

Editoriale. Valutare l'attività e i risultati per valorizzare il nostro lavoro in un periodo di crisi 1

AREA STUDI E RICERCHE

Studio METODO (Methadone Efficacy Therapy Optimization Dosage Ongoing): risultati preliminari
Alfio Lucchini, Pietro Fausto D'Egidio, Emanuele Bignamini, Claudio Leonardi, Maria Chiara Pieri 3

Il grande prato verde. Un'indagine-intervista con gli operatori delle Unità Mobili Giovani in Provincia di Milano sulle tendenze dei consumi giovanili
Giovanni Strepparola, Sergio Salviati 59

Analisi dei rischi nei giovani guidatori. Una ricerca-intervento nei contesti del divertimento nelle Province di Milano e Varese
Sergio Salviati, Giovanni Strepparola 64

AREA CLINICA

Reati, affetti, emozioni, impulsi di vita e di morte che iniziano dall'età evolutiva. Una storia di poli-dipendenze: ruolo della dipendenza affettiva, del gioco d'azzardo e della cocaina
Annalisa Pistuddi 56

Un caso di trattamento farmacologico con Acamprosato in un paziente alcolista con schizofrenia
Ottaviano Cricenti, Michela Grassi, Rosanna Purich, Alessandro Vegliach, Salvatore Ticali 74

AREA FARMACOLOGICA-TOSSICOLOGICA

Gli effetti e i possibili rischi delle interazioni tra farmaci ed alcol
Donato Donnoli 70

LE RUBRICHE

Ad maiora
Raffaele Lovaste 23

Contaminazioni
Maurizio Fea 79

NOTIZIE IN BREVE 26

RECENSIONI 58, 62, 69, 76

FeDerSerD/FORMAZIONE 71

Mission

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



Valutare l'attività e i risultati per valorizzare il nostro lavoro in un periodo di crisi

Molti dei congressi regionali della Federazione si stanno qualificando per approfondire temi di grande attualità.

La responsabilità dei professionisti dei Ser.T. e delle Comunità, le procedure e gli strumenti per un assessment corretto e completo, i rischi dell'uso improprio dei farmaci, per citarne alcuni.

A ciò hanno corrisposto importanti investimenti di FeDerSerD nella acquisizione di strumenti diagnostici innovativi e nella costruzione di progetti di ricerca correlati alle attività dei Servizi.

Inoltre la cura dello sviluppo di piani di comunicazione e di risk management che si sono avviati l'anno scorso con il fortunato depliant sulla corretta gestione del metadone a domicilio ed è proseguita in questi giorni con le indicazioni su metadone e gravidanza.

• **Andamento dei decessi per problematiche potus-relate nei Paesi dell'Unione Europea nel periodo 1980-2003**

Marco Innamorati, Maurizio Pompili, Giovanni Martinotti, Gianluca Serafini, Mario Amore, David Lester, Ofelia De Vita, Daniele Stavros Hatzi-giakoumis, Marianna Quatrone, Paolo Girardi, Luigi Janiri

• **Un colpo al cerchio ed un colpo alla botte: il ruolo del flumazenil nelle disintossicazioni miste alcol-benzodiazepine**

Fabio Lugoboni, Marco Faccini, Anna Albiero, Rebecca Casari

• **Una esperienza di integrazione alcolologica nella Commissione Medico Legale della provincia di Avellino**

Luigi Perna, Filomena Romano, Rocco Quagliariello, Dario Moschetti, Caterina Perillo, Costantina Della Sala, Paola Vitale, Domenico Raduazzo

• **Terapia combinata a lungo termine a base di acido γ -idrossibutirrico (GHB) e disulfiram negli alcolisti cronici resistenti al trattamento con GHB**

Angelo Giovanni Icro Maremmani, Pier Paolo Pani, Luca Rovai, Matteo Pacini, Liliana Dell'Osso, Icro Maremmani

Newsletter "Clinica dell'Alcolismo", Anno III, n. 11

Mission

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

FrancoAngeli

ANNO X, 2012 - N. 35

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
missiondirezione@virgilio.it

Direttore responsabile: Stefano Angeli

Progetto grafico: Elena Pellegrini

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

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

Chiuso in redazione il 10/10/2012

Edizione fuori commercio
Tiratura: 6.000 copie
ISSN 2037-4798



E poi la promozione del progetto DEMOS con la pubblicazione della prima ricerca "dentro i Ser.T." che attesta la bontà dell'intervento nei Ser.T. dichiarata non solo da 100 medici, ma da 400 pazienti, intervistati dalla Agenzia EURISKO.

Ma soffermiamoci, anche a seguito del recente congresso tematico di Torino, sull'outcome nelle dipendenze: argomento attuale e importante non solo per il nostro lavoro nel sistema dei servizi, ma anche per le politiche di welfare.

Lavorare sugli esiti dei trattamenti, correlare con gli esiti della patologia, significa toccare argomenti che molti pensano nascondano pericoli o addirittura trucchi che possono danneggiare il lavoro dei servizi.

La realtà è un'altra: se si vuole far comprendere, anche e specialmente in un periodo di spending review, la bontà e necessità del nostro lavoro, della nostra opera, dobbiamo tutti, pubblico e privato sociale, dire con esattezza quello che facciamo, registrarlo con cura, correlarlo con i risultati che vogliamo raggiungere con i cittadini che a noi si rivolgono.

In ogni ambito del nostro vasto intervento devono esserci, e ci sono, dei risultati, che si raggiungono secondo procedure trasparenti e che devono essere conosciuti da tutti i professionisti.

La rilevanza di una serie di fattori propri della valutazione è provata da alcuni progetti nazionali che esplorano sia il tema dell'outcome sia i processi e le forme organizzative legate a processi di integrazione virtuosi.

Progetti che stanno dimostrando la solidità del lavoro dei Servizi e aprono ad evidenti necessità, come quella di avere Servizi forti, organizzati in Dipartimenti reali, specifici, di azione comune pubblico-privato sociale, in rete con il territorio.

Siamo in un momento di attacco sconsiderato al professionista del pubblico, a tutto ciò che è pubblico.

La penosa immagine che la politica e le istituzioni, comprese quelle di controllo, danno di sé, il dolore nel vedere tutti i giorni descritti gli sprechi e le ruberie, sono fattori oggettivi.

Noi siamo in gran parte dipendenti di questo Stato, di queste Regioni, di questo Servizio Sanitario, dobbiamo andare avanti e fare il nostro dovere, tentando di far capire che gli investimenti nel nostro settore sono risparmi forti, fortissimi, per la società e lo Stato. Con piacere vediamo che quello che da anni affermiamo, sulla scorta di lavori scientifici noti, e cioè che 1 euro investito in trattamenti adeguati nel settore delle dipendenze può portare un risparmio di 6 euro in costi di welfare, è ripreso anche ai livelli istituzionali.

Ma non basta.

I sistemi complessi come sono i Servizi e i Dipartimenti delle Dipendenze richiedono sì forti capacità cliniche, ma anche significative capacità organizzative per essere governati. E alla verifica dei fatti abbiamo ancora molte carenze.

Queste strategicità e criticità hanno spinto la Federazione ad avere una particolare attenzione allo studio del management e delle innovazioni organizzative.

La Federazione cerca di impegnarsi, scriviamo moltissimo di organizzazione e management, da questo numero anche MISSION presenta una corposa rubrica al riguardo.

Anche lo studio METODO sulla appropriatezza dei trattamenti con farmaci sostitutivi, il progetto STAR sul miglioramento dell'accesso ai trattamenti, il progetto GIOCARE-SPONSABILE con la help line nazionale ormai di riferimento per capire la reale incidenza e gravità del fenomeno Gambling in Italia, sono credibili grazie ad un robusto approccio valutativo e alla architettura manageriale.

In tutto il Paese i tagli ai Servizi sono visibili: il blocco almeno del 50% del turnover, la decapitazione dei consulenti e dei contrattisti, l'ulteriore taglio del 5% della spese per beni e servizi, danno un senso iniziale al termine spending review.

Noi dobbiamo fare la nostra parte, dobbiamo essere spietati in critica e autocritica. Bisogna lavorare duramente per mantenere le posizioni.

Ma non basta.

I cambiamenti dei fenomeni di consumo e dipendenza, nuove necessità che emergono con forza, l'assetto dei poteri istituzionali, la crisi strutturale della nazione, la realtà dei servizi, impongono una rivisitazione del sistema generale di intervento in Italia.

Noi dobbiamo essere protagonisti, non dobbiamo subire ulteriori scelte che poi possiamo anche esercitarci a definire bizzarre o contro la scienza.

Prima del congresso nazionale che si terrà a Roma dal 22 al 25 ottobre del 2013, terremo una Conferenza sullo stato dei Servizi a Milano nel maggio 2013.

Certo, non dobbiamo stancarci di pretendere un cambiamento nei rapporti tra Stato e Regioni per il nostro settore. Questo anche se la visione offerta è desolante: nel Governo il "tema droga" non è di alcun interesse, il coordinamento delle Regioni continua a lavorare per spezzoni e temi distinti, partorendo iniziative spot poco legate ad una programmazione credibile e alle realtà territoriali.

Studio METODO (Methadone Efficacy Therapy Optimization Dosage Ongoing): risultati preliminari

Alfio Lucchini*, Pietro Fausto D'Egidio**, Emanuele Bignamini***, Claudio Leonardi****, Maria Chiara Pieri*****

SUMMARY

■ **Background:** the effectiveness of “methadone maintenance treatment” (MMT) for the treatment of heroin addiction, has already been fully demonstrated in many clinical studies. The overall analysis of these studies showed that patients who access the MMT achieved significant improvements in terms of retention in treatment, reduction/cessation of the use of opioid, craving reduction, reduced criminal behavior, improved psychological well-being and social adjustments. Between all the variables that can affect on the outcome of drug treatment, the dose of methadone is what definitely has the greater predictive effect. Considering this, use the “adequate” dosage of methadone is main factor that can influence the success of treatment. During a MMT, a dosage could be considered adequate if suppresses signs and symptoms of opioid withdrawal syndrome, reduces craving for opioid-drug and reduces the reward effects of illicit opioids (‘blockade’). The ODAS scale (Opiate Dosage Adequacy Scale) provides to the clinical a systematic instrument to measure if the methadone dosage is adequate.

Design and method: METODO Trial is a perspective observational study to assess the efficacy and tolerability of Methadone, in heroin addicted patients undergoing a methadone maintenance treatment. The ODAS scale (Opiate Dosage Adequacy Scale) has been used for the evaluation of the “adequacy” of the methadone’s dosage in a maintenance treatment. The variable “adequacy” has been moreover used to stratify patients to evaluate the treatment efficacy in relation to the efficacy parameters determined during the visits. Methadone has been administered in a manner consistent to the approved use. Patients have been evaluated according to the following parameters: treatment retention rate and duration of retention in treatment and a series of questionnaires (e.g. addiction severity (ASI) and SCL-90 scale). Safety and tolerability of the methadone have been evaluated during the study. Out patients with heroin addiction who have started a MMT in 5 Italian centers are observed over 2 years in 7 scheduled follow up visits.

Results: the preliminary results of the interim analysis on 500 enrolled patients concerning the baseline visit, showed a correlation between the adequacy of methadone dosage and better patients’ conditions as observed from the various questionnaires the patients underwent during the visit. ■

Keywords: heroin addiction; methadone dosage adequacy; methadone maintenance treatment; opiate maintenance; Opiate Dosage Adequacy Scale (ODAS); QT interval.

Parole chiave: dipendenza da eroina; dosaggio adeguato di metadone; trattamento con metadone a mantenimento; scala ODAS; intervallo QT.

Introduzione

La dipendenza da sostanze è una patologia cronica con tendenza a recidivare, caratterizzata dalla ricerca e dall’uso compulsivo della sostanza, che si accompagna ad alterazioni biochimiche, funzionali e strutturali a livello del sistema nervoso centrale (1) e che in alcuni casi può durare per tutta la vita (2).

L’efficacia della terapia di mantenimento con metadone (MMT, *Methadone Maintenance Treatment*) per il trattamento della tossicodipendenza da eroina è stata già ampiamente dimostrata in numerosi studi clinici (1). I risultati di questi studi clinici hanno più volte messo in evidenza l’efficacia della terapia sostitutiva con metadone sull’interruzione dell’assunzione di eroina grazie al blocco metadonico, a cui deve comunque essere associato un percorso riabilitativo con un adeguato sostegno psicologico.

* Dipartimento Dipendenze - ASL Milano 2.

** Servizio Dipendenze - AUSL Pescara.

*** Dipartimento Patologia delle Dipendenze - ASL Torino 2.

**** UOC Prevenzione e Cura Tossicodipendenze ed Alcolismo - ASL Roma/C.

***** Servizio Tossicodipendenze - AUSL di Bologna.

Sul trattamento con metadone sono state condotte numerose ricerche cliniche (2-3) di tipo sia sperimentale (trial clinici randomizzati e controllati con placebo, o con altri farmaci) sia osservazionale (studi di coorte retrospettivi e prospettici) in soggetti con comprovata dipendenza da oppioidi. L’analisi complessiva di questi studi mette in evidenza che i pazienti che accedono al MMT ottengono significativi miglioramenti in termini di ritenzione in terapia, riduzione/cessazione dell’uso di oppiacei, riduzione del craving, riduzione dei comportamenti delinquenziali, miglior benessere psicofisico e adattamento sociale.

Nell’ambito clinico, la valutazione e l’aggiustamento del dosaggio di metadone per ciascun paziente è però sempre stato, fondamentalmente, un processo euristico e negli anni ha seguito razionali filosofici, moralisti o psicologici, piuttosto che evidenze scientifiche (10).

Durante gli anni ‘60 i pazienti erano trattati con dosi in media di 80-120mg/die di metadone, e tale quantità appariva ottimale per la maggior parte dei pazienti, sebbene alcuni evidenziassero il bisogno di dosi maggiori o minori (11). Durante gli anni ‘70, restrizioni sui dosaggi e stigmatizzazioni portarono ad utilizzare dosaggi che non avevano alcuna base scientifica (11), fu infatti imposto un tetto massimo di metadone di 100mg/die, senza alcun suppor-

to nei dati della ricerca. Negli anni '80 oltre il 40% dei pazienti riceveva meno di 40mg/die ed anche una recente indagine negli anni 2000 ha mostrato che circa il 13% riceveva meno di 40mg/die e più di un terzo dei pazienti meno di 60 mg/die (12). Dallo studio prospettico VEdeTTE (4) (settembre 1998 - marzo 2001), effettuato in 115 Ser.T. distribuiti sul territorio italiano e con un campione analizzato di 10.454 utenti, è stata evidenziata una grande variabilità relativa al dosaggio di metadone. Dai risultati di questo studio si osserva che i dosaggi inferiori a 60mg/die sono la dose minima efficace nel ridurre la mortalità, nel limitare il coinvolgimento della criminalità e nel migliorare lo stato di salute generale e sociale (5, 6) come evidenziato da studi simili (DATOS, NTORS, e altri) (8, 9) e studi clinici randomizzati (7, 10, 11). Inoltre, dalle recenti metanalisi della Cochrane Collaboration (12-14), è stato evidenziato che terapie di mantenimento con metadone a dosi di 60 mg/die o superiori mostrano la migliore ritenzione in trattamento.

Dai risultati dello studio VEdeTTE è emerso, nel dettaglio, che il 50% dei soggetti trattati con trattamenti di mantenimento con metadone riceve un dosaggio inferiore ai 40mg/die (circa il 10% riceve in media meno di 20 mg/die) e solo il 20% dei cicli di mantenimento era offerto a dosaggi di 60mg/die o più elevati. I dosaggi di metadone rilevati nei programmi di mantenimento erano poi mediamente più bassi tra i soggetti incidenti (39,7 mg/die), rispetto ai reingressi (40,2 mg/die) ed ai prevalenti (43,5 mg/die), con una media totale nazionale 42,7 mg/die.

Fra tutte le variabili che possono incidere sull'outcome del trattamento della tossicodipendenza, il dosaggio di metadone è quello che ha sicuramente il maggiore effetto predittivo: secondo lo studio VEdeTTE (13), per esempio, i dosaggi elevati riducono il rischio di abbandono dal 70% al 25%, indipendentemente da altri fattori. Considerato ciò, l'utilizzo del metadone ad un dosaggio "adeguato" rappresenta quindi il fattore principale in grado di influenzare il buon esito del trattamento riabilitativo. A livello interindividuale la risposta ad una particolare dose di metadone, come per ogni altro farmaco, ha una elevata variabilità dipendente da fattori di farmacocinetica e di farmacodinamica. Ciò significa che mentre 60 mg/die possono essere adeguati per un paziente, un altro potrebbe avere bisogno di 150-200 mg/die o

40 mg/die per ottenere l'effetto ottimale. Il concetto di un particolare *range* di dosaggio, o di un tetto massimo che possa valere per tutti i pazienti non è scientificamente plausibile. Per tale motivo, per assicurare i migliori effetti terapeutici, a ciascun paziente dovrebbe essere somministrata la dose più "adeguata".

In corso di trattamento della dipendenza da eroina, un dosaggio può essere considerato adeguato se sopprime i segni ed i sintomi della Sindrome di Astinenza da Oppioidi (SAO), se riduce il craving per le droghe oppiacee e se riduce gli effetti di ricompensa di oppioidi di abuso (blocco narcotico/tolleranza crociata).

La Sindrome di Astinenza da Oppiacei (15), il craving (16) e i sintomi riferiti (17) sono stati valutati nel campo della ricerca utilizzando differenti strumenti. Ciascuno di questi strumenti, tuttavia, valuta solo uno degli aspetti che dovrebbero essere tenuti in considerazione per potere aggiustare il dosaggio di metadone ai livelli ottimali. Ad esempio, se il dosaggio viene considerato adeguato solo quando controlla la sindrome da astinenza, ciò può portare ad un'errata valutazione della "adeguatezza" in quanto non è detto che con lo stesso dosaggio si controlli anche il craving.

Per la valutazione dell'efficacia del trattamento con dosi "adeguate" di metadone, sono quindi stati sviluppati strumenti che permettono di considerare tutti questi aspetti. Nello studio osservazionale METODO è stata utilizzata la scala di valutazione ODAS (20-22) (*Opiate Dosage Adequacy Scale*, scala di adeguatezza del dosaggio dei farmaci agonisti). Tale scala ha lo scopo di fornire al clinico un mezzo sistematico per valutare se la dose di metadone somministrata nel contesto di un programma di mantenimento è "adeguata", e quindi efficace ai fini di un appropriato trattamento farmacologico e riabilitativo. Di seguito saranno presentate le informazioni preliminari relative alla visita basale di 500 pazienti arruolati nello Studio METODO.

Lo studio METODO

Lo Studio METODO (Methadone Efficacy Therapy Optimization Dosage Ongoing) è uno studio osservazionale prospettico il cui obiettivo primario è valutare l'efficacia del trattamento con metadone a mantenimento (MMT), somministrato conforme-

Tab. 1 - Flowchart dello studio

	Mese	0	3	6	9	12	18	24
	Visita	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7
Questionari								
• Scala ODAS		X	X	X	X	X	X	X
• Craving VAS		X	X	X	X	X	X	X
• Qualità della vita		X	X	X	X	X	X	X
• Valutazione Globale del Funzionamento (GAF)		X ¹	X	X	X	X	X	X
• Addiction Severity Index (ASI)		X		X		X		X
• SCL-90		X		X		X		X
• Giudizio clinico globale (CGI)						X		X
• Giudizio del paziente						X		X
Esami di Laboratorio								
• Cataboliti delle sostanze d'abuso in campioni biologici		X	X	X	X	X	X	X
• Esami di laboratorio di routine		X				X		X
• ECG		X		X		X	X	X
• Melanemia			X			X		X

mente alla normale pratica clinica, in pazienti tossicodipendenti da eroina, correlando l'efficacia con il dosaggio adeguato in confronto a dosaggi non adeguati. Il periodo di osservazione stabilito è di 24 mesi, in cui sono previste 7 visite a tempi definiti per registrare i dati di ciascun soggetto.

Nello studio METODO sono stati arruolati 500 pazienti maschi e femmine con diagnosi di dipendenza da eroina, che proseguivano o iniziavano il MMT nei 5 Servizi delle Dipendenze italiani coinvolti: Bologna (AUSL BO), Milano (ASL MI2), Pescara (AUSL PE), Roma (ASL RM C) e Torino (ASL TO2).

Secondo il protocollo i pazienti che vengono arruolati in questo studio vengono sottoposti a diverse valutazioni (vedi anche Tabella 1):

- **questionari:** ASI (Addiction Severity Index), SCL-90 (Symptoms Checklist), Qualità della Vita, Valutazione Globale del Funzionamento (GAF), Giudizio Clinico Globale (CGI), Giudizio del Paziente, Craving VAS (Visual Analogic Scale) e ODAS (Opiate Dosage Adequacy Scale);
- **esami di laboratorio:** cataboliti delle sostanze d'abuso, esami di laboratorio di routine [emocromo completo, PT, PTT, INR, Na⁺, K⁺, Ca⁺⁺, Mg⁺⁺, Cl⁻, proteine totali, albumina, urea, creatinina, fosfatasi alcalina (ALP), bilirubina totale, LDH, AST (SGOT), ALT (SGPT), Gamma GT, glucosio, proteina c-reattiva (PCR) e fibrinogeno], elettrocardiogramma e analisi della metadonemia.

Poiché lo Studio METODO è di tipo osservazionale, i questionari utilizzati dagli sperimentatori sono strumenti di lavoro consolidati nella pratica quotidiana e condivisi dalla comunità scientifica internazionale.

Come già anticipato, la Scala ODAS è lo strumento utilizzato per definire la variabile "adeguatezza del trattamento", necessaria per stratificare i pazienti nell'analisi statistica, riguardo agli item di efficacia del trattamento.

La Scala ODAS è un'intervista clinica semi-strutturata composta da 10 domande a scelta multipla o su una scala visuale analogica fra cinque opzioni proposte, tipo Likert (40). Il questionario è suddiviso in 6 elementi principali riguardanti: l'assunzione di eroina, il blocco narcotico/tolleranza crociata, la Sindrome di Astinenza da Oppiacei (SAO) relativamente all'area fisica e psichica, il craving per l'eroina e gli effetti del sovradosaggio di metadone. Per ciascuna domanda viene assegnato un punteggio da 5 (che rappresenta il punteggio migliore) a 1 (che rappresenta il punteggio peggiore). Il punteggio della Scala ODAS è interpretabile quantitativamente e qualitativamente per valutare da un lato il miglioramento o peggioramento delle condizioni del paziente, e dall'altro l'adeguatezza o non adeguatezza del dosaggio, grazie all'identificazione di un punto di cut-off.

Per ciascun paziente viene registrata ad ogni visita anche una "scheda di trattamento" in cui viene registrato lo schema di trattamento con metadone, indicando la dose giornaliera (mg/die) e lo schema di affido, eventuali terapie concomitanti (farmacologiche e non farmacologiche) ed eventuali reazioni avverse al trattamento. La sicurezza e la tollerabilità del MMT sono valutate nel corso del periodo di osservazione attraverso la valutazione elettrocar-

diografica degli intervalli QTc (prevista ogni 6 mesi nel corso dello studio). Tale valutazione viene realizzata in un modo centrale, grazie alla presenza di un centro unico di refertazione, e prevede la misurazione del livello ematico di metadone prima della somministrazione di metadone e a 4 ore dalla somministrazione presso il Ser.T. cui il paziente fa riferimento.

La valutazione dell'efficacia del trattamento con metadone a "dosaggio adeguato" in confronto all'utilizzo di metadone a "dosaggi non adeguati" è valutata mediante i seguenti parametri:

- tasso di ritenzione in trattamento (retention rate) e durata media della ritenzione in trattamento;
- astensione dall'uso di eroina valutata su campione biologico (urine, matrice cheratinica, altro);
- craving da eroina;
- qualità della vita;
- conclusione del programma di trattamento;
- condizione psicopatologica valutata secondo gli items della Scala SCL-90.

Dei parametri di valutazione sopra elencati, i due relativi alla ritenzione in trattamento (tasso e durata media) si potranno prendere in considerazione solo al termine dello Studio, quando sarà possibile determinare per ciascun paziente se effettivamente si è sottoposto alle visite di follow-up previste ed eventualmente con quale ritardo rispetto alle date previste.

Al termine dello studio saranno anche effettuate le valutazioni di farmaeconomia fra i due cluster di pazienti (pazienti con dose adeguata o non adeguata), sui seguenti parametri:

- condizioni occupazionali, economiche ed abitative dei soggetti;
- eventuali ospedalizzazioni;
- terapie concomitanti prescritte di ulteriori psicofarmaci;
- riscontri di nuove infezioni da HIV, HBV, HCV;
- necessità di utilizzo di ulteriori farmaci.

Criteria di valutazione degli outcomes

Durante lo Studio alcuni *items* sono identificati come indicatori delle condizioni del paziente in determinate aree di interesse. In particolare, per descrivere le condizioni dei pazienti, sono individuate due macroaree, a loro volta suddivise in sotto-aree specifiche (Tabella 2).

In ciascuna area sono raggruppati diversi *items* provenienti dai diversi questionari o esami, ed ogni *item* viene analizzato in correlazione con la variabile "Adeguatezza del Dosaggio" (nelle modalità "Adeguatezza" e "Non Adeguata"). L'utilizzo delle macroaree permette di effettuare valutazioni *ad hoc* anche degli obiettivi secondari, in particolare per quanto riguarda la valutazione del rischio clinico del QT lungo (1d. area Salute - Sicurezza del trattamento); la valutazione psicopatologica dei soggetti osservati (1b. area Salute - Psichica) e la valutazione farmaeconomica (2d. area Sociale - Costi sociali).

Sono inoltre identificate alcune variabili attraverso cui stratificare ulteriormente la variabile "Adeguatezza del Dosaggio" per

Tab. 2 - Macroaree e sotto aree analizzate

1. Macroarea SALUTE	2. Macroarea SOCIALE
a. area fisica	a. reddito e lavoro
b. area psichica	b. relazioni sociali
c. area tossicodipendenza	c. status legale
d. area sicurezza del trattamento	d. costi sociali

studiare come variano le condizioni di vita dei pazienti in relazione ad alcune caratteristiche specifiche. In particolare, sono previste stratificazioni per fascia di età, condizioni abitative, range di dose giornaliera di metadone e uso di cocaina.

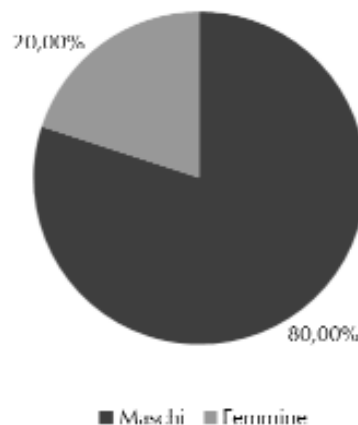
Risultati della visita basale

Dall'analisi dei dati raccolti è possibile effettuare una prima descrizione delle condizioni dei pazienti arruolati nello Studio METODO, in mantenimento con Metadone (*MMT, Methadone Maintenance Treatment*) per il trattamento della tossicodipendenza da eroina nel caso in cui precedenti interventi multidisciplinari non abbiano dato risultati positivi.

Al momento in cui si scrive, l'intera popolazione prevista dal protocollo di studio (n. 500 soggetti) è stata arruolata e sottoposta alla visita basale (V1). Ad oggi, le visite di follow-up successive alla prima visita sono ancora in corso e pertanto le analisi illustrate nelle pagine seguenti fanno riferimento ai dati della sola visita basale. Nelle tabelle saranno presentate le variabili che abbiano una significatività statistica ($p \text{ value} < 0.05$). Dal momento che lo Studio METODO è uno studio osservazionale, può verificarsi che non tutti i soggetti abbiano portato a termine i questionari e che le frequenze relative a determinate variabili siano inferiori al numero di soggetti arruolati.

In seguito a tali premesse metodologiche, è possibile affermare in modo generale che i dati mostrano una correlazione tra adeguatezza del dosaggio di metadone e condizioni del paziente. Come meglio si vedrà nell'analisi delle singole macroaree, il

Fig. 1 - Studio METODO: sesso



gruppo di pazienti in dosaggio adeguato presenta condizioni generali migliori rispetto ai pazienti in dosaggio non adeguato.

Analisi demografica

Partendo dalle informazioni demografiche della popolazione dello studio, è possibile comprendere il profilo della popolazione coinvolta nello Studio METODO.

I primi dati da osservare sono relativi a sesso ed età dei pazienti. Dei 500 soggetti osservati, la percentuale degli uomini si attesta su una quota pari all'80%, contro il 20% di soggetti di sesso

Tab. 3 - Studio METODO: numero di pazienti, sesso ed età

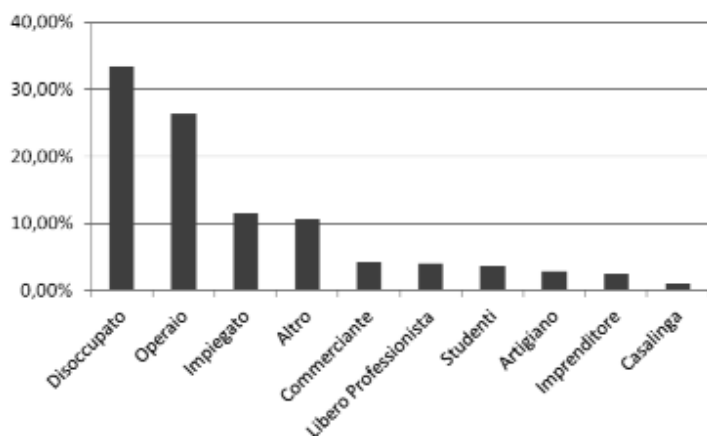
N. pazienti, sesso, età			N	500
Pazienti			N	100.0%
Sesso	Maschi		N	400
			N%	80.0%
	Femmine		N	100
			N%	20.0%
Età		Media	39.42	
		Deviazione Standard	9.23	

Tab. 4 - Studio METODO: numero di pazienti, sesso ed età

Attività lavorativa	N	N%
Disoccupato	167	33.4%
Operaio	131	26.3%
Impiegato	57	11.4%
Altro	35	10.6%
Commerciante	21	4.2%
Libero Professionista	20	4.0%
Studenti	18	3.6%
Artigiano	14	2.8%
Imprenditore	12	2.4%
Casalinga	5	1.0%

Missing Values: 2 casi

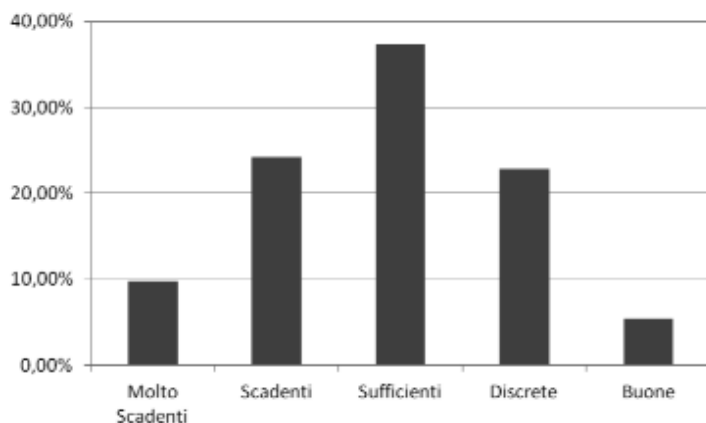
Fig. 2 - Studio METODO: attività lavorativa



femminile (Tabella 3 e Figura 1). L'età media dei pazienti reclutati nei cinque centri partecipanti, come si evince dalla Tabella 3, è di circa 40 anni (precisamente 39,42 anni), con una prevalenza di giovani nei centri di Pescara (37,91 anni) e Bologna (37,92 anni), a fronte di popolazioni più anziane presenti nei centri di Torino (40,89 anni) e Roma (40,84 anni).

Interessanti i dati legati all'attività lavorativa (Tabella 4 e Figura 2): forte la presenza di disoccupati (33,4%) e operai (26,3%), e di impiegati, sebbene in misura minore (11,4%). Se si analizzano le situazioni dei singoli centri, si può osservare che il centro di Torino registra la presenza maggiore di disoccupati (46,1%), mentre nei centri di Roma e Bologna sale la percentuale di impiegati (rispettivamente 17,5% e 14,5%). Nel centro di Milano, infine, si registra la percentuale di operai più elevata (40,4%). Va sottolineato che tali informazioni non devono essere interpretate come una generalizzazione della condizione lavorativa dei pazienti afferenti ai Ser.T. italiani, ma risultano utili nell'ambito dello studio per comprendere la tipologia di popolazione coinvolta.

Fig. 3 - Studio METODO: condizioni economiche



Analizzando la Tabella 5 e la Figura 3, si scopre che il 75% dei soggetti intervistati si trova in condizioni economiche scadenti, discrete o sufficienti. Le condizioni economiche peggiori sono state registrate nel centro di Torino (89,8%), a conferma di quanto già illustrato dai dati sull'attività lavorativa (forte presenza di disoccupati). Per quanto riguarda le condizioni abitative (Tabella 6), si può notare che la maggior parte dei pazienti vive in un ambiente controllato quali comunità o famiglia (76,8%), con percentuali più alte nei centri di Pescara (91%) e Milano (88,5%).

Dosaggio del Metadone, adeguatezza del dosaggio e gravità della dipendenza

Il secondo set di analisi è relativo ai dati legati alla dose di metadone somministrata al singolo paziente e all'utilizzo della Scala ODAS, grazie alla quale è stato possibile suddividere la popolazione nei due gruppi "Dosaggio Adeguato" e "Dosaggio Non Ade-

Tab. 5 - Studio METODO: condizioni economiche

Condizioni economiche	N	N%
Molto Scadenti	49	9.8%
Scadenti	121	24.2%
Sufficienti	187	37.4%
Discrete	114	22.8%
Buone	27	5.4%

Missing Values: 2 casi

Tab. 6 - Studio METODO: condizioni abitative

Condizioni abitative	N	N%
Da solo	114	22.8%
In comunità	14	2.8%
Famiglia	370	74%

Missing Values: 2 casi

Tab. 7 - Studio METODO: dosi medie e adeguatezza

Dosi medie e adeguatezza	N	N%	Media (mg/die)	SD	Q1	Mediana	Q3
Dosaggio Adeguato	373	75.8%	61.79	33.05	40.00	60.00	80.00
Dosaggio Non Adeguato	119	24.2%	73.85	35.76	50.00	70.00	90.00
Totale	492	100.0%	64.70	34.08	40.00	60.00	80.00

Missing Values: 8 casi (3 per range dose/die, 5 per adeguatezza di dosaggio)

MannWhitney test: p value=0,002

Tab. 8 - Studio METODO: distribuzione per range di dose/die metadone (classi di 20mg/die)

Distribuzione per range di dose/die metadone		<20 mg/die	Da 21 a 40 mg/die	Da 41 a 60 mg/die	Da 61 a 80 mg/die	Da 81 a 100 mg/die	Da 101 a 120 mg/die	Da 121 a 140 mg/die	Da 141 a 160 mg/die	>160 mg/die	Totale
Dosaggio Adeguato	conteggio	43	77	94	77	51	8	15	7	1	373
	% casi riga	11,5%	20,6%	25,2%	20,6%	13,7%	2,1%	4,0%	1,9%	0,3%	100,0%
	% casi colonna										75,8%
Dosaggio Non Adeguato	conteggio	7	20	23	31	16	10	8	2	2	119
	% casi riga	5,9%	16,8%	19,3%	26,1%	13,4%	8,4%	6,7%	1,7%	1,7%	100,0%
	% casi colonna										24,2%
Totale	conteggio	50	97	117	108	67	18	23	9	3	492
	% casi riga	10,2%	19,7%	23,8%	22,0%	13,6%	3,7%	4,7%	1,8%	0,6%	100%
	% casi colonna										100%

Missing Values: 8 casi (3 per range dose/die, 5 per adeguatezza di dosaggio)

Chi quadrato: p value<0,01

guato". Grazie a questi dati, è possibile comprendere in che modo il dosaggio di Metadone sia distribuito all'interno della popolazione e se i diversi dosaggi siano da considerarsi adeguati o meno. Come si evince dalla Tabella 7, l'intera popolazione che partecipa allo studio riceve una dose media di 64.7 mg/die di Metadone. Il 75,8% dei pazienti rientra nel gruppo "Dosaggio Adeguato" con una media 61,79 mg/die di Metadone, mentre il restante 24,2% della popolazione riceve un dosaggio non adeguato ed assume una media di 73,85 mg/die di Metadone. Questo dato sembra discordare da quanto riportato in letteratura, in cui dosaggi più alti venivano considerati migliori rispetto a quelli più bassi. Analizzando il dato però potrebbe risultare incompleto se non venisse illustrato il modo in cui si distribuiscono i dosaggi all'interno dell'intera popolazione e dei singoli gruppi "Dosaggio Adeguato" e "Dosaggio Non Adeguato". È stato quindi deciso di analizzare la distribuzione di dose adottando due suddivisioni in classi di 20 mg e di 40 mg.

Osservando la Tabella 8, si può notare che le frequenze percentuali tendono a distribuirsi in maniera analoga in entrambi i gruppi, con punte nei valori compresi tra 21 e 80 mg/die. L'osservazione diventa più comprensibile se la tabella viene tradotta in forma grafica (Figura 4): le due curve, che rappresentano la distribuzione percentuale della dose/die di Metadone nei due gruppi "Dosaggio Adeguato" e "Dosaggio Non Adeguato", seguono il medesimo andamento.

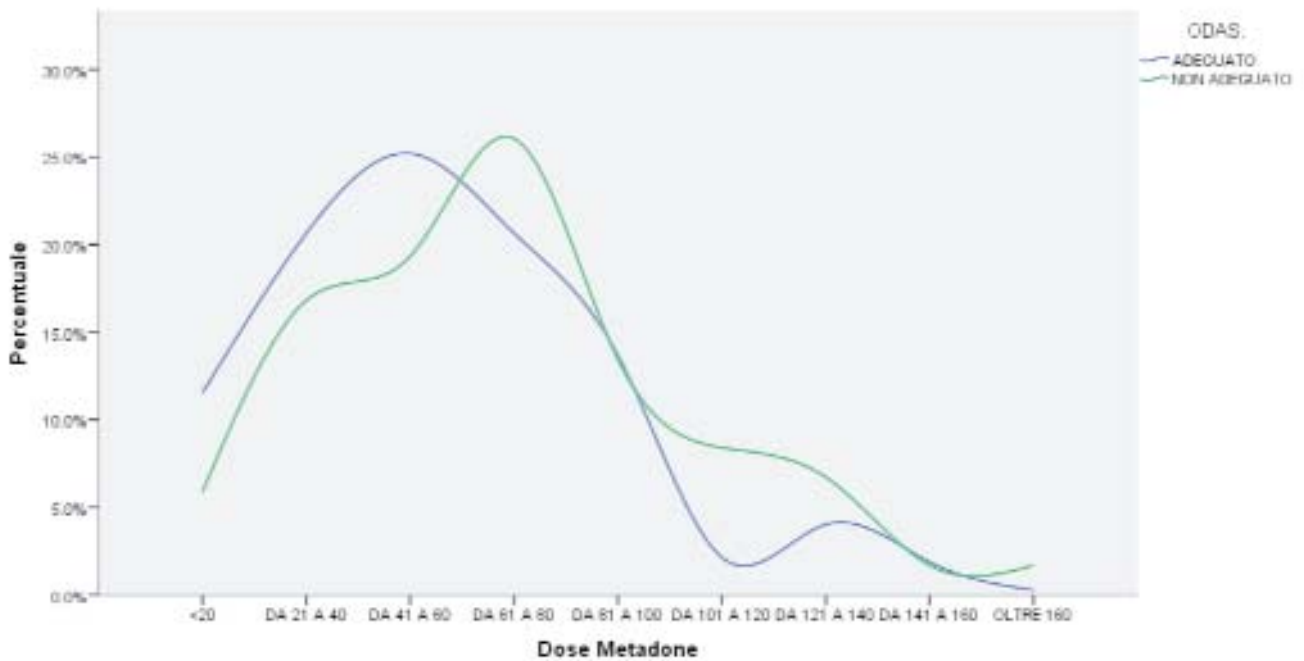
Si osservi invece la tabella relativa alla suddivisione in classi di 40 mg/die (Tabella 9). In entrambi i gruppi quasi la metà dei pazienti si trova nel gruppo centrale e riceve una dose/die compresa tra 40 e 80 mg. Per quanto riguarda le classi poste agli estremi, si registra tra i due gruppi in osservazione una sorta di

inversione nelle percentuali: quasi un terzo della popolazione in "Dosaggio Adeguato" riceve una dose giornaliera di Metadone inferiore ai 40 mg, e quasi un terzo della popolazione in "Dosaggio Non Adeguato" riceve una dose giornaliera di Metadone maggiore o uguale a 80 mg.

Dai dati raccolti attraverso l'utilizzo della Scala ODAS, è possibile studiare quali sono le principali cause che determinano l'attribuzione dei pazienti al gruppo "Dosaggio Non Adeguato". Per poter meglio comprendere la Tabella 10 e la Figura 5, è necessario spiegare che per identificare l'inadeguatezza del dosaggio è sufficiente che almeno uno dei sei item che compongono la Scala ODAS abbia come punteggio un valore uguale o inferiore a 3 (su una scala da 1 a 5). Va da sé, quindi, che tutti i pazienti nel gruppo "Dosaggio Adeguato" presentino valori pari a 4 o 5 per ogni item considerato. Per quanto riguarda i pazienti in "Dosaggio Non Adeguato" è possibile osservare che la principale causa di "fallimento" è da ricercarsi nell'item relativo alla sindrome da astinenza da oppioidi e che rientra nell'area psichica: infatti l'item 4 incide sull'attribuzione dell'inadeguatezza del dosaggio in oltre il 50% dei casi.

Altro importante strumento utilizzato nell'ambito dello Studio METODO è rappresentato dal questionario ASI, che indaga il livello di gravità della dipendenza del paziente in diverse aree: problemi medici, lavoro, alcool, sostanze psicoattive, problemi legali, relazioni familiari/sociali. Come si vedrà nelle successive tabelle, gli item presenti nel questionario ASI sono stati studiati singolarmente anche nelle macroaree "Salute" e "Sociale", ma si è ritenuto comunque opportuno studiare come variano i punteggi globali dei profili di gravità per i due gruppi "Dosaggio Adeguato" e "Dosaggio Non Adeguato".

Fig. 4 - Studio METODO: distribuzione per range di dose/die metadone (classi di 20mg/die)



Tab. 9 - Studio METODO: distribuzione per range di dose/die metadone (classi di 40mg/die)

Distribuzione per range di dose/die metadone		<40	Da 40 a 80	>80	Totale
Dosaggio Adeguato	conteggio	120	171	82	373
	% casi riga	32.2%	45.8%	22.0%	100%
	% casi colonna				75.8%
Dosaggio Non Adeguato	conteggio	27	54	38	119
	% casi riga	22.7%	45.4%	31.9%	100%
	% casi colonna				24.2%
Totale	conteggio	147	225	120	492
	% casi riga	29.9%	45.7%	24.4%	100%
	% casi colonna				100.0%

Missing Values: 8 casi (3 per range dose/die, 5 per adeguatezza di dosaggio)

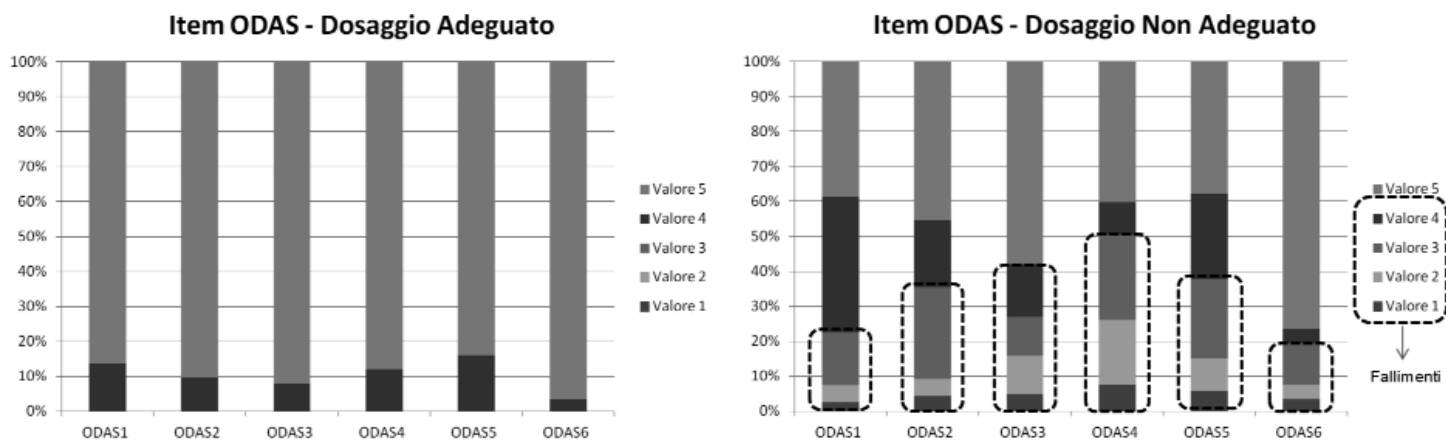
Chi quadrato: p value<0,01

Tab. 10 - Studio METODO: Distribuzione item della Scala ODAS

Distribuzione item della Scala ODAS		ODAS1	ODAS2	ODAS3	ODAS4	ODAS5	ODAS6
		%	%	%	%	%	%
Dosaggio Adeguato	1.00						
	2.00						
	3.00						
	4.00	13.7%	9.7%	7.8%	12.1%	16.1%	3.5%
	5.00	86.3%	90.3%	92.2%	87.9%	83.9%	96.5%
Dosaggio Non Adeguato	1.00	2.5%	4.2%	5.0%	7.6%	5.9%	3.4%
	2.00	5.0%	5.0%	10.9%	18.5%	9.2%	4.2%
	3.00	15.1%	26.1%	10.9%	24.4%	22.7%	11.8%
	4.00	38.7%	19.3%	15.1%	9.2%	24.4%	4.2%
	5.00	38.7%	45.4%	58.0%	40.3%	37.8%	76.5%

Missing: 5 casi per adeguatezza di dosaggio (ODAS mancante)

Fig. 5 - Studio METODO: distribuzione degli item della scala ODAS



Tab. 11 - Studio METODO: profili di gravità ASI per Dosaggio Adeguato vs Dosaggio Non Adeguato

Profili di gravità ASI		Media [0-9]	Q1	Mediana	Q3	P Value*
Sostanze psicoattive	Dosaggio Adeguato	4.89	3.00	5.00	7.00	<0.001
	Dosaggio Non Adeguato	5.99	5.00	7.00	8.00	
	Totale	5.19	3.00	6.00	7.00	
Problemi legali	Dosaggio Adeguato	2.45	1.00	1.00	3.00	0.024
	Dosaggio Non Adeguato	2.96	1.00	1.00	5.00	
	Totale	2.59	1.00	1.00	4.00	

* Mann-Whitney test

Nella Tabella 11 sono riportati i profili di gravità ASI, dei quali solo due sono risultati statisticamente significativi. In particolare si può osservare un profilo più grave per i pazienti del gruppo "Dosaggio Non Adeguato" in relazione ad assunzione di sostanze psicoattive e problemi legali.

Macroarea Salute

Come già anticipato, le condizioni di vita dei soggetti nei gruppi "Dosaggio Adeguato" e "Dosaggio Non Adeguato" sono state studiate nelle due macroaree "Salute" e "Sociale", a loro volta suddivise in sotto-aree specifiche (Tabella XX).

Grazie agli item inclusi nella Macroarea "Salute" è possibile studiare lo stato di salute dei soggetti inclusi nello Studio METODO in relazione alle loro condizioni fisiche, psichiche, al loro comportamento nei confronti di sostanze stupefacenti e alla sicurezza del trattamento.

Nell'area fisica non sono state rilevate significative differenze tra i due gruppi di pazienti, ad eccezione della variabile "appetito" (proveniente dal questionario "Quality of Life"), apparso significativamente migliore nel gruppo in "Dosaggio Adeguato" (Tabella 12). Se si analizza la stessa area stratificando i pazienti in base all'età (+/- 40 anni), si può osservare che i pazienti del gruppo in "Dosaggio Non Adeguato" con età superiore ai 40 anni hanno

Tab. 12 - Studio METODO: Macroarea Salute - Area Fisica per adeguatezza del dosaggio

Macroarea Salute - Area Fisica		Media [0-50]	Q1	Mediana	Q3	P Value*
Appetito (Quality of Life)	Dosaggio Adeguato	31.70	20.00	30.00	40.00	0.047
	Dosaggio Non Adeguato	28.80	20.00	30.00	40.00	

* test di Mann-Whitney, Chi-quadrato o test di Fisher

Tab. 13 - Studio METODO: Macroarea Salute - Area Fisica per adeguatezza del dosaggio e per età

Macroarea Salute - Area Fisica (strato età)			Media [0-9]	Q1	Mediana	Q3	P Value*
Per quanti giorni ha avuto problemi medici negli ultimi 30 gg? (ASI)	Dosaggio Adeguato	< 40 anni	3.30	0.00	0.00	3.00	0,013
		> 40 anni	4.80	0.00	0.00	6.00	
	Dosaggio Non Adeguato	< 40 anni	2.50	0.00	0.00	2.00	
		> 40 anni	6.70	0.00	3.00	10.00	

Tab. 14 - Studio METODO: Macroarea Salute - Area Psicica per adeguatezza del dosaggio

Macroarea Salute - Area Fisica		Media [0-50]	Q1	Mediana	Q3	P Value*
Auto accettazione (Quality of Life)	Dosaggio Adeguato	28.90	20.00	30.00	40.00	0.001
	Dosaggio Non Adeguato	24.50	20.00	20.00	30.00	
Sonno (Quality of Life)	Dosaggio Adeguato	32.2	20.00	30.00	40.00	0.008
	Dosaggio Non Adeguato	28.3	15.00	30.00	40.00	

* test di Mann-Whitney, Chi-quadrato o test di Fisher

dichiarato di aver avuto problemi medici per un numero maggiore di giorni nel mese precedente la visita (Tabella 13). Nell'ambito dell'area psicica, si può affermare in generale che emerge un quadro psicopatologico migliore nel gruppo di pazienti in "Dosaggio Adeguato".

La qualità della vita dei pazienti in "Dosaggio Adeguato" risulta lievemente migliore nelle sfere dell'auto-accettazione e della qualità del sonno (Tabella 14), e il miglior quadro psicopatologico viene confermato dalle variabili provenienti dal questionario SCL-90 (Tabella 15).

Tab. 15 - Studio METODO: Macroarea Salute - Area Psicica per adeguatezza del dosaggio

Macroarea Salute - Area Fisica		Media [0-4]	Q1	Mediana	Q3	P Value*
Area Ossessione-compulsione (SCL90)	Dosaggio Adeguato	0.92	0.40	0.80	1.30	0.012
	Dosaggio Non Adeguato	0.74	0.20	0.60	1.10	
Area Ideazione paranoie (SCL90)	Dosaggio Adeguato	0.88	0.33	0.67	1.33	0.020
	Dosaggio Non Adeguato	0.73	0.17	0.50	1.17	
Area Psicoticismo (SCL90)	Dosaggio Adeguato	0.55	0.20	0.40	0.80	0.019
	Dosaggio Non Adeguato	0.46	0.10	0.30	0.70	
Global Score Index (SCL90)	Dosaggio Adeguato	0.75	0.38	0.64	1.04	0.019
	Dosaggio Non Adeguato	0.64	0.24	0.51	0.89	

* test di Mann-Whitney, Chi-quadrato o test di Fisher

Tab. 16 - Studio METODO: Macroarea Salute - Area Psicica per adeguatezza del dosaggio ed età

Macroarea Salute - Area Psicica (strato età)			Sì (N%)	NO (N%)	P Value*
Evidentemente depresso e isolato (ASI)	Dosaggio Adeguato	< 40 anni	21.4%	78.6%	0,013
		> 40 anni	28.8%	71.2%	
	Dosaggio Non Adeguato	< 40 anni	19.1%	80.9%	
		> 40 anni	45.9%	54.1%	

* test di Mann-Whitney, Chi-quadrato o test di Fisher

Tab. 17 - Studio METODO: Macroarea Salute - Area Psicica per adeguatezza del dosaggio e uso di cocaina

Macroarea Salute - Area Psicica (strato cocaina)			Media [0-9]	Q1	Mediana	Q3	P Value*
Problemi psichici (ASI)	Dosaggio Adeguato	Uso di cocaina Sì	5.20	3.00	6.00	7.00	0,013
		Uso di cocaina NO	3.90	1.00	4.00	6.00	
	Dosaggio Non Adeguato	Uso di cocaina Sì	4.50	2.00	5.00	7.00	
		Uso di cocaina NO	4.10	1.00	5.00	6.00	

* test di Mann-Whitney, Chi-quadrato o test di Fisher

Analizzando le stesse tabelle nelle stratificazioni per età e per uso di cocaina, si nota come il quadro psicopatologico risulti più grave nei pazienti in "Dosaggio Non Adeguato" di età superiore a 40 anni (nella Tabella 16 la variabile relativa a depressione e isolamento), e come, a prescindere dalla classificazione "Adeguato" o "Non Adeguato", il gruppo di pazienti che ha dichiarato di far uso di cocaina presenti un profilo peggiore (Tabella 17).

Per quanto riguarda l'Area Tossicodipendenza, appartenente sempre alla Macroarea Salute, è stata valutata analizzando i dati raccolti con il questionario ASI, con il craving VAS e dalle analisi di laboratorio sui campioni biologici. Si è osservato quindi il comportamento dei pazienti nei confronti della dipendenza. I pazienti in "Dosaggio Adeguato" presentano meno problemi legati sia all'eroina che alle altre sostanze d'abuso ed un craving inferiore per cannabinoidi, cocaina e alcool (Tabella 18).

Tab. 18 - Studio METODO: Macroarea Salute - Area Tossicodipendenza per adeguatezza del dosaggio

Macroarea Salute - Area Tossicodipendenza (craving)		Media [0-100]	Q1	Mediana	Q3	P Value*
Craving per Cannabinoidi e desiner drugs	Dosaggio Adeguato	13.3	0.00	0.00	10.00	0.025
	Dosaggio Non Adeguato	16.6	0.00	0.00	20.00	
Craving per cocaina	Dosaggio Adeguato	12.4	0.00	0.00	15.00	0.01
	Dosaggio Non Adeguato	17.3	0.00	0.50	30.00	
Craving per alcool	Dosaggio Adeguato	10.1	0.00	0.00	10.00	0.019
	Dosaggio Non Adeguato	16.5	0.00	0.00	24.00	

* test di Mann-Whitney, Chi-quadrato o test di Fisher

Tab. 19 - Studio METODO: Macroarea Salute - Area Tossicodipendenza per adeguatezza del dosaggio

Macroarea Salute - Area Tossicodipendenza (cataboliti)		Media [0-100%]	Q1	Mediana	Q3	P Value*
Eroina e altri oppiacei: % di campioni puliti	Dosaggio Adeguato	83.9%	80%	100%	100%	<0.001
	Dosaggio Non Adeguato	52.2%	0%	50%	100%	

* test di Mann-Whitney, Chi-quadrato o test di Fisher

Tab. 20 - Studio METODO: Macroarea Salute - Area Tossicodipendenza per adeguatezza del dosaggio

Macroarea Salute - Area Tossicodipendenza (spesa)		Media [€]	Q1	Mediana	Q3	P Value*
Spesa per alcool negli ultimi 30 gg (ASI)	Dosaggio Adeguato	23.7	0.00	0.00	3.50	0.029
	Dosaggio Non Adeguato	43.9	0.00	0.00	20.00	
Spesa per altre sostanze negli ultimi 30 gg (ASI)	Dosaggio Adeguato	79.7	0.00	0.00	60.00	<0.001
	Dosaggio Non Adeguato	399.2	0.00	100.0	500.00	

* test di Mann-Whitney, Chi-quadrato o test di Fisher

L'osservazione viene confermata anche dal fatto che i pazienti in "Dosaggio Adeguato" registrano una maggior percentuale di campioni di analisi negativi per le sostanze ricercate (Tabella 19).

Infine è possibile osservare una spesa media in alcool e altre sostanze maggiore nei pazienti in "Dosaggio Non Adeguato" (Tabella 20). A tal proposito si osservi il dato relativo alla mediana: almeno metà dei pazienti in "Dosaggio Non Adeguato" nel mese precedente la visita basale ha speso in sostanze stupefacenti una cifra pari o superiore a 100 €, a fronte della spesa nulla per almeno la metà dei pazienti in "Dosaggio Adeguato". Osservando le analisi relative alla stratificazione per età, l'area Tossicodipendenza conferma quanto visto nella tabella precedente, mettendo in luce un quadro peggiore per il gruppo "Dosaggio Non Adeguato", soprattutto nelle fasce d'età più gio-

vani, in riferimento al craving per l'eroina (Tabella 21), all'uso di sostanze (Tabella 22), e alla spesa in "altre sostanze" (Tabella 23). Nell'ambito della stratificazione per uso di cocaina, le Tabelle 24 e 25 mostrano una tendenza al poliabuso, con valori di craving più elevati per eroina e cocaina, per i soggetti che hanno fatto uso di cocaina, soprattutto se in "Dosaggio Non Adeguato". In relazione alla sicurezza del trattamento con Metadone ed in particolare all'allungamento del tratto QT, dalla popolazione in studio sottoposta a elettrocardiogramma non emergono differenze significative tra i gruppi di pazienti in "Dosaggio Adeguato" e "Dosaggio Non Adeguato", considerando anche la suddivisione tra maschi e femmine. In generale, dalla Tabella 26 si osserva che la quasi totalità dei pazienti risulta normale anche se, in qualche caso, sono stati registrati QTc non normali, che vanno però analizzati nel contesto clinico del singolo paziente. La

Tab. 21 - Studio METODO: Macroarea Salute - Area Tossicodipendenza per adeguatezza del dosaggio

Macroarea Salute - Area Tossicodipendenza (craving) (strato età)			Media [0-100]	Q1	Mediana	Q3	P Value*
Craving per eroina	Dosaggio Adeguato	< 40 anni	18.60	0.00	10.00	30.00	<0.001
		> 40 anni	12.10	0.00	0.00	20.00	
	Dosaggio Non Adeguato	< 40 anni	40.30	13.00	40.00	65.00	
		> 40 anni	40.10	7.50	45.00	70.00	

* test di Mann-Whitney, Chi-quadrato o test di Fisher

Tab. 22 - Studio METODO: Macroarea Salute - Area Tossicodipendenza per adeguatezza del dosaggio

Macroarea Salute - Area Tossicodipendenza (cataboliti) (strato età)			Media [0-100]	Q1	Mediana	Q3	P Value*
Eroina e altri oppiacei: % di campioni puliti	Dosaggio Adeguato	< 40 anni	80.60	75.00	100.00	100.00	0.003
		> 40 anni	87.40	100.00	100.00	100.00	
	Dosaggio Non Adeguato	< 40 anni	48.00	0.00	45.00	100.00	
		> 40 anni	58.30	0.50	75.00	100.00	

* test di Mann-Whitney, Chi-quadrato o test di Fisher

Tab. 23 - Studio METODO: Macroarea Salute - Area Tossicodipendenza per adeguatezza del dosaggio ed età

Macroarea Salute - Area Tossicodipendenza (spesa) (strato età)			Media [€]	Q1	Mediana	Q3	P Value*
Spesa per altre sostanze negli ultimi 30 gg (ASI)	Dosaggio Adeguato	< 40 anni	84.60	0.00	0.00	100.00	0.006
		> 40 anni	75.50	0.00	0.00	50.00	
	Dosaggio Non Adeguato	< 40 anni	402.4	0.00	150.00	375.00	
		> 40 anni	393.4	0.00	60.00	600.00	

* test di Mann-Whitney, Chi-quadrato o test di Fisher

Tab. 24 - Studio METODO: Macroarea Salute - Area Tossicodipendenza per adeguatezza del dosaggio e uso di cocaina

Macroarea Salute - Area Tossicodipendenza (uso di sostanze) (strato cocaina)			Media [0-9]	Q1	Mediana	Q3	P Value*
Cocaina (ASI)	Dosaggio Adeguato	Uso di cocaina Sì	5.60	2.00	3.00	7.00	0,002
		Uso di cocaina NO	0.00	0.00	0.00	0.00	
	Dosaggio Non Adeguato	Uso di cocaina Sì	7.70	1.00	2.00	10.00	
		Uso di cocaina NO	0.00	0.00	0.00	0.00	
Più di una sostanza al giorno (compreso alcool) (ASI)	Dosaggio Adeguato	Uso di cocaina Sì	3.70	0.00	1.00	5.00	0,002
		Uso di cocaina NO	1.30	0.00	0.00	0.00	
	Dosaggio Non Adeguato	Uso di cocaina Sì	7.40	0.00	1.00	15.00	
		Uso di cocaina NO	3.10	0.00	0.00	0.00	

* test di Mann-Whitney, Chi-quadrato o test di Fisher

Tab. 25 - Studio METODO: Macroarea Salute - Area Tossicodipendenza per adeguatezza del dosaggio e uso di cocaina

Macroarea Salute - Area Tossicodipendenza (craving) (strato cocaina)			Media [0-100]	Q1	Mediana	Q3	P Value*
Craving per la cocaina	Dosaggio Adeguato	Uso di cocaina Si	35.8	10.00	31.00	50.00	0,002
		Uso di cocaina NO	5.40	0.00	0.00	0.00	
	Dosaggio Non Adeguato	Uso di cocaina Si	36.1	10.00	33.00	55.00	
		Uso di cocaina NO	6.70	0.00	0.00	2.00	
Craving per l'eroina	Dosaggio Adeguato	Uso di cocaina Si	18.80	0.00	10.00	30.00	0,002
		Uso di cocaina NO	14.70	0.00	8.00	23.00	
	Dosaggio Non Adeguato	Uso di cocaina Si	46.40	27.00	50.00	70.00	
		Uso di cocaina NO	36.10	7.00	38.00	61.00	

* test di Mann-Whitney, Chi-quadrato o test di Fisher

Tab. 26 - Studio METODO: 1.d Macroarea Salute - Area Sicurezza del Trattamento ECG

QTc (aggregati)	Femmine		Maschi	
	QTc (ms)	(N=79)	QTc (ms)	(N=308)
• Normal	415 (405; 428)	72 (91.1%)	408 (397; 419)	259 (84.1%)
• Borderline	456 (452; 459)	6 (7.6%)	439 (435; 443)	31 (10.1%)
• Not normal	472 (472; 472)	1 (1.3%)	456 (452; 467)	18 (5.8%)
QTc (Femmine)	Dosaggio Adeguato		Dosaggio Non Adeguato	
	QTc (ms)	(N=55)	QTc (ms)	(N=24)
• Normal	415 (406; 423)	50 (90.9%)	419 (402; 429)	22 (91,7%)
• Borderline	456 (452; 460)	4 (7.3%)	456 (452; 460)	2 (8.3%)
• Not normal	472 (472; 472)	1 (1.8%)	-	-
QTc (Maschi)	Dosaggio Adeguato		Dosaggio Non Adeguato	
	QTc (ms)	(N=231)	QTc (ms)	(N=77)
• Normal	408 (397; 418)	195 (84.4%)	409 (398; 420)	64 (83.1%)
• Borderline	439 (435; 443)	24 (10.4%)	438 (431; 448)	7 (9.1%)
• Not normal	457 (453; 470)	12 (5.2%)	454 (452; 457)	6 (7.8%)

Tab. 26bis - Tabella di riferimento per l'identificazione dei range di normalità

	Maschi adulti	Femmine Adulte
Normale	< 430 ms	< 450 ms
Borderline	430-450 ms	450-470 ms
Non normale	> 450 ms	> 470 ms

Tabella adattata da : Yap YG, Camm AJ. *Heart* 2004;89:1363.

Tabella 26bis rappresenta la tabella di riferimento utilizzata per identificare i range di normalità che attribuiscono i pazienti alle classi "normali", "borderline" e "non normali".

Macroarea Sociale

Una volta descritte lo stato di salute dei pazienti in studio, si è passati ad osservare le loro condizioni sociali, i rapporti con la famiglia e gli altri in generale, il loro livello di soddisfazione in merito a lavoro, e lo status legale.

Dall'analisi delle aree Reddito e Lavoro e Relazioni Sociali (rispettivamente Tabelle 27 e 28), relative alla Macroarea Sociale, i pazienti in "Dosaggio Adeguato" fanno registrare punteggi e profili migliori, e sembra che abbiano un minor coinvolgimento

in attività illecite nel mese che precede la visita (Tabella 29), anche se su questo item bisogna considerare l'eventuale reticenza del paziente nel rispondere alla domanda.

Le fasce più giovani dei pazienti appartenenti al gruppo "Dosaggio Adeguato" presentano condizioni di reddito e lavoro migliori rispetto ai coetanei del gruppo in "Dosaggio Non Adeguato" (Tabella 30) e condizioni sentimentali più soddisfacenti (come emerge dai relativi item provenienti dal questionario Quality of Life) nell'area delle relazioni sociali (Tabella 31). Non si rilevano invece sostanziali differenze nel livello di soddisfazione relativo al tempo libero.

Gli intervistati che hanno fatto uso di cocaina, indipendentemente dall'adeguatezza del dosaggio, dichiarano in percentuale maggiore di non essere soddisfatti della propria condizione di vita e dell'utilizzo del proprio tempo libero (Tabella 32).

Tab. 27 - Studio METODO: Macroarea Sociale - Area Reddito e Lavoro per adeguatezza del dosaggio

Macroarea Sociale - Area Reddito e Lavoro		Media [0-50]	Q1	Mediana	Q3	P Value*
Lavoro (Quality of Life)	Dosaggio Adeguato	24.2	10.0	20.0	40.0	0.036
	Dosaggio Non Adeguato	20.3	10.0	20.0	30.0	
Reddito (Quality of Life)	Dosaggio Adeguato	20.7	10.0	20.0	30.0	0.004
	Dosaggio Non Adeguato	16.3	10.0	10.0	30.0	

* test di Mann-Whitney, Chi-quadrato o test di Fisher

Tab. 28 - Studio METODO: Macroarea Sociale - Area Relazioni Sociali per adeguatezza del dosaggio

Macroarea Sociale - Area Relazioni Sociali		Media [0-50]	Q1	Mediana	Q3	P Value*
Situazione ambientale (Quality of Life)	Dosaggio Adeguato	29.7	20.0	30.0	40.0	0.036
	Dosaggio Non Adeguato	26.5	10.0	30.0	40.0	

* test di Mann-Whitney, Chi-quadrato o test di Fisher

Tab. 29 - Studio METODO: Macroarea Sociale - Area Status legale per adeguatezza del dosaggio

Macroarea Sociale - Area Status legale		Media [0-30]	Q1	Mediana	Q3	P Value*
Situazione ambientale (Quality of Life)	Dosaggio Adeguato	0.1	0.0	0.0	0.0	0.01
	Dosaggio Non Adeguato	1.7	0.0	0.0	0.0	

* test di Mann-Whitney, Chi-quadrato o test di Fisher

Tab. 30 - Studio METODO: Macroarea Sociale - Area Status legale per adeguatezza del dosaggio

Macroarea Sociale - Area Reddito e Lavoro (strato età)			Media [0-50]	Q1	Mediana	Q3	P Value*
Lavoro (Quality of Life)	Dosaggio Adeguato	< 40 anni	26.00	10.00	30.00	40.00	0.028
		> 40 anni	22.40	10.00	20.00	40.00	
	Dosaggio Non Adeguato	< 40 anni	20.90	10.00	20.00	30.00	
		> 40 anni	19.30	0.00	15.00	40.00	
Reddito (Quality of Life)	Dosaggio Adeguato	< 40 anni	22.30	10.00	20.00	30.00	0.021
		> 40 anni	19.00	10.00	20.00	30.00	
	Dosaggio Non Adeguato	< 40 anni	16.20	10.00	10.00	25.00	
		> 40 anni	16.40	0.00	10.00	30.00	

* test di Mann-Whitney, Chi-quadrato o test di Fisher

Tab. 31 - Studio METODO: Macroarea Sociale - Area Status legale per adeguatezza del dosaggio

Macroarea Sociale - Area Relazioni Sociali (strato età)			Media [0-50]	Q1	Mediana	Q3	P Value*
Tempo libero (Quality of Life)	Dosaggio Adeguato	< 40 anni	25.80	20.00	25.00	37.50	0.047
		> 40 anni	24.10	10.00	20.00	30.00	
	Dosaggio Non Adeguato	< 40 anni	24.40	10.00	20.00	30.00	
		> 40 anni	21.80	10.00	20.00	30.00	
Vita sentimentale (Quality of Life)	Dosaggio Adeguato	< 40 anni	26.80	20.00	30.00	40.00	0.002
		> 40 anni	22.10	10.00	20.00	40.00	
	Dosaggio Non Adeguato	< 40 anni	23.10	10.00	20.00	40.00	
		> 40 anni	18.30	10.00	15.00	30.00	

* test di Mann-Whitney, Chi-quadrato o test di Fisher

Anche i costi sociali sembrano correlati al tipo di dosaggio di Metadone. Infatti quasi 3/4 della popolazione in "Dosaggio Adeguato" ottiene l'affido settimanale di Metadone rispetto al 50,4% della popolazione in "Dosaggio Non Adeguato" (Tabella 33). Dalla Tabella 34 si può inoltre osservare che il gruppo di pazienti più giovani, in "Dosaggio Adeguato" o in "Dosaggio Non Adeguato", dichiarano di essere stati trattati in ambiente ambulatoriale

nel mese precedente la visita per un numero minore di giorni rispetto ai pazienti più anziani. I pazienti osservati che rientrano nel gruppo "Dosaggio Adeguato" ottengono più facilmente l'affido settimanale, a prescindere dalla loro età (Tabella 35). Dalla Tabella 36 si osserva che i pazienti che fanno uso di cocaina dichiarano di essere trattati in un ambiente ambulatoriale più frequentemente: la conseguenza è un maggior impatto sui costi socia-

Tab. 32 - Studio METODO: Macroarea Sociale - Area Relazioni sociali per adeguatezza del dosaggio e uso di cocaina

Macroarea Sociale - Area Relazioni sociali (strato cocaina)			Sì (N%)	Indifferente (N%)	NO (N%)	P Value*
È soddisfatto di questa condizione di vita? (ASI)	Dosaggio Adeguato	Uso di cocaina Sì	41.5%	13.2%	45.3%	0.004
		Uso di cocaina NO	64.8%	10.0%	25.2%	
	Dosaggio Non Adeguato	Uso di cocaina Sì	32.4%	26.5%	41.2%	
		Uso di cocaina NO	58.0%	10.1%	31.9%	
È soddisfatto di passare il suo tempo libero in questo modo? (ASI)	Dosaggio Adeguato	Uso di cocaina Sì	43.4%	13.2%	43.4%	0.001
		Uso di cocaina NO	65.2%	11.4%	23.3%	
	Dosaggio Non Adeguato	Uso di cocaina Sì	32.4%	14.7%	52.9%	
		Uso di cocaina NO	59.4%	17.4%	23.2%	

* test di Mann-Whitney, Chi-quadrato o test di Fisher

Tab. 33 - Studio METODO: Macroarea Sociale - Area Costi sociali per adeguatezza del dosaggio

Macroarea Sociale - Area Costi sociali		No	Sì giorni alterni	Sì bisettimanale	Sì giorni festivi	Sì settimanale	P Value*
Il paziente ha ottenuto l'affido	Dosaggio Adeguato	10.7%	1.9%	11.3%	1.9%	73.5%	0.01
	Dosaggio Non Adeguato	31.1%	6.7%	10.1%	1.7%	50.4%	

* test di Mann-Whitney, Chi-quadrato o test di Fisher

Tab. 34 - Studio METODO: Macroarea Sociale - Area Costi sociali per adeguatezza del dosaggio e per età

Macroarea Sociale - Area Costi sociali (setting ambulatoriale) (strato età)			Media [0-30]	Q1	Mediana	Q3	P Value*
Per quanti giorni è stato trattato in un setting ambulatoriale per alcool o altre sostanze negli ultimi 30gg? (ASI)	Dosaggio Adeguato	< 40 anni	13.10	0.00	6.00	30.00	0.027
		> 40 anni	18.40	0.00	30.00	30.00	
	Dosaggio Non Adeguato	< 40 anni	15.20	0.00	15.00	30.00	
		> 40 anni	19.80	0.00	30.00	30.00	

* test di Mann-Whitney, Chi-quadrato o test di Fisher

Tab. 35 - Studio METODO: Macroarea Sociale - Area Costi sociali per adeguatezza del dosaggio e per età

Macroarea Sociale - Area Costi sociali (affido) (strato età)			No	Si giorni alterni	Si bisetti- manale	Si giorni festivi	Si setti- manale	P Value*
Il paziente ha ottenuto l'affido	Dosaggio Adeguito	< 40 anni	12.6%	1.1%	13.2%	1.1%	71.4%	<0.001
		> 40 anni	8.9%	2.6%	9.4%	2.6%	75.4%	
	Dosaggio Non Adeguito	< 40 anni	28.0%	8.0%	14.7%	1.3%	48.0%	
		> 40 anni	36.4%	4.5%	2.3%	2.3%	54.5%	

* test di Mann-Whitney, Chi-quadrato o test di Fisher

Tab. 36 - Studio METODO: Macroarea Sociale - Area Costi sociali per adeguatezza del dosaggio e per uso di cocaina

Macroarea Sociale - Area Costi sociali (setting ambulatoriale) (strato cocaina)			Media [0-30]	Q1	Mediana	Q3	P Value*
Per quanti giorni è stato trattato in un setting ambulatoriale per alcool o altre sostanze negli ultimi 30gg? (ASI)	Dosaggio Adeguito	Uso di cocaina Si	20.9	8.0	30.0	30.0	0.020
		Uso di cocaina NO	13.8	0.0	5.0	30.0	
	Dosaggio Non Adeguito	Uso di cocaina Si	19.0	0.0	30.0	30.0	
		Uso di cocaina NO	15.5	0.0	15.0	30.0	

* test di Mann-Whitney, Chi-quadrato o test di Fisher

li. A conferma di questo dato, si registra una maggior percentuale di pazienti (79,1%) in "Dosaggio Adeguato" e non utilizzatori di cocaina che ricevono in affido settimanale il Metadone (Tabella 37).

Discussione

Dalle analisi effettuate sui dati raccolti alla visita basale si può dedurre che gran parte dei pazienti in "Dosaggio Adeguato",

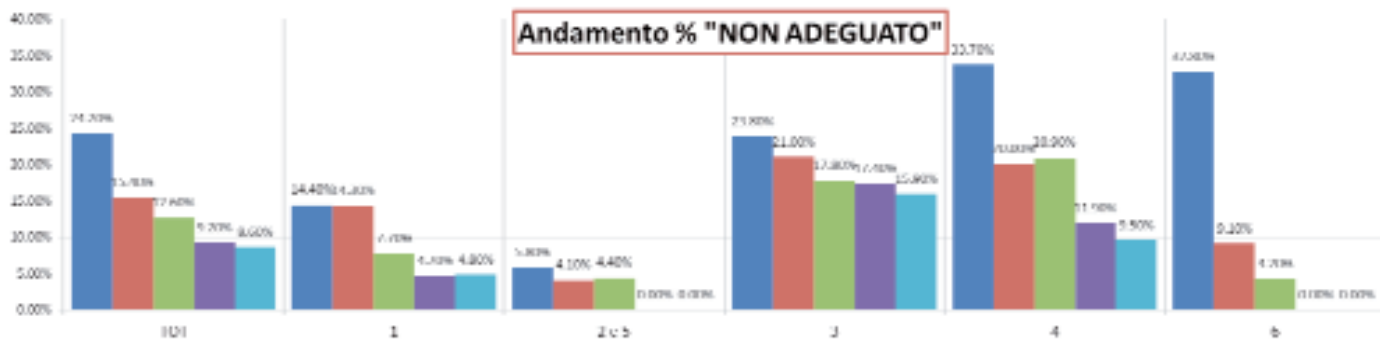
secondo la scala ODAS, presentano condizioni generalmente migliori nelle differenti aree analizzate nell'ambito delle Macroree Salute e Sociale, rispetto a coloro che rientrano nel gruppo di pazienti in "Dosaggio Non Adeguato", come osservato dai questionari e dagli esami cui i pazienti sono stati sottoposti durante la visita. Oltre alla variabile "adeguatezza del dosaggio" del Metadone, sono state considerate le variabili età e uso di cocaina per differenziare ulteriormente i due principali gruppi di pazienti ed osservare come tali variabili possano influenza-

Tab. 37 - Studio METODO: Macroarea Sociale - Area Costi sociali per adeguatezza del dosaggio e per uso di cocaina

Macroarea Sociale - Area Costi sociali (affido) (strato cocaina)			No	Si giorni alterni	Si bisetti- manale	Si giorni festivi	Si setti- manale	P Value*
Il paziente ha ottenuto l'affido	Dosaggio Adeguito	Uso di cocaina Si	24.5%	1.9%	17.0%	5.7%	50.9%	<0.001
		Uso di cocaina NO	10.0%	1.9%	9.0%	0.0%	79.1%	
	Dosaggio Non Adeguito	Uso di cocaina Si	41.2%	2.9%	5.9%	2.9%	47.1%	
		Uso di cocaina NO	25.7%	7.1%	11.4%	0.0%	55.7%	

* test di Mann-Whitney, Chi-quadrato o test di Fisher

Fig. 6 - Percentuale del gruppo "Dosaggio Non Adeguato" nel corso delle visite di follow-up in ciascun centro



re le condizioni di vita dei pazienti. Non fare uso di cocaina, in aggiunta all'adeguatezza del dosaggio, porta in generale a migliori condizioni di vita. Tra coloro che risultano in "Dosaggio Non Adeguato" emerge inoltre un quadro psico-patologico più grave per i soggetti più anziani mentre per i più giovani si presenta un quadro peggiore dal punto di vista lavorativo.

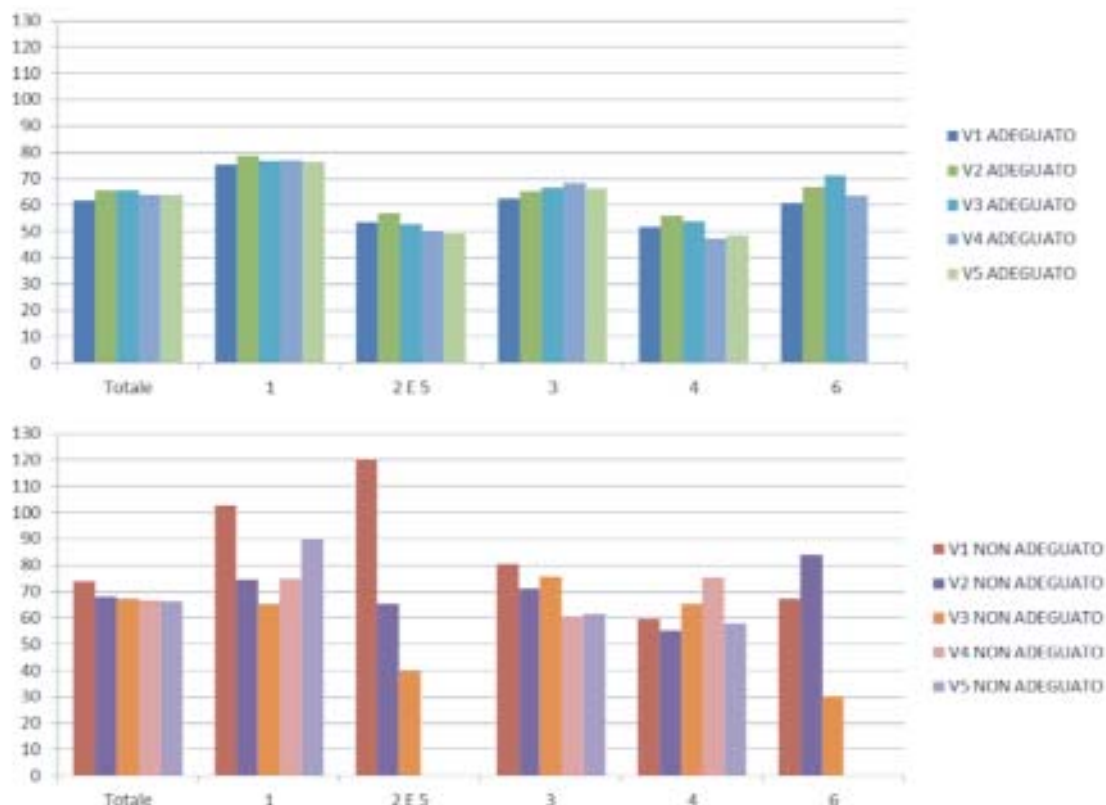
La terapia di mantenimento con Metadone per il trattamento della tossicodipendenza da eroina è stata ampiamente dimostrata in numerosi studi clinici sia di tipo sperimentale che osservazionale in soggetti con dipendenza da oppioidi. Questi studi hanno messo in evidenza che i pazienti in terapia di mantenimento con Metadone presentano significativi miglioramenti sia dal punto di vista della salute che da quello sociale.

L'efficacia del trattamento con Metadone dei pazienti con tossicodipendenza presenta una variabilità correlata all'adeguatezza del dosaggio di Metadone che è la variabile che ha sicuramente il maggior effetto predittivo e rappresenta quindi il fattore principale in grado di influenzare l'esito del trattamento riabilitativo. I

migliori effetti terapeutici si ottengono infatti somministrando il Metadone alla dose più adeguata, secondo la scala ODAS, per ciascun paziente per sopprimere i segni ed i sintomi della tossicodipendenza.

In questo studio osservazionale è stata valutata l'efficacia della terapia di mantenimento con Metadone nei pazienti con dipendenza da eroina, mettendo in evidenza come l'adeguatezza del dosaggio di Metadone possa influenzare le condizioni di vita dei pazienti nelle aree della salute e del sociale. Il dosaggio di Metadone è risultato adeguato in più del 75% dei pazienti e i risultati hanno in generale messo in evidenza un miglioramento del quadro psicopatologico, in particolare per quanto riguarda la qualità della vita in pazienti con dosaggio adeguato di Metadone, ed una condizione peggiore in pazienti che fanno uso di cocaina, indipendentemente dal tipo di dosaggio. Il dosaggio adeguato inoltre fa registrare una diminuzione dei problemi legati sia all'eroina che ad altre sostanze d'abuso, riducendo il craving per cannabinoidi, cocaina ed alcool.

Fig. 7 - Dose/die in mg di Metadone nei due gruppi di dosaggio nel corso delle visite di follow up in ciascun centro



Dal punto di vista sociale le condizioni occupazionali, relazionali e legali sono state migliori in pazienti trattati con dosaggio adeguato di Metadone che sembra ridurre i comportamenti criminali, l'assunzione di droga ed i comportamenti dei tossicodipendenti in trattamento con Metadone.

Il trattamento con Metadone ha dimostrato di avere una buona sicurezza, confermata dall'assenza di reazioni avverse. La tollerabilità della terapia con Metadone non ha mostrato differenze sostanziali tra i gruppi di dosaggio adeguato e non adeguato.

I risultati osservati devono essere considerati preliminari in quanto si riferiscono ai pazienti arruolati nello studio e le visite di follow-up non sono state ancora completate da parte di tutti i pazienti in osservazione.

Tuttavia, da una prima analisi preliminare, studiando il passaggio dei pazienti dal gruppo in dosaggio adeguato al gruppo in dosaggio non adeguato e viceversa, ovvero analizzando i miglioramenti o peggioramenti mediante la valutazione della scala ODAS, si può osservare in generale un miglioramento nel corso delle visite di follow-up, fino ad un anno di osservazione (Figura 6).

Nel corso delle visite di follow up si sono registrate valori percentuali compresi tra il 42% e il 78% circa di pazienti che passano dal gruppo "Dosaggio Non Adeguato" al gruppo "Dosaggio Adeguato". Confrontando inoltre i dati relativi alla dose/die di Metadone nei due gruppi di confronto registrati in basale e ai successivi follow-up, tenendo presente che ciascun paziente può cambiare gruppo di visita in visita, si è osservato che in media il "Dosaggio Adeguato" presenta dosaggi di Metadone inferiori rispetto al gruppo "Dosaggio Non Adeguato" (Figura 7). Considerando la correlazione evidenziata tra dosaggio adeguato e migliori condizioni di vita generali, è possibile concludere in maniera preliminare che per i pazienti coinvolti nello studio le condizioni di vita generali siano migliorate. Trattandosi di dati parziali, si attende che questo trend venga confermato a completamento delle visite di follow-up, che, pur essendo incomplete, mostrano una tendenza che confermerebbe quanto osservato alla visita 1, oltre ad un aumento della numerosità del gruppo di pazienti in "Dosaggio Adeguato".

Bibliografia

- (1) Ball J.C., Ross C.A. (1991), *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*, Springer-Verlag, New York.
- (2) Dole V.P., Nyswander M.E. (1965), "A medical Treatment for Diacetyl-Morphine (Heroin) Addiction", *JAMA*, 193: 646.
- (3) Dole V.P., Nyswander M.E. (1966), "Rehabilitation of Heroin Addicts After Blockade With Methadone", *New York J Med*, 55: 2011-2017.
- (4) VEdeTTE, Studio Nazionale per la Valutazione dell'Efficacia dei Trattamenti per la Tossicodipendenza da Eroina. Monografia n. 5. Analisi dei trattamenti dei primi 18 mesi dello studio - 2005. Disponibile online: www.studio-vedette.it.
- (5) Ward J., Mattick R.P., Hall W. (eds.) (1998), *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies*, Harwood Academic Publisher, Amsterdam.
- (6) Strain E.C., Stitzer M.L., Liesbon I.A., Bigelow G.E. (1993), "Dose-response effects of methadone in the treatment of opioid dependence", *Annals of Internal Medicine*, 119: 23-37.
- (7) Gossop M., Marsden J., Stewart D., Treacy S. (2001), "Outcomes after methadone maintenance and methadone reduction treatments: two-year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study", *Drug Alcohol Depend*, 62: 255-264.
- (8) Fletcher B.W., Tims F.M., Brown B.S. (1997), "Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS): treatment evaluation research in the United States", *Psychological Addictive Behaviours*, 4: 216-229.
- (9) Vanichseni S., Wongsuwan B., The Staff of BMA Narcotics Clinic n. 6, Choopanya K., Wongpanich K. (1991), "A controlled trial of methadone in a population of intravenous drug users in Bangkok: implications for prevention of HIV", *Int J Addictions*, 26(12): 1313-1320.
- (10) Yancovitz S., Des Jarlais D., Peskoe Peyser N., Drew E., Friedman P., Trigg H., Robinson J. (1991), "A randomized trial of an interim methadone maintenance clinic", *Am J Publ Health*, 81: 1185-1191.
- (11) Faggiano F., Vigna-Taglianti F., Versino E., Lemma P. (2003), "Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence (Cochrane Review)", *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.
- (12) Amato L., Davoli M., Ferri M., Ali R. (2003), "Methadone at tapered doses for the management of opioid withdrawal (Cochrane Review)", *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.
- (13) Amato L., Minozzi S., Davoli M., Vecchi S., Ferri M., Mayet S. (2004), "Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence (Cochrane Review)", *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4.
- (14) Mattick R.P., Breen C., Kimber J., Davoli M. (2003), "Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence", *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.
- (15) Maremmani I., Pacini M., Lubrano S., Lovrecic M. (2003), "When 'enough' is still not enough. Effectiveness of high-dose methadone in the treatment of heroin addiction", *Heroin Add & Rel Clin Probl*, 5(1): 17-32.
- (16) Payte J.T., Khuri E.T. (1993), "Principles of Methadone dose determination", in Parrino M. (ed.), *State Methadone Treatment Guidelines*, U.S. Department of Health & Human Services, Rockville, MD: 47-58.
- (17) Hiltunen A.J., Lafolie P., Martel J., Ottosson E.C., Boreus L.O., Beck O., Hjendahl P. (1995), "Subjective and objective symptoms in relation to plasma methadone concentration in methadone patients", *Psychopharmacology (Berl)*, 118: 122-126.
- (18) De Vos J.W., Ufkes J.G.R., Van Brussel G.H.A., Van Den Brink W. (1996), "Craving despite extremely high methadone dose", *Drug Alcohol Depend*, 40: 181-184.
- (19) Dyer K.R., White J.M. (1997), "Patterns of symptom complaints in methadone maintained patients", *Addiction*, 92(11): 1445-1455.
- (20) González-Saiz F. (2004), "Opiate Dosage Adequacy Scale (ODAS): A clinical diagnostic tool as a guide to dosing decision", *Heroin Add & Rel Clin Probl*, 6(3): 41-50.
- (21) González-Saiz F., Lozano Rojas O., Ballesta Gomèz R., Bilbao Acecos I., Galiana Martinez J., Garcia Collantes M.A., Lopez Fernandez A. (Serum Methadone Levels Study Group) (2008), "Evidence of reliability and validity of the opiate dosage adequacy scale (ODAS) in a sample of methadone maintenance patients", *Heroin Add & Rel Clin Probl*, 10(1): 25-38.
- (22) Bignamini E., Carboni G., D'Egidio F., Gardini A., Gonzalez-Saiz F., Leonardi C., Lucchini A., Nava F., Pacini M., Sartori M.F. (2008), "Validazione culturale e linguistica del questionario ODAS (EADO) utilizzato per definire l'adeguatezza del dosaggio giornaliero di metadone nel contesto di un programma di mantenimento per il trattamento della dipendenza da oppiacei", *Mission*, 26(6): 18.

Ad maiora

Raffaele Lovaste

Questa nuova rubrica di Mission vuole essere uno strumento per creare uno spazio di riflessione comune, con i colleghi e gli amici di FeDerSerD, sui modelli di organizzazione e di management nei Ser.T.

La rubrica è aperta a tutti i colleghi che vorranno partecipare con la loro esperienza, allo sforzo comune di migliorare sempre più la qualità dei nostri servizi.

I contributi inviati saranno tutti discussi con gli autori e i migliori pubblicati in questo spazio della nostra rivista.

Cominciamo con offrire alcuni spunti di discussione.

I Ser.T. da un punto di vista manageriale

I Ser.T. sono organizzazioni socio-sanitarie complesse, hanno cioè a disposizione risorse (input) che, elaborate con l'immissione di valore aggiunto, dato dal "know how" dei professionisti che vi lavorano e dall'assetto organizzativo (processi), producono interventi che si concretizzano in progetti terapeutici (output).

I progetti terapeutici sono offerti all'utenza che afferisce al servizio e l'interazione fra l'offerta terapeutica, il paziente e l'ambiente di contesto, determina il risultato in termini di efficacia (outcome).

Il rapporto di causalità (causa/effetto) può essere documentato solo per una delle tre variabili in oggetto (il progetto terapeutico) perché le altre due, (il paziente e l'ambiente) sono almeno parzialmente indipendenti.

Stante queste considerazioni nessuna organizzazione di questo tipo può ragionevolmente dire di essere l'unica determinante di un eventuale successo terapeutico o, al contrario, l'unica responsabile di un insuccesso.

In termini generali allora, un Ser.T. può essere definito come un insieme di persone, risorse e processi coordinati, finalizzati alla costruzione di obiettivi di salute offerti a pazienti, più o meno recettivi, e fortemente condizionabili dall'ambiente di contesto. Il Ser.T. inoltre opera in realtà di contesto in cui la domanda di trattamento dei pazienti e le aspettative dei referenti istituzionali sono in continua trasformazione per cui necessita di continui aggiustamenti organizzativi per raggiungere e/o mantenere livelli accettabili di efficienza.

L'organizzazione quindi è un problema sempre da risolvere e non è possibile immaginare un Ser.T. che, riproducendo in modo automatico le stesse prestazioni, riesca a soddisfare le aspettative continuamente cangianti di tutti i portatori di interesse.

Bisogna allora abituarsi ad uno sforzo continuo di indirizzare le risorse assegnate e le strategie adottate verso soluzioni che permettano di: ridefinire gli obiettivi di salute con uno sguardo, ossessivo, alla fattibilità ed ai costi; ribadire o riposizionare il ruolo del Ser.T. nell'ambito della rete dei servizi.

Elemento imprescindibile per questo lavoro titanico è la chiara definizione delle regole di funzionamento e della vision che ispira il lavoro.

Le regole di funzionamento e la vision devono essere conosciute da tutti gli stakeholder oltre che condivise e rispettate dai professionisti del Ser.T. senza cadere nel tecnicismo e nell'efficien-

tismo fine a se stesso perché, non bisogna mai dimenticare che, organizzazioni di questo tipo, sono fatte da persone e non solo da procedure, gerarchie e costi.

Entrando un po' di più nell'analisi organizzativa è opportuno condividere il significato che attribuiamo ad alcune definizioni. Per "organizzazione" si intende:

- la modalità con cui viene effettuata, in un Ser.T., la divisione del lavoro tra i vari professionisti o aree professionali;
- l'attribuzione a ciascuno di compiti distinti;
- l'identificazione delle responsabilità associate al ruolo ed alla specifica attività;
- la modalità con cui le varie prestazioni elementari sono collegate fra loro nella strutturazione degli interventi specialistici;
- gli obiettivi che i singoli interventi specialistici si propongono di raggiungere;
- il contributo che i differenti interventi specialistici apportano alla composizione del singolo progetto terapeutico;
- l'obiettivo che il singolo progetto terapeutico, negoziato con il paziente, si propone di raggiungere;
- gli indicatori che verranno utilizzati per renderne evidente l'esito;
- gli strumenti e le procedure che verranno utilizzate per il monitoraggio continuo delle risorse impiegate;
- le procedure con cui si calcoleranno i costi sostenuti.

Per "vision" si intende la condivisione di alcuni principi e valori di riferimento che caratterizzano l'organizzazione e che ispirano l'attività quotidiana dei professionisti.

I principi e valori auspicabili per un Ser.T. tendente all'eccellenza sono: la responsabilità, la lealtà, la collaborazione, la crescita personale, il miglioramento continuo, la professionalità, la legalità, l'imparzialità e la trasparenza.

La responsabilità: questo valore riguarda tutti i professionisti del Ser.T. in quanto chiamati a rispondere in via personale dell'attività clinica svolta, dei risultati conseguiti e soprattutto delle evidenze scientifiche ne giustificano l'utilizzo.

La lealtà: la difficile missione di un Ser.T. è realizzabile solo se tutti i membri di questa organizzazione concorrono a lavorare nella stessa direzione, orientati agli stessi obiettivi di salute dei pazienti. La lealtà nei confronti del Ser.T. richiede un grande senso di appartenenza e di identità, l'impegno diligente a perseguire gli obiettivi assegnati, la disponibilità a renderli trasparenti e a valutare i risultati ottenuti.

La collaborazione: la sofferta solitudine del singolo professionista va compensata dal lavoro di squadra. La collaborazione e l'integrazione devono necessariamente svilupparsi tra professionisti all'interno del Ser.T. e tra le strutture del territorio per sviluppare al massimo le potenzialità di tutti.

La crescita personale: il clima lavorativo di un Ser.T. deve favorire la crescita di coloro che vi lavorano, stimolando la condivisione delle conoscenze. Non di secondaria importanza è anche lo sviluppo di competenze quali: la capacità di scelta fra alternative, l'autocontrollo, la responsabilizzazione nello svolgimento dei compiti affidati, la fiducia ed il rispetto reciproco.

Il miglioramento continuo: è uno dei punti di maggior importanza nei Ser.T. in quanto corrisponde alla capacità di modellare gli obiettivi terapeutici sulle domande e sulle aspettative cangianti dei pazienti. Per migliorare continuamente però bisogna chiedersi ogni giorno se quello che si sta facendo funziona e quali possono essere i modi per farlo ancora meglio e con meno risorse. Richiede disponibilità al cambiamento, allo studio e al confronto con i migliori per ipotizzare soluzioni innovative.

La professionalità: tutte le strutture complesse riconoscono alle persone un ruolo decisivo nella vita dell'organizzazione e ciò vale ancora di più per un Ser.T. impegnato a curare persone che, il più delle volte, vivono situazioni di difficoltà e di sofferenza. La capacità di rispondere a domande "malate" in modo appropriato ed efficace dal punto di vista clinico è un elemento essenziale. Rispondere però non significa dire sempre di sì a tutti e in ogni circostanza. La professionalità impone di ascoltare e scegliere la soluzione percorribile scientificamente più valida.

La legalità: è un principio imprescindibile in un Ser.T. perché il nostro lavoro impone una precisa corrispondenza tra l'attività svolta e le prescrizioni di legge che ne determinano le finalità, gli effetti e i principi procedurali.

L'imparzialità: questo valore impone che in un Ser.T. i pazienti, a prescindere da sesso, cittadinanza, razza, religione o orientamento sessuale debbano godere di pari opportunità nell'accesso alle cure; vieta qualsiasi favoritismo e prevede l'obbligo per i dipendenti di astenersi dal partecipare ad atti o prestazioni in cui essi stessi abbiano direttamente, o per interposta persona, un qualsiasi interesse.

La trasparenza: va intesa come l'immediata e facile controllabilità di tutte le azioni svolte dalla struttura o da ciascun professionista.

Ovviamente non è sufficiente elencare principi e valori ispirati all'eccellenza per ottenere una vision realmente condivisa ed interiorizzata da parte di tutti i professionisti. Quest'aspetto così importante va continuamente monitorato, riproposto ed eventualmente presentato con sfumature diverse per adattarlo alle differenti realtà di contesto.

A questo scopo è sicuramente utile prevedere e costruire, con la più ampia partecipazione possibile, uno strumento che aiuta a rendere visibile la distanza che separa i comportamenti osservati dal livello di eccellenza auspicato nella vision.

Lo strumento è la scheda dei "Job Profile."

La scheda di job profile va redatta e negoziata con ciascuna area professionale del Ser.T. e deve declinare, in modo condiviso, cosa un professionista deve necessariamente sapere, saper fare e quali competenze, evidenziate dai suoi comportamenti, sono ritenute necessarie per svolgere il proprio lavoro con eccellenza. Svolgere il proprio lavoro con eccellenza vuol dire corrispondere pienamente ai principi e ai valori di riferimento previsti nella vision del Ser.T.

La riflessione periodica, non con finalità valutative della persona ma indirizzata al miglioramento continuo della qualità, sulla distanza che separa l'osservato dal teorico di riferimento individuato dalla scheda di job profile permette di individuare gli ambiti di formazione da promuovere per tendere all'eccellenza. Di seguito si riporta una scheda di job profile che può essere utilizzata come schema per la figura professionale di medico psichiatra e tossicologo del Ser.T.

Nei prossimi numeri si presenteranno le schede per le altre figure professionali.

JOB PROFILE Dirigente medico psichiatra - tossicologo		
REALIZZATO DA:	APPROVATO DA:	UNITÀ ORGANIZZATIVA: Ser.T. di
TITOLO DELLA POSIZIONE: DIRIGENTE MEDICO PSICHIATRA & TOSSICOLOGO		
REQUISITI PROFESSIONALI RICHIESTI		
TITOLO DI STUDIO	Laurea in medicina specialità in: psichiatria e/o medicina interna e/o tossicologia clinica	
FORMAZIONE SPECIFICA GRADITA	Master o progressiva esperienza lavorativa nelle dipendenze	
ABILITAZIONI/ISCRIZIONI ANNI DI ESPERIENZA NEL RUOLO	All'esercizio della professione medica Anni	
ANNI D'ESPERIENZA NEL SETTORE	Anni	
DIMENSIONE DELLA POSIZIONE		
POSIZIONE DEL RESPONSABILE AL QUALE RIPORTA	Responsabile articolazione complessa o in alternativa responsabile dell'articolazione semplice di	
NUMERO COLLABORATORI DIRETTI E LORO INQUADRAMENTO	Se previsti indicare il numero e tipologia	
NUMERO COLLABORATORI INDIRETTI E LORO INQUADRAMENTO	Se previsti indicare il numero e tipologia. Ad esempio Infermieri, educatori professionali, terp.	
SCOPO DELLA POSIZIONE		
Gestire in autonomia le prestazioni e gli interventi d'area medica tossicologica e/o psichiatrica e/o internistica relativamente ai pazienti assegnati. La sua attività clinica è focalizzata prevalentemente sulla costruzione di un rapporto terapeutico che consiste nel cogliere le esigenze del paziente, interpretarle correttamente e trasferirle in un contesto in cui è definito il setting, il ruolo del terapeuta, il contributo richiesto al paziente, la tipologia dell'intervento terapeutico, l'obiettivo che l'intervento terapeutico si propone di raggiungere, e quali indicatori saranno ricercati, scelti fra quelli predefiniti, per la valutazione d'esito.		

Questa prima parte della scheda serve a declinare i requisiti di legge necessari per svolgere questa mansione e a posizionare il dirigente nell'ambito della gerarchia interna del Ser.T.

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ E RESPONSABILITÀ ATTIVITÀ	
MACRO AREE DI ATTIVITÀ	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ E RESPONSABILITÀ
Attività clinica	Nell'attuazione di tutte le attività previste è responsabile: del rispetto della legislazione corrente, di tutti gli atti terapeutici e medico legali attuati e della corretta e completa compilazione e tenuta del fascicolo personale del paziente.
Accoglienza e valutazione dei pazienti incidenti e ricentranti	L'accoglienza si riferisce a tutte le persone che accedono al servizio per sé o per altri, portando una generica o specifica richiesta d'aiuto. Nello specifico si realizza nella raccolta e prima lettura della domanda, nell'acquisizione di dati preliminari utili per un iniziale e provvisorio inquadramento del problema (diagnosi di stato) e nella strutturazione di tutti gli interventi medici e/o psichiatrici e/o internistici ritenuti urgenti. Raccolta e trascrizione nel fascicolo personale del paziente di una corretta e completa anamnesi medica e tossicologica. Richiesta di esami laboratoristici e/o strumentali utili per una corretta diagnosi di abuso e/o dipendenza secondo i criteri del DSM IV tr. Raccolta e trascrizione nel fascicolo personale del paziente di un esame obiettivo completo. Concludere con una diagnosi medica e tossicologica da trascrivere nel fascicolo personale.
Assessment medico internistico e tossicologico	Raccolta e trascrizione nel fascicolo personale del paziente di una corretta e completa anamnesi psichiatrica. Richiesta e/o esecuzione di tutti gli approfondimenti testistici utili a diagnosticare o ad escludere le patologie psichiatriche associate alla dipendenza. Concludere con una diagnosi psichiatrica da trascrivere nel fascicolo personale.
Trattamenti farmacologici specifici per le dipendenze	Strutturazione dei piani terapeutici secondo le indicazioni della letteratura specifica di settore.
Trattamenti farmacologici specifici per le patologie psichiatriche associate alle dipendenze	Strutturazione dei piani terapeutici secondo le indicazioni della letteratura specifica di settore.
Trattamenti farmacologici specifici per le patologie internistiche associate alle dipendenze	Strutturazione dei piani terapeutici secondo le indicazioni della letteratura specifica di settore.
Registri farmaci stupefacenti	Controllo, se previsto dal piano organizzativo, sulla corretta e completa tenuta dei registri di carico e scarico per i farmaci stupefacenti.
Certificazioni	Predisposizione di certificazioni e/o relazioni richieste dai pazienti o da altri soggetti autorizzati a farlo.

Questa parte della scheda serve a declinare le macro aree di attività a cui il dirigente verrà assegnato quindi a descrivere il ruolo che occupa all'interno della suddivisione del lavoro nel Ser.T.

RESPONSABILITÀ AGGIUNTIVE	
È responsabile, per la parte di competenza, degli obiettivi, di budget e/o di ricerca in cui è coinvolto. È responsabile, per la parte di competenza, della compilazione della reportistica sul debito informativo richiesto al Ser.T.	
RELAZIONI INTERFUNZIONALI, INTERNE ED ESTERNE	
RUOLI E U.O. CON CUI SI TENGONO COLLEGAMENTI	OBIETTIVO – RISULTATO – SCOPO DEI COLLEGAMENTI
Collaborazione con le altre figure professionali del Ser.T. Collaborazione con le altre U.O. e con le altre agenzie territoriali con cui sono attivi interventi terapeutici e/o di prevenzione	L'obiettivo è la strutturazione di un'efficiente lavoro d'equipe Il risultato è l'integrazione degli interventi delle figure professionali Lo scopo è la condivisione degli obiettivi dei trattamenti per singolo paziente con le altre figure professionali L'obiettivo è la strutturazione di interventi di rete intra ASL e/o territoriali Il risultato è la collaborazione con le altre U.O. dell'ASL e con le altre agenzie territoriali Lo scopo è l'integrazione delle attività

Questa parte della scheda delinea ulteriori aspetti del ruolo non legati direttamente alla erogazione di interventi specialistici.

PROFILO CONOSCENZE (sapere)	
Su richiesta possono essere fornite le indicazioni bibliografiche di supporto	
Conoscenza specifica degli effetti farmacologici e dei quadri clinici correlati alle più comuni sostanze d'abuso	Conoscenza degli effetti farmacologici e degli effetti neurobiologici delle più comuni sostanze d'abuso Conoscenza dei quadri clinici correlati alle dipendenze
Conoscenza delle patologie psichiatriche con particolare riferimento a quelle correlate con le dipendenze	Conoscenza delle patologie psichiatriche classificate nel DSM IV tr Conoscenza dei quadri clinici correlati alle dipendenze
Conoscenza delle patologie internistiche correlate I trattamenti farmacologici, validati dalla letteratura di settore per i pazienti con dipendenza da sostanze I trattamenti farmacologici e psicoterapici validati dalla letteratura di settore per i pazienti con patologia psichiatrica e dipendenza	Conoscenza delle patologie internistiche più frequentemente correlate alle dipendenze Buona conoscenza: dei farmaci individuati dalla letteratura di settore specifici delle dipendenze e delle possibili interferenze con le sostanze d'abuso e/o con altri tipi di trattamenti farmacologici Buona conoscenza: dei farmaci individuati dalla letteratura di settore specifici per le patologie psichiatriche più comuni associate alle dipendenze, e delle possibili interferenze degli stessi con le sostanze d'abuso Buona conoscenza delle principali tecniche psicoterapiche validate per i pazienti con dipendenze
Le forme di trattamento farmacologico, validate dalla letteratura di settore per i pazienti con patologie internistiche e dipendenza	Buona conoscenza: dei farmaci validati dalla letteratura di settore specifici delle patologie internistiche associate alle dipendenze e delle possibili interferenze degli stessi con le sostanze d'abuso
Disposizioni legislative nazionali e locali	Conoscenza delle disposizioni legislative sulle dipendenze a valenza nazionale e locale
Conoscenza del funzionamento del Ser.T.	Conoscenza dell'organigramma del Ser.T. e dei documenti sul funzionamento del servizio
Conoscenza del pacchetto Office	Buona conoscenza di base del pacchetto informatico

Questa parte della scheda elenca le conoscenze indispensabili che un dirigente medico deve avere per lavorare in un Ser.T. Valutare se è opportuno fornire in aggiunta dei riferimenti bibliografici da cui attingere queste nozioni.

PROFILO SKILL ESSENZIALI (saper fare)	
Su richiesta possono essere fornite le indicazioni bibliografiche di supporto	
Trattamenti farmacologici per le dipendenze	Strutturazione ed attuazione dei piani terapeutici con farmaci agonisti/antagonisti
Trattamenti farmacologici per le patologie psichiatriche correlate	Strutturazione dei piani terapeutici per le patologie psichiatriche più frequentemente correlate alla dipendenza
Trattamenti farmacologici per le patologie internistiche correlate	Strutturazione dei piani terapeutici per le patologie internistiche più frequentemente correlate alla dipendenza
Tecniche per la strutturazione della relazione terapeutica	Strutturazione di un efficace rapporto terapeutico medico-paziente
PROFILO SKILL GRADITE (saper fare)	
Su richiesta possono essere fornite le indicazioni bibliografiche di supporto	
Gestione dei conflitti	Tecniche per la gestione dei conflitti
Tecniche di comunicazione negli interventi di prevenzione primaria	Conoscenza delle tecniche più accreditate sulla strutturazione e sulla comunicazione dei messaggi di prevenzione primaria rivolta ad una popolazione target adulta ed adolescente
Gestione di un colloquio	Rispetto delle indicazioni di setting descritte dalla letteratura di settore per la strutturazione e gestione di un colloquio

Questa parte della scheda descrive le skill indispensabili per poter lavorare in un Ser.T. e le gradite che rappresentano il valore aggiunto alla professionalità.

PROFILO COMPETENZE (saper essere)	
PA Pensiero analitico	<i>Comprendere una situazione scomponendola in parti più piccole o individuare le implicazioni di una situazione procedendo passo dopo passo.</i> <i>Effettua analisi complesse: scompone problemi complessi (con molteplici variabili interagenti tra loro) negli elementi costitutivi e identifica catene di causa-effetto per individuare svariate soluzioni.</i>
TC team work e Cooperazione	<i>Implica l'intenzione di lavorare in modo cooperativo con altri, di far parte di un team, di lavorare insieme, piuttosto che lavorare individualmente e in modo competitivo.</i> <i>Coopera e partecipa di buon grado; supporta le decisioni del team; è un "buon giocatore di squadra"; fa la sua parte di lavoro. Come membro del team tiene gli altri informati e aggiornati sul processo, sulle attività individuali, sugli eventi che hanno un'influenza sul team e condivide tutte le informazioni pertinenti o utili.</i>
INTEL Intelligenza relazionale	<i>Implica il voler comprendere le persone e la capacità di ascoltare e capire gli interlocutori. Comprendere le domande e le preoccupazioni anche non apertamente e completamente espresse.</i> <i>Comprende le questioni sottostanti: comprende i problemi anche più nascosti degli altri e le ragioni che sono alla base dei loro sentimenti, preoccupazioni e comportamenti quotidiani o a lungo termine. Ha una visione equilibrata dei punti di forza e dei punti di debolezza degli altri.</i>
AUC Autocontrollo	<i>La capacità di controllare le proprie emozioni ed evitare azioni negative a fronte di provocazioni o di ostilità da parte di altri, oppure in condizioni di stress.</i> <i>Gestisce con efficacia lo stress: continua a lavorare e a rispondere alle domande nonostante lo stress relazionale. Utilizza speciali tecniche per gestire le emozioni e lo stress da impotenza/onnipotenza.</i>
PS pensiero sintetico	<i>Identifica schemi e connessioni tra situazioni non collegate tra di loro in modo ovvio. Individua gli aspetti cruciali di situazioni complesse. Implica il ragionamento creativo, concettuale o induttivo.</i>
ACC Accuratezza	<i>Chiarisce dati o situazioni complesse: rende idee o situazioni complesse chiare, semplici e/o comprensibili. Assembla idee, questioni e osservazioni in chiare e utili spiegazioni. Riformula conoscenze od osservazioni esistenti in modi più semplici.</i> <i>Riflette una spinta interiore alla riduzione dell'incertezza dell'ambiente circostante. Si esplica in forme quali: il monitoraggio e il controllo del lavoro e delle informazioni che raccoglie.</i> <i>Monitorizza l'accuratezza del proprio lavoro e di quello dei sottoposti. Controlla per assicurarsi che le procedure previste vengano seguite.</i>

Questa parte della scheda delinea il profilo delle competenze che, evidenziate dai comportamenti assunti dal professionista nelle diverse situazioni, evidenzia l'immagine che il professionista ha di se stesso all'interno dell'organizzazione e la distanza dal profilo ideale.

Bibliografia

Argentero P., *L'intervista di selezione*, FrancoAngeli.
Levati W., M.V. Sarà, *Il modello delle competenze*, FrancoAngeli.
Malaguti D., *Fare squadra*, Il Mulino.
M.G. Marini, Castelli N. (a cura di), *Le organizzazioni aperte in sanità*, Istud-Il Sole 24 Ore.

Mariani M., *Decidere e Negoziare*, Istud-Il Sole 24 Ore.
Casati G., *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill.
Boldizzoni D. (a cura di), *Management delle risorse umane*, Istud-Il Sole 24 Ore.
Wright J., Hill P., *La governance clinica*, Mc-Graw-Hill.

NOTIZIE IN BREVE



Università degli Studi di Padova
Dipartimento di Scienze del Farmaco

Corso di Perfezionamento in Farmacia e Farmacologia Cliniche

Coordinatori

Dr.ssa Chiara Bolego
Prof. Andrea Cignarella
Prof. Roberto Padrini

Sede: Dipartimento di Scienze del Farmaco, Largo Meneghetti 2, Padova

Durata: 6 mesi

Lezioni: 9 moduli, venerdì pomeriggio e sabato mattina, 1 o 2 settimane al mese dall'8 febbraio al 22 giugno 2013

Docenti: Esperti attivi in università, aziende ospedaliere, industrie farmaceutiche, IRCCS, fondazioni

Iscrizioni: Fino al 16 gennaio 2013

Numero min/max iscritti: 12/30

Lauree ammesse: Farmacia, CTF; Medicina e Chirurgia; Biotecnologie mediche, farmaceutiche, industriali, veterinarie, sanitarie

Parole chiave: Farmacologia clinica; appropriatezza prescrittiva; formulazioni avanzate; aggiornamenti normativi; analisi biochimico-cliniche

Obiettivi: La gestione appropriata delle terapie in ambito clinico e territoriale richiede l'integrazione sinergica di competenze da parte dei diversi professionisti del farmaco. Il corso

è rivolto soprattutto ai medici, ai farmacisti e ai laureati in discipline biomediche. Saranno forniti ai partecipanti elementi per saper affrontare le criticità nell'impiego clinico dei farmaci appartenenti a specifiche classi terapeutiche e dei farmaci biologici. I corsisti acquisiranno conoscenze utili per la scelta appropriata dei farmaci, la personalizzazione della terapia, il controllo del rischio d'interazioni

ECM: Il corso assolve agli obblighi annuali ECM per i professionisti delle professioni sanitarie

Costi: Euro 1223,12

Bando di ammissione

www.unipd.it/corsi/aggiornamento-e-formazione-professionali

Informazioni

Prof. Andrea Cignarella tel: 049-827-5101
e-mail: andrea.cignarella@unipd.it

Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno III, n. 11

MISSION n. 35

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)

Andamento dei decessi per problematiche potus-relate nei Paesi dell’Unione Europea nel periodo 1980-2003

Marco Innamorati*, Maurizio Pompili* **, Giovanni Martinotti***,
Gianluca Serafini*, Mario Amore****, David Lester*****, Ofelia De Vita***,
Daniele Stavros Hatzigiakoumis***, Marianna Quatrone***, Paolo Girardi*, Luigi Janiri***

Introduzione

Il disturbo da uso di alcol è un problema di salute pubblica maggiore che ha un impatto tragico sulla vita delle persone.

I ricercatori del Comitato Scientifico dell’ESEMED/MHEDEA 2000 (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) (Alonso *et al.*, 2004) hanno esaminato i tassi di prevalenza a 12 mesi e lifetime dei disturbi dell’umore, d’ansia e dei disturbi da uso di alcol in oltre 21.000 adulti in sei Paesi dell’Europa occidentale (Belgio, Francia, Germania, Italia, Paesi Bassi e Spagna) ed hanno riportato una prevalenza lifetime del 5,2% (95% CI: 4,8-5,6) per ciascun disturbo alcol-relato.

La frequenza del disturbo da uso di alcol era maggiore tra i maschi (9,3% (95% CI: 8,5-10,1)) che tra le femmine (1,4% (95% CI: 1,1-1,7)).

* Department of Neurosciences, Mental Health and Sensory Functions, Suicide Prevention Centre Sant’Andrea Hospital, Sapienza University of Rome, Italy.

** McLean Hospital, Harvard Medical School, USA.

*** Department of Psychiatry, Catholic University Medical School, Rome, Italy.

**** Department of Neurosciences Division of Psychiatry, University of Parma, Italy.

***** The Richard Stockton College of New Jersey, Pomona, NJ, USA.

In Italia è stata riportata una prevalenza a 12 mesi dell’1,3% per quanto concerne la dipendenza da alcol e del 5,6% per l’uso patologico (Piccinelli *et al.*, 1995).

Più recentemente è stata riportata una prevalenza lifetime per dipendenza d’alcol dello 0,8% tra i maschi e dello 0,5% tra le femmine (0,3% vs 0,2% per la prevalenza a 12 mesi; 0,2% vs 0,2% per la prevalenza ad un mese) (Faravelli *et al.*, 2004).

I Paesi dell’Europa Centrale ed Orientale (ad esempio Bulgaria, Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Romania, Slovacchia e Slovenia) sono caratterizzati da un livello più elevato di binge-drinking rispetto agli altri Paesi Europei (Popova, Rehm, Patra & Zatonski, 2007).

Per esempio, il progetto Global Initiative on Primary-Prevention of Substance Abuse della World Health Organization (WHO) ha effettuato una valutazione di base sull’abuso di sostanze in Bielorussia ed in Russia, registrando, nei 12 mesi precedenti all’indagine, sintomi di dipendenza da alcol in una percentuale compresa tra l’8,1% e il 20% degli adulti interpellati in Bielorussia e tra l’1,0% ed il 15,0% in Russia (WHO/UNDCP Global Initiative on Primary Prevention of Substance Abuse, 2003).

Alcuni studi hanno rilevato una marcata differenza di mortalità tra l’Europa Occidentale e gli ex paesi comunisti dell’Europa Centrale ed Orientale.

In termini di mortalità il divario è diventato evidente a partire dagli anni sessanta e settanta, peggiorando dopo il collasso dei regimi comunisti nel 1989 (Bobak & Marmot, 1996; Nanda, Nossikov, Prokhorskas & Shabana, 1993; Shkolnikov, Mesle & Vallin, 1996).

Si stima che il consumo di bevande alcoliche sia responsabile di circa il 9% delle morti totali nella Regione Europea della WHO (Rehm *et al.*, 2003, 2004; Rehn, Room & Edwards, 2001) e che possa svolgere un ruolo importante riguardo la differenza di mortalità tra i vecchi Paesi dell'Unione Europea (UE) e la maggior parte dei Paesi dell'Europa Orientale (McKee & Shkolnikov, 2001; Men, Brennan, Boffetta & Zaridze, 2003; Rehm *et al.*, 2004; World Health Organization, 2000; Zatonski & Jha, 2000; Zatonski, McMichael & Poweles, 1998).

Ad esempio, è stato riportato che in Russia, alla fine degli anni novanta, il consumo di alcol ha svolto un ruolo cardine nella diminuzione dell'aspettativa di vita (Leon, Shkolnikov e McKee, 2009).

Sempre in Russia, nella più recente stima della mortalità alcol-relata, si è riscontrato che nel 2002, nella fascia di età compresa tra i 20 e i 64 anni, il 18% dei decessi maschili ed il 9% dei decessi femminili era attribuibile all'alcol (Rehm *et al.*, 2007).

Da uno studio sulla mortalità dovuta all'alcol condotto in otto Paesi della Regione Europea, di cui quattro nuovi Stati membri dell'UE (Repubblica Ceca, Ungheria, Lituania e Polonia), tre vecchi Paesi dell'UE (Francia, Svezia e Regno Unito) ed un Paese di confronto dell'Europa Orientale (Russia), i risultati hanno indicato nel consumo di alcol il responsabile del 14,6% delle morti premature tra gli adulti negli otto Paesi (17,3% tra i maschi, 8,0% tra le femmine), con una proporzione maggiore tra i nuovi membri e la Russia, se confrontati con i vecchi Paesi dell'UE (Rehm *et al.*, 2007).

In tutti i nuovi Stati membri dell'UE sono stati riscontrati tra i maschi tassi di mortalità alcol-relata notevolmente superiori rispetto ai vecchi Paesi dell'UE, sebbene in Russia tale tasso fosse più alto (29.0/10.000 persone all'anno).

Per quanto concerne le donne, invece, in Francia e Regno Unito sono stati riscontrati tassi di mortalità alcol-relata maggiori rispetto ad alcuni nuovi Stati membri (ad esempio Polonia e Repubblica Ceca).

L'alcol potrebbe, in parte, spiegare la differenza di genere nella mortalità tra le nazioni Europee.

In tal senso, è stata confrontata l'entità della differenza di genere nella mortalità da tutte le cause in 30 Paesi Europei ed è stato valutato il contributo delle morti per fumo e alcol (McCartney, Mahmood, Leyland, Batty e Hunt, 2011).

Gli autori di questo studio hanno evidenziato, relativamente alle morti alcol-relate, una differenza pari ad otto volte tra il Paese con la più bassa differenza di genere (Islanda: 29 per 100.000) e quello con la più alta (Lituania: 253 per 100.000).

I decessi alcol-relati sono risultati particolarmente elevati tra i maschi dei Paesi dell'Europa Orientale, dove comunque, se confrontati con gli altri Paesi Europei, anche i tassi relativi al sesso femminile risultavano elevati.

I decessi alcol-relati rendevano, inoltre, conto di una proporzione sostanziale del divario riscontrabile nella mortalità da tutte le cause, sebbene la proporzione tendesse ad essere più alta nell'Europa dell'Est.

È stato sottolineato, tuttavia, che in tutti i Paesi esaminati il contributo della mortalità per fumo alla differenza di genere nella mortalità da tutte le cause è stato maggiore del contributo della mortalità da alcol (McCartney *et al.*, 2011).

La differenza di mortalità nella Regione Europea è correlata alle profonde differenze socio-economiche tra i Paesi.

Sebbene, sulla scia del processo di adesione all'UE, siano state adottate riforme sociali ed economiche in aiuto alle economie di diversi Paesi dell'Europa Centrale ed Orientale, per colmare in parte il divario economico con i vecchi membri dell'UE (Murphy, 2006; Parker, 2006), nel 2005 il prodotto interno lordo (PIL) di tutti i nuovi stati membri dell'UE risultava ancora più basso di quello dei vecchi stati membri (Allen, Bartiloro & Kowalewski, 2007; Yfantopoulos, 1999).

Il presente studio si pone l'obiettivo di esplorare l'andamento temporale dal 1980 dei decessi alcol-relati nei residenti dell'UE e di esaminare le differenze tra i 15 membri ammessi nell'UE prima del 2004 (Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Paesi Bassi, Portogallo, Spagna, Svezia e Regno Unito) ed i 12 membri ammessi dal 2004 (Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Malta, Cipro, Romania e Bulgaria).

È stata, inoltre, studiata, l'associazione tra variabili socio-economiche (tasso di alfabetizzazione nella popolazione di età ≥ 15 anni, tasso di disoccupazione, prodotto nazionale lordo (PNL) e tasso di urbanizzazione) e decessi alcol-relati.

Diversi studi hanno riportato, infatti, una correlazione positiva tra basso status socio-economico da un lato e cattive condizioni di salute e mortalità dall'altro (Bobak & Marmot, 1996; Mackenbach *et al.*, 2008).

La WHO definisce le cause alcol-relate in termini di mortalità derivante da una combinazione di specifiche cause di morte, universalmente riconosciute come correlate al consumo di alcol (www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence).

Per delineare meglio l'andamento delle morti alcol-relate, può essere utilizzato l'insieme di sei cause di mortalità alcol-relate, piuttosto che singole cause (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:Alcohol-related_deaths).

Sono state, inoltre, condotte analisi separate sui decessi per abuso di alcol (inclusa la psicosi alcolica).

Poiché questo insieme non tiene conto della proporzione dei decessi alcol-relati relativi ad ogni singola causa, questi nella UE sono stati analizzati nell'ambito del monitoraggio della mortalità da tutte le cause.

Le differenze nelle morti alcol-relate tra i gruppi di Paesi sono state, pertanto, esaminate correggendole per l'impatto delle differenze nella mortalità da tutte le cause.

Ci aspettiamo che la differenza nella mortalità alcol-relata tra i vecchi ed i nuovi Paesi dell'UE abbia avuto un picco negli anni immediatamente successivi al 1989 per poi ridursi.

Si prevede, inoltre, un'associazione tra la mortalità alcol-relata e le variabili socio-economiche.

Metodi

Dati

Tutti i dati utilizzati per il presente studio sono stati estrapolati dallo European mortality database della WHO (MDB) e dal database dello European Health for All (HFA-DB) (www.euro.who.int/hfadb).

MDB contiene indicatori basati sulla mortalità ed è un supplemento al generico HFA-DB, che contiene indicatori demografici e socio-economici (ad esempio, tasso di alfabetizzazione, tasso di disoccupazione, Prodotto Nazionale Lordo, tasso di urbanizzazione), stili di vita (consumo di alcol puro) e indicatori basati sulla mortalità.

I dati grezzi sulla mortalità sono forniti dagli Stati membri della Commissione Europea della WHO all'Ufficio Regionale per l'Europa o alla Sede Centrale della WHO.

Le morti alcol-relate, le morti da tutte le cause ed il consumo di alcol puro (espresso in litri *pro capite*), rintracciati per questo studio, sono relativi al periodo di tempo compreso tra il 1980 ed il 2003.

Gli indicatori dell'HFA-DB sulla mortalità da specifiche cause alcol-relate includono: cancro dell'esofago e della laringe (l'epatocarcinoma non è presente nella lista delle 175 cause utilizzate nei Paesi dell'ex URSS); sindrome da dipendenza alcolica (psicosi alcolica non elencata nell'ICD-9 Basic Tabulation List); epatopatie croniche e cirrosi; tutte le cause esterne (ICD-9: 150, 161, 303, 571, E800-E999. BTL: 090, 100, 215, 347, E47-E56List 175:46, 52, 75, 122, 123, 160-175 ICD-10: C15,C32, F10, K70, K73, K74, K76, V00-V99, W00-W99, X00-X99, Y00-Y99) (www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence).

Non tutte le cause alcol-relate sono state incluse, poiché non disponibili separatamente nei dati di mortalità pervenuti dalla WHO (soprattutto se le cause erano codificate con la ICD-9 Basic Tabulation List o con la lista di 175 cause utilizzata nell'ex URSS).

Analisi statistica

Le differenze nazionali nei decessi per alcol (come misurate attraverso il rapporto decessi alcol-relati/decessi da tutte le cause) relative al periodo 1980-2003 sono state stimate utilizzando il rischio relativo (RR) con un intervallo di confidenza del 95% (95% IC), mediante la regressione di Poisson con varianza di errore robusta e mediante il metodo di Newton-Raphson (Zou, 2004). Valori di RR >1 indicano un rischio più elevato per i nuovi Paesi membri dell'UE.

I modelli di regressione lineare joinpoint sono stati utilizzati per indagare l'andamento dei tassi di suicidio standardizzati per età (Kim, Fay, Feuer & Midthune, 2000). Nel modello degli andamenti temporali di mortalità, il numero (se presente) e la collocazione dei cambiamenti nell'andamento (noti come *change points* o *joinpoints*) è di solito sconosciuto, e l'obiettivo principale è determinare la loro esistenza ed accertarne la collocazione (Martinez-Beneito, Garcia-Donato & Salmeron, in press).

Sono stati utilizzati metodi di ricerca a griglia per adattare la funzione di regressione con joinpoint sconosciuti assumendo costante varianza ed errori non correlati.

È stato, poi, fissato il minimo/massimo numero di joinpoint a 0-3 ed è stato testato quanti joinpoint fossero statisticamente significativi e quanti dovessero essere aggiunti al modello.

Sono stati utilizzati test di permutazione per selezionare il modello migliore.

Nel modello finale, ciascun joinpoint indica un cambiamento statisticamente significativo nell'andamento.

Per rappresentare il cambiamento nell'andamento, sono stati riportati cambiamenti percentuali per anno (annual percentage changes, APC) e cambiamenti percentuali medi per anno (average annual percentage changes, AAPC). Le analisi joinpoint sono state effettuate utilizzando il Joinpoint Regression Program v. 3.3 del National Cancer Institute degli Stati Uniti.

Le correlazioni Spearman ρ sono state utilizzate per studiare le associazioni tra i tassi di morte per alcol, il consumo di alcol e le variabili socio-economiche.

Il modello di analisi di regressione lineare è stato utilizzato per studiare le associazioni multivariate tra variabili socio-economiche associate significativamente con tassi di morte per alcol e consumo di alcol.

Tutte le analisi sono state condotte utilizzando pacchetti statistici commerciali (STATA 9.0, SPSS 13.0).

Risultati

Mortalità correlata all'alcol nei Paesi dell'Unione Europea

Dall'esame di tutte le morti alcol-relate, registrate tra il 1980 e il 2003, i due gruppi di paesi in esame differivano in molte variabili (Tabella 1).

Tab. 1 - Differenze tra Paesi Europei

Variabili	Vecchi Paesi UE	Nuovi Paesi UE	t-test (d.f.)	p	RR	P <
Decessi alcol-relati, <i>n</i> per 100,000	88.90 ± 18.93	135.04 ± 18.48	8.55	<.001***		
Decessi alcol-relati (<i>vs</i> decessi da tutte le cause),%	11.46 ± 1.31	12.04 ± 1.33	-1.53	<.13	-	
Consumo pro capite di alcol puro (l)	10.49 ± 0.84	8.41 ± 0.61	9.83	<.001***	0.80	<.001** *
Decessi per abuso alcolico (inclusa psicosi alcolica), <i>n</i> per 100,000	2.63 ± 0.12	3.39 ± 1.24	2.98 (23.45)	<.01**		
Decessi per abuso alcolico (<i>vs</i> decessi da tutte le cause),%	0.35 ± 0.05	0.31 ± 0.11	1.70 (31.94)	<.10		
Decessi per abuso alcolico nel sesso maschile (inclusa psicosi alcolica), <i>n</i> per 100,000	4.35 ± 0.19	6.07 ± 2.17	3.87 (23.35)	<.001***		
Decessi per abuso alcolico nel sesso maschile (<i>vs</i> decessi da tutte le cause nella popolazione maschile),%	0.44 ± 0.06	0.42 ± 0.15	0.74 (30.73)	.47		
Decessi per abuso alcolico nel sesso femminile (inclusa psicosi alcolica), <i>n</i> per 100,000	1.06 ± 0.05	1.00 ± 0.41	0.68 (23.81)	-	-	
Decessi per abuso alcolico nel sesso femminile (<i>vs</i> decessi da tutte le cause nella popolazione femminile),%	0.18 ± 0.03	0.12 ± 0.05	5.68 (34.02)	<.001***	0.64	<.001** *

** *p* < .01, *** *p* < .001.
 Note: d.f. = 46 se non altrimenti specificato; RR = rischio relativo (valori >1 indicano un maggior rischio per i nuovi paesi UE).

I nuovi paesi membri dell'UE registravano un più elevato tasso medio di decessi per alcol (135,0 ± 18,48 *vs* 88,9 ± 18,93; *t* = -8,55 (d.f. = 46), *p* < .001) ed un più elevato tasso medio di decessi per abuso alcolico (inclusa la psicosi alcolica) rispetto ai vecchi Paesi dell'UE, sia nell'intera popolazione (3,4 ± 1,24 *vs* 2,6 ± 0,12; *t* = -2,98 (d.f. = 23,45), *p* < .01) sia nella popolazione maschile (6,1 ± 2,17 *vs* 4,4 ± 0,19; *t* = -3,87 (d.f. = 23,35), *p* < .001).

Tuttavia, i vecchi Paesi membri dell'UE registravano un maggior consumo d'alcol *pro capite* (misurato in litri) (10,5 ± 0,84 *vs* 8,4 ± 0,61; *t* = 9,83 (d.f. = 46), *p* < .001) ed un più alto tasso di mortalità per abuso alcolico nel sesso femminile (*vs* decessi per tutte le cause; 0,18% ± 0,03 *vs* 0,12% ± 0,05; *t* = 5,68 (d.f. = 34,02), *p* < .001; RR = 0.64, *p* < .001).

I due gruppi di Paesi non presentavano differenze per quanto riguarda i decessi alcol-relati e da tutte le cause nell'intera popolazione (*t* = -1,53 (d.f. = 46), *p* = .13), i

decessi per abuso alcolico (*vs* decessi da tutte le cause; *t* = 1.70 (d.f. = 31,94), *p* = .10), i decessi per abuso alcolico nel sesso maschile (*vs* decessi da tutte le cause; *t* = 0,74 (d.f. = 30,73), *p* = .47) e nel sesso femminile (*t* = 0.68 (d.f. = 23,81), *p* = .51).

È stato stimato che le morti correlate all'alcol rappresentano dall'11,46% (SD = 1.33) al 12,04% (SD = 1.31) di tutta la mortalità nell'UE.

Pertanto, prendendo in esame la mortalità da tutte le cause, i paesi dell'UE presentavano differenze solo riguardo ai tassi di mortalità per abuso alcolico nel sesso femminile, con una stima di decessi correlati all'alcol 1,6 volte maggiore nei vecchi paesi dell'UE rispetto ai nuovi.

In aggiunta, i decessi correlati all'alcol e i trend di consumo differivano nei vecchi e nuovi paesi dell'UE.

La Tabella 2 elenca i trend dei decessi alcol-relati e del consumo per il periodo 1980-2003, differenziati per area geografica (vecchi e nuovi Paesi dell'UE).

Tab. 2 - Analisi Jointpoint (cambiamenti annuali percentuali)

		0		1		2		3	
		1980	1987	1987	1995	1995	1999	1999	2003
Decessi per abuso alcolico nell'intera popolazione (vs decessi da tutte le cause)	<i>Vecchi Paesi UE</i>	0.52		2.11*		4.63*		0.01	
	<i>Nuovi Paesi UE</i>								
		1980-1982		1982-1995		1995-2003			
	<i>Nuovi Paesi UE</i>	-6.51		9.78*		-6.56*			
Decessi per abuso alcolico nel sesso femminile (vs decessi da tutte le cause nella popolazione femminile)	<i>Vecchi Paesi UE</i>	0.52*		3.59*		-0.21			
	<i>Nuovi Paesi UE</i>								
		1980-1990		1990-1995		1995-2000		2000-2003	
	<i>Nuovi Paesi UE</i>	5.51*		19.14*		-13.98*		1.36	
Decessi per abuso alcolico nel sesso maschile (vs decessi nel sesso maschile da tutte le cause)	<i>Vecchi Paesi UE</i>	0.22		3.57*		1.08			
	<i>Nuovi Paesi UE</i>								
		1980-1982		1982-1995		1995-2003			
	<i>Nuovi Paesi UE</i>	-5.68		9.22*		-6.2*			
Consumo di alcol puro	<i>Vecchi Paesi UE</i>	1.74*		0.55		1.7*		0.52*	
	<i>Nuovi Paesi UE</i>								
		1980-1986		1986-1991		1991-1996		1996-2003	
	<i>Nuovi Paesi UE</i>	-1.53*		0.49*					
Decessi alcol-relati (vs decessi da tutte le cause)	<i>Vecchi Paesi UE</i>	-0.14		-8.14*		-0.14			
	<i>Nuovi Paesi UE</i>								
		1980-1994		1994-2003					
	<i>Nuovi Paesi UE</i>	2.4*		-3.71*					

* p < .05.

Analizzando le tendenze tra il 1980 e il 2003, è possibile osservare che:

1. dal 1980 il consumo di alcol è diminuito in modo significativo in entrambi i gruppi dei paesi dell'UE (vecchi Paesi dell'UE: AAPC = -1,10, p < .05; nuovi Paesi dell'UE: AAPC = -0,84, p < .05);
2. i decessi alcol-correlati (rapporto decessi alcol-relati/decessi da tutte le cause) sono diminuiti nei vecchi Paesi dell'UE (AAPC = -1,41, p < .05) mentre sono

rimasti invariati nei nuovi Paesi dell'UE (AAPC = 0,25, p = n.s.);

3. il numero di decessi per abuso di alcol (misurato dal rapporto decessi per abuso di alcol/ decessi da tutte le cause) è aumentato in tutti i paesi dell'UE nella popolazione generale (vecchi Paesi dell'UE: AAPC = 2,03, p < .05; nuovi Paesi dell'UE: AAPC = 4,33, p < .05), in entrambi i sessi (vecchi Paesi dell'UE: sesso femminile AAPC = 1,79, p < .05; sesso maschile AAPC =

1,76, $p < .05$; nuovi Paesi dell'UE: sesso femminile AAPC = 4,25, $p < .05$; sesso maschile AAPC = 4,11, $p < .05$).

Tuttavia, a partire dal 1994 il consumo di alcol ha ripreso ad aumentare nei nuovi Paesi dell'UE (APC = 0,49, $p < .05$).

Ciononostante, nello stesso gruppo di Paesi e negli stessi anni c'è stata una generale diminuzione della mortalità associata all'abuso di alcol (sesso femminile: 1995-2000 APC = -13,98, $p < .05$; sesso maschile 1995-2003 APC = -6,20, $p < .05$; intera popolazione: 1995-2003 APC: -6,56, $p < .05$). Nei vecchi Paesi dell'UE, i decessi associati all'abuso di alcol sono aumentati alla fine degli anni novanta (intera popolazione: 1995-1999 APC: 4,63, $p < .05$) per stabilizzarsi, poi, ai loro livelli di picco dal 1980.

Pertanto, le differenze tra i gruppi di paesi dell'UE, riguardo ai tassi di decessi per abuso di alcol, sono state più ampie all'inizio degli anni ottanta, più contenute tra la fine degli anni ottanta e l'inizio degli anni novanta, per poi aumentare nuovamente durante i primi anni duemila.

Associazione tra decessi alcol-relati e variabili socio-economiche nella popolazione dell'UE

La Tabella 3 elenca le associazioni bivariante tra il consumo di alcol, i decessi (misurati dal rapporto decessi alcol-relati/ decessi da tutte le cause) e le variabili socio-economiche presenti nella popolazione dell'UE.

I risultati hanno evidenziato 9 associazioni significative su 20 (Tabella 3).

Al fine di esaminare le associazioni multivariate tra i decessi alcol-relati, il consumo di alcol e le variabili socio-economiche, sono state effettuate analisi di regressione utilizzando il consumo di alcol e la mortalità per alcol come variabili dipendenti.

Le variabili socio-economiche significative alle analisi bivariante sono state, invece, inserite nelle analisi multivariate come variabili indipendenti.

Per quanto concerne le variabili alcol-relate in relazione alle quali si riscontravano differenze tra i Paesi dell'UE, è stata inclusa "gruppi di Paesi dell'UE" come variabile di comodo (Tabella 4).

Tab. 3 - Indici di Spearman ρ per l'associazione tra decessi alcol-relati e fattori socio-economici (non differenziati per gruppi di Paesi)

	Tasso di alfabetizzazione (età ≥ 15)	Tasso di disoccupazione	PNL (US\$ pro capite)	Tasso di popolazione urbana
Consumo di alcol puro pro capite (l)	-0.82**	-0.36*	0.52**	0.56**
Decessi alcol-relati (vs decessi da tutte le cause)	0.19	0.15	0.71**	0.11
Decessi per abuso alcolico nell'intera popolazione (vs decessi da tutte le cause)	0.20	0.16	0.20	0.51**
Decessi per abuso alcolico nel sesso maschile (vs decessi da tutte le cause nella popolazione maschile)	0.32*	0.23	0.06	0.45**
Decessi per abuso alcolico nel sesso femminile (vs decessi da tutte le cause nella popolazione femminile)	-0.19	-0.12	0.63**	0.78**

* $p < .05$, ** $p < .01$.

Tab. 4 - Modelli di regressione multivariata (non differenziata per gruppi di Paesi)

Variabili	Coefficiente β standardizzato	t	p
Consumo di alcol puro pro capite (l)			
Paesi	2.45	5.14	.001***
Tasso di alfabetizzazione (età \geq 15) (%)	0.04	0.43	.67
Tasso di disoccupazione (%)	-0.01	-0.26	.80
PNI (US\$ pro capite)	0.56	7.20	.001***
Popolazione urbana (%)	1.08	2.13	.05*
Decessi alcol-relati (vs decessi da tutte le cause)			
PNI (US\$ pro capite)	-0.63	-4.81	.001***
Decessi per abuso alcolico (vs decessi da tutte le cause)			
Tasso di popolazione urbana	0.35	2.55	.05*
Decessi per abuso alcolico nel sesso maschile (vs decessi da tutte le cause nella popolazione maschile)			
Tasso di alfabetizzazione (età \geq 15)	0.49	2.55	.05*
Tasso di popolazione urbana	0.43	2.26	.05*
Decessi per abuso alcolico nel sesso femminile (vs decessi da tutte le cause nella popolazione femminile)			
Paesi	6.63	4.32	.001***
PNI (US\$ pro capite)	0.68	3.51	.001***
Tasso di popolazione urbana	6.57	4.29	.001***
Model fit indices	Adjusted R²	F (d.f. 1; d.f. 2)	p
Consumo di alcol puro	0.98	293.74 (5; 27)	<.001***
Decessi alcol-relati (vs decessi da tutte le cause)	0.37	23.087 (1; 36)	<.001***
Decessi per abuso alcolico (vs decessi da tutte le cause)	0.11	6.485 (1; 46)	<.05*
Decessi per abuso alcolico nel sesso maschile (vs decessi da tutte le cause nella popolazione maschile)	0.11	3.569 (2; 40)	<.05*
Decessi per abuso alcolico nel sesso femminile (vs decessi da tutte le cause nella popolazione femminile)	0.58	18.21 (3; 34)	<.001***

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

Note: Coefficiente β positivo indicante fattori aumentanti il rischio; Coefficiente β negativo indicante fattori riducenti il rischio.

Tutti i modelli si adattano ai dati, spiegando tra l'11% ed il 98% della varianza.

Un più elevato Prodotto Nazionale Lordo (PNL) (coefficiente β , standardizzato = -0.56, $p < .001$), un più alto tasso di popolazione urbana (coefficiente β , standardizzato = -1,08, $p < .05$) e la cittadinanza presso un nuovo Paese dell'UE (coefficiente β , standardizzato = -2,45, $p < .001$) sono risultati fattori di protezione significativi rispetto al consumo di alcol.

Un più elevato PNL (coefficiente β , standardizzato = -0,63, $p < .05$) era un fattore protettivo significativo nei confronti dei decessi correlati all'alcol (*vs* decessi da tutte le cause).

Tassi superiori di popolazione urbana (coefficiente β , standardizzato = 0.35, $p < .05$) costituivano un significativo fattore di rischio per decesso correlato ad abuso alcolico (*vs* decesso da tutte le cause) nell'intera popolazione.

Un tasso di alfabetizzazione più elevato nella popolazione di età ≥ 15 anni (coefficiente β , standardizzato = -0,49, $p < .05$), ed un più alto tasso di popolazione urbana (coefficiente β , standardizzato = 0,43, $p < .05$) risultavano fattori di rischio per decesso causato da abuso alcolico (*vs* decesso da tutte le cause) nella popolazione maschile.

Infine, un più elevato PNL (coefficiente β , standardizzato = 0,68, $p < .001$), un più alto tasso di popolazione urbana (coefficiente β , standardizzato = 6,57, $p < .001$) e la cittadinanza presso un nuovo Paese dell'UE (coefficiente β , standardizzato = 6,63, $p < .001$) risultavano ugualmente fattori di rischio significativi per il decesso da abuso alcolico (*vs* decesso da tutte le cause) nella popolazione femminile.

Discussione

Rehm *et al.* (2007), analizzando la mortalità correlata all'alcol in otto paesi della Regione Europea (Repubblica Ceca, Ungheria, Lituania, Polonia, Francia, Svezia, Regno Unito e Russia), hanno sottolineato che il consumo di alcol è responsabile del 14,6% di tutti i casi di mortalità prematura nella popolazione adulta: il 17,3% nel sesso maschile e l'8% nel sesso femminile. Nell'ambito del nostro studio è stato possibile osservare che i decessi correlati all'alcol rappresentano l'11-12% di tutte le morti tra i cittadini dell'UE e che le morti per abuso di alcol rappresentano lo 0,35% di tutti i decessi verificatisi fra il 1980 e il 2003.

Una differenza nella mortalità tra i due gruppi di Paesi è stata evidente solo per le morti da abuso di alcol nel sesso femminile, dopo averla corretta per il tasso di mortalità da tutte le cause.

I vecchi Paesi dell'UE hanno presentavano un più elevato tasso di decessi per abuso alcolico rispetto ai nuovi. Queste differenze tra i due gruppi di Paesi sono state

associate con i *trend* di consumo di alcol e con i decessi per alcol nei Paesi dell'UE.

In generale, a partire dalla metà degli anni novanta, i decessi alcol-relati (misurati tramite il rapporto decessi alcol-relati/ decessi da tutte le cause) sono diminuiti in tutti i Paesi dell'UE, sebbene nei vecchi Paesi dell'UE i tassi di mortalità per l'alcol siano diventati più stabili dopo il 1998.

I nostri risultati indicano anche che nell'UE i decessi correlati all'alcol ed il consumo di questa sostanza possono essere associati alle condizioni socio-economiche.

In particolar modo, l'incremento del PNL era associato alla diminuzione dei decessi alcol-relati (*vs* decessi da tutte le cause), mentre l'urbanizzazione sembrava essere un fattore di rischio.

Questi risultati sono in linea con lo studio longitudinale condotto da Connolly, O'Reilly, Rosato e Cardwell (2011), riguardo le caratteristiche individuali e di area dei deceduti per cause potus-relate nell'Irlanda del Nord, al fine di ricercare le differenze nel rischio di mortalità alcol-relata fra le aree economicamente svantaggiate e quelle ricche e tra le zone urbane e rurali, e di indagare se tali differenze fossero dovute alle caratteristiche degli individui che vivevano in queste aree piuttosto che agli effetti di una specifica area.

I risultati indicavano che mentre il rischio di decesso correlato all'uso di alcol era significativamente più alto in aree svantaggiate, sia per i maschi che per le femmine, solo prima dell'aggiustamento per le caratteristiche degli individui che vivono all'interno di queste aree, l'eccesso di rischio per le persone che vivono nelle aree urbane rimaneva anche dopo l'aggiustamento per la composizione delle persone all'interno di queste aree.

Risultati contrastanti riportati in altri studi europei (Wojtyniak, Moskalewicz, Stokwiszewski & Rabczenko, 2005) possono essere il risultato di diversi usi e costumi nazionali e locali (Connolly *et al.*, 2011). Connolly *et al.* hanno ipotizzato che una selettiva migrazione verso le aree urbane dei soggetti con problematiche correlate all'alcol possa determinare la differenza di mortalità alcol-relata esistente tra zone urbane e rurali (Room, 1990), o che, nelle aree urbane, il ritmo più veloce della vita e le reti sociali più lasse possano ridurre il contenimento rispetto ai comportamenti a rischio.

Un PNL elevato potrebbe anche essere associato ad un miglior sistema sanitario pubblico e ad un maggior numero di programmi di prevenzione per i soggetti a rischio di abuso alcolico.

Un aumento della popolazione urbana potrebbe, inoltre, risultare in una maggiore emarginazione sociale.

È interessante notare che la differenza tra i vecchi ed i nuovi Paesi dell'UE è più significativa per il sesso femminile se si va a correggere per la mortalità da tutte le cause, mentre tale risultato è invertito, e quindi tale differenza è maggiore per il sesso maschile, se non si corregge per la mortalità da tutte le cause.

Ciò significa che i più alti tassi di mortalità alcol-relata riscontrati nei nuovi Paesi membri dell'UE non erano associati né ad un più elevato consumo di alcol né a pattern di bevute più a rischio.

Il maggior numero di decessi nei nuovi Paesi dell'UE era probabilmente legato ad inefficienze del sistema sanitario manifestatesi nel corso della transizione socio-economica dei Paesi dell'Europa Orientale, fatto che ha causato un aumento del livello di povertà e la destinazione di una quota inferiore di fondi alla sanità.

Negli ultimi anni, la recessione che ha colpito l'economia mondiale potrebbe avere un impatto negativo sulla salute pubblica nell'UE così come sui sistemi di integrazione sociale. Tale situazione potrebbe in successione incrementare i consumi di alcol, la migrazione verso i centri urbani di soggetti socialmente ed economicamente svantaggiati ed altresì aumentare i crimini violenti.

I nostri risultati confermano l'importanza di adottare efficaci strategie di intervento nazionali nei confronti delle problematiche legate all'alcol (Dinh-Zarr, DiGiuseppi, Heitman & Roberts, 2000; Dinh-Zarr, Goss, Heitman, Roberts & DiGiuseppi, 2004); ad esempio una linea politica nazionale che limiti la disponibilità di alcol si è dimostrata efficace nella riduzione dell'impatto dei danni alcol-relati sulla salute pubblica (Pridemore & Snowden, 2009).

I parlamentari europei dovrebbero in tal senso contrastare il fatto che il forte consumo di alcol sia socialmente accettato.

Tuttavia, in un periodo di crisi economica quale è quello attuale, modificare l'accettazione sociale del consumo di alcol può essere piuttosto problematico, come indicato da una recente sondaggio nazionale condotto nel 2008 a Mosca, in cui solo il 2% degli intervistati riferiva che la dipendenza da alcol o sostanze rappresentavano le problematiche in grado di rendere in assoluto più difficile la loro vita familiare.

Il problema più importante risultava, invece, il basso reddito e la mancanza di denaro (Leon *et al.*, 2009).

Limiti

Considerando i limiti alla generalizzazione dei nostri risultati, bisogna considerare che i tassi di mortalità alcol-relati potrebbero presentare dei bias a livello nazionale. Differenze tra i vari Paesi in termini di segnalazione e registrazione dei danni, e di compilazione di statistiche integrate tra i vari Paesi, nonché i cambiamenti nel corso del tempo in termini di adeguatezza e persino di natura della registrazione dei dati in alcuni dei Paesi studiati, potrebbero aver introdotto diversi bias nella segnalazione dei danni correlati all'alcol (Webb, 1995).

Inoltre, la numerosità dei fattori socio-economici analizzati nel nostro studio potrebbe aver aumentato il numero di falsi positivi.

Infine, l'indicatore HFA-DB della mortalità alcol-relata comprende solo sei cause di mortalità alcol-relate e l'insieme delle morti alcol-relate non tiene conto dell'attuale proporzione delle morti alcol-relate relative ad ogni singola causa.

Tuttavia, per migliorare la validità dei nostri risultati, abbiamo preso in esame le statistiche riguardanti l'alcol, corrette per i tassi di mortalità dovuti a tutte le cause.

Conclusioni

In conclusione, mentre i decessi alcol-relati sono più frequenti nei nuovi Paesi dell'UE, la differenza tra i vecchi ed i nuovi Paesi dell'UE in termini di mortalità è reale solo per quanto riguarda i decessi dovuti ad abuso alcolico nel sesso femminile, corretti per i tassi di mortalità da tutte le cause.

Gli organi politici e della salute dell'UE dovrebbero, pertanto, prendere in considerazione programmi di intervento e linee politiche incentrati sugli individui economicamente e socialmente svantaggiati residenti nelle aree urbane oltre che sulla prevenzione del forte consumo di alcol.

Bibliografia

- Allen F., Bartiloro L., Kowalewski O. (2007), "The financial system of the EU", in Liebscher K., Christl J., Mooslechner P., Ritzberger-Grünwald D. (eds.), *Financial development, integration, and stability: Evidence from Central, Eastern, and South-Eastern Europe*, Edward Elgar, Cheltenham: 80-104.
- Alonso J., Angermeyer M.C., Bernert S., Bruffaerts R., Brugha T.S., Bryson, H., Vollebergh W.A. (2004), "Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109: 21-27.
- Bobak M., Marmot M. (1996), "East-West mortality divide and its potential explanations: Proposed research agenda", *British Medical Journal*, 312: 421-425.
- Connolly S., O'Reilly D., Rosato M., Cardwell C. (2011), "Area of residence and alcohol-related mortality risk: A five-year follow-up study", *Addiction*, 106: 84-92.
- Dinh-Zarr T., DiGiuseppi C., Heitman E., Roberts I. (2000), "Interventions for preventing injuries in problem drinkers", *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, CD001857. Retrieved from www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10796829.
- Dinh-Zarr T., Goss C., Heitman E., Roberts I., DiGiuseppi C. (2004), "Interventions for preventing injuries in problem drinkers", *Cochrane Database of Systematic*

- Reviews (Online)*, CD001857. Retrieved from www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15266456.
- Faravelli C., Abrardi L., Bartolozzi D., Cecchi C., Cosci F., D'Adamo D., Rosi S. (2004), "The Sesto Fiorentino study: Point and one-year prevalences of psychiatric disorders in an Italian community sample using clinical interviewers", *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73: 226-234.
- Kim H.J., Fay M.P., Feuer E.J., Midthune D.N. (2000), "Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates", *Statistics in Medicine*, 19: 335-351.
- Leon D.A., Shkolnikov V.M., McKee M. (2009), "Alcohol and Russian mortality: A continuing crisis", *Addiction*, 104: 1630-1636.
- McCartney G., Mahmood L., Leyland A.H., Batty G.D., Hunt K. (2011), "Contribution of smoking-related and alcohol-related deaths to the gender gap in mortality: Evidence from 30 European countries", *Tobacco Control*. DOI: 10.1136/tc.2010.037929.
- McKee M., Shkolnikov V. (2001), "Understanding the toll of premature death among men in Eastern Europe", *British Medical Journal*, 323: 1051-1055.
- Mackenbach J.P., Stirbu I., Roskam A.J., Schaap M.M., Menvielle G., Leinsalu M., Kunst A.E. (2008), "Socio-economic inequalities in health in 22 European countries", *The New England Journal of Medicine*, 358: 2468-2481.
- Martinez-Beneito M.A., Garcia-Donato G., Salmeron D. (in press), "Bayesian Joinpoint Regression model with an unknown number of break points", *Annals of Applied Statistics*.
- Men T., Brennan P., Boffetta P., Zaridze D. (2003), "Russian mortality trends for 1991-2001: Analysis by cause and region", *British Medical Journal*, 327: 964. DOI: 10.1136/bmj.327.7421.964.
- Murphy A.B. (2006), "The May 2004 enlargement of the European Union: View from two years out", *Eurasian Geography and Economics*, 47: 635-646.
- Nanda A., Nossikov A., Prokhorskas R., Shabanah M.H. (1993), "Health in the Central and Eastern countries of the WHO European Region: An overview", *World Health Statistics Quarterly*, 46: 158-165.
- Parker G. (2006), "EU 'big bang' a clear success, says Almunia Enlargement Study", *Financial Times*, 2 May. Retrieved from www.ft.com/cms/s/0/a941c89e-d977-11da-8b06-0000779e2340.html#axzz1op3X94aI.
- Piccinelli M., Pini S., Bonizzato P., Paltrinieri E., Saltini A., Scantamburlo L., Tansella M. (1995), "Results from the Verona Centre", in Ustun T.B., Sartorius N. (eds.), *Mental illness in general health care: an international study*, John Wiley and Sons, Chichester: 301-321.
- Popova S., Rehm J., Patra J., Zatonski W. (2007), "Comparing alcohol consumption in central and eastern Europe to other European countries", *Alcohol and Alcoholism*, 42, 465-473.
- Pridemore W.A., Snowden A.J. (2009), "Reduction in suicide mortality following a new national alcohol policy in Slovenia: An interrupted time-series analysis", *American Journal of Public Health*, 99: 915-920.
- Rehm J., Room R., Monteiro M., Gmel G., Graham K., Rehn N., Jernigan D. (2003), "Alcohol as a risk factor for global burden of disease", *European Addiction Research*, 9, 157-164.
- Rehm J., Room R., Monteiro M., Gmel G., Graham K., Rehn N., Jernigan D. (2004), "Alcohol use", in Ezzati M., Lopez A.D., Rodgers A., Murray C.J.L. (eds.), *Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*, World Health Organization, Geneva: 959-110.
- Rehm J., Sulkowska U., Manczuk M., Boffetta P., Powles J., Popova S., Zatonski W. (2007), "Alcohol accounts for a high proportion of premature mortality in central and eastern Europe", *International Journal of Epidemiology*, 36: 458-467.
- Rehn N., Room R., Edwards G. (2001), *Alcohol in the European Region: Consumption, harm and policies*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Room R. (1990), "Alcohol problems and the city", *British Journal of Addiction*, 85: 1395-1402.
- Shkolnikov V., Mesle F., Vallin J. (1996), "Health crisis in Russia. I. Recent trends in life expectancy and causes of death from 1970 to 1993", *Population*, 8: 123-154.
- Webb G.R. (1995), "A filter model to describe bias in official statistics on alcohol-related injuries", *Accident Analysis and Prevention*, 27: 687-697.
- WHO/UNDCP Global Initiative on Primary Prevention of Substance Abuse (2003), *Substance use in Central and Eastern Europe: Knowledge, attitudes, practices and opportunities for intervention: Summary of baseline assessments in the Republic of Belarus and the Russian Federation*, World Health Organization, Geneva.
- Wojtyniak B., Moskalewicz J., Stokwiszewski J., Rabczenko D. (2005), "Gender-specific mortality associated with alcohol consumption in Poland in transition", *Addiction*, 100: 1779-1789.
- World Health Organization (2000), *World health report, 2000. Health systems: Improving performance*, World Health Organization, Geneva.
- Yfantopoulos J.N. (1999), "Demographic trends and socio-economic indicators in EU and Greece", in Metaxas A.J.D. (ed.), *About Greece*, General Secretariat of Communication, Athens: 65-78.
- Zatonski W., Jha P. (2000). *The health transformation in Eastern Europe after 1990: A second look*, Cancer Centre and Institute of Oncology, Warsaw.
- Zatonski W.A., McMichael A.J., Powles J.W. (1998), "Ecological study of reasons for sharp decline in mortality from ischaemic heart disease in Poland since 1991", *British Medical Journal*, 316: 1047-1051.
- Zou G. (2004), "A modified Poisson regression approach to prospective studies with binary data", *American Journal of Epidemiology*, 159: 702-706.

Un colpo al cerchio ed un colpo alla botte: il ruolo del flumazenil nelle disintossicazioni miste alcol-benzodiazepine

Fabio Lugoboni, Marco Faccini, Anna Albiero, Rebecca Casari*

Introduzione

Le benzodiazepine (BZD) sono lo strumento di scelta nel trattamento della disintossicazione alcolica anche se si tratta di sostanze potenzialmente additive.

L'astinenza da BZD ha molti sintomi in comune con quella alcolica ed entrambe possono essere gravi.

Non di rado l'uso cronico delle BZD può raggiungere, per effetto della tolleranza farmacologica, i contorni di un vero e proprio abuso.

Quando questa situazione si manifesta in un soggetto con dipendenza da alcol il quadro può complicarsi e pone dei problemi non indifferenti dal punto di vista clinico.

Alcol e BZD hanno infatti una tolleranza crociata e, se l'astinenza alcolica richiede alte dosi di BZD, nel caso di una co - dipendenza questo può essere un evidente problema perché saranno richieste dosi particolarmente alte e con alto rischio di abuso successivo, senza contare i rischi di aumentato drop-out e di prolungati tempi di ricovero.

È generalmente poco nota (ed ancor meno applicata) nelle unità ospedaliere che si occupano di alcolismo la tecnica di disintossicazione dalle BZD tramite flumazenil in infusione lenta, sebbene i dati in letteratura siano presenti da 20 anni.

La tecnica suddetta permette una disintossicazione dalle BZD in tempi particolarmente rapidi.

Presentiamo un caso clinico, il primo di questo genere descritto in letteratura, di doppia dipendenza trattato con successo utilizzando questa tecnica in modo fasico.

Case report

Un paziente di 32 anni (I.S.), divorziato, disoccupato e convivente con una nuova compagna venne inviato alla nostra attenzione da una riabilitazione alcolologica, ritenendo il caso troppo complesso per un'ammissione presso la loro degenza.

I.S. presentava infatti una doppia dipendenza per alcol e per lormetazepam, in accordo con il DSM IV.

I.S. aveva avuto multipli episodi di abuso alcolico fin dall'adolescenza, con una tipologia propendente verso il

tipo 2 di Cloninger per l'età di esordio e la familiarità, ma non per il poliabuso di sostanze.

Il paziente non aveva mai abusato di droghe se non uso estremamente sporadico di cannabinoidi.

Una franca dipendenza e tolleranza alcolica era insorta solo a 30 anni, dopo la separazione dalla moglie.

Il paziente aveva così incrementato in modo massivo l'introito alcolico perdendo il lavoro.

In quel tempo si era rivolto ad un SerD della sua regione dove era stato trattato con BZD nel tentativo di troncare l'uso di alcol.

L'intervento terapeutico non aveva avuto successo, con la complicazione che, da quel momento, I.S. aveva iniziato rapidamente ad abusare di BZD, in particolare modo il lorazepam (LZM), utilizzato dai colleghi per non peggiorare l'epatopatia alcolica.

All'ammissione il paziente assumeva giornalmente 2 litri di vodka ed 1 litro di vino, congiuntamente a 50 mg di LZM e 100 mg di diazepam.

Tali dosi venivano confermate sia dalla convivente che dal medico di fiducia.

Inoltre il paziente fumava 30 sigarette al dì.

Nonostante il quadro così impegnato il pz. presentava in un quadro di determinazione motivazionale elevato ed era pienamente collaborante.

Nella storia psichiatrica del paziente erano evidenti episodi depressivi ma non era mai stato messo in terapia specifica dai sanitari che lo avevano seguito; il LZM era stata l'unica terapia farmacologica proposta, oltre al supporto gruppal secondo la modalità dell'ACAT.

Il paziente è stato inizialmente disintossicato per alcol, usando dosi infusive di diazepam particolarmente elevate (30 fiale nelle 24 ore per 7 gg.) suscitando una franca apprensione nei colleghi della riabilitazione alcolologica inviante, in stretto contatto telefonico con noi, temendo di non poter poi gestire una dimissione con dosi scalari di BZD, partendo da dosi così elevate.

A partire dal 7° giorno abbiamo proceduto all'infusione di flumazenil in infusione lenta (FLU-IL) come facciamo di solito con gli abusatori primari di alte dosi di BZD.

Il paziente riceveva 1 mg di FLU-IL per 12 ore diurne, ricevendo, solo nei primi 3 giorni, basse dosi di BZD per via orale (2 mg di clonazepam il primo giorno, 1 mg il secondo, 0,5 il terzo, poi stop).

L'infusione di diazepam era stata ovviamente sospesa contestualmente con l'inizio del FLU-IL.

* Dipartimento di Medicina Interna, Medicina delle Dipendenze, Policlinico GB Rossi dell'Università di Verona.

L'infusione di FLU è durata 7 giorni, alle stesse dosi. Con questo regime fasico il craving e l'astinenza per le 2 sostanze (misurato con visual analogic scale quotidianamente e con scala di Mintzer e CIWA-Ar per i sintomi astinenziali) sono state ben controllate.

Il paziente non ha lamentato disturbi del ritmo sonno-veglia.

In merito al tono dell'umore, il paziente ha descritto una sintomatologia ansiosa dopo i primi quattro giorni di ricovero, oltre a esplicitare una marcata deflessione del tono dell'umore presente almeno da due anni, per cui abbiamo iniziato terapia con Citalopram.

Il paziente ha sempre avuto un ottimo rapporto col personale sanitario e un atteggiamento determinato a completare la procedura.

Alla fine del ricovero, durato 14 gg., il paziente è stato accompagnato dalla partner direttamente alla riabilitazione alcolica, dove è rimasto per le previste 4 settimane del programma standard.

Durante questo periodo I.S. non ha assunto altra terapia eccetto che l'antidepressivo, non mostrando segni astinenziali tardivi né per alcol né per BZD.

A 6 mesi dalla dimissione dalla riabilitazione alcolica era segnalato come astinente per le 2 sostanze.

A 12 mesi era segnalato come ricaduto nel solo abuso alcolico.

Conclusioni

Il problema dell'uso improprio delle BZD risale già ai tempi della loro introduzione ed è stato sostanzialmente ignorato dalle organizzazioni mediche (1-7).

La prevalenza di uso protratto di BZD è stato stimato essere del 2-7% nella popolazione generale, con una stima di dipendenza da alte dosi pari allo 0,2% della popolazione generale svizzera (8,9).

Tali stime di prevalenza sono descritte come molto più elevate negli alcolisti (10-12).

L'alcol e le BZD, entrambi attivi sui recettori GABAergici di tipo B del SNC, hanno molto in comune.

Un misuso di BZD da parte degli etilisti è stato osservato da molto tempo (13, 14) e la paura di indurre una codipendenza è stata descritta come il freno principale manifestato dai medici britannici nell'usare BZD nei loro pazienti etilisti (15).

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

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

Nella nostra opinione l'uso di FLU-IL si è dimostrato un valido supporto anche in questo caso di doppia dipendenza, esattamente come facciamo ormai da anni nei casi di monodipendenza da alte dosi di BZD (17-20).

Il trattamento è semplice e sicuro e la recente introduzione della via sottocutanea di infusione (non nel caso presentato) ne ha ulteriormente migliorato la semplicità d'impiego (21).

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

Conflitto di interessi

Nessuno.

Bibliografia

- (1) Ashton H. (2005), "The diagnosis and management of benzodiazepine dependence", *Curr Opin Psychiatry*, 18: 249-255.
- (2) Lader M. (2011), "Benzodiazepines revisited - will we ever learn?", *Addiction*, 106: 2086-2109.
- (3) Chouinard G. (2004), "Issues in the clinical use of benzodiazepines: potency, withdrawal, and rebound", *J Clin Psychiatry*, 65 (Suppl. 5): 7-12.
- (4) Marriott S., Tyrer P. (1993), "Benzodiazepine dependence. Avoidance and withdrawal", *Drug Saf*, 9: 93-103.
- (5) Lagnaoui R., Depont F., Fourrier A., Abouelfath A., Begaud B., Verdoux H. *et al.* (2004), "Patterns and correlates of benzodiazepine use in the French general population", *Eur J Clin Pharmacol*, 60: 523-529.
- (6) Neutel C.I. (2005), "The epidemiology of long-term benzodiazepine use", *Int Rev Psychiatry*, 17: 189-97.
- (7) Gorgels W.J., Oude Voshaar R.C., Mol A.J., van de Lisdonk E.H., van Balkom A.J., van den Hoogen H.J. *et al.* (2005), "Discontinuation of long-term benzodiazepine use by sending a letter to users in family practice: a prospective controlled intervention study", *Drug Alcohol Depend*, 78: 49-56.
- (8) Petitjean S., Ladewig D., Meier C.R., Amrein R., Wiesbeck G.A. (2007), "Benzodiazepine prescribing to the Swiss adult population: results from a national survey of community pharmacies", *Int Clin Psychopharmacol*, 22: 292-298.
- (9) Fang S.Y., Chen C.Y., Chang I.S., Wu E.C., Chang C.M., Lin K.M. (2009), "Predictors of the incidence and discontinuation of long-term use of benzodiazepines: a population-based study", *Drug Alcohol Depend*, 104: 140-146.
- (10) O'Brien C.P. (2005), "Benzodiazepine use, abuse, and dependence", *J Clin Psychiatry*, 66 (Suppl. 2): 28-33.
- (11) Crane E.H., Lemanski N. (2004), *Benzodiazepines in drug abuse-related emergency Department visits: 1995-2002*. US Department of Health & Human Services. DAWN Report 4: 1-4.
- (12) Laux G., Puryear D.A. (1984), "Benzodiazepines - misuse, abuse and dependency", *Am Fam Physician*, 30: 139-47.

- (13) Ciraulo D.A., Sands B.F., Shader R.I. (1988), "Critical review of liability for benzodiazepine abuse among alcoholics", *Am J Psychiatry*, 145: 1501-1506.
- (14) Liebrez M., Boesch L., Stohler R., Cafilisch C. (2010), "Agonist substitution-a treatment for high-dose benzodiazepine-dependent patients?", *Addiction*, 105: 1870-4.
- (15) Chick J., Nutt D.J. (2011), "Substitution therapy for alcoholism: time for reappraisal?", *J Psychopharm*, 26: 205-212.
- (16) Albiero A., Brigo F., Faccini M., Casari R., Quaglio G., Storti M., Fiaschi A., Bongiovanni L.G., Lugoboni F. (2011), "Focal nonconvulsive seizures during detoxification for benzodiazepine abuse", *Epilepsy Behav*, 23: 168-170.
- (17) Lugoboni F., Faccini M., Quaglio G., Casari R., Albiero A., Pajusco B. (2011), "Agonist substitution for high-dose benzodiazepine-dependent patients: let us not forget the importance of flumazenil", *Addiction*, 106: 853.
- (18) Gerra G., Zaimovic A., Giusti F., Moi G., Brewer C. (2002), "Intravenous flumazenil versus oxazepam tapering in the treatment of benzodiazepine withdrawal: a randomized, placebo-controlled study", *Addict Biol*, 7: 385-395.
- (19) Quaglio G.L., Lugoboni F., Fornasiero A., Lechi A., Gerra G., Mezzelani P. (2005), "Dependence on zolpidem: two case reports of detoxification with flumazenil infusion", *Int Clin Psychopharmacol*, 20: 285-287.
- (20) Hood S., O'Neil G., Hulse G. (2009), "The role of flumazenil in the treatment of benzodiazepine dependence: physiological and psychological profiles", *J Psychopharmacol*, 23: 401-409.
- (21) Hulse G., O'Neil G., Morris N., Bennett K., Norman A., Hood, Sean (2012), "Withdrawal and psychological sequelae, and patient satisfaction associated with subcutaneous flumazenil infusion for the management of benzodiazepine withdrawal - a case series", *J Psychopharmacol* [Epub ahead of print].

Una esperienza di integrazione alcolologica nella Commissione Medico Legale della provincia di Avellino

Luigi Perna*, Filomena Romano*, Rocco Quagliariello**, Dario Moschetti**, Caterina Perillo***, Costantina Della Sala*, Paola Vitale*, Domenico Raduazzo****

Introduzione

La legge 125/01 (Legge quadro su Alcol e Problemi Alcol-correlati), tra gli interventi previsti, ha modificato il Codice della Strada (art. 6) non solo con l'abbassamento del limite alcolemico consentito da 0,80 g/l a 0,50 g/l ma anche attraverso l'introduzione di altre modifiche quali l'integrazione dei programmi per il conseguimento della patente di guida introducendo una lezione specifica sui rischi legati alla guida sotto l'effetto di alcol e farmaci psicoattivi, la formazione specifica per gli istruttori delle Scuole Guida e la presenza di un medico dei servizi alcolologici all'interno delle Commissioni Mediche Provinciali per il rilascio delle Patenti Speciali, qualora vengano sottoposti a visita aspiranti conducenti che manifestino comportamenti o sintomi associabili a patologie alcolcorrelate (Comma 1.a)).

I principi che hanno ispirato gli estensori della legge 125 hanno trovato nell'art. 6 una piattaforma di intenti e di possibili interventi condivisibili con quanti si occupano, partendo da livelli di competenze diverse, di sicurezza stradale (pedagogisti, forze dell'ordine, amministratori pubblici, associazioni, ecc.).

Le cronache degli incidenti stradali, costituiscono, negli ultimi anni, una costante sollecitazione per l'opinione pubblica e, di rimando, la necessità di fornire una risposta concreta da parte del legislatore, dei pubblici amministratori e delle forze dell'ordine.

L'incidentalità stradale rappresenta la prima causa di morte al di sotto dei 44 anni, determinando il 50% della mortalità complessiva nella fascia di età 15-25 anni.

I dati ISTAT-ACI indicano, per l'Italia, nel 2005, 225.078 incidenti, 5.426 decessi e 313.727 feriti.

È stimabile in una percentuale del 50% l'incidentabilità attribuibile alla guida in stato di ebbrezza.

I determinanti dell'incidentalità stradale possono ascrivarsi a tre ordini di fattori:

1. condizioni dell'ambiente stradale;
2. condizioni del veicolo;
3. fattore umano.

* U.O.S. Alcolologia/U.O.C. Ser.T - ASL Avellino.

** Area di coordinamento Medicina Legale - ASL Avellino.

*** Psicologa - Esperta in Psicologia del Traffico.

**** Psicologo - Volontario Ser.T Grottaminarda - ASL Avellino.

Di gran lunga modificabile e suscettibile di fornire risultati consistenti in termini di abbattimento del tasso di incidentalità e di mortalità, è quest'ultimo.

Di qui la necessità di integrare gli interventi sanzionatori e di controllo operati dalle forze dell'ordine con quelli educativi e di prevenzione di competenza dei servizi alcolologici che possono espletarsi, tra l'altro, anche nel contesto delle visite per il rilascio delle patenti di guida. Verranno, pertanto, esaminati i dati ricavati dal lavoro svolto dalla Commissione Medico legale della provincia di Avellino dal 2003 (anno dell'inserimento in Commissione del Medico dei Servizi Alcolologici) al 2008 relativi agli accertamenti effettuati ai sensi dell'art. 186 C.d.S. (guida in stato di ebbrezza).

Metodologia

Dai dati della Commissione Medico Locale Provinciale di Avellino si evince che, dal 2003 al 2008, sono state esaminate per guida in stato di ebbrezza, 1624 persone.

Di cui:

- 81 nell'anno 2003
- 150 nell'anno 2004
- 181 nell'anno 2005
- 272 nell'anno 2006
- 446 nell'anno 2007
- 494 nell'anno 2008

A partire da questi valori, si è valutato l'andamento della crescita del campione di utenti esaminati per anno.

Per gli anni 2006-2008, poi, è stata valutata la percentuale di soggetti risultati idonei rispetto ai non idonei.

Analogamente si è valutato l'andamento della crescita del campione di utenti esaminati per anno relativamente all'art. 187 C.d.S., guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti. È stato poi confrontato l'andamento nel tempo del campione di valori relativi all'art. 186 rispetto all'analogo campione relativo all'art. 187.

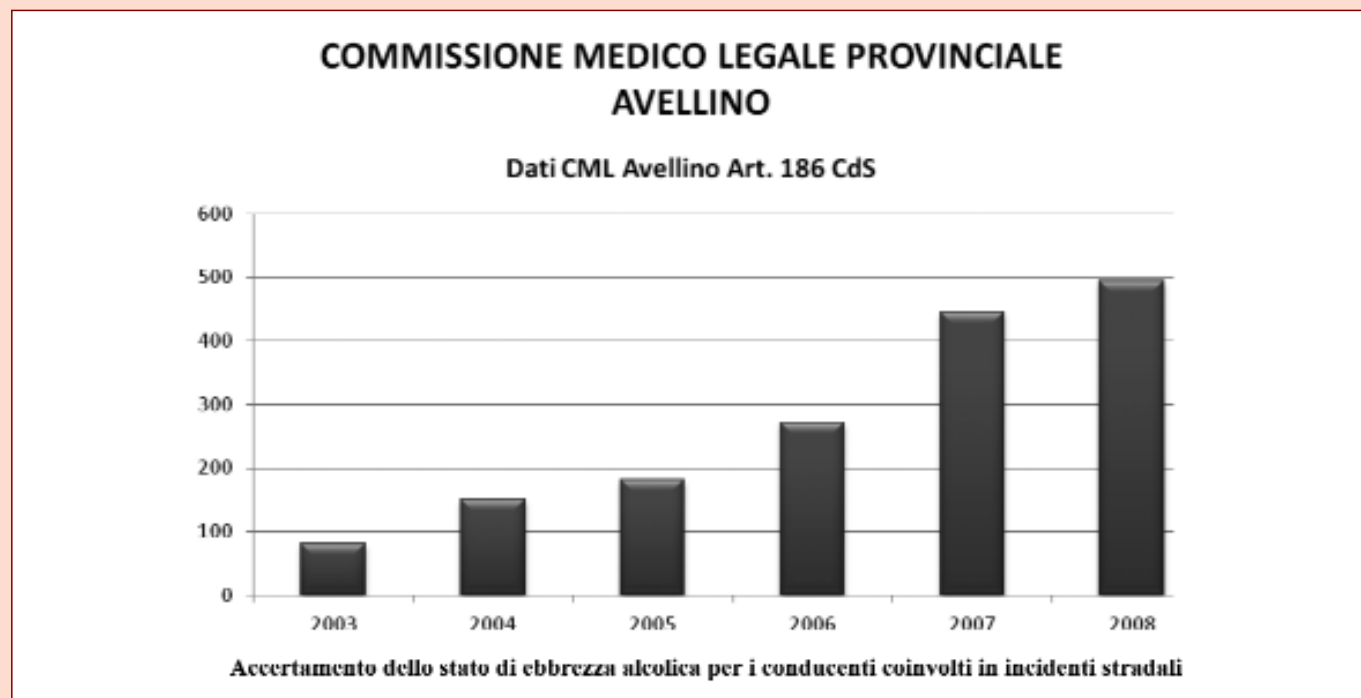
È stata poi operata la valutazione dei dati relativi al campione di soggetti esaminati per l'art. 186 e l'art. 187, considerando il numero di idonei e non idonei, rispetto alla totalità dell'utenza esaminata in Commissione Patenti nel corso dell'anno 2007 e rispetto ai valori relativi alle varie categorie patologiche di competenza della Commissione.

In ultima analisi, per la conferma e la revisione della patente di guida, si è valutato, relativamente alle classi di età e corrispondentemente ad esse, il numero di soggetti esaminati e il relativo periodo di revisione, inversamente proporzionale al tasso alcolemico riscontrato al momento del fermo.

Risultati ottenuti

Dal grafico (Tabella 1) è possibile rilevare l'andamento di crescita del numero di soggetti sottoposti a visita ai sensi dell'art. 186 del C.d.S.

Tab. 1 - Numero di soggetti esaminati per l'art. 186 C.d.S. nel periodo 2003-2008



La crescita evidente dal 2003, anno di insediamento in Commissione del Medico dei Servizi Alcolologici Territoriali, al 2008, può essere attribuita all'aumento dei controlli su strada ed al crescente numero di pattuglie con dotazione di etilometro e, quindi, ad un maggiore utilizzo di questa apparecchiatura.

Negli anni 2006-2008 (Tabella 2) la percentuale dei non idonei risulta essere relativamente bassa e, rispettivamente, dell'ordine del 3.68, 3.59 e 2.02.

Ciò indica che la guida in stato di ebbrezza è un fenomeno da attribuire non tanto a coloro che hanno una franca dipendenza dall'alcol quanto piuttosto rappresenta una modalità di rischio strettamente legata alla cultura sociale con una diversificazione del rischio stesso connessa ai consumi in misura proporzionale all'aumentare di questi.

I dati relativi all'art. 187 C.d.S. (Tabelle 3, 4) mostrano, per le sostanze stupefacenti un trend di crescita nettamente più basso rispetto alla guida in stato di ebbrezza.

Tali valori potrebbero aver subito una sottostima legata alla difficoltà di stabilire "su strada" il reale consumo di sostanze stupefacenti non essendo, ad oggi disponibile una strumentazione analoga all'etilometro per le droghe.

Tab. 2 - Soggetti esaminati per l'art.186 divisi per idonei e non idonei

**UNA LETTURA CRITICA DEI DATI DELLA COMMISSIONE
MEDICO LEGALE DELLA PROVINCIA DI AVELLINO**

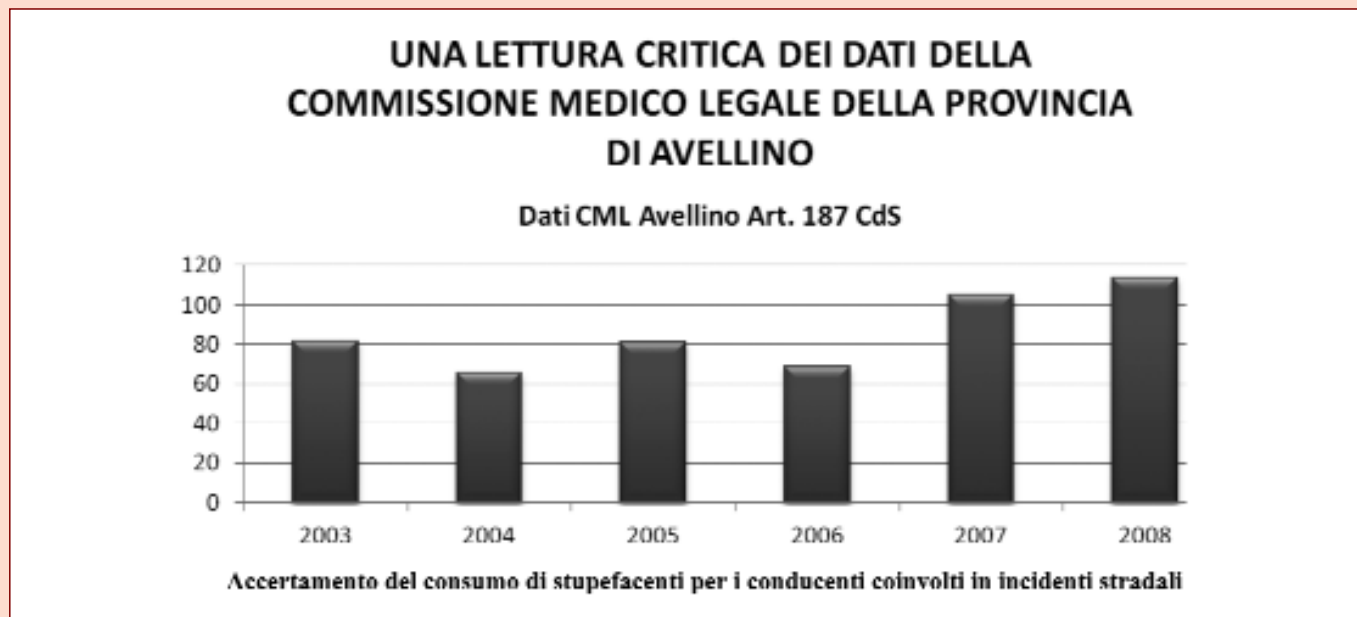
Commissione medico-legale provinciale Avellino
(art. 186 CdS)

Anno 2006: Revisione + I rilascio + conferma IDONEI N. 262 - NON IDONEI N. 10
Anno 2007: Revisione + I rilascio + conferma IDONEI N.430 - NON IDONEI N. 16
Anno 2008: Revisione + I rilascio + conferma IDONEI N. 484 - NON IDONEI N. 10

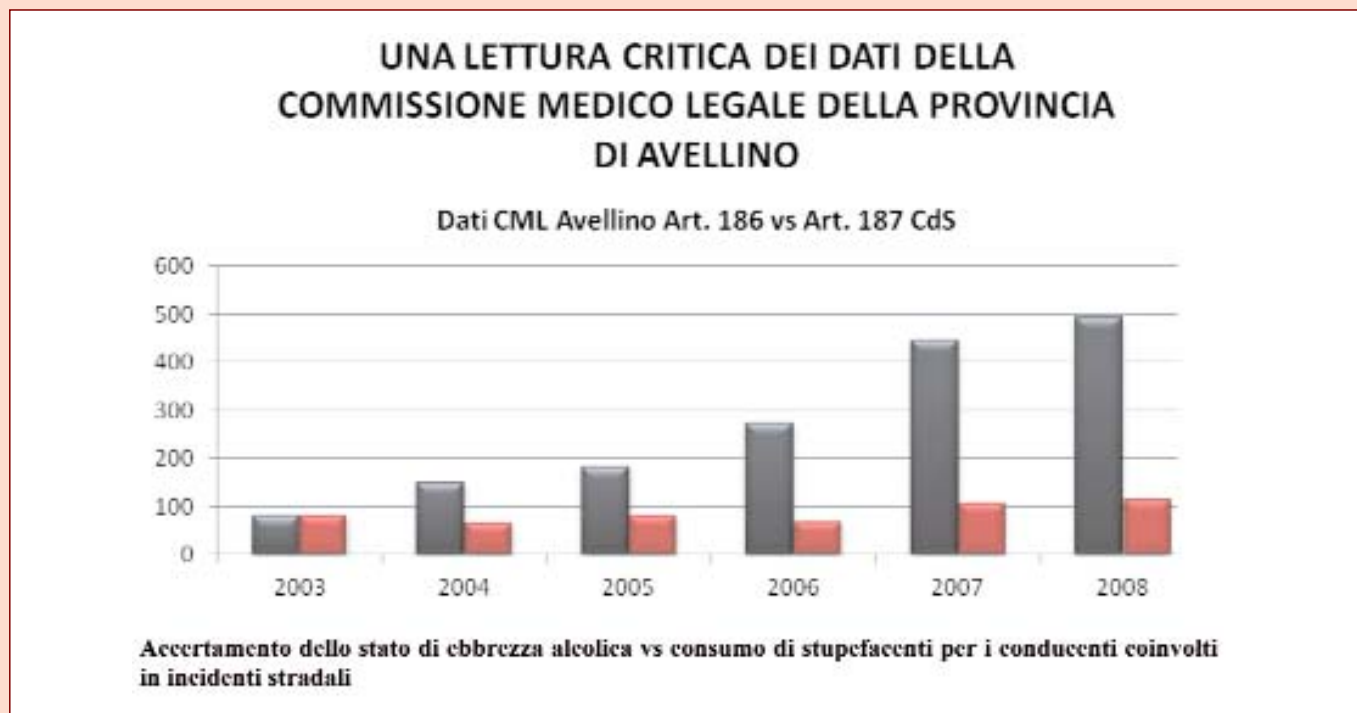
Per l'anno considerato (2007) la percentuale di non idonei per l'art. 186 (3.59) viene confrontata alla percentuale di non idonei per l'art. 187 (0.96) ed alla percentuale dei non idonei sul totale dei visitati dalla Commissione (1.43) (Tabella 5).

Il valore relativamente più alto rilevato per l'art. 186, conferma la necessità di integrare tutte le Com-

Tab. 3 - Soggetti esaminati per l'art. 187 nel periodo 2003-2008



Tab. 4 - Soggetti esaminati per l'art.186 confrontati con quelli esaminati per l'art. 187



missioni Medico Locali con un medico esperto in Alcolologia per la specificità dell'intervento preventivo e per facilitare l'avvio ai Servizi Specialistici di quella Fascia di utenza che necessita di un intervento più approfondito.

Le Tabelle 6 e 7 mostrano che l'art. 186 e 187, per l'anno di riferimento, hanno rappresentato un volume di lavoro corrispondente al 30.20% del numero di esaminati totali e la guida in stato di ebbrezza (24.53% del

totale) ha rappresentato in assoluto il maggior numero di utenti relativi per fascia di specialità considerata (446 utenti visitati su un totale di 1118), seguita dai 245 per disturbi del visus.

Per quanto riguarda la conferma patenti di guida, dal campione esaminato, pari a 272 unità a.a.2006, si rileva che in media sei persone hanno riportato la presenza del tasso alcolemico tra lo 0,5 e lo 0,8, e pertanto tali dovranno ripresentarsi a visita dopo 12 mesi.

Tab. 5 - Soggetti esaminati per gli artt. 186 e 187 rispetto al totale delle Visite

UNA LETTURA CRITICA DEI DATI DELLA COMMISSIONE MEDICO LEGALE DELLA PROVINCIA DI AVELLINO	
Commissione medico-legale provinciale Avellino anno 2007	
Revisione + Conferma Art. 186	446 (430 idonei + 16 non idonei)
Revisione + Conferma Art. 187	105 (104 idonei + 1 non idoneo)
Totale visite	1818 (1792 idonei + 26 non idonei)

Rapportando l'età e il tasso alcolemico si evince che il dato maggiormente significativo appartiene alla fascia di età compresa tra i 26 e i 30 anni con un'incidenza di un tasso alcolemico che oscilla tra lo 0,5 e 0,8.

Altro dato significativo emerso da tale tabella è che in circa 5 persone è stato riscontrato un tasso alcolemico che oscilla tra lo 0,8 e 1,5, pertanto in questo caso,

essendo il tasso superiore ai limiti previsti dalle legge, la visita verrà effettuata dopo solo sei mesi.

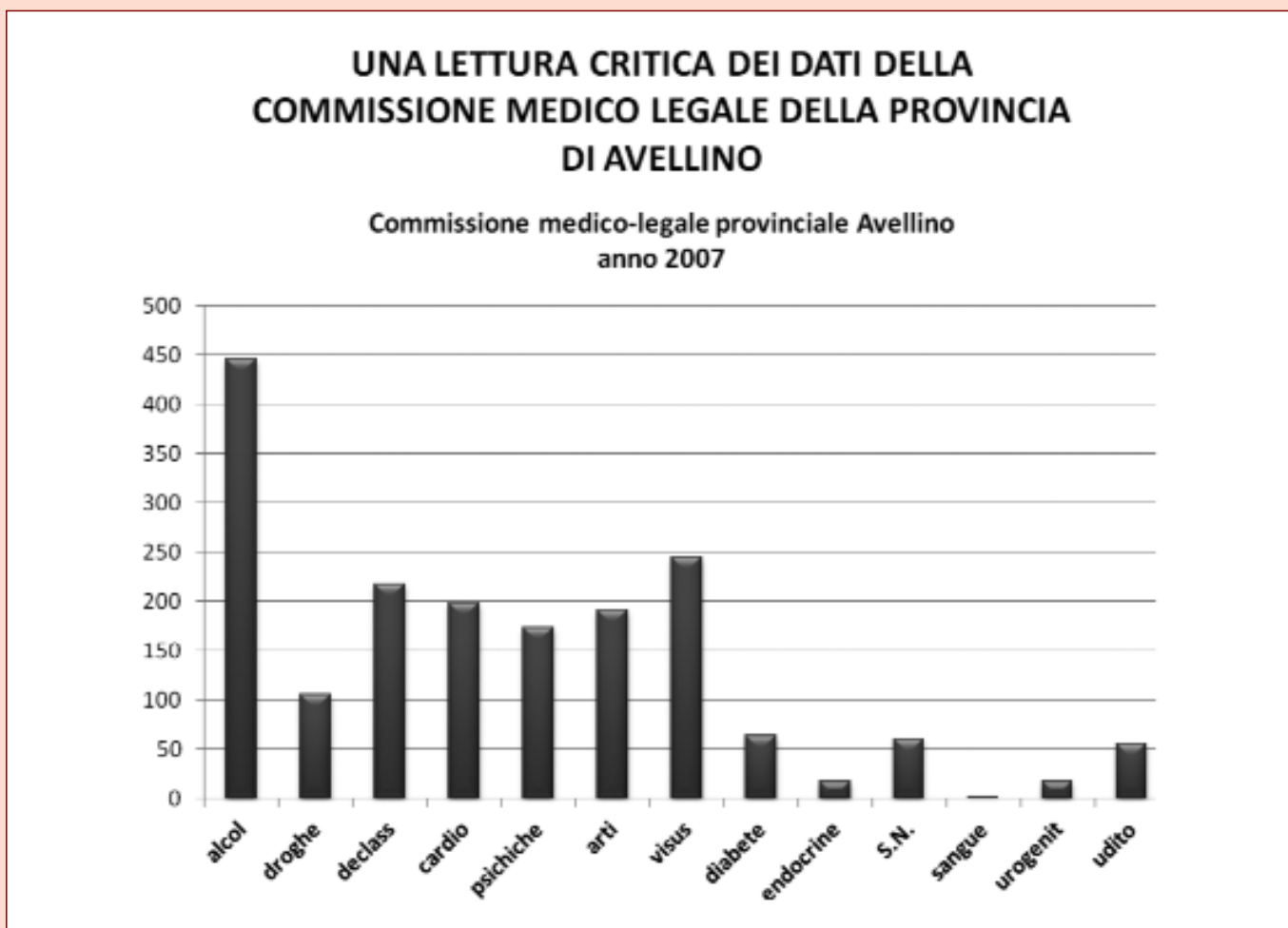
Per quanto riguarda la revisione patenti di guida, dal campione esaminato, pari a 204 unità a.a. 2006, si rileva che in media nove persone hanno riportato la presenza del tasso alcolemico maggiore di 1,5 e pertanto tali dovranno presentarsi a visita dopo 3 mesi.

Da sottolineare che rapportando età e tasso alcolemico si può notare che il dato più significativo lo riscontriamo nella fascia d'età compresa tra i 26 e i 30 anni, con un'incidenza di un tasso alcolemico tra lo 0,8 e 1,5.

Altro dato significativo emerso da tale tabella è che in 7 persone è stato riscontrato un tasso alcolemico che oscilla tra lo 0,8 e 1,5, pertanto in questo caso, essendo il tasso superiore ai limiti previsti dalle legge, la visita verrà effettuata dopo solo sei mesi.

Per quanto riguarda la conferma patenti di guida, dal campione esaminato, pari a 59 unità a.a. 2006, si rileva che in media tre persone hanno riportato la presenza di sostanze psicotrope e dalla relativa valutazione clinica si è ritenuto necessario rieffettuare un controllo dopo sei mesi.

Tab. 6 - Istogramma delle visite della C.M.L.



Tab. 7 - Grafico delle visite della C.M.L.



Tab. 8 - Conferma patenti di guida Art. 186 CdS Alcool

ETÀ	3 MESI	6 MESI	12 MESI	18 MESI	2 ANNI	3 ANNI	4 ANNI	5 ANNI	10 ANNI	NON IDONEI	TOT
18-21	1	3	6		3	3		2			18
22-25	2	2	16	6	11	1		6	4		48
26-30	1	3	28		22		2	7	8		71
31-34	2	6	8	1	14	2		3	5		41
35-40	1	4	6		7	2		1	1	2	24
41-44	5	9	4				2	2	1	1	24
45-50		6	7	1	2	3		1			20
>50		2	8	3	2	3	2	2	1	3	26
											272

Su 272 visite solo 2 sono donne: n.1 (fascia 26-30); n.1 (fascia 31-34)

Rapportando l'età e l'uso di sostanze psicotrope si evince che il dato maggiormente significativo appartiene alla fascia di età compresa tra i 26 e i 30 anni con un'incidenza di otto persone che vengono reinviati a visita dopo 12 mesi.

Per quanto riguarda la revisione patenti di guida, dal campione esaminato, pari a 46 unità a.a. 2006, si rileva che in media quattro persone hanno riportato la pre-

senza di sostanze psicotrope e dalla relativa valutazione clinica si è ritenuto necessario rieffettuare un controllo dopo tre mesi.

Rapportando l'età e l'uso di sostanze psicotrope si evince che il dato maggiormente significativo appartiene alla fascia di età compresa tra i 22 e i 25 anni con un'incidenza di 11 persone che vengono reinviati a visita dopo tre mesi.

Tab. 9 - Revisione patenti di guida Art. 186 CdS Alcool

ETÀ	3 MESI	6 MESI	12 MESI	18 MESI	2 ANNI	3 ANNI	4 ANNI	5 ANNI	10 ANNI	NON IDONEI	TOT
18-21	10	7	2	1							20
22-25	12	12	7	1	1					1	34
26-30	12	22	13		1						48
31-34	10	13	4		1					2	30
35-40	6	9	5								20
41-44	3	7	5							1	16
45-50	4	11	2		2						19
>50	6	7	3		1						17
											204

Su 204 visite solo 3 sono donne: n.1 (fascia 31-34); n.2 (fascia 22-25)

Tab. 10 - Conferma patenti di guida Art. 187 CdS Sostanze Stupefacenti

ETÀ	3 MESI	6 MESI	12 MESI	18 MESI	2 ANNI	3 ANNI	4 ANNI	5 ANNI	10 ANNI	NON IDONEI	TOT
18-21											
22-25		3			1		1	1	2	1	9
26-30		3	8		1	1		1			14
31-34		4	3		2		1	2	1		13
35-40			2	1	2			1	1		7
41-44		1	3		4						8
45-50			3		1	1		1			6
>50					2						2
											59

Tab. 11 - Conferma patenti di guida Art. 187 CdS Sostanze Stupefacenti

ETÀ	3 MESI	6 MESI	12 MESI	18 MESI	2 ANNI	3 ANNI	4 ANNI	5 ANNI	10 ANNI	NON IDONEI	TOT
18-21	1	1									2
22-25	11	3		1							15
26-30	3	6	1								10
31-34	2	4	1								7
35-40		4	2		1						7
41-44				1	2						3
45-50		2									2
>50											
											46

Su 46 visite di revisione 2 sono donne: n.2 (fascia 22-25)

Conclusioni

L'efficienza psicofisica del guidatore per una ottimale performance nella conduzione dei veicoli su strada, presuppone che i guidatori si astengano dal consumare sostanze psicoattive per uso voluttuario ed anche i con-

sumi alcolici che nella nostra cultura rientrano ancora prevalentemente nel concetto di assunzione di alimenti con la persistenza della fuorviante distinzione tra uso ed abuso, vadano piuttosto considerati quali comportamenti a rischio quando concomitanti alla guida di veicoli.

I dati esaminati mostrano che una “più attenta” attività di controllo da parte delle forze dell’ordine conduce all’osservazione delle Commissioni Medico locali un numero sempre più alto di soggetti da esaminare.

Di qui la necessità di integrare tutte le Commissioni con un Medico dei Servizi Alcolologici Territoriali, così come previsto dalla L. 125/01, per attuare il necessario intervento preventivo e facilitare l’attività informativo-educazionale necessaria ad integrare efficacemente l’attività di controllo operata dalle forze dell’ordine.

I dati relativi alle sostanze stupefacenti appaiono ancora sottostimati, per cui sarebbe auspicabile l’utilizzo di strumentazioni validate per la misurazione estemporanea del tasso di sostanza presente nel sangue attraverso misurazioni indirette.

Dall’analisi dei dati emerge che sia per quel che riguarda l’uso di sostanze stupefacenti che per l’uso di alcool, la fascia d’età con la maggiore incidenza è quella compresa tra i 26 e i 30 anni.

Questo dato va però interpretato da due punti di vista differenti: il primo vede la popolazione giovanile più esposta a molteplici fattori di rischio tra cui anche l’alcool e la droga.

Necessaria è l’educazione, e lì dove occorre una rieducazione verso stili di vita sani, volti al miglioramento della vita propria e di quella altrui.

Il secondo punto di vista mette in evidenza un altro elemento: le rilevazioni effettuate potrebbero essere falsate dal fatto che le stesse vengono effettuate in orari notturni dove vi è più presenza di giovani che si collocano nella fascia d’età che va tra i 26 e i trenta anni.

E se gli stessi controlli fossero effettuati in orari diversi, ad esempio come quelli pomeridiani, i dati subirebbero variazioni?

Bibliografia

- Cozzolino C., Graziano A., Pascarella M.L., Perillo C., Perna L., Spina A. (2007), ““Guida sicura’: un’esperienza di prevenzione tendente a modificare i modelli culturali del bere”, in Congresso Nazionale *Ruolo dei fattori umani nella sicurezza stradale*, Modena 8-9 novembre.
- Dorfer M. (2003), “La psicologia del traffico:una breve descrizione”, in Carli L., Tonzan C. (a cura di), *Psicologia e nuove professionalità*. Liguori, Napoli.
- Dorfer M. (2004), *Psicologia del traffico. Analisi e trattamento del comportamento alla guida*, McGraw-Hill.
- Dorfer M. (1999), *Psicologia viaria. La professione di psicologo*, 6/2: 8-9.
- Perillo C. (2005), *La famiglia alcolista. “Esperienza di trattamento in un servizio algologico territoriale e in club degli alcolisti in trattamento (CAT)”*, tipografia Impara, Ariano Irpino.
- Puorro G., Perna L. (2003), “La grande sfida. Risorse, limiti prospettive d’intervento”. *Salute e prevenzione, la rassegna italiana delle tossicodipendenze*, n. 35, FrancoAngeli, Milano.
- Società italiana di alcologia (1999), *Guida utile all’identificazione e alla diagnosi dei problemi alcol-correlati*, Eurohealth Editors, Bologna.
- Taggi F. (2007), “Epidemiologia e prevenzione degli incidenti stradali”, in Congresso Nazionale *Ruolo dei fattori umani nella sicurezza stradale*, Modena 8-9 novembre.

Terapia combinata a lungo termine a base di acido γ -idrossibutirrico (GHB) e disulfiram negli alcolisti cronici resistenti al trattamento con GHB

Angelo Giovanni Icro Maremmani* **, Pier Paolo Pani***, Luca Rovai*, Matteo Pacini****, Liliana Dell'Osso*, Icro Maremmani*

1. Introduzione

L'abuso di alcol e l'alcolismo sono un problema di portata mondiale da un punto di vista non solo clinico, ma anche sociale.

In passato, la terapia per gli alcolisti si basava principalmente sull'approccio psicologico, ma la combinazione di una terapia farmacologica e di interventi psicosociali ha aumentato la percentuale di successo nel mantenimento della remissione dei pazienti alcolisti (1, 2).

Attualmente sono solo tre i farmaci approvati dalla U.S. Food and Drug Administration (FDA) per il trattamento dell'abuso dell'alcol e dell'alcolismo: disulfiram (3) naltrexone (4-6) e acamprosato (7, 8). Importanti studi condotti in Italia avvalorano anche l'impiego dell'acido γ -idrossibutirrico (GHB).

Nella dipendenza dall'alcol, in effetti, uno dei sistemi di neurotrasmissione più direttamente coinvolto è quello GABAergico.

L'acido γ -aminobutirrico (Gamma-aminobutyric acid, GABA) è il principale neurotrasmettitore inibitore del sistema nervoso centrale e questo spiega perché i farmaci GABAergici, come il GHB, si configurino come farmaci promettenti per il loro potenziale impiego non solo nel trattamento della sindrome di astinenza dall'alcol (SAA) ma anche nel mantenimento dell'astinenza dall'alcol (9).

A partire dal 1992 il GHB è stato approvato in Italia e in Austria come trattamento per la dipendenza dall'alcol (10).

Molti studi si sono concentrati sull'efficacia del GHB nel mantenimento dell'astinenza dall'alcol (11-17).

Il Cochrane Collaborative Review Group ha dimostrato che il GHB è efficace nel prevenire le ricadute in alcolisti precedentemente disintossicati ad un follow-up a 3 mesi.

* Unità di Doppia Diagnosi "Vincent P. Dole", Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Stabilimento Ospedaliero "Santa Chiara", Dipartimento di Psichiatria, NPB, Università di Pisa.

** AU-CNS, "Associazione per l'Utilizzo delle Conoscenze Neuroscientifiche a fini Sociali", Pietrasanta, Lucca.

*** Direzione socio-sanitaria, ASL 8 Cagliari.

**** Istituto di Scienze del Comportamento "G. De Lisio", Pisa.

Gli effetti indesiderati del GHB non si differenziano statisticamente da quelli indotti dalle benzodiazepine, dal naltrexone o dal disulfiram (18).

Un grosso svantaggio è costituito dal fatto che all'incirca il 30-40% dei soggetti alcolisti non risponde alla terapia con GHB (15).

Nella nostra esperienza clinica, la riduzione, fosse essa temporanea o continuativa, del craving manifestato da questi pazienti non è stata sufficiente a controllare la loro dipendenza dall'alcol.

Ciò potrebbe dipendere dalla breve emivita del GHB (19), per cui potrebbe essere utile suddividere la somministrazione del GHB in sei dosi giornaliere (15, 20).

Tuttavia, proprio in virtù di quest'ultima proprietà, molte persone potrebbero sviluppare una tendenza all'abuso del GHB (21).

Da oltre 55 anni il disulfiram è approvato dalla FDA per il trattamento della dipendenza dall'alcol.

Si tratta di un farmaco unico, che si avvale di un effetto "psicologicamente deterrente" per evitare reazioni disulfiram-etanolo; infatti, esso inibisce in maniera irreversibile l'aldeide deidrogenasi (l'enzima che converte l'acetaldeide, un metabolita relativamente tossico, in acetato, un metabolita innocuo), che è necessaria per il metabolismo dell'etanolo (22, 23).

Il consumo di alcol dopo l'assunzione di disulfiram provoca sintomi quali palpitazioni, rossore, nausea, vomito e mal di testa (24).

Da un rapporto basato sull'evidenza pubblicato dall'Agency for Healthcare Research and Quality (Agenzia per la ricerca e la qualità sanitaria) (3) emerge che quattro studi randomizzati controllati con placebo che prevedevano l'impiego di disulfiram hanno ottenuto risultati misti.

In due studi il disulfiram somministrato per via orale ha dimostrato di ridurre la frequenza di giorni di assunzione di alcol, ma non è riuscito a ridurre le percentuali di ricadute rispetto al placebo (24).

I pazienti che utilizzavano il disulfiram hanno mostrato la tendenza a rimanere in trattamento più a lungo rispetto a coloro che non lo utilizzavano o che utilizzavano un trattamento a base di naltrexone (25, 26).

Questi risultati sono in linea con quelli ricavati da altri studi, che hanno dimostrato che il disulfiram, in modo

particolare, ha aiutato i pazienti a mantenere l'astinenza e a restare in trattamento per periodi più lunghi (27). Sono stati condotti molti studi per dimostrare l'efficacia della somministrazione controllata e a basso dosaggio di disulfiram nel trattamento dell'alcolismo (22, 28-30).

In alcuni casi, il disulfiram può essere un trattamento farmacologico efficace e ben tollerato nell'ambito di un programma ben integrato di trattamento farmacologico, psicosociale e comportamentale (31).

Di recente sta suscitando attenzione come agente da associare ad altri farmaci che servono specificatamente per ridurre il craving alcolico (22).

Si dovrebbe considerare la possibilità di combinare il disulfiram anche con altri agenti anti-craving (32, 33).

Noi sappiamo che un trattamento efficace contro la dipendenza si basa su due importanti principi farmacologici: (i) il farmaco utilizzato deve dimostrare un effetto "antagonista" contro la sostanza oggetto d'abuso; e (ii) un effetto "anti-craving" contro il comportamento di ricerca della droga, stimolando il sistema connesso con la sostanza d'abuso (34).

Questi due principi stanno alla base del trattamento con il metadone (35).

Il GHB e il disulfiram non possiedono queste due proprietà. Il GHB non può essere classificato come un farmaco "antagonista", pur dimostrando un qualche effetto anticraving.

Il disulfiram è un "farmaco avversivo", che induce un rinforzo negativo, ma non dimostra alcun effetto "anti-craving".

Noi abbiamo ipotizzato che, combinando disulfiram e GHB, potremmo ottenere una sorta di effetto "antagonista" avvalendoci contemporaneamente dell'effetto "psicologicamente deterrente" del disulfiram (effetto avversivo) e dell'effetto anticraving del GHB.

Nella nostra pratica clinica abbiamo associato il disulfiram al GHB nel trattamento di pazienti alcolisti resistenti alla terapia a base di GHB.

Lo scopo del presente studio è stato quello di valutare retrospettivamente l'efficacia di un trattamento combinato a lungo termine (sei mesi) a base di GHB e disulfiram con riferimento all'assunzione di etanolo da parte di alcolisti cronici che soddisfacevano i criteri di resistenza al trattamento con GHB. Abbiamo inoltre esaminato le differenze negli endpoint clinici tra pazienti responder e pazienti non-responder trattati con la combinazione GHB-disulfiram.

Infine, abbiamo analizzato i fattori predittivi di risposta alla combinazione GHB-disulfiram utilizzando le caratteristiche demografiche e cliniche dei pazienti al baseline.

Per fare ciò abbiamo confrontato la ritenzione in trattamento di pazienti che hanno assunto la combinazione GHB-disulfiram per sei mesi con la ritenzione in trattamento degli stessi soggetti, prendendo come riferimento il loro più recente trattamento a lungo termine senza successo come pazienti esterni con il solo GHB.

Si sono inoltre messi a confronto i giorni di totale astinenza dall'alcol nei due casi.

2. Metodi

2.1. Campione

Abbiamo preso in considerazione tutti gli alcolisti cronici trattati consecutivamente con GHB presso l'Unità di doppia diagnosi del Dipartimento di psichiatria dell'Università di Pisa, in Italia, per un periodo di tre anni (2007-2010).

I criteri di inclusione erano:

- diagnosi di dipendenza dall'alcol secondo i criteri DSM-IV-TR (36), complicata o meno da comorbilità psichiatrica;
- resistenza al trattamento con GHB, determinata in base ad almeno due periodi di trattamento a lungo termine con GHB nei due anni precedenti. I pazienti sono stati trattati con il nostro protocollo terapeutico standard per la dipendenza dall'alcol (trattamento a lungo termine con GHB) e per la comorbilità psichiatrica, se presente (impiego di antidepressivi, generalmente SSRI o bupropione, stabilizzanti dell'umore e, occasionalmente, benzodiazepine). Il nostro trattamento a lungo termine con GHB consta di tre fasi consecutive: (i) cessazione dell'assunzione di etanolo entro i primi sei giorni di trattamento; (ii) aggiustamento progressivo del dosaggio sulla base della risposta del paziente; (iii) follow-up, solitamente fino ad un anno, con alcuni pazienti che continuano al dosaggio ottimizzato e altri che hanno sospeso volontariamente il trattamento;
- ricaduta nell'abuso di alcol durante il trattamento con GHB a lungo termine in atto;
- presenza di svariati problemi psicosociali e ambientali durante gli ultimi due anni. Il punteggio relativo al funzionamento sociale al momento della ricaduta è stato utilizzato come punteggio basale per lo studio;
- pazienti che sono ricaduti nell'assunzione di oltre cinque unità di alcol al giorno;
- pazienti che vivono con la propria famiglia.

I criteri di esclusione erano:

- gravi disturbi epatici e malattie croniche;
- qualsiasi forma di psicoterapia strutturata durante l'ultimo anno.

Il campione era composto da 52 pazienti (23 maschi), di età media pari a 40 ± 11 .

I pazienti erano costituiti prevalentemente da femmine (55,8%), sposate (76,9%), disoccupate (48,1%), con un basso livello d'istruzione (67,3%), risorse economiche adeguate (90,4%), ma con difficoltà di adattamento sociale.

La maggior parte di loro (n = 39) presentava una o più comorbilità psichiatriche.

2.2. Valutazione

L'assunzione di alcol è stata valutata in termini di unità alcoliche.

Il metodo più semplice per calcolarla è quello di contare il numero di bicchieri di bevande alcoliche assunti quotidianamente.

Un bicchiere di vino (pari solitamente a 125 ml), di birra (pari solitamente a 330 ml) o un bicchiere di whisky (pari solitamente a 40 ml) contiene lo stesso quantitativo di alcol, che equivale circa a 12 grammi e viene identificato come una unità.

La cessazione dell'assunzione di alcol è stata accertata mediante un processo di autovalutazione e in termini di assenza di effetti indesiderati conseguenti all'assunzione di alcol e disulfiram.

Questi risultati sono stati confermati dall'osservazione da parte dei familiari.

Uno o due membri della famiglia erano responsabili di rilevare l'assunzione dei due farmaci (GHB e disulfiram) e l'assunzione di alcol da parte del paziente.

La totale astinenza dall'alcol e un miglioramento dell'adattamento sociale (pazienti responder) hanno rappresentato risultati positivi per quanto riguarda il trattamento combinato GHB-disulfiram.

Il mancato soddisfacimento di questi criteri, un rifiuto di assumere disulfiram, un abbandono volontario anticipato del programma e, ovviamente, la ricaduta nell'assunzione di alcol, sono stati considerati risultati negativi (pazienti non-responder).

La comorbilità psichiatrica è stata diagnosticata separatamente da due specializzandi in psichiatria e confermata da un dirigente medico di psichiatra (I.M.).

La gravità della malattia, il miglioramento globale e l'indice di efficacia sono stati valutati utilizzando la scala Clinical Global Impressions (CGI) (37).

La Clinical Global Impressions (CGI) è composta da tre scale globali (voci).

Due di queste voci, Gravità della malattia e Miglioramento globale, vengono valutate mediante una scala a 7 punti (da "normale" a "tra i più gravi" per la Gravità della malattia e da "molto migliorato" a "molto peggiorato" per il Miglioramento globale); mentre la terza, Indice di efficacia, implica una valutazione dell'interazione tra efficacia terapeutica e reazioni avverse. L'Indice di efficacia tenta di mettere in relazione gli effetti terapeutici e gli effetti indesiderati.

L'effetto terapeutico è considerato come un utile lordo (da 1-Invariato o Peggiorato a 4-Notevole); gli effetti indesiderati come un costo (da 1-Nessuno a 4-Molto elevato).

L'indice, quindi, è analogo all'utile netto.

L'indice viene calcolato dividendo il punteggio relativo all'effetto terapeutico per il punteggio relativo agli effetti indesiderati.

L'adattamento sociale è stato valutato utilizzando la scala Global Assessment of Functioning (GAF, Valutazione globale del funzionamento) (36).

La GAF riporta il giudizio clinico sul livello complessivo di funzionamento dell'individuo.

Il livello massimo (punteggio da 91 a 100) indica un funzionamento efficace per un'ampia serie di attività.

Un punteggio da 41 a 50 segnala la presenza di gravi sintomi psicopatologici o di qualche grave compromissione del funzionamento sociale, occupazionale o scolastico.

Un punteggio minimo (da 1 a 10) indica una persistente incapacità di mantenere un minimo livello di igiene personale o la presenza di un grave coinvolgimento in pensieri violenti o suicidi.

Sono previsti dieci livelli di funzionamento. È possibile usare codici intermedi, ove necessario.

Ad assegnare il punteggio sulle scale CGI e GAF è stato un ricercatore che non era al corrente delle variazioni nell'assunzione dell'alcol da parte dei soggetti.

Si è preferito che il ricercatore non fosse informato perché la valutazione con le scale CGI e GAF deve tenere esclusivamente conto del funzionamento psicologico, psicopatologico, sociale e occupazionale.

2.3. Procedimento

Il protocollo terapeutico ha previsto tre fasi consecutive. Entro i primi sette giorni di trattamento si sono somministrati 50 mg/kg/die di GHB, suddivisi in tre dosi da assumere ogni quattro ore per alleviare i sintomi di astinenza dall'alcol e per facilitare la cessazione del consumo di etanolo.

In una seconda fase si sono prescritti 400 mg/die di disulfiram e il dosaggio di GHB è stato progressivamente adeguato fino ad un massimo di 100 mg/kg/die in base alla risposta del paziente. Tenendo conto della breve emivita del GHB (38), i pazienti hanno ricevuto la dose giornaliera di GHB secondo le seguenti modalità: tre dosi assunte ogni quattro ore oppure sei dosi assunte ogni due ore e mezza.

Si è consentito ai pazienti di aumentare l'assunzione da soli (dietro approvazione del medico).

La terza fase è caratterizzata da un trattamento in follow-up fino a sei mesi.

Sappiamo che molti studi suggeriscono una somministrazione controllata di dosi più basse di disulfiram. È opportuno tenere conto di questa indicazione quando si applica la combinazione GHB-disulfiram nella pratica clinica corrente.

Uno schema non programmato di visite non prevedeva alcuna psicoterapia specifica.

In generale i pazienti sono stati osservati due o più volte al mese.

Tutti i pazienti hanno fornito il loro consenso informato prima di assumere qualsiasi medicinale.

Di regola, tutti i partecipanti allo studio facevano parte dei pazienti che usufruivano regolarmente del nostro servizio, il che implica un intervento dove non viene modificato il servizio standard fornito (p.es. nessuna randomizzazione degli utenti del servizio in gruppi differenti).

Nel nostro programma si è richiesto ai pazienti di partecipare attivamente al trattamento presentandosi agli appuntamenti programmati in ospedale, collaborando allo sviluppo del loro piano terapeutico, impegnandosi per raggiungere gli obiettivi terapeutici, incontrando il personale medico e il personale addetto alla gestione del caso e frequentando dei gruppi, se necessario.

Tutti i medici impegnati nel programma sono psichiatri che hanno seguito una formazione di almeno due anni sul trattamento dei disturbi da dipendenza.

I dati sono stati raccolti in forma del tutto anonima ed è stato impossibile identificare i partecipanti in base a qualsiasi rapporto sui risultati.

2.4. Analisi statistica

Il tasso di ritenzione in trattamento relativo alla combinazione GHB-disulfiram è stato calcolato analizzando le “tabelle di sopravvivenza” secondo il modello statistico di Lee-Desu.

Dapprima si è confrontato il tasso di ritenzione dell'intero gruppo con quello evidenziato durante il loro trattamento a lungo termine più recente senza successo con GHB.

Si sono messi a confronto i giorni di totale astinenza durante il trattamento attuale e durante il trattamento a lungo termine senza successo più recente, applicando il test di Wilcoxon ecc.

Quindi si sono analizzate le differenze di punteggio sulle scale CGI e GAF tra responder e non-responder alla combinazione GHB-disulfiram utilizzando il t-test di Student.

Infine, sono stati analizzati i fattori predittivi di risposta al trattamento combinato GHB-disulfiram sulla base delle “tabelle di sopravvivenza”.

Sono state messe a confronto tutte le tabelle di sopravvivenza relative a sottogruppi creati in base al sesso (maschi, femmine), all'età (<40 anni, >40 anni), al livello di istruzione (<8 anni, >8 anni), allo stato civile (celibe/nubile, coniugato/a), all'occupazione (impiegato/a, operaio/a, disoccupato/a), al reddito (scarso, adeguato), alla gravità della malattia al baseline (5, 6, 7 punti), alla capacità di adattamento sociale al baseline (sotto la media, sopra la media), a comorbilità psichiatriche (assenza, presenza), all'assunzione giornaliera di GHB (tre volte, sei volte).

Abbiamo applicato le procedure standard di analisi statistica del sistema SPSS.

3. Risultati e discussione

Trentaquattro pazienti (65,4%) hanno completato con successo il protocollo e sono stati considerati responder; 18 (34,6%) hanno abbandonato il programma e sono stati considerati non-responder.

Il fatto che 34 pazienti (65,4%) fossero ancora in trattamento dopo sei mesi rappresenta un risultato di grande rilevanza.

La Tabella 1 mostra il tasso di ritenzione in trattamento.

Nessun paziente ha interrotto il trattamento senza essere considerato non responder.

Si è osservato un abbandono elevato durante il primo mese di trattamento, e scarso durante il secondo e il quarto mese.

Dopo il quarto mese di trattamento nessun paziente ha abbandonato il programma.

I pazienti in trattamento a lungo termine con la combinazione GHB-disulfiram sono restati in trattamento più a lungo (confronto: modello statistico di Lee-Desu 13,61, $df = 1$, $p < 0,001$) rispetto a quando sono stati trattati con il solo GHB.

Più precisamente, il rischio maggiore di interrompere la terapia a base di solo GHB durante il trattamento senza successo più recente ricevuto dai partecipanti si è veri-

Tab. 1 - Confronto tra la sopravvivenza in trattamento a sei mesi di 52 pazienti alcolisti trattati con una combinazione GHB-disulfiram (trattamento attuale) e la sopravvivenza nel trattamento più recente con GHB somministrato da solo

Mese	Numero all'inizio del mese		Numero che ha abbandonato il programma		% cumulativa di sopravvivenza		Fattore di rischio	
	L	C	L	C	L	C	L	C
1°	52	52	5	14	0,90	0,73	0,0034	0,0104
2°	47	38	25	2	0,42	0,69	0,0242	0,0018
3°	22	36	17	0	0,09	0,69	0,0420	0,0000
4°	5	36	3	2	0,03	0,65	0,0286	0,0019
5°	2	34	2	0	0,00	0,65	0,0667	0,0000
6°	0	34	0	0		0,65		0,0000

L. = trattamento più recente, C. = trattamento attuale; modello statistico di Lee-Desu 13,61, $df = 1$, $p < 0,001$.

Tab. 2 - Differenze negli endpoint clinici tra pazienti non-responder e pazienti responder

	Non-responder N = 18 M ± ds	Responder N = 34 M ± ds	t	p
Gravità della malattia	4,33 ± 0,9	1,85 ± 0,8	9,12	0,000
Miglioramento globale	3,83 ± 1,0	1,64 ± 0,6	7,68	0,000
Indice di efficacia	11,33 ± 3,1	3,94 ± 2,7	8,36	0,000
Punteggio GAF	51,66 ± 6,4	68,08 ± 10,0	-7,18	0,000

M ± ds Media ± deviazione standard t t di Student

ficato durante il 5° e il 3° mese; successivamente, i periodi più cruciali sono stati, nell'ordine, il 4°, il 2° e il 1° mese.

Nessun paziente era ancora in trattamento dopo il 5° mese.

Considerando i giorni di totale astinenza dall'alcol, 36 pazienti sono restati in trattamento più a lungo con la combinazione GHB-disulfiram, 12 per un periodo più breve e quattro per un periodo identico. Queste variazioni sono statisticamente rilevanti secondo il test di Wilcoxon dei ranghi con segno per dati appaiati ($z = -5,11$, test a doppia coda $p < 0,0001$).

La Tabella 2 mostra le differenze negli endpoint clinici tra pazienti responder e pazienti non-responder. I responder si sono differenziati dai non responder per quanto riguarda la gravità della malattia (minore), il miglioramento globale (maggiore), l'indice di efficacia (maggiore efficacia terapeutica, nessun effetto indesiderato o effetti indesiderati non interferenti), punteggio GAF (più elevato).

La Tabella 3 mostra i fattori predittivi di risposta al trattamento combinato GHB-disulfiram. Il sesso, l'età, il livello di istruzione, lo stato civile, l'occupazione, il reddito, il disagio sociale al baseline, le comorbilità psichiatriche, hanno dimostrato tutti di non esercitare alcuna influenza sul tasso di ritenzione. Solo l'assunzione di GHB (oltre tre volte al giorno) e un basso livello di gravità al baseline si sono rivelati fattori predittivi di un tasso di ritenzione più elevato.

Da quanto è emerso dai risultati del presente studio, i pazienti in trattamento a lungo termine con la combinazione GHB-disulfiram restano in trattamento per un periodo più lungo rispetto a quando assumevano il GHB da solo.

Inoltre, l'associazione GHB-disulfiram ha prodotto una percentuale più alta di giorni di astinenza dall'alcol.

I pazienti responder, rispetto ai non responder, presentano dei parametri clinici migliori; sono caratterizzati da una malattia meno grave al baseline e da un'assunzione di GHB pari a più di tre volte al giorno.

Data la rilevanza del dropout come fattore che condiziona la compliance ai programmi terapeutici nel settore delle dipendenze, l'aumento della ritenzione in trattamento osservato nel nostro studio si pone come forte

evidenza preliminare a favore dell'associazione GHB-disulfiram.

Inoltre, il miglioramento significativo dal punto di vista statistico in termini di giorni di completa astinenza dall'alcol rilevato in pazienti trattati con GHB-disulfiram sembra indicare una maggiore efficacia di questa associazione rispetto al GHB somministrato da solo.

Come si è ipotizzato nel capitolo introduttivo, i vantaggi di questa associazione si possono facilmente attribuire alla combinazione dell'effetto anticraving del GHB con il tradizionale effetto avversivo del disulfiram.

Tuttavia, recentemente sono stati chiamati in causa altri meccanismi per spiegare l'efficacia del disulfiram nella dipendenza da droghe.

Questi altri meccanismi, suggeriti inizialmente per spiegare l'efficacia del disulfiram nel trattamento della dipendenza da cocaina (39-42), sono stati applicati all'azione di questo farmaco anche nel trattamento della dipendenza dall'alcol (43).

Si potrebbe supporre che il disulfiram interferisca con le proprietà gratificanti dell'alcol inibendo i componenti noradrenergici del craving e dei "high", e che possa essere qualificato come un agente anticraving.

Inoltre, la riduzione di trasmissione noradrenergica mediata dal disulfiram, che deprime la risposta allo stress, potrebbe anche interferire con il meccanismo di ricaduta in risposta agli influssi ambientali e ai fattori di stress (44-47).

L'associazione GHB-disulfiram potrebbe non solo produrre una sorta di effetto "antagonista" legato all'effetto "psicologicamente deterrente" ovvero avversativo del disulfiram combinato ad un effetto anticraving mediato dal GHB, ma anche un effetto antigratificante combinato ad un basso effetto anticraving mediato dal disulfiram.

L'effetto antigratificante mediato dal disulfiram potrebbe essere utile anche per contrastare l'effetto gratificante dello stesso GHB (che porta all'abuso di questa sostanza).

Quest'ultimo effetto è più o meno simile a quello descritto da Caputo *et al.* a proposito della combinazione GHB-naltrexone (48).

Tab. 3 - Fattori predittivi di risposta al trattamento

Gruppo	N	N censiti (%)	Modello statistico di Lee-Desu	p
Sexso				
Maschi	23	15 (65,2)		
Femmine	29	19 (65,5)	0,07	0,784
Età				
<40 anni	27	20 (74,0)		
>40 anni	25	14 (56,0)	2,02	0,154
Livello di istruzione				
≤8 anni	17	12 (70,5)		
>8 anni	35	22 (62,8)	0,45	0,502
Stato civile				
Celiibe/nubile	12	10 (83,33)		
Coniugato/a	40	24 (60,0)	1,97	0,164
Occupazione				
Impiegato/a	10	5 (50,0)		
Operaio/a	17	13 (76,4)		
Disoccupato/a	25	16 (64,0)	1,52	0,467
Reddito				
Scarso	5	2 (40,0)		
Adeguito	47	32 (68,0)	0,91	0,338
Gravità al baseline				
CGI=5	20	17 (85,0)		
CGI=6	22	10 (45,4)		
CGI=7	10	7 (70,0)	7,21	0,027
Disagio sociale				
Sotto la media	26	17 (65,3)		
Sopra la media	26	17 (65,3)	0,06	0,794
Comorbidità psichiatrica				
Assente	13	6 (46,1)		
Presente	39	28 (71,7)	1,38	0,238
Assunzione di GHB				
3 volte/die	19	4 (21,0)		
6 volte/die	33	30 (90,9)	24,02	0,000

Secondo un'altra interpretazione, il successo del trattamento potrebbe essere ricondotto non solo all'effetto del GHB, del disulfiram o della combinazione dei due farmaci, ma anche alle modalità psicologiche d'azione, p.es., la motivazione, l'auto-aiuto e l'autogestione.

Si è trattato infatti di uno studio controllato prima-dopo, in cui il gruppo di controllo era costituito dagli stessi partecipanti; in altre parole i partecipanti sono stati confrontati con loro stessi, a seconda che fossero trattati con GHB da solo o con la combinazione di GHB e disulfiram.

Dato l'arco temporale fissato per includere l'intera durata dei due trattamenti e per tenere conto di eventuali differenze tra le condizioni socio-demografiche o cliniche nei due periodi di osservazione, abbiamo messo a confronto queste condizioni al baseline per ciascuno dei due trattamenti e non abbiamo rilevato alcuna differenza.

Inoltre, dal momento che il design dello studio non prevedeva un gruppo di controllo separato, non abbiamo affatto controllato gli effetti del tempo, pertanto non

siamo riusciti a differenziare i cambiamenti o gli effetti che sono stati valutati al termine dello studio, ma che avrebbero potuto verificarsi comunque, senza alcun intervento, da quelli dovuti all'intervento stesso.

4. Conclusioni

I risultati del presente studio sembrano indicare che la combinazione GHB-disulfiram possiede una maggiore efficacia rispetto al GHB somministrato da solo. Si attendono ora degli studi controllati randomizzati per verificare l'ipotesi avanzata.

Bibliografia

- (1) Addolorato G., Armuzzi A., Gasbarrini G., De Lorenzi G., Ancona C., Abenavoli L., Parente A., Leggio L., Capristo E., Greco A.V., Janiri L., Pozzi G., Taranto C., Caputo F., Bernardi M., Stefanini G.F., Foschi F.G.

- (2002), "Pharmacological approaches to the management of alcohol addiction", *Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci.*, 6: 89-97.
- (2) Olive M.F. (2010), "Pharmacotherapies for alcoholism: The old and the new", *CNS Neurol. Disord. Drug Targets*, 9: 2-4.
 - (3) West S.L., Garbutt J.C., Carey T.S., Lux L.J., Jackman A.M., Tolleson-Rinehart S., Lohr K.N., Crews F.T. (1999), "Pharmacotherapy for alcohol dependence", *Evid. Rep./Technol. Assess. (Summ)*, 3: 1-5.
 - (4) Rosner S., Hackl-Herrwerth A., Leucht S., Vecchi S., Srisurapanont M., Soyka M. (2010), "Opioid antagonists for alcohol dependence", *Cochrane Database Syst. Rev.*, 12, CD001867.
 - (5) Srisurapanont M., Jarusuraisin N. (2005), "Opioid antagonists for alcohol dependence", *Cochrane Database Syst. Rev.*, 1, CD001867.
 - (6) Srisurapanont M., Jarusuraisin N. (2005), "Naltrexone for the treatment of alcoholism: a meta-analysis of randomized controlled trials", *Int. J. Neuropsychopharmacol.*, 8: 267-80.
 - (7) Lukasik K., Piatkowska K., Pietrzak B. (2010), "The role of the glutamatergic system in the pathogenesis and treatment of alcohol dependence", *Postepy Hig. Med. Dosw. (Online)*, 64: 534-43.
 - (8) Mason B.J. (2001), "Treatment of alcohol-dependent outpatients with acamprosate: A clinical review", *J. Clin. Psychiatry*, 62: 42-48.
 - (9) Caputo F., Bernardi M. (2010), "Medications acting on the GABA system in the treatment of alcoholic patients", *Curr. Pharm. Des.*, 16: 2118-2125.
 - (10) Beghe F., Carpanini M.T. (2000), "Safety and tolerability of gamma-hydroxybutyric acid in the treatment of alcohol-dependent patients", *Alcohol*, 20: 223-225.
 - (11) Sewell R.A., Petrakis, I.L. Does gamma-hydroxybutyrate (GHB) have a role in the treatment of alcoholism? *Alcohol Alcohol.* 2011, 46, 1-2.
 - (12) Caputo F., Stoppo M., Vignoli T., Francini S., Lorenzini F., Bernardi M. (2007), "Use of alcohol during the treatment of alcohol dependence with gamma-hydroxybutyric acid: Risk of severe events are avoided by the dose fractioning of the drug", *J. Clin. Psychopharmacol.*, 27: 418.
 - (13) Caputo F., Bernardi M. (2007), "Treatment of alcohol dependence with gamma hydroxybutyric acid", *Acta Neurol. Scand.*, 115: 368, author reply 369-370.
 - (14) Maremmani I., Lamanna F., Tagliamonte A. (2001), "Long-term therapy using GHB (sodium gamma hydroxybutyrate) for treatment-resistant chronic alcoholics", *J. Psychoactive Drugs*, 33: 135-142.
 - (15) Addolorato G., Cibirin M., Caputo F., Capristo E., Gessa G.L., Stefanini G.F., Gasbarrini G. (1998), "Gamma-hydroxybutyric acid in the treatment of alcoholism: dosage fractioning utility in non-responder alcoholic patients", *Drug Alcohol Depend.*, 53: 7-10.
 - (16) Addolorato G., Castelli E., Stefanini G.F., Casella G., Caputo F., Marsigli L., Bernardi M., Gasbarrini G. (1996), "An open multicentric study evaluating 4-hydroxybutyric acid sodium salt in the medium-term treatment of 179 alcohol dependent subjects. GHB Study Group", *Alcohol Alcohol.*, 31: 341-345.
 - (17) Gallimberti L., Ferri M., Ferrara S.D., Fadda F., Gessa G.L. (1992), "Gamma-hydroxybutyric acid in the treatment of alcohol dependence: A double-blind study", *Alcohol. Clin. Exp. Res.*, 16: 673-676.
 - (18) Leone M.A., Vigna-Taglianti F., Avanzi G., Brambilla R., Faggiano F. (2010), "Gamma-hydroxybutyrate (GHB) for treatment of alcohol withdrawal and prevention of relapses", *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2, CD006266.
 - (19) Ferrara S.D., Zotti S., Tedeschi L., Frison G., Castagna F., Gallimberti L., Gessa G.L., Palatini P. (1992), "Pharmacokinetics of gamma-hydroxybutyric acid in alcohol dependent patients after single and repeated oral doses", *Br. J. Clin. Pharmacol.*, 34: 231-235.
 - (20) Maremmani I., Balestri C., Lamanna F., Tagliamonte A. (1998), "Efficacy of Split Doses of GHB Used as Anticraving in the Treatment of Alcohol Dependence. Preliminary Results", *Alcoholism*, 34: 73-80.
 - (21) Caputo F., Francini S., Stoppo M., Lorenzini F., Vignoli T., Del Re A., Comaschi C., Leggio L., Addolorato G., Zoli G., Bernardi M. (2009), "Incidence of craving for and abuse of gamma-hydroxybutyric acid (GHB) in different populations of treated alcoholics: An open comparative study", *J. Psychopharmacol.*, 23: 883-890.
 - (22) Suh J.J., Pettinati H.M., Kampman K.M., O'Brien C.P. (2006), "The status of disulfiram: A half of a century later", *J. Clin. Psychopharmacol.*, 26: 290-302.
 - (23) Grover S., Bhateja G., Basu D. (2007), "Pharmacoprophylaxis of alcohol dependence: Review and update Part I: Pharmacology", *Indian J. Psychiatry*, 49: 19-25.
 - (24) Williams S.H. (2005), "Medications for treating alcohol dependence", *Am. Fam. Physician*, 72: 1775-1780.
 - (25) Fonsi Elbreder M., de Souza e Silva R., Pillon S.C., Laranjeira R. (2001), "Alcohol dependence: Analysis of factors associated with retention of patients in outpatient treatment", *Alcohol Alcohol.*, 46: 74-76.
 - (26) Elbreder M.F., de Humerez D.C., Laranjeira R. (2010), "The use of disulfiram for alcohol-dependent patients and duration of outpatient treatment", *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, 260: 191-195.
 - (27) Laaksonen E., Koski-Jannes A., Salaspuro M., Ahtinen H., Alho H. (2008), "A randomized, multicentre, open-label, comparative trial of disulfiram, naltrexone and acamprosate in the treatment of alcohol dependence", *Alcohol Alcohol.*, 43: 53-61.
 - (28) Mueser K.T., Noordsy D.L., Fox L., Wolfe R. (2003), "Disulfiram treatment for alcoholism in severe mental illness", *Am. J. Addict.*, 12: 242-252.
 - (29) Fuller R.K., Gordis E. (2004), "Does disulfiram have a role in alcoholism treatment today?", *Addiction*, 99: 21-24.
 - (30) Krampe H., Ehrenreich H. (2010), "Supervised disulfiram as adjunct to psychotherapy in alcoholism treatment", *Curr. Pharm. Des.*, 16: 2076-2090.
 - (31) Niederhofer H., Staffen W. (2003), "Comparison of disulfiram and placebo in treatment of alcohol dependence of adolescents", *Drug Alcohol Rev.*, 22: 295-297.
 - (32) Mutschler J., Diehl A., Vollmert C., Herre H., Mann K., Kiefer F. (2008), "Recent results in relaps prevention of alcoholism with Disulfiram", *Neuropsychiatry*, 22: 243-251.

- (33) Mutschler J., Diehl A., Kiefer F. (2008), "Pharmacology of disulfiram - an update", *Fortschr Neurol Psychiatr*, 76: 225-231.
- (34) Pacini M., Maremmani A.G.I., Rovai L., Rugani F., Maremmani I. (2010), "Treating heroin addicts. Blocking dosages and stimulation-stabilization of opioidergic system", *Heroin Addict. Relat. Clin. Probl.*, 12: 41-48.
- (35) Dole V.P., Nyswander M.E., Kreek M.J. (1966), "Narcotic Blockade", *Arch. Intern. Med.*, 118: 304-309.
- (36) American Psychiatric Association (2000), *DSM-IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, APA, Washington, DC, USA.
- (37) Guy W. (1976), *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Clinical Global Impressions*, U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Rockville, MD, USA: 218-222.
- (38) Lettieri J.T., Fung H.L. (1979), "Dose-dependent pharmacokinetics and hypnotic effects of sodium gamma-hydroxybutyrate in the rat", *J. Pharmacol. Exp. Ther.*, 208: 7-11.
- (39) Bourdelat-Parks B.N., Anderson G.M., Donaldson Z.R., Weiss J.M., Bonsall R.W., Emery M.S., Liles L.C., Weinshenker D. (2005), "Effects of dopamine beta-hydroxylase genotype and disulfiram inhibition on catecholamine homeostasis in mice", *Psychopharmacology (Berl)*, 183: 72-80.
- (40) Haile C.N., Duing M.J., Jatlow P.I., Kosten T.R., Kosten T.A. (2003), "Disulfiram facilitates the development and expression of locomotor sensitization to cocaine in rats", *Biol. Psychiatry*, 54: 915-921.
- (41) Petrakis I.L., Carroll K.M., Nich C., Gordon L.T., McCance-Katz E.F., Frankforter T., Rounsaville B.J. (2000), "Disulfiram treatment for cocaine dependence in methadone-maintained opioid addicts", *Addiction*, 95: 219-228.
- (42) Schank J.R., Ventura R., Puglisi-Allegra S., Alcaro A., Cole C.D., Liles L.C., Seeman P., Weinshenker D. (2006), "Dopamine beta-hydroxylase knockout mice have alterations in dopamine signaling and are hypersensitive to cocaine", *Neuropsychopharmacology*, 31: 2221-2230.
- (43) Kim A.K., Souza-Formigoni M.L. (2010), "Disulfiram impairs the development of behavioural sensitization to the stimulant effect of ethanol", *Behav. Brain Res.*, 207: 441-446.
- (44) Lategan A.J., Marien M.R., Colpaert F.C. (1990), "Effects of locus coeruleus lesions on the release of endogenous dopamine in the rat nucleus accumbens and caudate nucleus as determined by intracerebral microdialysis", *Brain Res.*, 523: 134-138.
- (45) Grenhoff J., Nisell M., Ferre S., Aston-Jones G., Svensson T.H. (1993), "Noradrenergic modulation of mid-brain dopamine cell firing elicited by stimulation of the locus coeruleus in the rat", *J. Neural. Transm. Gen. Sect.*, 93: 11-25.
- (46) Gaval-Cruz M., Weinshenker D. (2009), "Mechanisms of disulfiram-induced cocaine abstinence: antabuse and cocaine relapse", *Mol. Interv.*, 9: 175-187.
- (47) Schroeder J.P., Cooper D.A., Schank J.R., Lyle M.A., Gaval-Cruz M., Ogbonmwan Y.E., Pozdeyev N., Freeman K.G., Iuvone P.M., Edwards G.L., Holmes P.V., Weinshenker D. (2010), "Disulfiram attenuates drug-primed reinstatement of cocaine seeking via inhibition of dopamine beta-hydroxylase", *Neuropsychopharmacology*, 35: 2440-2449.
- (48) Caputo F., Addolorato G., Stoppo M., Francini S., Vignoli T., Lorenzini F., Del Re A., Comaschi C., Andreone P., Trevisani F., Bernardi M. (2007), "Comparing and combining gamma-hydroxybutyric acid (GHB) and naltrexone in maintaining abstinence from alcohol: An open randomised comparative study", *Eur. Neuropharmacol.*, 17: 781-789.

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

Reati, affetti, emozioni, impulsi di vita e di morte che iniziano dall'età evolutiva

Una storia di poli-dipendenze: ruolo della dipendenza affettiva, del gioco d'azzardo e della cocaina

Annalisa Pistuddi*

SUMMARY

■ *This clinic case present a complicate situation and comorbidity between cocaine, affective and gambling addiction, in presence of severe personality disorder. It's a dual diagnosis case with antisocial behavior.* ■

Keywords: *comorbidity, drug addiction, behavior addiction, personality disorder, dual diagnosis.*

Parole chiave: *omorbilità, dipendenza da sostanze, dipendenza comportamentale, disturbo di personalità, doppia diagnosi.*

Storia di Ale, oggi ha 35 anni, di un sogno di onnipotenza che sta per finire in un desiderio e un agito di morte.

Ale vive con la famiglia in un quartiere periferico di Milano, noto come quartiere degradato, ci sono case popolari lasciate andare, spazi ridotti per i bambini, il piccolo parco è popolato da gruppi di persone disoccupate, di ragazzi che non vanno a scuola e cercano di procurarsi il denaro per arrivare a comprare i vestiti, i motorini, le sigarette e le altre cose che la loro condizione economica e sociale non permette ma che li farebbe sentire meglio, come i ragazzi dei ceti sociali più elevati.

La sensazione di essere diverso si sviluppa per costoro fin dai primi anni di vita, da quando comprendono i discorsi degli adulti che fanno i conti per arrivare a fine mese.

I loro padri che si ingegnano per fornire alla famiglia qualcosa di più e i soldi sembrano però non bastare.

Da queste sensazioni Ale ha sviluppato una tristezza e un senso di inadeguatezza difficile da accettare e, fin da bambino, sogna di essere d'aiuto alla famiglia e anche di poter avere una vita diversa dalla loro, identificandosi in quella parte paterna che ha trasmesso una sensazione di onnipotenza comunicando così che lui avrebbe pensato a tutto e a garantire un futuro migliore ai propri figli.

Sembra però non fidarsi, Ale, di quella prospettiva e di voler rivendicare lui stesso un diritto di vita migliore.

Così si accolla, dal punto di vista emotivo, la responsabilità di portare a termine il progetto paterno, vedendo suo padre spesso stanco e a volte disperato.

Il ruolo reattivo a questa condizione lo giocherà proprio lui, gli altri famigliari sembrano rassegnati ma sentono una rabbia per la propria condizione che si autoalimenta nei discorsi in casa ma che nessuno, tranne Ale, sente di poter esternare.

Così gli altri accettano la vita di sempre ma Ale non ne vuole sapere perché sente che c'è nell'ambiente, un desiderio di rivalsa mai giocato.

Il suo modo impulsivo di reagire che si è manifestato fin da bambino diventa il ruolo che intende giocare per la famiglia, come portavoce del malessere inaccettato da tutti ma che solo lui manifesta con rabbia, quella rabbia inespressa dagli altri famigliari e che sente di poter esprimere solo lui.

Già dalla preadolescenza Ale ha organizzato il suo gruppo d'azione con cui compiere i furti e le rapine ai coetanei più abbenienti che avvengono di giorno, di sera si cercano le auto di lusso e i loro conduttori che hanno di sicuro i soldi nel portafoglio o l'orologio dei sogni.

Ora ricorda quei tempi passati, dei gruppi di coetanei che si erano organizzati per condividere queste azioni e l'illusione di poter trovare una soluzione finale ad una vita vissuta come sfortunata perché priva di denaro e potere e di cose che simboleggiano la bellezza e il fascino.

Le ragazze non sono mai state così interessanti come le azioni finalizzate al possesso di cose e di denaro, le femmine prevedono azioni di conquista, un impegno relazionale non indifferente, la capacità di mettersi in gioco.

Ale è appassionato di storie di cronaca e di vita fatta di rischi, si diverte a progettare azioni pericolose con i coetanei, si sente leader e trainante nel gruppo.

Studiare le mosse dei vari banditi che hanno fatto la storia della criminalità dell'epoca diventa eccitante e sostituisce anche la sessualità che sembra essere messa in disparte.

Passano gli anni e il suo gruppo si organizza per uscire dal quartiere, è arrivato il tempo della conquista di un territorio sconosciuto, poter frequentare locali che ci si può permettere con i soldi rubati che fanno sentire potenti.

Si riesce però a lasciare il posto conosciuto e rassicurante solo quando entra in gioco la cocaina e la percezione della paura dell'ignoto si attenua, quella paura di mostrarsi agli altri come

* *Psicologa Psicoterapeuta, Dipartimento Dipendenze ASL Milano 2, U.O.C. Alcolologia e Comportamenti di Addiction. Professore a.c. Università degli Studi di Udine.*

poveri, diversi e carenti di qualcosa che si dovrebbe possedere. Avere moto e auto che altrimenti non si potrebbero comprare rappresenta una conquista e l'illusione di essere guardati con invidia dagli altri nel quartiere perché si possiedono delle cose che stridono a confronto con quelle del vicino di casa.

Nonostante gli oggetti tanto anelati, di cui ci si può circondare con il denaro, c'è una sensazione interna di mancanza, di qualcosa che non si può colmare.

Il gioco dei ruoli famigliari ha fatto sì che Ale fosse indotto a esternare il dissenso e la ribellione per la condizione sociale, ma il ruolo lui lo sente come troppo oneroso, sopportabile solo se sostenuto dalla sensazione di onnipotenza che fornisce la cocaina.

La scuola non gli ha mai dato soddisfazioni né ha rappresentato la possibilità di un progetto di crescita perché vissuta come un onere che non lascia trasparire un'immediata virata di vita e non garantisce un salto di qualità dal punto di vista economico.

I lavori che si prospettano e che si trovano sono saltuari o considerati umili e scarsamente retribuiti, non fanno per Ale e per gli amici che ambiscono ad elevare la propria condizione di vita in modo immediato e magico.

Con il passare del tempo aumentano anche le esigenze e le strategie di conquista del denaro, è in gioco anche l'immagine sociale di gruppo e il potere rispetto alle altre bande.

Aumentano anche i rischi e le condizioni di pericolo.

Entra così a far parte della quotidianità anche il gioco d'azzardo, da cui Ale non accetta le fasi del perdere che scatenano in lui ancora di più la rabbia per il sentimento di impotenza e il desiderio di rivalsa per la condizione sociale.

Anche in questi momenti serve la cocaina, per recuperare l'illusione di poter vincere sempre e sentirsi così ancora una volta potente.

Anche la sfida attraverso il gioco rappresenta per Ale la ricerca di potere, sentirsi più forte della sorte e anche della slot-machine.

Il binomio cocaina e gioco pare essere funzionale al suo atteggiamento illusorio e al ciclo illusione/delusione che sta sperimentando.

Proprio in questo periodo della vita Ale conosce una ragazza del quartiere che frequenta sempre più intensamente, si occupa di lei e della sua famiglia anche dal punto di vista economico ma sospetta che questa relazione stia in piedi proprio per questo motivo.

La vita che fa lui è improntata proprio sull'immagine e sull'illusione di potere assoluti, non avrebbe potuto trovare altra partner se non una donna che confermasse, con i propri bisogni il successo e la posizione anelata di superiorità.

Succede poco dopo, intorno ai 30 anni, che emergano in lui la voglia di staccarsi dal gruppo di lavoro degli amici di sempre e l'illusione di tentare il colpo grosso che avrebbe rappresentato il primo gradino dell'emancipazione secondo la cultura di appartenenza, la possibilità di uscire anche dai reati di mediocre entità e di elevarsi nell'imitazione dei modelli criminali che da tempo ammirava.

Il sogno dell'onnipotenza diventa illusione di assoluto dominio sulla realtà ma nello stesso momento percepisce l'impossibilità di staccarsi da quella condizione di degrado sociale rappresentata dal suo quartiere e interiorizzata al punto da non poter rinunciare a vivere lì, a frequentare lo stesso bar e ad avere una donna del posto.

Questa per lui è un'ambivalenza di difficile gestione interna, la soluzione è di non vederla e di evitare la sofferenza nell'unico modo che conosce, attraverso l'uso di sostanze. Ancora una volta la sostanza ha un ruolo, quello di scotomizzare per un po' la propria condizione.

Quando decide di staccarsi definitivamente dal gruppo del quartiere e organizzarsi da solo è il periodo in cui sente anche la famiglia più lontana dai bisogni di realizzazione un tempo condivisi.

Si ingegna per studiare nuove modalità di rapina in banca, non vuole più fidarsi di nessuno, è un periodo in cui soffre particolarmente la sua condizione di povertà, ma è una sensazione di limitazione interna quasi claustrofobica, da cui non si può affrancare; per scotomizzarla ha bisogno di cercare emozioni che siano più intense del disagio che prova.

Mette così in atto i suoi piani in maniera inebriante, in una sorta di esaltazione emotiva che si autoalimenta con le fantasie di grandiosità indotte anche dalla cocaina e dalla ricerca incessante di recuperare la propria immagine interna frammentata che vede riflessa nella perdita di denaro giocato con l'azzardo.

La modalità che adotta in quel periodo diventa sempre meno autoprotettiva, pensa prevalentemente all'emozione, ciò che importa è la sensazione dell'onnipotenza e "l'adrenalina che sento salire quando salto il bancone".

È così il vissuto del racconto delle sue rapine, quello che riporta ancora nell'attualità durante le sedute.

Un giorno viene arrestato, lo ricorda come una sorpresa al di fuori della banca che aveva appena rapinato, riferisce di un dispiegamento di forze di polizia contro le quali si accanisce e verso cui butta la sua rabbia per il fallimento del piano che aveva tanto fantasticato.

In carcere si trova male, costretto in un luogo che non conosce, in un ambiente dove ritrova la povertà e il degrado a cui ha sempre tentato di fuggire e che sottolinea la sua origine inaccettata. Si sente rinchiuso fisicamente ed emerge una nuova sensazione di claustrofobia, riconosce quell'emozione già vissuta nel sentirsi intrappolato prima nella vita degradata del quartiere, poi nelle dipendenze e nei dogmi famigliari.

Cerca di ribellarsi, anche questa volta, con atti impulsivi e aggressivi contro l'istituzione, le cose, le persone, se stesso.

Per alcuni mesi la famiglia non gli fa visita, una sorta di punizione per aver violato l'immagine famigliare giocata all'esterno, di apparente accettazione della propria condizione sociale.

Emerge in Ale per la prima volta il vissuto di abbandono totale, messo in atto proprio da coloro che lui aveva cercato di proteggere dal destino della povertà ineluttabile.

Non potendo ancora una volta arrabbiarsi con i genitori per la propria condizione, questo è ciò che la cultura criminale non permette perché la famiglia dev'essere considerata alleata *tout court*, non gli rimane altra scelta che quella di rivolgere contro di sé i picchi rabbiosi che sono ormai giunti al culmine.

In un momento di oscuramento dei processi di pensiero in cui la rabbia torna al servizio dell'onnipotenza e del pensiero magico, Ale chiede ad un compagno di farlo morire. Come se volesse far morire la parte di sé diventata impresentabile per aver fallito nelle imprese che rappresentavano la parte di sé ideale e per l'onta subita dall'essere stato rinchiuso ed essersi sentito intollerabilmente umiliato.

L'interlocutore cerca di riportarlo alla realtà ma ottiene che lui, intollerante alla disobbedienza, gli si rivolti contro, senza freni inibitori, azzannandogli un orecchio fino a farlo sanguinare.

Questo gesto colmo di disperazione, di incapacità di confrontarsi con la realtà, di non riuscire a comunicare e di considerarsi in relazione con un altro diverso da sé gli costa un periodo di isolamento totale da parte dell'istituzione in un contesto "protetto" anche verso il proprio autolesionismo.

Da un punto di vista psicodinamico si considera questa risposta, impulsiva e connotata da aggressività orale, in linea con il profi-

lo psicopatologico (tossicomaniaco con tratti di psicosi maniaco-depressiva) che ha avuto in questo episodio una manifestazione acuta di intolleranza alla frustrazione.

La solitudine e l'abbandono sentito da parte della famiglia di origine per la non condivisione totale del suo progetto onnipotente, la ripropone nel ruolo che si è dato di organizzatore e autore di rapine da solo.

Si ritrova a confronto con la stessa sensazione di solitudine per l'abbandono vissuto in carcere.

Un destino questo quasi segnato, dopo la prima detenzione e la concessione della misura alternativa sfidò ancora il mondo commettendo altri reati pertanto non avrebbe potuto finire altrimenti, era solo questione di tempo.

L'isolamento nel reparto psichiatrico era stato inevitabile dopo gli eccessi di rabbia ma ha rappresentato per lui una riedizione dell'abbandono, anche del processo di cura intrapreso fuori dal carcere e delle relazioni a cui si era inevitabilmente pian piano sottratto.

La famiglia di Ale è composta da persone che non hanno comportamenti antisociali, la loro accettazione di un destino ineluttabile è per lui irritante ma non può esprimere questa rabbia all'interno della famiglia perché sarebbe inaccettata da lui stesso e comporterebbe la rottura di un equilibrio che gli farebbe provare un grande senso di colpa per aver colpito coloro che gli hanno mostrato un affetto imparagonabile attraverso l'appartenenza. Proprio per questo spazio di comunicazione che manca nell'ambito familiare non gli resta che l'espressione della rabbia al di fuori, attraverso gli atti sostenuti dal gruppo degli amici con cui però è permessa anche l'azione di dissenso e di distacco.

Come se fosse il portavoce familiare del disagio e della rabbia, colui che agisce designato in un ruolo che si trasmette da parte della famiglia solo in modo tacito e così si può rinnegare quando si tratta di riconoscere le parti antisociali di uno dei componenti.

Ale non è mai riuscito a staccarsi dal pensiero familiare per non deludere gli altri, ma commette le azioni antisociali perché tutti lo hanno fatto sentire inadeguato in quel quartiere e in quella condizione sociale e la rabbia che sente anche verso i genitori inermi gli riconferma il ruolo di colui che si deve sacrificare per mostrare al mondo che si può uscire dall'inadeguatezza.

Quando commette i reati più gravi però la stessa famiglia, che lo aveva fatto nascere e crescere in un ambiente degradato e tacitamente indotto i suoi comportamenti antisociali, disapprova i suoi gesti e quando viene scoperto i parenti mostrano una condizione di vergogna.

Quella stessa famiglia che ha sempre lamentato la propria condizione e fatto pesare ai figli la sensazione di impotenza totale. Il ruolo della cocaina è il sogno, da l'illusione di onnipotenza e non lascia trapelare la condizione reale vissuta come penosa.

E poi se ci si può permettere di rapinare e farla franca si può controllare tutto, anche il destino di una situazione di degrado e ci si può illudere di controllare anche la droga e usarla non riconoscendone il pericolo.

Il fatto è che poi non se ne riconosce nemmeno il potere che risulta poi più grande dell'onnipotenza tanto anelata ed è qui che arriva il distacco dalla realtà, dai rischi e dal non riuscire più a controllare ciò che si avrebbe voluto possedere perché si arriva ad una situazione di scontentezza totale accompagnata da un'avidità incolmabile.

Bibliografia

- Ferrario G., Gallièna E. (2012), *Pensiero Criminale. I legami del reo dalla famiglia al carcere*, FrancoAngeli, Milano.
- Kernberg O.F. (1984), *Disturbi gravi di personalità*, Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
- Sandler J., Sandler A.M. (1998), *Gli oggetti interni*, FrancoAngeli, Milano, 2002.
- Storr A. (1968), *Human Agression*, Scribner, New York.

Il grande prato verde. Un'indagine-intervista con gli operatori delle Unità Mobili Giovani in Provincia di Milano sulle tendenze dei consumi giovanili

Giovanni Strepparola*, Sergio Salviati**

SUMMARY

■ *This paper presents the results of a qualitative survey performed with drug prevention workers in disco, night events or similar contest in Province of Milan. The investigated areas are: user profile, changes in substance consumption, adverse events and individual and social consequences, alcohol young consumption and driving. The survey highlights risk behaviors in social areas, due to influences of the substances on relationships and psychological conditions.* ■

Keywords: *Disco club, prevention, safe-drive, user profile, aggression.*

Parole chiave: *Discoteca, prevenzione, guida sicura, tipologie dei consumatori, aggressività.*

Introduzione

Nel tentativo di allargare lo sguardo alle tendenze ed alla evoluzione dei consumi e delle tipologie di consumatori, si è deciso di condurre un'analisi qualitativa utilizzando la tecnica dell'intervista di gruppo ai testimoni privilegiati (équipe delle Unità Mobili Giovani - UMG) che lavorano su alcuni territori della Provincia di Milano.

Gli operatori delle UMG sono testimoni privilegiati in quanto "sensori" di cambiamento nelle abitudini di consumo o rispetto alla nascita/diffondersi di nuovi rischi associati ai consumi.

Così come sul finire degli anni '90 l'emergenza ecstasy veniva rilevata tempestivamente e portava gli operatori delle UMG ad intervenire sui rischi sanitari (distribuire acqua, ecc.), oggi è importante rilevare i nuovi profili di rischio su cui intervenire.

Metodi

Le UMG oggetto dell'indagine si muovono su due ASL (Azienda Sanitaria Locale) della Provincia di Milano e l'ASL della nuova Provincia di Monza:

- ASL Milano Città;
- ASL Provincia di Milano Due (Melegnano);
- ASL Monza Brianza.

Quindi l'area di interesse copre la metropoli e tutta la parte nord-est-sud che la circonda.

* *Medico, Responsabile dell'Osservatorio Tossicodipendenze, Dipartimento delle Dipendenze ASL Provincia di Milano 2.*

** *Psicologo, Cooperativa Lotta Contro l'Emarginazione, Sesto San Giovanni (Milano).*

Le UMG coinvolte sono complessivamente 4, tutte gestite dalla Cooperativa Lotta Contro l'Emarginazione di Sesto San Giovanni, una cooperativa sociale che opera nella prevenzione da diversi anni. Su queste UM lavorano circa 20 operatori.

L'indagine è stata condotta in due fasi:

- sensibilizzazione e formazione dei conduttori;
- conduzione dei *focus group* in ogni équipe.

I contenuti sono stati successivamente analizzati e resi omogenei per la descrizione.

L'analisi è stata condotta su quattro macro-aree, funzionali alla descrizione dell'evoluzione dei comportamenti di consumo:

- tipologie di consumatori (in relazione a contesto, genere ed età);
- cambiamenti nell'uso di sostanze;
- eventi avversi ed effetti negativi a livello individuale e sociale;
- uso di alcol e guida in stato di ebbrezza.

1. Tipologie di consumatori in relazione a contesto, genere ed età

Il **pub** rappresenta una sorta di "anticamera" alla discoteca per molti dei soggetti contattati. Questi sono solitamente ragazzi più giovani, mentre le persone che hanno più di 25 anni scelgono più facilmente il pub come luogo elettivo per il loro divertimento serale. I consumi intercettati sono nella stragrande maggioranza legati all'alcol.

I pub hanno un *marketing* aggressivo sulla vendita di alcol che rappresenta la forma principale di incasso. Per questo motivo, spesso si possono trovare serate nelle quali bere una quantità elevata di alcol diventa accessibile anche ai più giovani, che non hanno a disposizione somme di denaro elevate (ad esempio in alcuni locali ci sono giorni in cui la birra costa solo 3 € al boccale o serate nelle quali si premia la quantità, come nei casi delle "serate 3x2").

In questi locali, “la rarità è incontrare persone che bevono solo una o due bevande”.

Oltre all'alcol la sostanza illegale che viene riportata è la cannabis, consumata prevalentemente tra i più giovani (16-17 anni). Le informazioni riportate sul mondo delle **discoteche** mostrano alcune differenze significative rispetto ai pub. Mentre nei pub si consuma prevalentemente alcol, nelle discoteche il consumo si sposta prevalentemente sulle sostanze illegali, in particolare sostanze stimolanti (in prevalenza cocaina e in seconda istanza anfetamine) ed entactogene (MDMA, ketamina, popper). In alcuni casi si riporta anche il consumo di cannabis.

L'alcol viene percepito come un “farmaco” per allentare gli effetti indesiderati delle sostanze stimolanti.

Un'altra differenza tra pub e discoteche sono le tipologie di persone che frequentano questi contesti del divertimento:

- *il genere*: nei pub si trovano prevalentemente maschi mentre nelle discoteche e nelle serate elettroniche si è riscontrata una maggiore presenza di ragazze, le quali attuano modelli di consumo molto simili a quelli dei maschi; gli operatori riportano inoltre che con le ragazze sia più difficile parlare dei loro consumi, compresi quelli relativi all'alcol. Una maggiore disponibilità si registra in quei locali che si caratterizzano per una offerta anche di tipo culturale (circoli e associazioni), o quando le ragazze si presentano in gruppo. L'opinione degli operatori è che esista ancora una riprovazione sociale legata all'immagine del ruolo femminile, ancora più forte se ad avvicinarsi all'unità mobile è una coppia. Anche nel caso delle sostanze illecite, raramente le ragazze ne palesano il consumo. In questo caso è fondamentale un setting protetto (come il camper) e la presenza di operatrici di sesso femminile. Un'altra differenza legata al genere è che spesso all'interno del gruppo la donna è il “guidatore designato” naturale: se un gruppo di persone eccede nel consumo di alcol, solitamente è la ragazza a prendersi l'onere di riaccompagnarli a casa, avendo bevuto di meno o non avendo bevuto affatto. L'UMG di Milano Due riporta come il modello di consumo nelle ragazze sia o molto controllato (valore di alcolemia basso e consumo di sostanze quasi nullo) oppure eccessivo sia di alcol che di sostanze. Tra le femmine, le sostanze che vanno per la maggiore sono alcol, cocaina e ketamina. Gli operatori rilevano anche la possibilità che le ragazze offrano prestazioni sessuali in cambio di sostanze, solitamente in ambiente universitario;
- *l'età*: nelle discoteche l'età media si abbassa e si amplia lo spettro, per cui si possono trovare ragazzi di 15 anni così come adulti di 40 anni. La possibilità di trovare persone con età differenti è legata alla presenza di serate o locali molto diversi l'uno dall'altro. Ad esempio, le serate elettroniche nelle discoteche richiamano un target di giovanissimi (15 anni o poco più). La fascia di età che sembra essere più problematica per il consumo di sostanze è quella compresa tra i 16 e i 23 anni, così come riportato dagli operatori del territorio dell'ASL Milano Due;
- *status socio-economico*: nelle discoteche i costi possono diventare anche molto elevati: tendenzialmente si spende

“Un ragazzo ci racconta di utilizzare cannabinoidi per auto-cura (dice di essere allergico al paracetamolo e quindi si cura così: dichiara che non si ammala da anni). Dice che ha periodi in cui non fuma e in quei momenti però fuma 15 o 16 sigarette al giorno. Molti i casi di persone che dichiarano di usare cannabinoidi per combattere l'insonnia”

molto di più che nei pub, sia per il prezzo dell'ingresso, che per quello delle bevande. Per questo le disponibilità economiche sono più alte, anche se la varietà dei contesti e dei target, legata alle diverse specificità dei locali e delle serate, fa sì che in alcuni di questi sia prevalente la presenza di soggetti con redditi elevati, mentre in altri si possano trovare invece prevalenze di soggetti con redditi bassi, come nel caso delle serate universitarie, così come riportato dagli operatori: “*essendoci molti studenti l'impressione che ci siamo fatti è che magari abbiano meno disponibilità economiche, ma decidano di utilizzare tutti i soldi nella serata perché considerano che ne valga la pena*”.

Il terzo contesto esaminato è quello che racchiude le **feste elettroniche** stile *rave*. Il target che si incontra in questi eventi è tendenzialmente più giovane (sotto i 22 anni) e con consumi spesso elevati di sostanze stupefacenti (in particolare nei rave): “*tutti consumano tutto, anche allucinogeni*”. I consumi sono caratterizzati dal mix di sostanze e dal poli-consumo. Mentre l'alcol non circola in questi contesti in misura significativa.

In questi eventi, si allarga particolarmente lo spettro della provenienza territoriale dei partecipanti, che possono arrivare da molti paesi limitrofi così come da altre province.

I consumi coinvolgono sia la popolazione maschile sia quella femminile e non sono rari i casi di ragazze che consumano in modo consistente.

Hanno tendenzialmente uno status socio-economico basso: “*all'uscita ti chiedono i soldi per prendere i mezzi e tornare a casa. Usano molto i mezzi pubblici*”. In media in queste serate spendono 50 euro a serata.

“**Zone con situazioni sociali di appartenenza più difficili sono di solito più propensi al consumo e, soprattutto, ad una modalità di consumo molto forte per quanto riguarda le quantità di sostanze legali e illegali consumate e la possibilità di mischiarle tra di loro**”

Gli operatori hanno descritto altre differenze basate non sul tipo di locale o di serata ma sul **contesto geografico e socio-economico** nel quale i ragazzi si trovano a vivere. L'unità mobile che opera nel territorio dell'ASL Milano Due individua alcune differenze proprio sulla base della zona all'interno della quale sono collocati i locali: la zona di Rozzano è quella che viene associata ai maggiori segnali di rischio con consumi elevati di cocaina, alcol e cannabinoidi. Anche gli operatori delle unità mobili che operano nel territorio dell'ASL Monza-Brianza individuano delle differenze legate al contesto territoriale: “*il*

territorio di Monza-Brianza presenta differenti contesti socio-economici. I locali della zona meridionale, al confine con la città di Milano, si collocano in un territorio difficile, dove vi è un alto tasso di disoccupazione e sottoccupazione, a differenza di quanto si riscontra nell'Alta Brianza, dove molto alto è il numero di studenti universitari e giovani già collocati da tempo nel mondo nel lavoro e in taluni casi con successo (manager, imprenditori e via dicendo). Naturalmente, contano le tipologie dei locali. Ma è significativo che di locali 'esclusivi' nella zona meridionale dell'ASL Monza Brianza ve ne siano pochissimi, a differenza di quanto accade nella parte settentrionale”.

2. Cambiamenti nell'uso di sostanze

Così come osservato anche nei servizi ambulatoriali e residenziali, si è osservato un maggior utilizzo di cocaina anche a causa della diminuzione del prezzo. Rispetto ai Servizi territoriali, questo cambiamento si è osservato un po' prima: ad esempio nel

comune di Milano questo fenomeno ha iniziato a essere rilevato sei anni fa.

Vengono inoltre riportati alcuni segnali specifici di consumo: come l'aumento di consumo di eroina ed oppio fumati e "sniffati", che si traduce anche nell'aumento di richieste specifiche di materiale informativo sull'eroina; inoltre emerge l'uso di popper, smart drugs e mefedrone e una maggior tranquillità ad assumere in pubblico associata ad una maggiore difficoltà a raccontarsi come consumatori.

Gli operatori hanno raccolto anche informazioni dai consumatori sul fatto che la crisi economica abbia determinato la presenza di molti più tagli nelle sostanze, aumentando quindi il rischio di assumere sostanze tossiche o dannose per la salute. Un altro segnale di rischio osservato e riportato è l'aumento delle "droghe fatte in casa", di cui pochi fanno menzione, ma che sicuramente trova un vasto mercato presso i giovani. È probabile che molte di queste sostanze vengano vendute facendole passare per quelle più note, aumentando i pericoli per gli assuntori.

La modalità di acquisto rappresenta un momento sempre delicato ed è sul rapporto tra spacciatore ed utente che si gioca una parte importante della percezione dei rischi che i consumatori descrivono. In pratica, si forma una sorta di euristica con regole irrazionali che fanno sì che l'acquirente si costruisca un modello ritenuto valido e che spiega come egli effettui la scelta; il fulcro dell'euristica è la fiducia nello spacciatore.

Altre distorsioni nelle scelte legate all'acquisto ed al consumo sono legate alla zona dove si acquista, ad esempio alcuni comuni sono famosi per la qualità delle sostanze che vi si acquistano.

Si registrano racconti in cui le sostanze vengono mescolate tra di loro, senza sapere gli effetti di ciascuna e assunte in un colpo solo per via prevalentemente inalatoria. Più nel dettaglio, per quanto riguarda la percezione del rischio, si può dire che non sempre questa è adeguata, specialmente se il consumo è occasionale, nel qual caso è pressoché inesistente.

Gli operatori rilevano inoltre nei giovani una percezione di alto rischio per le sostanze che non consumano e invece una percezione di basso rischio per quelle che consumano. Un altro aspetto da evidenziare nella costruzione di un modello adeguato del rischio è legato alla difficoltà di percepire il rischio "a breve termine", modalità di pensiero tipica di una fase adolescenziale. Per questo, alcuni operatori lavorano su aspetti che possano riguardare il "qui ed ora" e tentano di coinvolgere maggiormente le persone, ad esempio spostando l'attenzione dal concetto di salute in generale ai rischi per la salute corporea.

Il mefedrone (4-metilmecatinone) è nato come fertilizzante ed è oggi annoverato tra le droghe sintetiche stimolanti (anfetamine e MDMA) È chiamato anche 4MMC, Meow Meow o 'M-Cat. I suoi effetti empatici, esilaranti e anoressizzanti, sono simili a quelli dell'ecstasy e delle anfetamine. Si verificano entro pochi minuti se la sostanza viene inalata o dopo 30/40 minuti se viene assunta per via orale. L'effetto ha una durata di circa 2/3 ore e varia da soggetto a soggetto. (estratto da Wikipedia)

"E infatti, la stragrande maggioranza dei consumatori si rifornisce sempre dal medesimo spacciatore. Quando questo non accade e sono costretti a reperire la sostanza sul campo (piazzetta, parco, locale eccetera), dichiarano di essere consapevoli di correre un serio rischio"

"Continua la luna di miele tra cocaina e avventori giovani e giovanissimi dei locali, intrapresa, tuttavia, parecchi anni prima, e la cannabis continua ad essere la seconda sostanza più utilizzata dopo l'alcol. Semmai, tende ad abbassarsi l'età della prima assunzione (di tutte le sostanze)"

Il presidente dell'organizzazione Drug Scope Martin Barnes ha dichiarato: "... la cannabis modificata (sulla pianta è spruzzata anidride silicica, sotto forma di pezzi minuscoli di vetro per aumentarne le dimensioni e incrementare i profitti) coltivata dalle bande criminali potrebbe avere conseguenze sulla salute dei consumatori. Questi pezzettini di vetro alle volte non sono così piccoli come dovrebbero, danneggiando i polmoni", ha concluso Barnes

Il consumo di ketamina viene spesso descritto come non continuativo e si alternano periodi di forte consumo a periodi di consumo irrilevante o di astinenza. Viene anche descritto un consumo a bassi dosaggi per la ricerca di un effetto euforizzante.

Circola una "nuova" sostanza, la cannabis "allungata" con vetro tritato finissimo, in modo da aumentarne gli effetti e il profitto. Inoltre si segnala una variante della cannabis con un principio attivo più forte, che procura effetti collaterali più intensi come la nausea.

3. Eventi avversi ed effetti negativi a livello individuale e sociale

Il principale effetto negativo riscontrato da pressoché tutti gli operatori intervistati è legato agli episodi di aggressività, anche femminile, che possono sfociare in violenza. È associato prioritariamente all'utilizzo di cocaina ed altri stimolanti, ma secondo gli operatori verrebbe amplificato da elementi legati al contesto, in particolare dalla presenza o meno di una *security* troppo aggressiva: *"Un ragazzo cacciato fuori dalla security ha sgonfiato le gomme delle auto della via. Altri ragazzi fuori dal locale picchiano sulle macchine che transitano"*.

Gli episodi possono sfociare in risse vere e proprie con il coinvolgimento di molte persone e questo si registra in particolare se si abbina all'abuso di alcol quello di stimolanti (soprattutto cocaina).

In presenza di persone che hanno mischiato queste due sostanze diventa particolarmente difficile anche la

costruzione di una relazione educativa che consenta un minimo di passaggio di informazioni sulla riduzione dei rischi. La cocaina ha provocato in alcuni casi effetti negativi che hanno fortemente preoccupato la persona, come tremori al risveglio.

Altri sintomi clinici descritti dalle persone agganciate sono i forti stati di ansia (associati al consumo di cannabis) e sintomi depressivi sostanza-specifica, registrati anche in persone molto giovani.

I consumatori non conoscono in anticipo gli effetti indesiderati delle sostanze, nemmeno quelli principali: ad esempio riportano stupore di fronte all'insensibilità che può verificarsi dopo l'assunzione di ketamina, come se non sapessero che si tratta di un anestetico; oppure di fronte all'insorgenza di tremori dopo assunzione di stimolanti.

La ketamina produce anche altri effetti indesiderati, riportati dal gruppo di consumatori di questa sostanza; ad esempio, lipotimie momentanee (*"cadono come le pere verso le due di notte"*) e vomito.

I collapsi sono associati ad un consumo di alcol che nelle ragazze può anche non essere eccessivo; in generale questo è un sintomo descritto frequentemente, anche per la facilità di riconoscimento; il loro trattamento in questi contesti è estremamente difficile, poiché non è facile risalire al motivo che lo ha provo-

cato (mix di sostanze, congestione, disidratazione, ecc.). Si registrano poi casi di amnesia legati all'alcol.

4. Uso di alcol e guida in stato di ebbrezza

La dimensione legale interessa e preoccupa molto i ragazzi, in particolare per quanto riguarda la guida in stato di ebbrezza ed in misura minore per le segnalazioni della Prefettura. Sono descritti numerosi casi di patenti ritirate per elevata alcolemia, anche se i comportamenti di auto-tutela in relazione alla guida appaiono aumentati dopo l'inasprimento della legge sulla guida in stato di ebbrezza, che prevede in misura più immediata il ritiro del veicolo, un'eventualità sulla quale i giovani sono molto sensibili, e anche il rischio di conseguenze penali.

L'ansia associata al consumo di alcol e guida è aumentata notevolmente e in alcuni casi è collegata direttamente alla poca chiarezza delle informazioni sulle modifiche del codice della strada. Gli operatori rilevano che i ragazzi non conoscano tutti i dettagli, ad esempio non sanno che in alcune categorie (neopatentati o guidatori professionisti), il limite alcolimetrico consentito si abbassa a zero, oppure non hanno ben chiaro come in taluni casi i reati abbiano anche conseguenze penali (l'arresto se il tasso supera 1,5 gr/lt).

L'aumento dell'ansia comporta anche l'aumento delle forme di auto-controllo, che possono assumere anche in questo caso una dimensione realmente tutelante ma anche forme di auto-controllo che sono un po' meno efficaci, come coloro che si affidano alla percezione delle proprie capacità individuali di controllare velocità e riflessi o come quelli che ritengono che basti smettere di bere un'ora prima. Si apprezza altresì l'aumento di

coloro che fanno guidare amici sobri o che decidono di non bere per potere poi guidare i veicoli con sicurezza.

Conclusioni

In conclusione, l'indagine mostra come i consumi siano diversificati a seconda del contesto, dell'età, del sesso e delle condizioni economiche; ad esempio, mentre nelle discoteche si consumano prevalentemente sostanze stimolanti ed entactogene, i pub si caratterizzano per il consumo di alcol. L'età in cui si usano sostanze si sta abbassando: si incontrano spesso ragazzi anche molto giovani (15 anni) che consumano alcol e sostanze. Interessante la descrizione dell'uso di sostanze e di alcol nelle ragazze: o molto controllato – e per questo motivo, spesso sono "guidatori designati naturali" – o eccessivo e accompagnato da comportamenti ad alto rischio, come l'offerta di prestazioni sessuali in cambio di sostanze.

Si rilevano alcuni segnali specifici, accanto all'aumento di cocaina e di eroina fumata e sniffata già riportati in altre ricerche: ad esempio, la presenza di cannabis allungata con vetro finemente tritato o con un principio attivo ed effetti collaterali più forti ed il diffondersi di "droghe fatte in casa".

Tutte le UMG riportano la necessità di affrontare la tematica dell'aggressività, anche femminile, poiché questo viene descritto come un fenomeno in aumento con conseguenze rilevanti all'interno dei contesti del divertimento.

La ricerca conferma il ruolo fondamentale delle UMG nell'essere testimoni privilegiati delle tendenze di consumo e dei rischi associati e nel poter essere il "primo anello della catena" dell'intervento di prevenzione e cura del consumo di sostanze nei giovani.

RECENSIONE



Giuseppe De Luca, Alfio Lucchini

DROGA @ LAVORO Dipendenza sul lavoro e vulnerabilità delle imprese

€ 28,00

Editore: Ledizioni

sostanze nel mondo del lavoro, in particolare manager, funzionari sindacali, responsabili della sicurezza sul lavoro, amministratori pubblici e, non ultimi, tutti gli operatori pubblici e privati del sistema integrato dei servizi sulle dipendenze che guardano al mondo del lavoro come un possibile campo di azione.

Giuseppe De Luca, psicologo clinico e psicoterapeuta. Ha ideato ed è responsabile del programma transnazionale Euridice su tossicodipendenza e lavoro, gestito dalla Cooperativa di Studio e Ricerca Sociale Marcella Onlus. Ha coordinato per oltre 30 anni il Centro di Psicologia Clinica dell'Amministrazione Provinciale di Milano ed è stato responsabile dal 1967 al 1997 dell'équipe medico-psicopedagogica del Comune di Sesto San Giovanni. Ha diretto la rivista *Devianza ed Emarginazione*, CSERDE, Provincia di Milano e dirige attualmente la rivista *Percorsi di Integrazione*, Editore Cooperativa Marcella, Como. Ultima pubblicazione: *Il Centro di Psicologia Clinica Giancarlo Zapparoli e la saggezza clinica*, Dialogos Edizioni, 2012.

Alfio Lucchini, medico psichiatra, psicologo clinico, psicoterapeuta. Direttore del Dipartimento delle Dipendenze della ASL Milano 2. Docente presso la Facoltà di Sociologia della Università di Milano-Bicocca. Presidente nazionale di FeDerSerD. Presidente di A.L.T. Onlus. Autore di venti volumi editi a stampa e di oltre 150 pubblicazioni scientifiche. Responsabile scientifico del periodico *Mission* e della collana "Clinica delle Dipendenze e dei Comportamenti di Abuso" della Casa Editrice FrancoAngeli. Membro di board scientifici nazionali ed internazionali. Membro della Consulta Nazionale degli esperti sulle tossicodipendenze presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri. Coordina numerosi progetti di rilievo istituzionale nel settore delle dipendenze.

Analisi dei rischi nei giovani guidatori. Una ricerca-intervento nei contesti del divertimento nelle Province di Milano e Varese

Sergio Salviati*, Giovanni Strepparola**

SUMMARY

■ *This document presents the results of the work of preventing accidents realized by Street Workers Program in the contexts of disco club and pub in the Districts of Milan and Varese in 2010 and 2011. The data include the analysis of responses to a structured interview about risk profiles of drivers engaged. The definition of risk is completed with the analysis of blood alcohol level measured by a breathalyzer. ■*

Keywords: *prevention, safe drive, blood alcohol concentration (BAC), disco club, drunk driving.*
Parole chiave: *prevenzione, guida sicura, alcolemia, discoteca, guida in stato di ebbrezza.*

Introduzione

La Cooperativa Lotta contro l'Emarginazione di Sesto San Giovanni da anni realizza interventi di prevenzione nei contesti del divertimento notturno, solitamente in convenzione con i Dipartimenti delle Dipendenze delle Aziende Sanitarie Locali.

I progetti di prevenzione che operano nei contesti del divertimento, come le discoteche o i pub, rappresentano un punto di vista privilegiato per la conoscenza delle tendenze di consumo e in particolar modo per la diffusione di comportamenti a rischio nella popolazione giovanile. In questi contesti i rischi sanitari diretti e indiretti causati dall'utilizzo di sostanze legali e illegali presentano infatti livelli di criticità significativi. Negli ultimi anni si è sviluppata una notevole attenzione nei confronti della riduzione dell'incidentalità stradale associata a stati alterati.

Proprio per ridurre tali rischi, il lavoro degli operatori in questi contesti si realizza attraverso lo sviluppo di un'azione di ricerca intervento che prevede l'ausilio di alcuni strumenti in grado di supportare la relazione tra operatori e target dell'intervento:

- una griglia di intervista strutturata per la conoscenza degli aspetti legati al consumo di alcol e sostanze stupefacenti (riferiti all'arco della vita e alla serata in corso), con un approfondimento sulla percezione dei rischi associati allo stato di alterazione attuale (in particolar modo per i rischi connessi alla guida, che rappresentano uno degli obiettivi prioritari dell'intervento);
- un etilometro validato (lo stesso utilizzato dalle forze dell'Ordine) per la misurazione dell'alcolemia nel sangue;

* Psicologo, Cooperativa Lotta Contro l'Emarginazione, Sesto San Giovanni (Milano).

** Medico, Responsabile Osservatorio Tossicodipendenze, Dipartimento Dipendenze Asl Milano 2.

- strumenti che aumentano la consapevolezza delle conseguenze dell'alterazione sulle proprie capacità di guida (ad esempio il simulatore di guida).

L'ipotesi di base dell'intervento è che il confronto con alcuni segnali esterni, come il livello di alcolemia o il simulatore di guida per i rischi di incidenti, o il counselling educativo per i rischi sanitari, aiuti la persona a mettere in atto comportamenti protettivi.

I dati dell'etilometro sono stati poi incrociati con le risposte date dal soggetto al questionario per definire i profili di rischio del campione agganciato.

In questo report si riporta l'analisi delle risposte e delle misurazioni effettuate durante gli interventi realizzati nel 2010 e nella prima metà del 2011.

L'indagine

Campione

Per le particolarità dei contesti e per l'aspetto psico-educativo che deve necessariamente rivestire il contatto con il target, non trattandosi esclusivamente di ricerca ma di ricerca intervento, non si è potuto selezionare il campione con tecniche di tipo probabilistico. Le persone si avvicinano all'unità mobile perché hanno un interesse legato alle offerte psico-educative (ad esempio perché vogliono sapere quale è il loro livello di alcolemia) e questo di fatto costituisce un filtro. Dunque siamo di fronte ad un "campione di convenienza". Tutto ciò significa che i risultati non potranno essere esportabili alla popolazione in generale, ma serviranno a conoscere questo particolare sottogruppo, che tuttavia riveste come già detto un'importanza notevole per lo studio dei trend di consumo.

Il campione totale è costituito da 1234 persone, agganciate prevalentemente in locali o durante eventi del divertimento not-

turno, sia strutturati sia non strutturati, quali le discoteche, i pub e le birrerie. Sono inclusi anche eventi speciali, come concerti, rave legali o le feste/sagre di paese. Nei territori dell'ASL Milano 1 e della Provincia di Varese il campione numerico è più ampio per via della presenza di eventi singoli che permettono alle unità mobili di entrare in contatto e agganciare una quantità di persone rilevante.

Tab. 1 - Distribuzione dei soggetti contattati per territorio

TERRITORIO	N	%
UMG Milano 1 ¹	410	33,2
UMG Milano 2 ²	159	12,9
UMG Monza Brianza (Provincia MB)	159	12,9
UMG Varese	506	41,0
Totale	1234	100,0

Risultati

1. Alcolemia

Lo studio dell'alcolemia intreccia sia aspetti sanitari, poiché valori molto alti di alcolemia nel sangue richiedono interventi da parte degli operatori focalizzati a ridurre il rischio sanitario, sia aspetti legati agli effetti indiretti del consumo di alcol, come in particolare modo quelli legati alla guida e al rischio di incidenti. Per soddisfare esigenze conoscitive così ampie si fa ricorso ad un approccio statistico che assume più forme: da una parte l'analisi del valore medio, dall'altra l'analisi della distribuzione collegata con i valori soglia indicati dal codice della strada, per capire direttamente quali sono i rischi connessi alla guida.

L'analisi dell'alcolemia media totale negli ultimi 3 anni ha fatto registrare un leggero incremento nei valori del campione totale: si passa infatti da 0,52 g/l del 2008-2009 a 0,55 del 2010-11. Tale incremento diventa tuttavia rilevante in uno dei quattro territori, vale a dire quello che fa riferimento all'ASL Milano Due, dove si registra un valore medio molto alto (0,77 g/l).

Tab. 2 - Media alcolemia per territorio

progetto	Media	N	Std. Deviation
UMG Milano 1	,5491	410	,50306
UMG Milano 2	,7708	159	,58283
UMG MB	,5606	159	,38644
UMG Varese	,4763	506	,46236
Totale	,5493	1234	,49264

I valori soglia sono importanti perché si associano oltre che a differenti rischi per la guida, anche a differenti sanzioni amministrative e penali. Tra 0,5 e 0,8 g/l infatti la sospensione massima della patente è di 6 mesi e l'ammenda massima di 2.000 euro, mentre dopo 0,8 g/l è previsto anche l'arresto e raddoppiano le sanzioni economiche. Se si viene trovati con valori superiori a 1,5 g/l la sospensione minima della patente è di due anni ma può raggiungere anche i 4 anni, oltre che comportare l'arresto. La quota di coloro che vengono trovati con valori superiori a 0,8 g/l, e quindi rischiano anche conseguenze penali, coinvolge circa un quarto del campione (26,4%), di cui una parte è rappresentata da persone trovate con valori superiori a 1,5 g/l, un

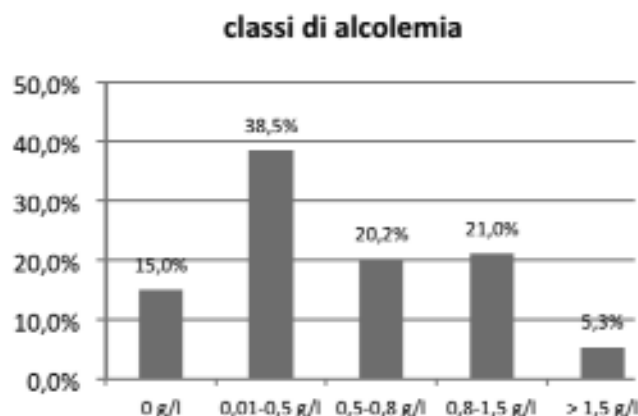
livello di alcolemia nel sangue davvero elevato (vedi grafico sottostante).

Per quanto riguarda le differenze tra maschi e femmine, si osserva che il genere maschile rimane in assoluto quello con una percentuale maggiore di soggetti con alcolemia elevata.

Tab. 3 - Distribuzione delle classi di alcolemie x sesso

classi alcolemia	maschio	femmina	TOTALE
0	N 127	55	182
	% 13,0%	22,8%	15,0%
0,01-0,5	N 364	104	468
	% 37,3%	43,2%	38,5%
0,5-0,8	N 201	45	246
	% 20,6%	18,7%	20,2%
0,8-1,5	N 230	27	257
	% 23,6%	11,2%	21,1%
> 1,5	N 54	10	64
	% 5,5%	4,1%	5,3%
Totale	N 976	241	1217

Fig. 1 - Distribuzione delle classi di alcolemie nel campione



Un altro dato che può aiutare a capire la presenza di fattori di rischio nel campione preso in esame è quello relativo agli episodi di abbuffate alcoliche, rilevati attraverso la domanda "Quante volte nell'ultimo mese ti è capitato di bere più di 4-5 bicchieri, assunti in una volta sola in maniera continuativa?". Dalla tabella si può osservare che la quota di coloro che hanno dichiarato di avere uno o più di questi episodi nell'ultimo mese è davvero elevata poiché nel campione totale solo il 36,9% ha dichiarato di non averlo mai fatto. Dunque, delle persone che sono entrate in contatto con l'unità mobile negli ultimi trenta giorni, all'incirca due su tre si sono trovate in una situazione di rischio sanitario.

L'ASL Milano Due e l'ASL Milano Uno sono i due territori dove questi episodi di abbuffate capitano con una frequenza più elevata in una percentuale rilevante di soggetti: circa una persona su tre ha infatti dichiarato di avere episodi di abbuffate alcoliche almeno una volta alla settimana in questi territori. Tuttavia anche nell'UMG MB e in quella operante nel territorio di Varese i valori sono notevoli anche se di minor entità: a Varese infatti la percentuale di coloro che non lo hanno mai fatto sale al 40% mentre per l'UMG Monza Brianza si ha una prevalenza di soggetti

Tab. 4 - Episodi di abbuffate alcoliche nell'ultimo mese

Frequenza di volte in cui si è bevuto più di 4 o 5 bicchieri ultimo mese		progetto				Totale
		UMG Milano 1	UMG Milano 2	UMG MB	UMG Varese	
Mai	N	133	55	52	206	446
	%	33,6%	35,0%	34,2%	40,8%	36,9%
1 volta sola	N	95	37	48	84	264
	%	24,0%	23,6%	31,6%	16,6%	21,8%
meno di 1 alla settimana	N	48	19	20	88	170
	%	12,1%	12,1%	13,7%	16,4%	14,0%
1-3 volte la settimana	N	91	36	26	105	258
	%	23,0%	22,9%	17,1%	20,8%	21,3%
4 volte o più la settimana	N	29	10	6	27	72
	%	7,3%	6,4%	3,9%	5,3%	6,0%
Totale	N	396	157	152	505	1210
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

che l'hanno sperimentato con la frequenza più bassa, vale a dire una volta sola (31,6%).

2. Guida e stati alterati

Il secondo tema analizzato riguarda l'esposizione ai fattori di rischio nel gruppo di guidatori agganciato dagli operatori. Del totale delle persone contattate poco più della metà hanno dichiarato di dover guidare un mezzo per tornare a casa, prevalentemente la macchina. In tutte le rilevazioni è rimasto irrisorio il numero di coloro che ha utilizzato i mezzi pubblici e ancora meno i taxi per raggiungere il locale (insieme hanno raggiunto il 3% del campione).

Tab. 5 - Guidatori nel campione

CAMPIONE TOTALE	N	%
guidatore	679	55,6
non guidatore	542	44,4
Totale	1221	100
Mancanti	13	
Totale	1234	

L'analisi di questi 679 guidatori mostra prima di tutto un effetto legato allo status di guidatore per quanto riguarda l'essere o meno al di sopra del valore consentito. Si è notato infatti come coloro che non devono guidare superano il valore di alcolemia legale molto più spesso che i guidatori. La differenza tra guidatori e non guidatori è risultata statisticamente significativa al test del Chi-Quadro ($p < .05$) e indica come nei guidatori si abbia una maggior attenzione al consumo di alcol rispetto ai non guidatori. Tale effetto è trasversale ai quattro territori e questo ne aumenta la rilevanza positiva in relazione ad una minor esposizione ai rischi di incidenti. Guardando i dati si potrebbe pensare a questa tendenza come alla nascita di una sorta di guidatore designato.

Se si restringe l'analisi al sottocampione di guidatori si può verificare l'esistenza di aree dove il rischio risulta più elevato.

Tab. 6 - Guidatori nel campione

Alcolemia		guidatore/non guidatore		Totale
		guidatore	non guidatore	
sotto il valore legale	N	355	248	603
	%	52,3%	45,8%	49,4%
sopra il valore legale	N	321	291	618
	%	47,7%	54,2%	50,6%
Totale	N	679	542	1221
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Per quanto riguarda le differenze di genere si mantiene anche nel 2010-2011 una differenza tra maschi e femmine, tuttavia il gap tra i due sessi si è assottigliato:

- nel territorio dell'ASL Milano Due, che già in passato aveva fatto registrare valori elevati anche nel sottocampione femminile, aumenta la quota di guidatrici di sesso femminile con valori di alcolemia superiore a quello legale (66%);
- in altri due territori (ASL Milano Uno e ASL Monza Brianza) la percentuale di guidatrici con valori al sopra di quelli consentiti è superiore al 40% dimostrando come sia notevolmente incrementato il numero di soggetti di sesso femminile che bevono nonostante siano alla guida;
- l'UMG di Varese ha il valore più basso di guidatrici trovate con valori al di sopra di quelli consentiti per la guida (32,8%).

Dunque quando si realizzano interventi sull'alcol nei contesti del divertimento notturno, devono essere definite delle misure o degli strumenti specifici per il campione femminile, poiché anche se risulta più difficile l'aggancio non di meno questo sottogruppo ha dimostrato di possedere elementi di rischio simili al gruppo maschile.

Per quanto riguarda l'età dei guidatori, tendenzialmente la quota di coloro che hanno valori collocati al di sopra del valore legale aumenta con l'aumentare dell'età. Negli over 35 si hanno infatti le percentuali più elevate di soggetti con valori superiori al valore legale in tre dei quattro territori (ASL MI1, ASL MI2 e ASL MB).

L'unità mobile di Varese rappresenta un territorio con una sua specificità anche rispetto a queste relazioni tra età e alcolemia nei guidatori. Difatti l'unità mobile giovani di Varese ha aggan-

ciati molti ragazzi nella fascia di età compresa tra i 18 e i 24 anni che sono risultati con valori al di sopra del valore legale (circa il 40%). In assoluto è la percentuale più elevata per quel che riguarda questa fascia d'età e porta a considerare come in questo territorio sia necessaria un'attenzione particolare proprio per i soggetti più giovani ai quali sicuramente andrà spiegato bene, più che negli altri territori, quali modifiche sono state introdotte dal nuovo codice della strada.

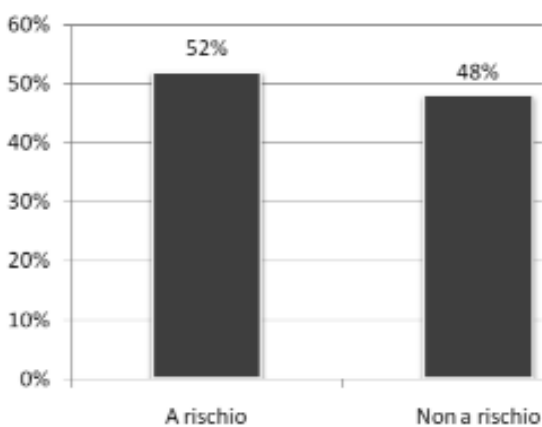
In sintesi, il lavoro legato al cambiamento di atteggiamenti e comportamenti a rischio (guida in stato di ebbrezza) deve essere esteso non solo ai maschi ma riguardare anche i soggetti di sesso femminile e coinvolgere i ragazzi di tutte le fasce di età poiché come si vede dai dati tutte le fasce d'età presentano notevoli livelli di rischio.

Per meglio comprendere e inquadrare la tipologia di persone che entrano in contatto con le unità mobili nei luoghi del divertimento si sono incrociati i dati sui consumi di sostanze stupefacenti durante la serata con la domanda sulla guida di veicoli. Come si osserva dalla tabella sottostante il 18% dei guidatori che hanno risposto a questa domanda ha dichiarato di aver assunto sostanze stupefacenti nel corso della serata. Questo dato rende ancora più elevato il rischio di incidenti stradali al quale si espone il campione in esame. **Basti pensare che il 76% di coloro che hanno dichiarato di essere alla guida di un mezzo e di aver anche assunto sostanze hanno dei passeggeri da riportare a casa, esponendo quindi non solo se stessi ma anche altri ai rischi dovuti alla guida in stato alterato.**

Tab. 7 - Distribuzione del consumo di sostanze per condizione di guida

CAMPIONE TOTALE Hai assunto sostanze stupefacenti questa sera?		guidatore/non guidatore	
		guidatore	non guidatore
Si	N	122	108
	%	18%	20%
No	N	557	431
	%	82%	80%
Totale	N	679	542
	%	100,0%	100,0%

Fig. 2 - Distribuzione della condizione a rischio (alcol sopra al valore legale o consumo di sostanze)



Se si mettono insieme le informazioni relative al sottocampione di guidatori che sono risultati con alcolemia superiore al valore legale e/o che hanno dichiarato di aver assunto almeno una

sostanza stupefacente nell'arco della serata si può ottenere il quadro completo di quello che è il rischio che le unità mobili incontrano durante la serata.

Nel grafico si è riportata la percentuale di guidatori che sono stati trovati in una condizione inadatta alla guida. Come si può osservare il numero di guidatori a rischio sale al 52% (pari a 367 su 679 guidatori).

3. Percezione del rischio

La capacità di comprendere la relazione tra la quantità di alcol bevuto e il livello di alcolemia e associare a questo un livello di rischio appropriato è uno degli obiettivi prioritari dell'intervento degli operatori delle unità mobili. Tale capacità non è né immediata né semplice, poiché entrano in gioco numerose variabili che rendono il rapporto tra i diversi aspetti alquanto complicato e soggetto a notevoli distorsioni. Basti pensare che proprio l'utilizzo dell'alcol e di sostanze stupefacenti incrementa i bias nella percezione dei rischi poiché porta a sottovalutarne l'entità, ingenerando un circolo vizioso che spesso porta ad esporsi ai comportamenti a rischio in misura maggiore proprio in chi è più alterato. Tali bias sono ancora più ampliati nei soggetti adolescenti dove la propensione al rischio e alla sopravvalutazione delle proprie capacità può assumere aspetti normativi, nel senso di diventare la norma del gruppo, e soprattutto essere funzionale, secondo diversi studiosi³, all'inclusione sociale e all'affermazione della propria identità.

Le domande si concentrano dunque sull'aspetto della percezione del proprio stato e dei rischi associati per farne un terreno privilegiato della relazione educativa. L'interesse prioritario è ristretto al gruppo di soggetti che sono risultati successivamente con valori di alcolemia superiori a quelli consentiti per la guida o a coloro che hanno dichiarato di aver assunto una sostanza stupefacente. *Per questo motivo il gruppo di soggetti che ha risposto alle domande successive si è ulteriormente ristretto ai 367 guidatori a rischio.*

La prima domanda posta è: "Come ti senti in questo momento?". Il campione si è espresso sulla percezione del proprio stato collocandosi in una scala da 1 a 5, dove 1 corrisponde al sentirsi del tutto lucidi e 5 del tutto alterati. È emerso come la maggior parte (61,5%) di coloro che sono risultati al successivo controllo alcolemico al di sopra del valore legale o che hanno consumato almeno una sostanza hanno anche indicato di sentirsi lucidi (punteggi 1 o 2 della scala), mentre solo una minima parte (7,4%) ha dichiarato di sentirsi alterato (punteggi 4 o 5 della scala).

Si è poi chiesto al campione se guidare in quel momento rappresenti un rischio o meno. Dalla tabella sottostante si nota come una percentuale di persone significativa in tutti è quattro i territori percepisca il rischio della propria condizione. Difatti coloro che non percepiscono alcun rischio sono risultati intorno al 50%, con il valore più basso registrato nel territorio dell'UMG Monza Brianza. Tale quota è risultata in miglioramento dagli anni passati dove la percentuale di coloro che non percepivano alcun rischio era molto più elevata (fino all'80%).

Tuttavia la quota di coloro che nonostante siano in condizioni non idonee alla guida non sentono di correre alcun tipo di rischio è ancora troppo ampia. Inoltre, a rafforzare l'immagine di un quadro non del tutto rassicurante si osserva come nella restante parte dei guidatori, il livello di rischio percepito non sia rilevante. Difatti il 40,6% dei guidatori in stato alterato ha risposto che il rischio percepito è accettabile, mentre solo il 10% circa lo ha ritenuto inaccettabile.

Tab. 8 - Percezione del proprio stato per territorio nei soggetti risultati sopra al valore legale

Come ti senti in questo momento?		progetto				Totale
		UMG Milano 1	UMG Milano 2	UMG MB	UMG Varese	
lucido	N	69	38	31	86	224
	%	59,0%	63,3%	58,5%	64,7%	61,5%
non è lucido	N	42	18	18	35	113
	%	35,9%	30,0%	34,0%	26,1%	31,0%
alterato	N	6	4	4	13	27
	%	5,1%	6,7%	7,5%	9,7%	7,4%
Totale	N	117	60	53	134	364
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tab. 9 - Distribuzione della percezione del rischio per progetto

Guidare in questo momento per te:		progetto				Totale
		UMG Milano 1	UMG Milano 2	UMG MB	UMG Varese	
non è un rischio	N	64	33	19	65	181
	%	55,7%	53,2%	37,3%	48,5%	50,0%
è un rischio accettabile	N	45	24	26	52	147
	%	39,1%	38,7%	51,0%	38,8%	40,6%
è un rischio inaccettabile	N	6	5	6	17	34
	%	5,2%	8,1%	11,8%	12,7%	9,4%
Totale	N	115	62	51	134	362
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fino a questo punto i soggetti intervistati non conoscono il livello di alcolemia. Le domande vengono poste dagli operatori per permettere loro di costruire un profilo di rischio che verrà integrato con la misura dell'alcolemia. Tutte queste informazioni servono a decidere come sviluppare il colloquio educativo e quali strumenti integrativi proporre. A coloro che risultano al di sopra del valore legale vengono poste domande aggiuntive per conoscere le intenzioni di guida. Qui di seguito sono riportati i risultati di questa seconda parte dell'intervento.

4. Intenzioni di guida

Ogni guidatore a rischio deve esprimersi rispetto alla possibilità di scegliere una proposta alternativa alla guida. Tra le proposte che vengono indagate vi è la possibilità di chiedere ad un amico sobrio di guidare, la possibilità di chiamare un taxi e per ultimo quella di aspettare per permettere all'alcolemia di scendere fino ad un livello consentito. Coloro che invece scelgono una delle opzioni a rischio devono decidere se guidare anche se sono consapevoli del proprio stato o rimanere nel locale continuando a bere.

Le risposte a questa domanda rappresentano un indicatore dell'efficacia dell'intervento poiché testimoniano di quanti guidatori a rischio dopo l'intervento cambino idea rispetto alla possibilità di guidare e alle intenzioni dichiarate nella parte iniziale del questionario. Questo è un dato fondamentale dunque per comprendere se il lavoro degli operatori e gli strumenti utilizzati hanno sortito un qualche effetto nel target.

La percentuale di persone che adotta una scelta protettiva tra i guidatori a rischio è risultata assolutamente significativa. **Difatti il 56% dei guidatori a rischio dopo aver appreso il livello di alcolemia e partecipato ad una delle altre proposte educative (colloquio con gli operatori, uso del simulatore di guida) hanno dichiarato di aver intenzione di rinunciare al mettersi alla guida in quel momento.** I territori sono tutti sopra al 40% e per quanto riguarda l'UMG MB e l'UMG Varese questi valori salgono sopra al 60%. L'opzione più selezionata è quella di scegliere un amico sobrio al quale far guidare la macchina.

Questo risultato è ancora più rilevante se si fa riferimento alle risposte alla domanda precedente. Difatti la quota di coloro che

Tab. 10 - Distribuzione delle scelte di guida per progetto

	UMG Milano 1	UMG Milano 2	UMG MB	UMG Varese	totale
scelta a rischio (guiderò/rimarrò nel locale e continuerò a bere)	49 60%	26 50%	15 37%	45 34%	135 44%
scelta protettiva (chiederò ad un amico sobrio, prenderò un taxi, aspettarò senza bere)	32 40%	26 50%	26 63%	89 66%	173 56%
Totale	81 100%	52 100%	41 100%	134 100%	308 100%

hanno risposto di non percepire il rischio o di ritenerlo accettabile per la guida era pari al 90%. Quindi molti di questi hanno cambiato atteggiamento indicando l'intenzione di non guidare. La pressione sociale che si innesca durante gli interventi, la consapevolezza di essere al di sopra dei limiti legali e di essere passibili di sanzioni aumenta notevolmente le scelte protettive nel campione.

Conclusioni

L'indagine ha evidenziato come nei contesti dell'aggregazione notturna siano presenti notevoli fattori di rischio collegati all'assunzione di bevande alcoliche e all'uso di sostanze.

I segnali di rischio raccolti vanno dal livello di alcolemia medio, in crescita dal 2010 al 2011, alla normalizzazione di comportamenti come l'assunzione di grandi quantità di alcol in breve tempo (binge-drinking), che vengono dichiarati dalla maggioranza del campione, all'assunzione di sostanze stupefacenti in percentuali non irrisorie del campione totale (circa 1 su cinque). A questo si aggiunge la difficoltà registrata nel mettere in atto comportamenti protettivi sia prima (evitando di bere se si è alla guida), sia dopo (evitando di mettersi alla guida se si è già bevuto). Tuttavia è proprio su questi due fronti che si sono registrati segnali incoraggianti. Difatti alla fine dell'intervento molti guidatori a rischio decidono di rinunciare alla guida preferendo far guidare la macchina ad un amico sobrio.

Note

1. Comprende i distretti di Garbagnate, Rho, Corsico, Legnano, Castano Primo, Magenta.
2. Comprende i distretti di Paullo, San Giuliano M., Pioltello, Cernusco S/N, Melzo, Binasco, Rozzano, Trezzo sull'Adda.

3. Le Breton D. (2003), "Le condotte a rischio tra i giovani", *Animazione Sociale*, 2: 47-56; Nizzoli U., Colli C. (2004), *Giovani che rischiano la vita*, McGraw-Hill, Milano.

Bibliografia

- De Santi A. (2001), "La prevenzione dei comportamenti a rischio di incidente stradale", in Taggi F., di Cristofaro Longo G. (a cura di), *I dati socio-sanitari della sicurezza stradale*, Istituto Superiore di Sanità, Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, Roma: 289-302.
- Flowers N.T., Naimi T.S., Brewer R.D., Elder R.W., Shults R.A., Jiles R. (2008), "Patterns of alcohol consumption and alcohol-impaired driving in the United States", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32:4: 639-51.
- Jackson P.G., Tunbridge R.J., Rowe D.J. (2000), "Drug recognition and field impairment testing: Evaluation of trials", in *Alcohol, drugs and traffic safety*. Proceedings of the 15th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety, May 21-26, Stockholm, Sweden.
- Le Breton D. (2003), "Le condotte a rischio tra i giovani", *Animazione Sociale*, 2: 47-56.
- Mura P., Chatelain C., Dumestre V., Gaulier J.M., Ghysel M.H., Lacriox C., Kergueris M.F., Lhermitte M., Moulsmas M., Pepin G., Vincent F., Kintz P. (2006), "Use of drugs of abuse in less than 30 year old drivers killed in a road crash in France: A spectacular increase for cannabis, cocaine and amphetamines", *Forensic Science International*, 160: 168-72.
- Nizzoli U., Colli C. (2004), *Giovani che rischiano la vita*, McGraw-Hill, Milano.
- Ogden E., Frederiksen T., Stough C., King R. (2009), "Responsibility analysis: Screening of drugs in blood samples from injured drivers in Victoria", Poster presented at the Australasian Professional Society on Alcohol and other Drugs, Darwin, Australia, 1-4 November.
- Sewell R.A., Poling J., Sofuoglu M. (2009), "The effect of cannabis compared with alcohol on driving", *American Journal on Addictions*, 18:3: 185-93.
- West R., Wilding J., French D., Kemp R., Irving A. (1993), "Effects of low and moderate doses of alcohol on driving hazard perception latency and driving speed", *Addiction*, 88:4: 527-32.
- Zani (2000), *Psicologia e salute*, Il Mulino, Bologna.

RECENSIONE



Michele Contel, Enrico Tempesta
(a cura di)

ALCOL E GIOVANI
Cosa è cambiato in vent'anni

€ 17,00
Editore: Carocci

(1991-2010). L'Indagine Osservatorio-Doxa 2010, a cura di Ennio Salamon, propone una statistica aggiornata del fenomeno. Daniele Rossi ne traccia le valenze socioeconomiche, mentre le implicazioni socio-sanitarie e pedagogiche sono affrontate nei contributi di Maurizio Fea e Maria Antonia Modolo, con particolare attenzione, rispettivamente, agli aspetti della prevenzione e delle strategie di contrasto al disagio giovanile che si coniuga con l'abuso di alcolici. Infine, la filosofia dell'Osservatorio trova nei testi di Enrico Tempesta, Michele Contel e Amedeo Cottino una declinazione sistematica. Il libro si conclude con le *lectiones magistrales* di Giuseppe De Rita e Umberto Galimberti, dedicate rispettivamente ai modelli di autoregolazione dei consumi e al nichilismo dell'attuale condizione giovanile.

Michele Contel, filosofo, è vicepresidente dell'Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcool. Si occupa dei fenomeni del consumo e dell'abuso di bevande alcoliche con particolare attenzione alle politiche di promozione della salute in un'ottica di costruzione sociale di percorsi non repressivi fondati sulla nozione di persuasione e autoregolazione responsabile.

Enrico Tempesta, già professore associato di neuropsicofarmacologia all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma e responsabile del servizio per il trattamento delle dipendenze farmacologiche del Policlinico Gemelli, è presidente del Laboratorio scientifico dell'Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcool.

Gli effetti e i possibili rischi delle interazioni tra farmaci ed alcol

Donato Donnoli*

SUMMARY

■ *Examines the impacts and potential risks due to the interaction of both pharmacodynamic and pharmacokinetic of drug-drug and alcohol also lists some examples of clinical situations encountered in the literature. It also drawn to the need for a critical reflection on these problems in order to ensure improvement of good clinical activities and promotion of the health of the individual.* ■

Keywords: *drugs, alcohol, drug interactions, health risk.*

Parole chiave: *farmaci, alcol, interazioni farmacologiche, rischio per la salute.*

È certamente ben conosciuto il dato sociale di un attuale diffuso consumo di alcol anche non necessariamente legato a situazioni d'abuso, ma, in ogni caso, inserito in una "cultura" favorevole al bere.

Il problema, dal punto di vista clinico-farmacologico, si pone quando all'assunzione di farmaci si associa il consumo di alcol potendosi produrre delle interazioni farmacodinamiche e/o farmacocinetiche che possono comportare delle implicazioni cliniche.

È noto che la farmacodinamica si interessa dei meccanismi d'azione dei farmaci mentre la farmacocinetica si interessa del metabolismo dei farmaci una volta introdotti nel nostro organismo. Le interazioni farmacodinamiche, pertanto, sono prevalentemente quelle prodotte da farmaci che agiscono sullo stesso sistema recettoriale e poiché l'alcol è anche una sostanza psicoattiva, le situazioni più frequenti di interazioni farmacodinamiche si riscontrano quando l'alcol si associa all'assunzione di psicofarmaci.

Le interazioni farmacodinamiche così prodotte sono caratterizzate perciò dal potenziamento dell'azione neurodipendente dell'alcol che consegue alla sua associazione con barbiturici, sedativi (come amitriptilina e nortriptilina), antiistaminici H1, benzodiazepine, etc.

Alcuni dei farmaci appena elencati, soprattutto le benzodiazepine, vedono attualmente un loro largo consumo.

Da qui la necessità di una continua ed attenta opera di informazione e prevenzione.

L'alcol, infatti, peggiora le prestazioni motorie e cognitive già modificate, in parte, dall'uso di tali psicofarmaci.

Per quanto riguarda le interazioni farmacocinetiche tra alcol e farmaci, esse riguardano principalmente le alterazioni dell'assorbimento e del metabolismo epatico che vedono il coinvolgimento del *Sistema Microsomiale Ossidativo* con enzimi che intervengono nel metabolismo delle due sostanze (alcol-farma-

co) assunte con possibile insorgenza di fenomeni di inibizione, di competizione o di sommazione che possono aver luogo su bersagli comuni.

Questo comporta risvolti clinici a volte anche gravi; vi sono casi, infatti, riportati in letteratura scientifica, accaduti in soggetti che, pur avendo smesso di bere alcolici, all'assunzione di un farmaco antinfiammatorio come, ad esempio, il paracetamolo, hanno sviluppato di seguito gravi ed ha volte gravissime intossicazioni epatiche e questo perché a livello del *Sistema Microsomiale Ossidativo* sia il paracetamolo e sia l'alcol vengono metabolizzati dallo stesso citocromo P4502E1 (che, in ogni caso, presenta una maggiore affinità nel metabolizzare l'alcol).

La biotrasformazione del paracetamolo ad opera del citocromo P4502E1 produce un catabolita epatotossico.

L'assunzione contemporanea di paracetamolo ed alcol comporta una diminuzione della formazione del catabolita epatotossico poiché il citocromo P4502E1 opera maggiormente, per affinità, verso l'alcol.

In tal caso avremo una sorta di ruolo "protettivo" dell'alcol verso i danni da paracetamolo.

In assenza di alcol, invece, tutta l'azione del suddetto citocromo si concentrerà sul metabolismo del paracetamolo con maggior produzione di cataboliti tossici epatici.

Un altro esempio di interazione farmacocinetica è dato dall'assunzione contemporanea di alcol e di tutta una serie di farmaci appartenenti a categorie terapeutiche diverse aventi, però, in comune la capacità di produrre un fenomeno definito "disulfiram simile" e legato al metabolismo di un altro enzima che interviene nel metabolismo dell'alcol: l'aldeide-deidrogenasi.

Questo enzima viene inibito dal farmaco disulfiram determinando un accumulo di acetaldeide con fenomeni tossici che clinicamente si manifestano con malessere, vampate di calore e rossore al viso, formicolii, cefalea, astenia, tachicardia ed ipotensione arteriosa.

Queste caratteristiche del disulfiram ne possono consentire, sotto controllo ed informazione del medico al paziente, l'utilizzo nei soggetti che si sono allontanati dall'alcolismo e intendo-

* Farmacologo, Responsabile U.O. Ser.T. Villa d'Agri - Azienda Sanitaria Potenza - Direttivo Nazionale FeDerSerD.

no perseverare nell'astenersi dall'assunzione alcolica perché, conoscendo gli effetti del disulfiram, non possono bere alcolici. Per tale motivo, in questo tipo di terapia, il disulfiram viene definito anche con il termine di "farmaco avversivante".

Tale farmaco, quindi, non va assolutamente somministrato in persone ancora in pieno "potus alcolico".

Molti farmaci, appartenenti, come detto, a categorie terapeutiche diverse, possono provocare, se assunti insieme all'alcol, un effetto "disulfiram simile" poiché, tra i loro aspetti farmacologici, hanno anche la capacità di interferire con il metabolismo dell'aldeide-deidrogenasi.

Citiamo, ad esempio, gli antibiotici e i chemioterapici quali il cefamandolo, il cloramfenicolo, la cicloserina, la chinacrina, l'isoniazide, il tiamfenicolo, il metronidazolo (tricomonicida), la griseofulvina (per il trattamento delle dermatofitosi); citiamo, inoltre, le sulfaniluree quali la clorpropamide, la tolbutamide, la acetosamide, la gliciclamide, la tolazamide, la clibenclamide etc. Risulta perciò opportuno sottolineare che gli eventuali effetti negativi dovuti alle interazioni tra farmaci ed alcol possono costituire un problema clinico-farmacologico complesso

ed a volte misconosciuto che va, invece, sottoposto ad una attenta riflessione critica al fine di assicurare il miglioramento delle buone prassi cliniche e la promozione della salute dell'individuo.

Bibliografia

Lane E. et al. (1985), "Effects of Ethanol on Drug and Metabolite Pharmacokinetics", *Clinical Pharmacokinetics*, vol. 10: 228-247.

Lieber C. (1990), "Interaction of Alcohol with Other Drugs and Nutrients", *Drugs*, vol. 40, suppl. 3: 23-44.

Girre C. et al. (1993), "Increased Metabolism of Acetaminophen in Chronically Alcoholic Patients", *Alcohol Clin. Exp. Res.*, vol. 17: 170-173.

Enouf D. (1995), "Interactions alcool-médicaments", *Thérapie*, vol. 50.

Slattery J. et al. (1996), "The Complex Interaction between Ethanol and Acetaminophen", *Clin. Pharmacol. Ther.*, vol. 60: 241-246.

Marmo E. (1991), *Farmacologia Generale e Speciale*, Utet, Torino.

FeDerSerD/FORMAZIONE

Adolescenza e Patologie della Dipendenza: Aspetti Biopsicosociali e Terapeutici

VII CONGRESSO FEDERSERD REGIONE LAZIO
Roma 19-21 novembre 2012

Mission

I consumi di sostanze psicotrope legali ed illegali sono sempre molto diffusi tra gli adolescenti. Gli ultimi studi europei e nazionali stimano che circa il 2,6 % degli studenti tra i 15 e i 19 anni abbia consumato cocaina ed il 22,6% abbia consumato cannabis almeno una volta nella vita (Relazione al Parlamento 2012). Eppure raramente la popolazione giovanile si rivolge ai servizi per le dipendenze sia per la bassa percezione della problematicità attribuita al consumo di sostanze, sia per una carente offerta clinica specifica per questo target di popolazione. D'altro lato una sempre più vasta percentuale di famiglie si rivolge ai servizi di Neuropsichiatria Infantile per l'insorgere di psicopatologia nei figli adolescenti, molti dei quali hanno avuto periodi di consumo/abuso di sostanze.

Le attuali conoscenze scientifiche rimarcano la forte associazione di quadri di psicopatologia in adolescenza con il consumo di sostanze.

Il programma e gli obiettivi

La Federazione Italiana degli operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze - Regione Lazio (FeDerSerD Lazio) in

collaborazione con il Dipartimento di Pediatria e Neuropsichiatria Infantile dell'Università la Sapienza di Roma propone una manifestazione congressuale al fine di esplorare lo stato dell'arte su tali problematiche e per promuovere la diffusione e lo scambio di buone pratiche in tema di adolescenza e dipendenze patologiche, al fine di migliorare la qualità della consulenza e dell'assistenza a favore di giovani consumatori di sostanze.

Pertanto, il congresso si prefigge di approfondire le più ampie e aggiornate conoscenze scientifiche proprie dei due ambiti e di porre le basi per una corretta gestione paziente adolescente che faccia uso di sostanze o che abbia comportamenti di addiction.

I destinatari

Il congresso è rivolto a medici, psicologi, psichiatri, neuropsichiatri infantili, infermieri, assistenti sociali, educatori professionali delle AA.SS.LL. (Servizi per le Dipendenze, Servizi del Materno Infantile / Tutela Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva) e dell'Università. Per la prima giornata è prevista la partecipazione gratuita degli studenti dell'Università "Sapienza", degli specializzandi delle Scuole di Specializzazione in Psicoterapia e dei volontari impegnati nel campo delle dipendenze.

Adolescenza e Patologie della Dipendenza: Aspetti Biopsicosociali e Terapeutici *Lo Stato dell'Arte*

Lunedì 19 novembre 2012
Aula Magna Università di Roma "Sapienza"

Ore 13.30 – **Registrazione dei partecipanti**

Presidente Ordine degli Psicologi del Lazio – dott.ssa Marialori Zaccaria

Ore 14.30 – **Apertura congresso:**

Presidente Nazionale FeDerSerD – Alfio Lucchini
Presidente Regione Lazio FeDerSerD – Claudio Leonardi

I SESSIONE Plenaria

Moderatori: G. Monniello – C. Leonardi

Sono stati invitati

Ministero Salute – dott. Renato Balduzzi
Direttore Regionale Assetto Istituzionale Regione Lazio – dott.ssa Carmen Cipriani
Area Programmazione Soggetti Deboli Regione Lazio – dott.ssa Simonetta Fratini
 Rettore Università Di Roma "Sapienza" – Prof. Luigi Frati
Presidente Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri – dott. Roberto Lala

Lettura Magistrale
I sistemi motivazionali
Teodosio Giacolini

Lettura Magistrale
Aspetti neurobiologici e di farmacogenomica della tossicodipendenza
Gilberto Gerra

Ore 17.30 – Chiusura dei lavori prima giornata

Adolescenza e Patologie della Dipendenza: Aspetti Biopsicosociali e Terapeutici *Le prospettive Cliniche*

Martedì 30 novembre 2012
Sala Congressi Hotel Universo

Ore 9.00 – **II SESSIONE – L'universo adolescente**
Moderatori: C. Pieri – G. Monniello

L'adolescente e i suoi rapporti con il mondo
Emanuele Bignamini
Il linguaggio dei nuovi media e gli adolescenti
Michele Marangi

Discussione

Ore 11.00 – Coffee Break

Ore 11.30 – **III SESSIONE – I processi clinici nelle patologie dell'adolescenza**
Moderatori: G. Barletta – I. Ardizzone

Psicosi in adolescenza: nuovi orientamenti teorico-clinici
Mauro Ferrara
Evoluzione e trasformazione dei modelli interpretativi delle patologie dell'adolescenza
Ugo Sabatello
Forme di adattamento giovanile
Claudio Cippitelli
Percorsi di reinserimento autonomo di adolescenti problematici
Don Egidio Smacchia

Discussione

Ore 13.30 – Lunch

Ore 14.30 – **IV SESSIONE – Tavola rotonda: Confronto tra modelli d'intervento ed ipotesi di lavoro**
Conduce: A. Di Stefano

E. Bignamini, M. Marangi, U. Sabatello, M. Ferrara, C. Cippitelli, E. Smacchia, T. Giacolini

Ore 16.00 – **V SESSIONE – Focus On**
Moderatori: G. Anastasi – F. Di Francescantonio

Adolescenti tabagisti
Piergiorgio Zuccaro
Tabagismo e servizi territoriali: dove inserire esperienze e organizzazione di un CTT
Giacomo Mangiaracina
Alcol e Adolescenti
Simona Pichini

Discussione

Ore 18.00 – Chiusura lavori giornata seconda giornata

Mercoledì 21 novembre 2012
Sala Congressi Hotel Universo

Ore 9.00 – **V SESSIONE – Working in Progress**

Moderatori: P.F. D'Egidio – C. Leonardi

Progetto STAR – Consensus Nazionale sui Trattamenti TD

I Trattamenti non Farmacologici

M. Ferdico

Le Patologie Infettive

E. Cozzolino

La Procedura dell'Accoglienza

R. Balestra

La Definizione del Programma Terapeutico

F. Nava

Discussione

Ore 11.00 – **VI SESSIONE – L'appropriatezza dei trattamenti farmacologici nell'alcolismo**

Moderatori: A. Giuliani – O. Coletta

Sodio-Ossibato

E. Manzato

Acamprosato

M. Ceccanti

Ore 13.00 – Compilazione Questionario ECM e Chiusura Congresso

Ore 13.30 – Assemblea FeDerSerD Regione Lazio

INFO

Data e sede

Lunedì 19 novembre 2012 – Aula Magna Università di Roma "Sapienza" – P.le Aldo Moro, 5

Martedì 20 novembre e Mercoledì 21 novembre 2012 – Hotel Universo – Via Principe Amedeo, 5 00185 Roma – tel. 06 476811 (di fronte alla Stazione Termini)

Crediti ECM

Il congresso è accreditato ECM per tutte le figure professionali del settore: medico, psicologo, infermiere, educatore professionale, assistente sanitario. I crediti formativi sono richiesti anche per la figura professionale dell'assistente sociale.

Presentazione abstract

È possibile inviare esperienze e comunicazioni scritte che verranno pubblicate in un libro degli abstracts distribuito in sede congressuale. Le esperienze dovranno essere relative alle aree tematiche del Congresso. Per sottoporre l'abstract all'apposito Comitato Scientifico sarà necessario inviare un file, formato Word o Excel – carattere Times New Roman – dimensione 12 – spaziatura 1,5 – max 4 fogli elettronici comprendenti testo, grafici e tabelle, indicando: titolo – autore/i – struttura/servizio.

I LAVORI DOVRANNO ESSERE INVIATI
ALL'INDIRIZZO E-MAIL FEDERSERD@EXPOPOINT.IT

ENTRO IL **4 NOVEMBRE 2012** INDICANDO
NECESSARIAMENTE NEL TESTO DI ACCOMPAGNAMENTO:
NOME – COGNOME – ETÀ – SEDE DI LAVORO
DEL PRIMO AUTORE

Ogni primo Autore dello studio (che dovrà essere individuato mediante una sottolineatura del testo) verrà informato dell'ac-

cettazione del lavoro in seguito alla valutazione effettuata dal Comitato Scientifico Nazionale di FeDerSerD e dovrà essere presente al congresso per rendersi disponibile ad un confronto con i congressisti durante gli intervalli dello stesso.

Quote di partecipazione

non laureati soci 2012 FeDerSerD – euro 10,00 (+ iva se dovuta)

laureati soci 2012 FeDerSerD – euro 20,00 (+ iva se dovuta)

non laureati non soci FeDerSerD – euro 80,00 (+ iva se dovuta)

laureati non soci FeDerSerD – euro 120,00 (+ iva se dovuta)

studenti e specializzandi e partecipanti no crediti ECM – euro 30,00 (+ iva se dovuta)

È possibile iscriversi a FeDerSerD per l'anno 2012/2013 in occasione del Congresso e quindi usufruire della quota ridotta di socio. È necessario inviare l'iscrizione a FeDerSerD prima del Congresso.

**Quote associative: € 50,00 per i laureati
e € 30,00 per i non laureati**

È possibile effettuare da subito l'iscrizione, mettendosi in contatto con il dott. Claudio Leonardi (3291710547 – leonardiclaudio1958@libero.it) e anche online connettendosi ai siti: www.expopoint.it o www.federserd.it selezionando l'evento di riferimento da quando pubblicato.

Per ulteriori informazioni:

Segreteria FeDerSerD – Expopoint Organizzazione Congressi Eventi – Via Matteotti, 3 – 22066 Mariano Comense (Co) – Telefono 031 748814 – Fax 031 751525 – e-mail federserd@expopoint.it

Un caso di trattamento farmacologico con Acamprosato in un paziente alcolista con schizofrenia

Ottaviano Cricenti, Michela Grassi, Rosanna Purich, Alessandro Vegliach, Salvatore Ticali*

SUMMARY

■ *Acamprosate with psychosocial support is a safe and well accept therapy in patients with alcohol dependence. The motivational intervention directed to the full abstinence and abstinence at the beginning of the treatment are crucial for the compliance to the acamprosate and for the treatment outcomes. The case report – SB is a caucasian male 49 years old who has a diagnosis of “Undifferentiated Schizophrenia”. He responds to DSM-IV diagnostic criteria for Alcohol Dependence. The patient accept a program of daily etiltest next to periodical motivation talks with the active support of the equipe. The program, carried out for about three month, has produced positive results because there was been a growth of awareness and motivation and there was been a partial abstinence. After that the equipe decided to introduce the variable acamprosate which was regarded by the patient more acceptable than an individual employment that it would be difficult to follow up for him. After a few days of prescription, the patient reported, with much emphasis, that he was “miraculously cured”: he drank two beers and he hadn’t take pleasure. Discussion – In this case the decision to prescribe acamprosate is derived by different considerations: the impossibility to use disulfiram because it’s clearly contraindicated; the presence of a psychiatric treatment which is hepatotoxic; the psychopathological profile isn’t suitable with a community treatment. Literature also reveals that another indicator to the advantage of this choice is the absence of cognitive impairment which is important in psychiatric patients. ■*

Keywords: Alcohol dependence, Schizophrenia, Acamprosate.

Parole chiave: Dipendenza da alcol, Schizofrenia, Acamprosato.

Introduzione

La sfida terapeutica principale per la gestione efficace della dipendenza da alcol è il mantenimento dell’astinenza e la prevenzione delle recidive.

La prevenzione delle recidive ha la sua rilevanza per ridurre i costi dell’ospedalizzazione e della riabilitazione, così come la perdita di produttività lavorativa alcol-correlata.

Negli ultimi due decenni, numerosi studi clinici controllati hanno dimostrato che l’acamprosato, in combinazione con il supporto psico-sociale, è una terapia sicura e ben accettata che sembra prolungare i periodi di astinenza completa per molte persone e riduce il tasso di ricaduta in pazienti con una dipendenza da alcol.

L’acamprosato sembra funzionare normalizzando la disregolazione NMDA-mediata della neurotrasmissione glutammatergica che si verifica durante il consumo cronico di alcol e in corso di sindrome astinenziale, attenuando i meccanismi fisiologici che possono indurre la ricaduta.

La molecola richiede circa una settimana per arrivare allo steady-state nel sistema nervoso e gli effetti sul comportamento

di consumo tipicamente persistono anche dopo la conclusione del trattamento.

L’acamprosato può essere visto come un prototipo di un approccio neuromodulatorio per il trattamento dell’alcolismo.

Più in particolar, a differenza di farmaci come il disulfiram che agisce sul metabolismo dell’alcol, e il naltrexone che agisce come antagonista dei recettori oppioidi, l’acamprosato lavora per migliorare i cambiamenti di fondo nella neurochimica causati da assunzione cronica di alcol e per ristabilire l’omeostasi di tali sistemi.

Dunque non agisce all’interno di un modello di punizione (come nel caso del disulfiram) o in un approccio agonista/antagonista volto a diminuire il valore del rinforzo dell’alcol (Mason B.J. & Heyser C.J., 2010).

È interessante notare come questo approccio di neuromodulazione indiretta produca meno effetti collaterali e promuova tassi di compliance superiori tra i pazienti (Bouza C. e coll., 2004).

L’acamprosato è adatto per il trattamento di un’ampia popolazione di pazienti dipendenti da alcol dato il suo ottimo profilo di sicurezza osservato negli studi clinici, anche a motivo delle sue caratteristiche farmacocinetiche e farmacodinamiche.

Più in particolare, non sembra interagire con l’alcol o con sostanze comunemente usate per curare l’alcolismo (ad esempio: il disulfiram, gli antidepressivi, gli ansiolitici, i neurolettici, o gli ipnotici) né sembra interagire negativamente con il naltrexone.

* *Struttura Complessa Dipendenza da Sostanze Legali. Dipartimento delle Dipendenze - Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 “Triestina”.*

Può essere somministrato a pazienti con disfunzione epatica, in quanto non soggetto a significativo metabolismo epatico (anche se non dovrebbe essere usato nei pazienti con insufficienza renale). L'acamprosato può essere utile per il trattamento di pazienti alcolisti e tossicodipendenti in trattamento con metadone.

E, infine, non ha alcuna possibilità di abuso e sembra avere minimi effetti farmacologici a parte quelli coinvolti nella riduzione del tasso di ricaduta da alcol (Mason B.J. & Heyser C.J., 2010).

Un certo numero di lavori suggerisce che l'acamprosato possa avere effetti neuroprotettivi (Engelhard K. e coll., 2000; Littleton J.M., 2007).

La neuroprotezione potrebbe essere particolarmente importante nel trattamento della dipendenza da alcol considerato il potenziale impatto dell'esposizione cronica dell'etanolo e della sindrome astinenziale nella sopravvivenza neuronale (Davidson M. e coll., 1995; Grant K.A. e coll., 1990; Davidson M. & Wilce P., 1998).

L'acamprosato sembra dunque rappresentare una strategia di trattamento possibile, anche in ragione della sua sicurezza, per supportare il mantenimento dell'astinenza dopo la disintossicazione in pazienti con una dipendenza da alcol.

Anche se le dimensioni dell'efficacia del trattamento sembrano essere controverse nella loro portata, dovrebbero essere valutate alla luce della natura recidivante dell'alcolismo e del numero limitato di opzioni terapeutiche attualmente disponibili per il suo trattamento (Rösner S. e coll., 2010).

La motivazione a diventare completamente astinenti e l'astinenza all'inizio del trattamento sono importanti per la compliance precoce.

La compliance di lungo periodo, in combinazione con la motivazione a diventare pienamente astinenti, e il trattamento (acamprosato versus placebo) sono predittivi della durata dell'astinenza.

Questo suggerisce che gli interventi motivazionali orientati alla piena astinenza, e l'astinenza all'inizio del trattamento sono cruciali sia per la compliance all'acamprosato sia agli esiti del trattamento.

La scoperta che l'acamprosato non ha effetti negativi sui sintomi cognitivi in pazienti schizofrenici è clinicamente rilevante e rinforza gli studi precedenti che riportano l'uso sicuro del farmaco nella riduzione dell'abuso alcolico in questo gruppo di pazienti (Koeter M.W. e coll., 2010).

Caso clinico

S.B. è un maschio caucasico di 49 anni che veniamo a conoscere agli inizi del mese di marzo di quest'anno, dietro richiesta di valutazione da parte del Centro di Salute Mentale.

Si tratta di una persona affetta da schizofrenia di tipo indifferenziato in carico al CSM e in trattamento con quetiapina 600 mg/die e triazolam 0,250 mg/die.

Risponde ai criteri diagnostici del DSM-IV per Dipendenza da Alcol (CAGE=4).

Ha una propensione al consumo di bevande alcoliche finalizzata all'intossicazione, e presenta una sintomatologia astinenziale di tipo fisico, quando non fa uso della sostanza.

Fin dall'inizio dell'accoglimento è apparsa chiara la gravità della situazione psicopatologica e le difficoltà di una prospettiva terapeutica di tipo alcolico.

Il paziente pur ammettendo una condotta di abuso, negava la necessità di un trattamento, men che meno di tipo comunitario. Le caratteristiche della situazione peraltro controindicavano, in quel momento, la strutturazione di un percorso di tipo residenziale.

La capacità di insight relativa alla condizione psicopatologica portava ad un conseguente atteggiamento difensivo relativamente alla consapevolezza del PAC (Problema Alcol Correlato).

La richiesta del CSM, per quanto difficile da accogliere, era chiaramente motivata dalla difficoltà di gestire un paziente grave con una comorbidità in senso alcolico: il disturbo psichiatrico con le sue caratteristiche di compromissione cognitiva, relazionale e di funzionamento globale, era aggravato dalla propensione alla deriva sociale tipica delle patologie alcol-correlate.

S.B. Prestava scarsa cura all'igiene personale e dell'ambiente domestico; passava gran parte del tempo a coltivare delle ruminazioni ideative, e dunque a ritirarsi socialmente, utilizzando l'alcol come sponda terapeutica non convenzionale.

Da qui la difficoltà di convincere il paziente a prendersi cura di sé attraverso un programma di disintossicazione, anche considerata l'esiguità degli strumenti a disposizione nel fronteggiamento di una tale situazione: il paziente rifiutava, peraltro comprensibilmente, ogni tipo di trattamento che comprendesse la gruppabilità, inclusi quei percorsi psicoeducativi ad indirizzo cognitivo che spesso permettono di elicitare la motivazione senza necessariamente mettere in gioco la parte emotivo-relazionale della persona.

Da qui la proposta, accolta con estrema riluttanza, di portare avanti un programma di etiltest quotidiani, accanto a dei colloqui motivazionali periodici con il sostegno attivo dell'équipe curante.

Il programma, portato avanti per circa 3 mesi ha dato risultati positivi nei termini di un mantenimento seppur parziale dell'astinenza, e di una crescita della consapevolezza e della motivazione.

Il mantenimento della continuità di un programma così concepito tuttavia, seppure poco impegnativo, rappresentava per il paziente una notevole fatica considerata la condizione "abulica" sottostante, e comunque aveva permesso il raggiungimento di obiettivi di minima con altissimo impiego di risorse professionali.

Da qui la decisione di introdurre la variabile acamprosato che, in quanto farmaco era considerato più accettabile dal punto di vista del paziente più propenso a considerare la cura passare attraverso la medicalizzazione dei percorsi che non un lavoro individuale, che peraltro avrebbe fatto molta fatica ad affrontare. Dopo pochi giorni dalla prescrizione (il programma frattanto era cambiato e diventato più sostenibile), il paziente riferiva con molta enfasi di essere stato "miracolato": aveva bevuto due birre e non aveva provato piacere.

Quindi aveva deciso di fermarsi, avanzando considerazioni di carattere economico: "perché dovrei spendere soldi per niente?". La somministrazione del farmaco, in parte a carico del CSM, di fatto sta permettendo a S.B. di mantenere l'astinenza da ormai 5 mesi.

I colloqui di monitoraggio rilevano il consolidamento della motivazione a proseguire il trattamento.

Discussione

In questo caso la decisione di prescrivere l'acamprosato è derivata da tutta una serie di considerazioni: l'impossibilità di utilizzare il disulfiram in quanto chiaramente controindicato; la presenza di uno schema terapeutico psichiatrico già di per sé epatotossico; il profilo psicopatologico non idoneo ad un trattamento comunitario/gruppale all'interno di un Servizio non orientato al trattamento dei PAC in "doppia diagnosi", e dunque organizzato secondo modelli di setting per forza di cose rigidi, che il paziente non sarebbe stato in grado di sostenere, non fosse altro per il rischio costante della risonanza emotiva propria delle situazioni

gruppali, auspicabile nel trattamento degli alcolisti, pericolosa nel caso di patologie destrutturanti come la schizofrenia. Coerentemente con quanto emerge in letteratura, l'esito positivo del trattamento, è da ascrivere al mantenimento iniziale dell'astinenza, ed alla motivazione a mantenere l'astinenza. Un altro indicatore a vantaggio di questa scelta, sempre in relazione a quanto emerso in letteratura, è l'assenza di compromissione cognitiva in un trattamento farmacologico per la cura dell'alcolismo, fondamentale nei pazienti psichiatrici, in modo particolare se schizofrenici, poiché questi soffrono già degli effetti "psicotossici" della malattia, con i conseguenti effetti cognitivi, e degli effetti collaterali dei farmaci antipsicotici (anche quelli di nuova generazione di fatto hanno delle conseguenze sul piano delle performance cognitive). Sappiamo che in molti casi l'abuso di sostanze legali – alcol e tabacco – ha come finalità proprio il superamento dei limiti imposti dalla malattia e dalle terapie psicofarmacologiche (Chen X.S. e coll, 2011).

Bibliografia

Bouza C., Angeles M., Munoz A., Amate J.M. (2004), "Efficacy and safety of naltrexone and acamprosate in the treatment of alcohol dependence: a systematic review", *Addiction*, 99: 811-828.
 Chen X.S., Li C.B., Smith R.C., Xiao Z.P., Wang J.J. (2011), "Differential sensory gating functions between smokers and non-smokers among drug-naive first episode schizophrenic patients", *Psychiatry Research*, Jan 7 [Epub ahead of print].

Davidson M., Shanley B., Wilce P. (1995), "Increased NMDA-induced excitability during ethanol withdrawal: a behavioural and histological study", *Brain Research*, 674: 91-96.
 Davidson M., Wilce P. (1998), "Chronic ethanol treatment leads to increased ornithine decarboxylase activity: implications for a role of polyamines in ethanol dependence and withdrawal", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22: 1205-1211.
 Engelhard K., Werner C., Lu H., Möllenberg O., Zieglgänsberger W., Kochs E. (2000), "The neuroprotective effect of the glutamate antagonist acamprosate following experimental cerebral ischemia. A study with the lipid peroxidase inhibitor u-101033e", *Anaesthesist*, 49: 816-821.
 Grant K.A., Valverius P., Hudspeth M., Tabakoff B. (1990), "Ethanol withdrawal seizures and the NMDA receptor complex", *European Journal of Pharmacology*, 176: 289-296.
 Koeter M.W., van den Brink W., Leht P. (2010), "Effect of early and late compliance on the effectiveness of acamprosate in the treatment of alcohol dependence", *Journal of Substance Abuse Treatment*, Oct, 39(3): 218-26. Epub Jul 13.
 Littleton J.M. (2007), "Acamprosate in alcohol dependence: implications of a unique mechanism of action", *Journal of Addiction Medicine*, 1: 115-125.
 Mason B.J., Heyser C.J. (2010), "Acamprosate: a prototypic neuromodulator in the treatment of alcohol dependence", *CNS & Neurological Disorder-Drug Targets*, Mar, 9(1): 23-32.
 Ralevski E., O'Brien E., Jane J.S., Dean E., Dwan R., Petrakis I. (2011), "Effects of acamprosate on cognition in a treatment study of patients with schizophrenia spectrum disorders and comorbid alcohol dependence", *The Journal of Nervous Mental Disease*, Jul, 199(7): 499-505.
 Rösner S., Hackl-Herrwerth A., Leucht S., Leht P., Vecchi S., Soyka M. (2010), *Acamprosate for alcohol dependence*, Psychiatric Hospital, University of Munich, Nussbaumstr. 7, Munich, Germany, 80336. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Sep 8, (9): CD004332.

RECENSIONE



Stefano Dambruoso,
Vincenzo R. Spagnolo

UN ISTANCE PRIMA Com'è cambiato il terrorismo fondamentalista in Europa dieci anni dopo l'11 settembre. Il racconto di un magistrato in prima linea

pp. 206, € 17,50
Editore: Mondadori
Collana: CStrade blu. Non Fiction

Il magistrato più attivo in Italia contro il terrorismo ha affidato al giornalista di inchiesta le proprie considerazioni maturate da una lunga esperienza di indagini e di osservazione del fenomeno del terrorismo attraverso le azioni e le storie degli attentatori. Personaggi che hanno tracce di un'esistenza costruita sull'odio maturato in contesti di vita di abbandono e di frustrazioni mai affrontati. Storie di identificazioni con ideali e idoli del male, progetti di indiscussi teoremi che percorrono l'obiettivo della distruzione del diverso da sé anche attraverso il prezzo dell'autodistruzione.

Queste vite sono intrappolate in una dipendenza assoluta?

Vittime di una dipendenza senza possibilità di trattativa da un gruppo o da un'illusione di appartenenza dettata da una solitudine interiore mai colmata?

Uomini dalla storia infantile carente di cure e donne con l'odio spostato dalla figura del padre alla diversità dell'altro. Persone che non si sono mai sentite accolte dai propri oggetti primari, investiti da un'ideale reificato nella morte umana. Questo sembra rimanere l'unica manifestazione di un sentimento di appartenenza che li vede

coinvolti affettivamente solo in una parte costruita per loro da un assioma dettato da altri.

Una lotta all'angoscia legata all'affetto primario in cui non si sono potuti rispecchiare se non per la parte dell'aggressività e della trascuratezza subita. Sembrano essersi identificati solamente nella parte genitoriale della superiorità onnipotente, presente in strutture narcisistiche gravi di personalità, per evitare l'angoscia dell'abbandono. Ruolo che poi si è inevitabilmente riproposto nella vita adulta rigenerandosi in odio e rancore distruttivo verso l'altro e autolesionistico.

Una dipendenza affettiva indiscutibile ma entro la quale ci si vede riconoscerli finalmente in un ruolo interpretato in un progetto che viene abbracciato perché fa sentire soggetti e protagonisti. Molti lo saranno solo per una volta, i kamikaze addestrati con l'obiettivo di morire e far morire, ma la situazione rappresenta ciò che per loro è stato anelato fin dai primi periodi della vita di vita, essere al centro di un contesto e attori di un grande evento. Come se fosse stato un percorso preconstituito per loro, un senso, distruttivo ancora una volta, ma pur sempre un senso dato alla loro esistenza fatta di traumi e di ardore di riscatto da una mancata antica accettazione e di una conseguente impossibile integrazione sociale nel mondo.

Questa forma di dipendenza affettiva ha le radici nella storia evolutiva del soggetto e man mano compone e conferma aspettative e ruoli nel corso della crescita relazionale fino a consolidare un modo di percepire e interagire con la realtà adatta a riempire quel vuoto antico del soggetto che non potrà mai essere colmato del tutto.

È qui che fa leva il precetto indiscutibile dell'odio e del desiderio di morte, aderisce alle fragilità di alcuni che, per loro struttura psichica ben si integrano nell'estremismo ideologico di chi li può manovrare perché fa sentire loro, almeno per una volta, di appartenere a qualcosa.

Contaminazioni

Maurizio Fea

La natura e la vita delle cose

Il recente festival della filosofia di Modena Carpi Sassuolo è stato dedicato alla natura delle cose, alla loro produzione e consumo. Il punto di partenza è che vi è una precisa distinzione tra oggetti e cose, per trasformare gli oggetti in cose, per riscoprire come nelle cose si depositano idee, affetti e simboli bisogna abituarsi a compiere esercizi mentali e percettivi.

“Le cose rappresentano nodi di relazioni con la vita degli altri, anelli di continuità tra le generazioni, ponti che collegano storie individuali e collettive... ci spingono a dare ascolto alla realtà, a farla entrare in noi aprendo la finestra dell’anima, così da ossigenare una interiorità altrimenti asfittica” ha detto magistralmente Remo Bodei nella sua lettura.

Un altro spunto interessante è stato proposto da Krzysztof Pomian antropologo, con una lettura sulla evoluzione del rapporto tra manufatti e psicologia, che capovolge il punto di vista tradizionale, sottolineando l’effetto dei manufatti ed in particolare di quelle forme che chiama “semiofori” sul modellamento e sviluppo delle nostre capacità di mentalizzare e rappresentarci l’interiorità.

Grazie a questa capacità sviluppata e perfezionata nel tempo, le cose quindi non sono semplicemente simboli o manifestazioni di qualcosa, ma *nodi, anelli, ponti, legami* come suggerisce Bodei.

Suggestionato da queste argomentazioni mi sono domandato se esistono e quali potrebbero essere le cose della nostra disciplina che hanno tali caratteristiche, se sono individuabili, che peso hanno, come le consideriamo nella economia del nostro lavoro, se hanno vita facile o difficile e in particolare quanto potrebbero essere importanti le cose della nostra disciplina nell’influenzare la teoria, i modelli interpretativi, il nostro modo di fare clinica piuttosto che educazione o prevenzione.

Vengono in mente cose come il barattolo contenitore delle urine, ma anche le immagini della risonanza magnetica funzionale, il boccettino di metadone e la siringa insieme allo schermo del computer, il colloquio che non è una astrazione ma ha

assunto una configurazione oggettuale per contenere parole il cui ruolo sembra fondamentale nel nostro lavoro (si deve *fare* un colloquio).

L’elenco potrebbe continuare, si dice così in genere quando non si è in grado di precisare i confini e le caratteristiche dell’argomentazione, mai vero come in questo caso.

Mi sembra infatti che se allarghiamo il campo delle cose, possiamo trovare molto della pratica medica ma nulla di così specifico e caratteristico da soddisfare il requisito di “semioforo” della addiction.

Sono dunque poche le cose che ci caratterizzano, e questo potrebbe essere uno dei motivi che rende difficile rendere ragione e spiegare a volte ciò che facciamo?

Ma soprattutto se abbiamo così poche “cose”, dove si condensano, si costituiscono, si realizzano le relazioni – nodi, anelli, ponti, legami – che riteniamo così importanti per la buona riuscita del lavoro.

E questo è uno dei fondamentali della teoria su cui dichiariamo, non tutti per la verità, di basare il lavoro, dunque la scarsità di cose può influire sulla teoria, oltre che semplicemente smentirla?

Un buon referto, una diagnosi scritta, un impegno materializzato in un documento potrebbero essere delle cose che facilitano queste condensazioni, atti costitutivi di relazioni che assumono la veste di manufatti.

Ho l’impressione che sarebbe utile avere più manufatti, più cose nelle quali depositare e lasciar depositare dai pazienti il senso del nostro lavoro.

Suona strano e fuori tempo questo invito alla manifattura quando il mondo sembra trionfalmente diretto verso la virtualità e l’immaterialità, ma forse ancora per un po’ continueremo ad avere bisogno di cose, non solo l’ipod o cloud computing che pure sono oggetti manufatti, nelle quali poter vedere anche solo parte della nostra interiorità e comprendere il “senso delle cose”.

Roma, 22-25 ottobre 2013

V Congresso Nazionale di FeDerSerD



aderente a:



Sede legale: Via Giotto 3, 20144 Milano

Presidente Onorario

Rita Levi Montalcini

Direttivo Nazionale

Alfio Lucchini (presidente nazionale)
Guido Faillace (vicepresidente)
Pietro Fausto D'Egidio (segretario esecutivo)
Alessandro Coacci, past president (membro di diritto)
Giancarlo Ardissonne, Francesco Auriemma,
Roberta Balestra, Giuseppe Barletta,
Emanuele Bignamini, Claudia Carnino,
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 (vice direttori)
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 2013 - 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 2013

Di rinnovare l'iscrizione in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2013

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 _____