

La sensazione è che la capacità di maneggiare simboli, cogliere significati in quelle numerose transazioni ad elevato valore emozionale ed affettivo che avvengono all'interno dei servizi, si stia molto impoverendo per effetto della pressione tutta organizzativa e gestionale, che trascura totalmente le componenti simboliche del lavoro di cura.

Nel libro *Riparatori di destini* FrancoAngeli, Milano 2009 parlo della dimensione artigiana del lavoro di cura, fatta di attente e scrupolose piccole correzioni nella vita dei pazienti, correzioni talora infinitesimali che possono venire amplificate da circostanze, avvenimenti, incontri, di cui l'aspetto riparativo della terapia può servire a facilitarne l'evenienza.

Allora conoscevo solo il significato moderno della parola manomissione, più orientato in senso negativo, ma alla luce di ciò che il diritto romano ci offre, anche questa accezione si presta ad essere rivista, proprio per la suggestione di manualità artigiana, da chiave a stella, per dirla con Primo Levi.

È un lavoro di smontaggio di significati e ricostruzione di valori, al quale va riconosciuto il ruolo e l'importanza che ha nell'economia psichica non solo del paziente, ma nel sistema di cura.

So che l'obiezione più ovvia e condivisibile a questo modo di ragionare viene dal fatto incontestabile che a volte si fa così fatica a tenere insieme i pezzi del lavoro con i pazienti, che appare un lusso quello di pensare al valore simbolico delle cose che si fanno.

Tuttavia temo che senza questa attenzione al simbolico, ci sia il rischio affatto remoto, che la manomissione del paziente avvenga ugualmente, ma nel senso deteriore della sua etimologia.

Tra dimettere e manomettere un paziente corre una certa differenza; spesso siamo indotti dall'esperienza, dal pregiudizio, dalla incertezza, dalla teoria di riferimento (malattia cronica recidivante) a pensare che le dimissioni non siano un atto possibile della esperienza di cura.

Testimonia ciò la povertà di dati e lavori che fanno riferimento a questa terminologia: si parla di durata dei trattamenti, di follow up, delle procedure di trattamento ma quasi mai delle procedure di dimissione.

In alcuni contesti residenziali c'è l'uso simbolico e ritualizzato della graduazione, ma ciò avviene meno nei servizi o quando avviene, raramente è simbolizzato e ritualizzato.

L'invito è dunque a riflettere e provare a cogliere l'altra opportunità offerta dalla storia del diritto romano antico, appropriandoci anche del termine *manumissio* oltre a quello consolidato di *addictus*.

VIII premio nazionale FeDerSerD

Percorsi appropriati di cura con metadone nei giovani consumatori di eroina

Casi clinici e modelli organizzativi

FeDerSerD promuove una raccolta di casi clinici centrata sulla illustrazione dei percorsi per il trattamento appropriato con metadone nel sistema dei servizi italiani.

Questa raccolta ha come obiettivo quello di valorizzare la esperienza dei servizi e dei centri di cura.

Saranno valorizzate anche esperienze di tipo organizzativo collegate con l'obiettivo del premio.

Nello specifico i lavori valorizzeranno:

- la peculiarità del caso o della casistica presentati, in un'ottica di intercettazione precoce della dipendenza;
- l'attenzione anche a situazioni specifiche quali policonsumo e/o modalità di consumo per via inalatoria;
- gli strumenti diagnostici e terapeutici utilizzati;
- le modalità del trattamento farmacologico (dosaggi, controlli, affidi, ecc.);
- la specificità negli obiettivi di cura correlati alla età e alle modalità di consumo.

Nel caso di analisi di aspetti organizzativi saranno valutate le strategie organizzative interne ai servizi e di rete messe in atto.

Il rapporto dovrà avere una lunghezza di 8-14 mila battute, oltre ad eventuali 2-4 tabelle e/o grafici.

Tutti i lavori inviati saranno pubblicati in un volume con evidenza di tutti gli autori partecipanti e segnalati.

È ammessa la partecipazione fino a 4 lavori per ciascun autore.

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

Le premiazioni avverranno nel corso di un congresso tematico nazionale che FeDerSerD terrà a Milano il 25 e 26 ottobre 2012.

I lavori devono pervenire **entro il 20 settembre 2012** all'indirizzo email federserd@expopoint.it.

FeDerSerD/STUDI E RICERCHE



Si è conclusa la fase del progetto STAR che prevedeva una indagine epidemiologica campionaria dei percorsi clinici in atto nei Ser.T. per il trattamento della dipendenza da oppiacei atta a valutare l'accesso ai trattamenti; i processi diagnostici; la decisione della scelta della tipologia dei trattamenti e del loro dosaggio e durata; la definizione e la valutazione degli outcome del trattamento; gli effetti collaterali e le reazioni avverse; gli episodi di diversione e abuso; la valutazione della ritenzione in trattamento. Affrontata una seconda fase che ha curato l'analisi delle best practice e delle evidenze cliniche per il trattamento della dipendenza da eroina, da parte di un gruppo di expert clinicians.

E ora siamo alla **CONSENSUS PANEL - Roma - Giovedì 7 giugno 2012 - Sala Convegni Una Hotel** per la realizzazione di percorsi clinici terapeutici condivisi per il trattamento farmacologico e psicosociale della dipendenza da oppiacei, anche nei policon-

sumatori, in grado di migliorare l'accessibilità e l'appropriatezza degli interventi.

Esamineremo le finalità progettuali trattando le basi neurobiologiche della dipendenza da eroina, le procedure di accoglienza, la diagnosi di patologia, la diagnosi di gravità, la definizione di un programma terapeutico, i trattamenti non farmacologici, la valutazione degli esiti, la valutazione costi efficacia, il poliabuso, le patologie psichiatriche, le patologie infettive, la riabilitazione.

La metodologia del televoto concluderà questa prima fase di dibattito.

Una spinta decisiva per la disseminazione e la pubblicazione dei percorsi clinici terapeutici condivisi sotto l'egida di FeDerSerD, compresa la realizzazione di almeno 10 seminari regionali di formazione ECM degli operatori di settore tra giugno 2012 e giugno 2013.

Audizione di FeDerSerD nell'ambito dell'indagine conoscitiva relativa agli aspetti sociali e sanitari della dipendenza dal gioco d'azzardo; XII Commissione - Affari Sociali - della Camera dei Deputati

Il 20 marzo 2012 siamo stati chiamati dalla Commissione Affari Sociali della Camera presieduta dall'on. Palumbo a portare le osservazioni e i contributi della Federazione sul gioco d'azzardo, oggetto di una indagine parlamentare, le cui conclusioni serviranno ad orientare le politiche specifiche. Il presidente Alfio Lucchini e il responsabile nazionale gambling Maurizio Fea hanno rappresentato la Federazione nella audizione. Sul sito www.federserd.it è pubblicato il documento depositato agli atti della commissione, che è stato la base della nostra audizione.

Abbiamo ritenuto di privilegiare, in conformità alla nostra mission verso i professionisti dei servizi dipendenze, il ruolo e le attività svolte dai SerD in assenza di normative e discipline specifiche, evidenziando sia ciò che già viene fatto che ciò che serve per continuare ad operare e per estendere al territorio nazionale l'offerta di trattamenti per il gambling. Riteniamo altresì importante condividere con i nostri associati, e portare a conoscenza più vasta, la posizione complessiva che la Federazione ha maturato su questo rilevante tema, che ha numerosi risvolti non solo di carattere sanitario, sui quali, forti della nostra esperienza nel settore delle dipendenze e da alcuni anni anche nello specifico del gioco d'azzardo, possiamo dare chiari ed onesti contributi.

Per troppo tempo il gioco d'azzardo è stato trattato come una questione di carattere economico e fiscale. Come Federazione di professionisti che si occupano dei comportamenti di salute dei cittadini, riteniamo che il gioco d'azzardo sia una questione che riguarda almeno quattro dimensioni della vita delle persone: *la salute psicofisica degli individui, le relazioni sociali significative, le ricadute economiche sul paese, il clima culturale nel quale vivere.*

Per queste ragioni chiediamo che qualunque provvedimento che i decisori politici vorranno prendere non possa prescindere da questi elementi essenziali:

- *il riconoscimento degli aspetti patologici associati o prodotti dalle forme di gioco compulsivo e la conseguente inclusione del gioco d'azzardo patologico GAP nei livelli essenziali di assistenza (LEA);*

- *l'assegnazione di risorse ai Servizi di cura delle dipendenze che pure in assenza di disposizioni in materia, da tempo trattano le molteplici forme della patologia individuale e dei suoi correlati familiari;*
- *affidare ai Dipartimenti Dipendenze delle ASL il coordinamento della rete dei servizi pubblici, del privato sociale e del volontariato attivi sul gioco d'azzardo;*
- *la restituzione alle autonomie locali della competenza programmatica e decisionale in materia di autorizzazione, allocazione e distribuzione territoriale dei luoghi, spazi e strumenti per il gioco d'azzardo;*
- *la separazione delle competenze programmatiche e di controllo, da quelle di carattere fiscale ed economico, affidando le prime ad una Agenzia nazionale con articolazioni regionali, con compiti di osservazione e monitoraggio delle quattro dimensioni dell'azzardo indicate in premessa;*
- *definire anche in accordo con i concessionari una carta etica della pubblicità che abbia come capisaldi i principi di verità e di completezza della informazione su ogni tipo di gioco promosso, e che vincoli la concessione al rispetto del codice etico;*
- *uniformare l'aliquota fiscale su tutti i tipi di giochi al 20% in modo da recuperare le risorse necessarie a finanziare tutti gli interventi di assistenza sociale e di cura, ed il funzionamento degli organismi preposti al monitoraggio e controllo del fenomeno;*
- *prevedere una quota proporzionale dell'investimento pubblicitario di impresa da destinare agli interventi di prevenzione, studio e ricerca, coordinati dalla Agenzia nazionale.*

Queste proposte nascono sia dalla esperienza dei servizi per le dipendenze che dalle specifiche attività che come Federazione abbiamo attivato nel settore del gioco d'azzardo patologico. L'esperienza dei servizi ci dice che se non si interviene seriamente a sostenere con risorse adeguate il lavoro di questi professionisti, difficilmente questa rete di centri potrà continuare ad occuparsi della cura dei giocatori patologici e delle molte figure significative implicate, in contesti sempre più poveri di risorse, strutture, personale, già ora insufficiente a curare adeguatamente i dipendenti da sostanze. Impossibile quindi pensare ad ulteriori sviluppi della rete di cura, senza desti-

nare risorse al settore. Le risorse riteniamo che debbano essere generate dalla fiscalità, ma in modo tale da produrre contestualmente un effetto virtuoso anche sul modo di prelevare, riducendo sia la quota di denaro che ritorna ai vincitori che l'incentivo fiscale alla espansione dei mercati (se aumenti il fatturato riduco il prelievo fiscale, come avviene attualmente per alcuni giochi) che crea effetti perversi su tutto il sistema (pubblicità aggressive, incontrollata proliferazione dei luoghi e modalità di gioco d'azzardo). In questo modo il contributo alla cura viene dato da chi gioca, da chi opera sul gioco e da chi preleva sugli utili, ovvero Giocatori, Concessionari, Stato, con una azione complessiva di calmieramento senza la quale, tutte le altre azioni di cui si sta discutendo sarebbero sostanzialmente un palliativo. Analogo ragionamento va fatto per la pubblicità, che non può essere inibita, ma deve essere veritiera, completa, ed economicamente correlata al sostegno di iniziative di prevenzione di quegli effetti indotti dalla promozione dei suoi prodotti, che pur con tutte le avvertenze, possono comunque produrre danni ai soggetti vulnerabili. Non è possibile proteggere ogni individuo dalla molte vulnerabilità alle quali siamo esposti, ma è possibile talora mitigarne gli impatti individuali e sociali. Altrettanto impor-

tante riteniamo sia restituire potere di governo alle autonomie locali, dando loro la competenza di programmare e decidere, sulla base di valutazioni complessive di impatto (socialità, sicurezza, economia, ambiente, cultura), le autorizzazioni all'esercizio di tutte le attività legate al gioco d'azzardo. Preservare il capitale sociale di una comunità è compito e responsabilità di chi governa a livello locale, di questo è chiamato a rispondere dai suoi cittadini, e per questa ragione non può essere esaurito da ambiti decisionali che pesano in modo rilevante nell'impoverire il capitale sociale della collettività e delle famiglie. Assegnare senza ambiguità e confusioni di compiti e responsabilità, le competenze sul monitoraggio e controllo del gioco d'azzardo nei quattro aspetti declinati in premessa, ci sembra indispensabile per poter avviare delle politiche consapevoli, rigorose, attente allo stato di salute e alla qualità di vita dei cittadini. Per le ragioni indicate al punto precedente, riteniamo che ci debba essere una Agenzia nazionale con una articolazione regionale della organizzazione che presiederà a questi compiti, sia per l'azione di monitoraggio che necessita di strumenti di osservazione dettagliata, sia per gli effetti di programmazione e decisionali che ad essa conseguono.

NOTIZIE IN BREVE



Amarcord Associazione ONLUS in campo alcolico

www.amarcord.info

AIUTACI AD AIUTARE CON IL TUO 5 x Mille

C.F. 97230910156

Il 5 per mille ad ALT Onlus

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

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

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

Basta inserire nell'apposito spazio il codice fiscale e firmare

Codice fiscale 97103240152



aderente a:



Sede legale: Via Giotto 3, 20144 Milano

Presidente Onorario

Rita Levi Montalcini

Direttivo Nazionale

Alfio Lucchini (presidente nazionale)
Guido Faillace (vicepresidente)
Pietro Fausto D'Egidio (segretario esecutivo)
Alessandro Coacci, past president (membro di diritto)
Giancarlo Ardisson, Francesco Auriemma,
Roberta Balestra, Giuseppe Barletta,
Emanuele Bignamini, Claudia Carnino,
Francesco Castracane, Gianni Cordova,
Edoardo Cozzolino, Antonio d'Amore, Adele Di Stefano,
Francesco De Matteis, Donato Donnoli, Maurizio Dorsi,
Maurizio Fea, Michele Ferdico, Bernardo Grande,
Claudio Leonardi, Roma, Raffaele Lovaste,
Fernanda Magnelli, Ezio Manzato, Vincenzo Marino,
Antonio Mosti, Felice Nava, Maria Chiara Pieri,
Roberto Pirastu, Gianna Sacchini, Giorgio Serio,
Vincenzo Simeone, Lorenzo Somaini, Cristina Stanic,
Franco Zuin, Giovanni Villani

Comitato Scientifico Nazionale

Felice Nava (direttore)
Gianna Sacchini e Michele Ferdico (vicedirettori)
Daniele La Barbera, Daniele Piomelli,
Giorgio Barbarini, Lorenzo Somaini, Vincenzo Caretti

RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Il versamento della quota associativa, pari a € 50,00 per i laureati e a € 30,00 per i non laureati, si può effettuare tramite:

versamento sul Conto Corrente Bancario n. 000003417x16 intestato a **FeDerSerD** presso la **Banca Popolare di Sondrio - Agenzia di Carimate - CIN D ABI 05696 CAB 51090**

versamento diretto ai referenti regionali con rilascio di ricevuta

L'accoglimento dell'istanza di iscrizione a FeDerSerD in qualità di Socio Ordinario avverrà nella prima riunione in calendario del Consiglio Direttivo e ne verrà data comunicazione e conferma con il rilascio e l'invio della Tessera Annuale.

ANNO 2012 - 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 2012

Di rinnovare l'iscrizione in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2012

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 _____