

Editoriale. La nostra area di riferimento 1
Pietro Fausto D'Egidio

AREA CLINICA

Indicazioni sullo screening e diagnosi precoce delle malattie infettive correlate alla tossicodipendenza
D. Aguilar Marucco, A. Gramoni, E. De Vivo, D. Pini, G. Desantis, I. Arnaudo, M. Bellinato, S. Quaglia, E. Bignamini per il gruppo MIND 10

Case report. Un quadro di dipendenza alcolica complicata
Cosimo Buccolieri 20

Il rischio di sviluppare comportamenti di addiction: tentativo di definizione del ruolo dei Ser.D. nell'infinita realtà virtuale
Annalisa Pistuddi, Alfio Lucchini 60

Attività Clinica del Centro GAP Gioco d'azzardo patologico presso la Cooperativa Sociale Romamed: sintesi del progetto di ricerca e primi risultati sperimentali
Michela Colarieti 72

Il Gruppo di lavoro sul Gambling del Dipartimento Dipendenze di Foligno/Spoleto
Lucia Coco, Sonia Biscontini e il Gruppo di lavoro sul Gap 75

AREA DIAGNOSTICA

Profili neurocognitivi e psicodiagnostici di pazienti affetti da HAND (Disturbi Neurocognitivi HIV correlati)
Dora Chiloiro, Francesco Resta, Irene Del Monaco, Maria Mottolose, Sonia Rossetti, Nicola Simeone 14

AREA COMUNICAZIONE

Facciamoci conoscere meglio. Broadcast ourselves con YouTube
Fabio Lugoboni, Marco Faccini, Francesca Tognon, Lucia Antolini, Francesca Andreoli, Alessandra Zenere, Patrizia Guadagnini, Federica Pancaldi, Rebecca Casari, Paolo Mezzelani, Federica Di Giovanna 67

LE RUBRICHE

Ad maiora
Raffaele Lovaste 4

Contaminazioni
Maurizio Fea 8

NOTIZIE IN BREVE 7, 9

RECENSIONI 3, 21, 66, 71, 81, 82

FeDerSerD/RICERCA 23

FeDerSerD/ORGANIZZAZIONE 84

Mission

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



La nostra area di riferimento

Il decreto-legge 20 marzo 2014, n. 36 (Renzi-Lorenzin), così come modificato dai lavori delle commissioni congiunte della Camera è stato approvato dalla Camera dei Deputati per la conversione in legge in data 29 aprile 2014.

Alla luce delle recenti strumentalizzazioni, giova ricordare che il decreto-legge è stato emanato a seguito della sentenza della Corte costituzionale n. 32 del 12 febbraio 2014, depositata il 25 febbraio 2014 e pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* del 5 marzo 2014, con la quale è stata dichiarata l'illegittimità costituzionale degli articoli 4-bis e 4-vicies-ter del decreto-legge 30 dicembre 2005, n. 272, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 febbraio 2006, n. 49, "in riferimento all'articolo 77, secondo comma, della Costituzione, per difetto di omogeneità, e quindi di nesso funzionale, tra le disposizioni del decreto-legge e quelle impugnate, introdotte nella legge di conversione" in quanto detti articoli, introdotti in sede di conversione del decreto "In difetto del necessario legame logico-giuridico, richiesto dall'articolo 77, secondo comma, della Costituzione", per l'assenza di ogni nesso di interrelazione funzionale tra le disposizioni impugnate e le originarie disposizioni del decreto legge" devono ritenersi adottati in carenza dei presupposti per il legittimo esercizio del potere legislativo di conversione e perciò costituzionalmente illegittimi, integrando con ciò un vizio procedurale.

Abbiamo espresso viva soddisfazione per l'accoglienza che è stata data al nostro intervento nella notte del 13 marzo affinché il Decreto Lorenzin fosse presentato nel Consiglio dei Ministri del 14 marzo con una revisione sostanziale delle Tabelle di classificazione delle droghe e per le modifiche apportate con i nostri emendamenti e con le

- **La percezione semantica delle bevande alcoliche nel giovane consumatore per l'implementazione di strategie di marketing e di comunicazione sociale**
Nicola Marinelli, Sara Fabbrizzi, Veronica Alampi Sottini, Sandro Sacchelli, Iacopo Bernetti, Silvio Menghini
- **Quale GHB? La stampa italiana e i mille volti distorti dell'acido gamma idrossibutirrico**
Pamela Filiberto
- **Il trattamento dei disturbi bipolari nell'alcolismo**
Ezio Manzato, Felice Nava, Cristina Biasin, Giuseppina Cifelli, Gisella Manzato, Sara Rosa, Giovanni D'Agostini

Newsletter "Clinica dell'Alcolismo", Anno IV, n. 16

Mission

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

FrancoAngeli

ANNO XI, 2013 - N. 40

Fe Der Ser D

Proprietà: Fe Der Ser D

Sede legale

Via Giotto 3, 20144 Milano

Comitato di Direzione

Pietro Fausto D'Egidio, Felice Nava, Guido Faillace, Alessandro Coacci, Alfio Lucchini, Giancarlo Ardissoni, Roberta Balestra, Emanuele Bignamini, Giovanni Cordova, Edoardo Cozzolino, Francesco De Matteis, Tommaso Di Marco, Donato Donnoli, Giuseppe Faro, Maurizio Fea, Roberta Ferrucci, Mara Gilioni, Maria Luisa Grech, Claudio Leonardi, Fernanda Magnelli, Ezio Manzato, Gianna Sacchini, Giorgio Serio, Vincenzo Simeone, Cristina Stanic, Concettina Varango, Franco Zuin, Antonio d'Amore, Clara Baldassarre, Margherita Taddeo, Giovanni Villani

Direttore scientifico

Alfio Lucchini

Comitato di Redazione

Maurizio Fea, Raffaele Lovaste, Vincenzo Marino, Cinzia Assi

Sede operativa e Redazione Mission

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

Direttore responsabile: Stefano Angeli

Progetto grafico: Elena Pellegrini

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

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

Chiuso in redazione il 19/05/2014

Edizione fuori commercio

Tiratura: 6.500 copie

ISSN 2037-4798



nostre indicazioni al Decreto Lorenzin, approvati in sede di commissioni congiunte Affari Sociali e Giustizia della Camera e integrati nel testo.

Grazie anche al nostro lavoro nelle Commissioni Parlamentari:

- è stata introdotta la più corretta definizione di “Servizi per le Dipendenze”;
- sono state ridefinite le tabelle delle sostanze stupefacenti e psicotrope ridistribuendo al loro interno le sostanze in modo da renderle coerenti con il regime sanzionatorio antecedente alla legge Fini-Giovanardi. Il testo non ripropone le più volte contestate due tabelle che ora diventano cinque con una appositamente dedicata alla cannabis. È un passo avanti fondamentale per la introduzione di un criterio di gravità differenziale tra le droghe e per spazi di non punibilità per l’uso delle stesse;
- è stata soppressa la specificazione, nel testo e nelle tabelle, di riferimento ad una sola tipologia di cannabis, la indica; e coerentemente sono state puntualizzate le attribuzioni specifiche per i prodotti naturali. Le commissioni hanno accolto puntualmente le riflessioni tecniche sui differenti concetti di efficacia e potenza di una sostanza psicotropa/stupefacente;
- si prende atto che la terapia della dipendenza da oppiacei non è finalizzata fin da subito alla disassuefazione e al “recupero totale”;
- si introduce la fattispecie che la prescrizione di medicinali compresi nella tabella dei medicinali, sezione A, per il trattamento degli stati di tossicodipendenza da oppiacei deve essere effettuata all’interno del piano terapeutico individualizzato, secondo modalità stabilite con decreto del Ministero della salute da emanare e che auspichiamo definisca la stessa modalità per il trattamento del dolore severo e per il trattamento della dipendenza da oppiacei;
- il Servizio per le Dipendenze non svolgerà più la funzione impropria di controllore della attuazione del programma da parte del tossicodipendente;
- è stata inoltre rimossa la indicazione impropria ed in contrasto con le evidenze scientifiche per cui i dosaggi somministrati e la durata dei trattamenti avrebbero dovuto avere l’esclusiva finalità clinico-terapeutica di avviare gli utenti a successivi programmi riabilitativi.

Nel corso dell’esame presso le Commissioni riunite sono state introdotte nel decreto-legge modifiche agli articoli 73 e 75 del testo unico sulle sanzioni che prevedono un abbassamento delle pene previste per il piccolo spaccio; il ripristino del lavoro di pubblica utilità invece del carcere per fatti di lieve entità; il ripristino delle sanzioni amministrative per l’uso personale di sostanze stupefacenti; una differenziazione tra uso personale di droghe leggere e uso personale di droghe pesanti per quanto riguarda la durata delle sanzioni amministrative irrogabili; una migliore definizione delle circostanze da valutare per l’accertamento dell’uso personale di stupefacenti o medicinali.

FeDerSerD plaude alla grande attenzione che le proprie proposte illustrate a partire dalla audizione parlamentare del 2 aprile hanno trovato nel testo.

FeDerSerD conferma una linea di tolleranza laica e pragmatica e di contrasto ad ogni tendenza repressiva verso i consumatori.

FeDerSerD continuerà a insistere sulla valorizzazione della rete d’intervento e del sistema di cura con al centro il ruolo dei Servizi per le Dipendenze, contro le gravissime tendenze a ridurre nei territori le risorse destinate ai Ser.D. Riteniamo che questo sia oggi un punto nodale dell’impegno della nostra Federazione, sul quale dobbiamo lavorare tutti, con il protagonismo delle federazioni regionali, con tutte le risorse disponibili: i Ser.D. sono al collasso, le comunità terapeutiche sono in difficoltà, il mondo intero del volontariato, con quella miriade di iniziative sparse capillarmente nei territori e che ha costituito per tanti anni il tessuto connettivo delle rappresentazioni sociali su cui abbiamo costruito il nostro impegno ove non è già scomparso è oggi al collasso.

FeDerSerD segnala inoltre e con soddisfazione, l’oggettiva marginalizzazione nell’iter legislativo del decreto Renzi Lorenzin delle posizioni dell’ex capo dipartimento politiche antidroga.

FeDerSerD ritiene che sia iniziato un percorso più ampio di scrittura di una legge nuova, moderna, etica, efficace, capace di tenere conto delle evidenze scientifiche e della straordinaria esperienza degli operatori del sistema dei servizi, lontana da strumentalizzazioni ideologiche e politiche.

Questo Paese deve ricostruire il Sistema di intervento per la cura e la prevenzione delle dipendenze, deve potenziare e ridefinire il ruolo dei servizi pubblici, deve dotarsi di un DPA capace di dialogare con i territori, deve scrivere una nuova legge per le Dipendenze.

FeDerSerD vuole dare il contributo proprio di una società scientifica e della esperienza trentennale dei propri operatori insieme a quella che è la nostra area di riferimento.

La nostra area di riferimento è quella che:

- vuole uno stato laico piuttosto che uno stato etico;
- vuole curare e non punire i consumatori di droghe;
- pensa che i Ser.D. e il Sistema dei Servizi producano salute e quindi ricchezza e non che consumino risorse;
- pensa che le cure migliori siano quelle multidisciplinari e integrate;
- vuole che gli interventi di prevenzione siano costruiti e condotti sulle evidenze scientifiche;
- sa che ogni droga ha un suo diverso potenziale di pericolosità per il consumatore e per la società e che la cannabis è meno pericolosa della cocaina e dell'eroina;
- conosce la differenza dei concetti di efficacia e potenza di una sostanza psicoattiva;
- pensa che il Sistema dei Servizi e i Ser.D. in particolare debbano vedere impegnati professionisti motivati, con una forte preparazione professionale, costantemente tesi nella responsabilità personale per un aggiornamento continuo;
- promuove e persegue una ricerca scientifica indipendente dai committenti privati e ancor di più da quelli pubblici, ma che ricorda sempre quanti premi Nobel della medicina hanno guidato ricerche finanziate dalle industrie private;
- crede e promuove l'impegno dei MMG nella cura e nella prevenzione dei disturbi delle condotte e dell'uso di droghe;
- vuole riprogettare e potenziare le attività delle comunità terapeutiche e del volontariato di settore;
- ricorda che le droghe che producono più morti e più daly's in Italia e nel mondo sono l'alcol e il tabacco e che è impegnata a promuovere maggiori investimenti di risorse, cure e prevenzione per contrastarli;
- auspica una politica lucida, attenta, colta, responsabile che non prende posizioni e decisioni per un opportunistico approccio ideologico influenzando l'adozione di politiche sulle droghe lontane dalle evidenze scientifiche;
- crede sia necessario riscrivere subito una buona legge che superi la L. 309/90 e successive modificazioni.

(Pietro Fausto D'Egidio)

P.S. Il Senato ha approvato lo stesso testo della Camera del D.L. Renzi-Lorenzin, il 14 maggio, con 155 voti a favore, 105 contrari e nessun astenuto, su cui il Governo aveva posto la fiducia. Il provvedimento ora è legge dello Stato (legge 16 maggio 2014 n. 79).

RECENSIONE



Pietro Fausto D'Egidio, Alfio Lucchini
(a cura di)

LA SOCIETÀ DIPENDENTE Il sistema di competenze e responsabilità per comprendere, decidere e agire

pp. 128
Collana: Clinica delle dipendenze
e dei comportamenti di abuso/Testi
Codice 231.7
Editore: FrancoAngeli

gono inseriti in una visione di cambiamento e di ricerca di nuovi paradigmi. Questo è quello che il volume vuole offrire, con spazi di approfondimento teorico e di senso in un momento veramente cruciale per gli evidenti cambiamenti istituzionali e normativi, per le modifiche nell'organizzazione dei Servizi, con una forte differenziazione dell'offerta tra le diverse Regioni e, infine, per la grave situazione economica del Paese, con conseguenti tagli delle risorse dedicate.

Contributi di: Emanuele Bignamini, Pietro Fausto D'Egidio, Maurizio Fea, Cristina Galassi, Alfio Lucchini, Fabio Lucchini.

Il volume prende spunto dal V congresso nazionale di FeDerSerD, svoltosi a Roma nell'ottobre del 2013.

Già il titolo "La società dipendente" vuole indicare un allargamento della visuale di riferimento, per i cittadini e per gli operatori, nel considerare la realtà dei consumi e delle dipendenze oggi. I contributi presentati prendono spunto dalle riflessioni e dal confronto tra i relatori presenti al congresso (tra gli altri, Zygmunt Bauman, Massimo Recalcati, Ivan Cavicchi).

Parlare ancora di normalità e devianza, senso della prevenzione, tutela della salute e malattia, limiti alla cura, ha senso solo se ven-

Pietro Fausto D'Egidio, medico, specialista in medicina interna, ematologia generale, allergologia e immunologia clinica, direttore del Servizio delle Dipendenze della ASL di Pescara, presidente nazionale di FeDerSerD.

Alfio Lucchini, medico, psichiatra, specialista in psicologia medica, psicoterapeuta, direttore del Dipartimento delle Dipendenze della ASL Milano 2, past president e responsabile advocacy, comunicazione e rapporti istituzionali di FeDerSerD. Docente presso l'Università di Milano Bicocca.

Ad maiora

Raffaele Lovaste

La valutazione dell'efficienza di un'organizzazione socio-sanitaria: il modello del servizio per le dipendenze di Trento

Le valutazioni dei risultati

In Italia, l'idea della valutazione dei trattamenti e dei risultati sul territorio nazionale si è sviluppata a macchia di leopardo, con molte differenze, anche spiccate, tra le varie realtà regionali e tra pubblico e privato.

Le differenze riflettono il diverso grado di coinvolgimento della struttura nella cultura della valutazione e della raccolta dati.

La valutazione varia a seconda dell'angolazione attraverso cui si guarda il sistema:

- il paziente ha bisogno di sapere se il progetto terapeutico che gli viene proposto è utile per il suo problema;
- il professionista del Ser.D. ha bisogno di sapere se l'intervento erogato ha raggiunto gli obiettivi ricercati ed è in linea con le indicazioni della letteratura specialistica;
- il direttore ha bisogno di sapere se il prodotto terapeutico complessivo del servizio soddisfa la domanda di trattamento individuata nel territorio;
- l'organizzazione ha bisogno di sapere se e come ha influito sulle problematiche collegate alla dipendenza nella realtà socio culturale di riferimento;
- il top management ha bisogno di sapere se il prodotto terapeutico complessivo realizzato dall'organizzazione è coerente con gli obiettivi assegnati all'ASL/Azienda;
- il decisore politico, in qualità di responsabile delle linee strategiche complessive di tutta l'organizzazione sanitaria locale, ha bisogno di sapere se le risposte attuate sono coerenti con la sua strategia politica.

In definitiva le valutazioni sono molteplici ma tutte sono finalizzate ad aiutare il "decision maker" a governare il sistema.

In tutti i processi valutativi è importante però avere sempre presente che i risultati evidenziati:

- non servono a dividere i buoni dai cattivi;
- non servono a individuare un colpevole;
- servono a capire cosa si può e si deve cambiare per il miglioramento continuo.

La valutazione dell'outcome dei progetti terapeutici nelle dipendenze

Le strutture che si occupano di dipendenza sono organizzazioni socio-sanitarie complesse hanno cioè a disposizione risorse definite (input) che, elaborate con l'immissione di un valore aggiun-

to, dato dal *know how* dei professionisti e dall'assetto organizzativo (processi), producono interventi che, si concretizzano nei progetti terapeutici (output).

I progetti terapeutici sono proposti ai pazienti che afferiscono e la risultante fra il progetto terapeutico proposto, il paziente e la realtà in cui entrambi gli attori vivono determina il risultato terapeutico (*outcome*).

L'outcome quindi è dato dalla complessa interazione fra l'attività del servizio, la tipologia dei pazienti e l'ambiente sociale, culturale e politico di contesto.

Date queste premesse, ne consegue che uno stesso prodotto terapeutico presentato a soggetti diversi produce outcome differenti e lo stesso servizio, con gli stessi prodotti terapeutici, dislocato in un ambiente socio culturale diverso produce outcome differenti.

Il primo passo che una organizzazione socio sanitaria deve fare per affrontare questo problema è definire cosa intende per valutazione dell'outcome e cosa valuta.

Nel Ser.D. di Trento la valutazione dell'outcome "è la determinazione dei risultati conseguiti con una specifica attività, intrapresa per raggiungere un obiettivo dichiarato, a cui è stato assegnato un determinato valore ed è individuato da specifici indicatori".

Si vuole in pratica verificare se gli interventi attuati hanno prodotto i risultati previsti.

Nel valutare i progetti terapeutici attuati con i pazienti dipendenti però, come per qualsiasi altro campo d'intervento in cui l'obiettivo è teso prevalentemente a promuovere un cambiamento di comportamenti e stili di vita, è importante aver ben presente che non è sempre possibile identificare una sicura correlazione di causa-effetto fra il trattamento effettuato ed i risultati conseguiti infatti, molto spesso, il trattamento in esame si somma a tutta una serie di interventi antecedenti ed è influenzato da molteplici variabili sia personali sia ambientali.

Possiamo dire allora che l'eventuale cambiamento documentato non dipende solo dall'intervento terapeutico erogato al paziente ma è la risultante degli effetti che lo stesso, insieme a molti altri stimoli personali ed ambientali, hanno prodotto nella sua mente. Nel tentativo di ridurre al massimo l'interferenza di fattori non direttamente governati dall'organizzazione è necessario nella strutturazione di un progetto terapeutico provvedere una puntuale descrizione e registrazione nel fascicolo personale del paziente di tutte le variabili che caratterizzano il prodotto terapeutico:

- la tipologia del progetto terapeutico erogato;
- l'obiettivo/i che il progetto terapeutico si propone di raggiungere;

- la tipologia di paziente a cui è rivolto;
- i criteri di qualità che il servizio erogante si impegna rispettare considerati i vincoli ambientali, di vision dei suoi operatori e legislativi locali.

Il progetto terapeutico e gli obiettivi di trattamento

La costruzione di un progetto terapeutico parte dalla declinazione dei suoi costituenti di base: le prestazioni.

Le prestazioni sono le attività elementari che ciascuna figura professionale eroga, individuate e codificate secondo le indicazioni e i dettami della letteratura di settore.

Un aggregato di prestazioni, legate da una logica sequenziale ed indirizzate ad un obiettivo esplicito e condiviso con il paziente, costituisce un intervento d'area specialistico per cui, in una organizzazione socio sanitaria per la cura delle dipendenze, che per definizione è multidisciplinare, avremo interventi specialistici d'area: medica, infermieristica, psicologica, sociale e/o educativa.

Un insieme coordinato di interventi d'area specialistici finalizzati ad un obiettivo condiviso costituisce il progetto terapeutico complessivo.

È possibile che in alcuni progetti terapeutici non sia necessario la contemporanea o sequenziale attivazione di tutti gli interventi d'area specialistici che un servizio può erogare, in quanto non accettato dal paziente o non ritenuto utile dall'équipe per raggiungere l'obiettivo condiviso.

Per l'analisi e la rintracciabilità di tutte queste attività è opportuno definire inoltre:

- i criteri per l'apertura/chiusura/interruzione degli interventi specialistici e dei progetti terapeutici complessivi;
- i criteri di inclusione/esclusione dei pazienti;
- il setting corretto di strutturazione di ogni intervento specialistico.

La differenziazione dei pazienti in coorti omogenee

Come accennato precedentemente, un progetto terapeutico genera outcome diversi se applicato a pazienti con differenti caratteristiche, per cui risulta indispensabile identificare delle coorti che possiamo considerare omogenee su un insieme finito di caratteristiche del paziente.

Per differenziare bisogna necessariamente fare delle scelte ed esplicitarne i criteri.

Ad esempio, si può cercare di selezionare delle coorti omogenee sulla base delle caratteristiche cliniche dell'utenza, diversificandole cioè in base alle varie forme di dipendenza o alle patologie associate o a seconda della gravità della malattia.

Il criterio che abbiamo utilizzato nel Ser.D. di Trento è l'obiettivo terapeutico che il servizio ed il paziente insieme concordano di raggiungere con quel progetto terapeutico.

È possibile, allora, che in una coorte siano inseriti pazienti con situazioni cliniche diverse ma accomunati dallo stesso obiettivo terapeutico.

Come detto precedentemente, quello che si vuole valutare è se il progetto terapeutico attivato è stato in grado di produrre un cambiamento della situazione clinica iniziale ed in quale misura.

Obiettivi terapeutici individuati nel Ser.D. di Trento

TIPOLOGIA PROGRAMMA	OBIETTIVO
Aggancio	Ritenzione in trattamento e verifica della possibilità di strutturare un progetto terapeutico volto al cambiamento
Stabilizzazione	Contenere i sintomi, supportare la capacità di gestione delle difficoltà della vita quotidiana (migliorare la qualità della vita) e ridurre i rischi sanitari
Induzione del cambiamento	Attivare le azioni necessarie per raggiungere l'astinenza in una diagnosi di dipendenza da sostanze o cessazione dei sintomi in una diagnosi di dipendenza comportamentale Riconoscere e affrontare gli eventuali elementi di problematicità correlati alla patologia
Gestione del cambiamento	Promuovere il consolidamento dei risultati raggiunti con il programma d'induzione del cambiamento

Aggancio

Sono inseriti nel pgt di Aggancio i pazienti che:

- completato l'assessment sono, a giudizio dell'équipe curante, in una fase pre contemplativa o contemplativa come documentato anche, per i dipendenti da eroina, nel *profilo* di disponibilità al cambiamento dal test MAC/E;
- i pazienti che non sono stati completamente aderenti alla procedura di assessment.

L'obiettivo di questo pgt è la ritenzione in trattamento e la verifica della possibilità di strutturare un progetto terapeutico volto al controllo del sintomo e/o all'astinenza e/o all'assenza di sintomatologia. I dati i che, inseriti nel fascicolo personale, serviranno per documentare l'obiettivo saranno:

- percentuale di aderenza agli appuntamenti programmati;
- valutazione clinica dell'équipe sul grado di compliance alle proposte terapeutiche;
- disponibilità a discutere e condividere un progetto terapeutico volto al cambiamento.

Indicatori d'esito

OBIETTIVO	SUCCESSO	SUCCESSO PARZIALE	INSUCCESSO
Ritenzione in trattamento Peso 80	Aderenza almeno all'80% degli appuntamenti programmati	Aderenza meno dell'80% degli appuntamenti programmati	Abbandono
Verifica della possibilità di strutturare un progetto terapeutico volto al controllo del sintomo e/o all'astinenza e/o all'assenza di sintomatologia Peso 20	Strutturazione di un pgt volto al controllo del sintomo e/o all'astinenza e/o all'assenza di sintomatologia	Persistenza nel pgt di aggancio	Abbandono

Il peso assegnato ai vari indicatori identifica l'importanza che il singolo indicatore ha nella determinazione dell'esito.

Nel caso in cui non ci sia concordanza fra i due indicatori l'esito complessivo del progetto (successo, successo parziale o insuccesso) è determinato dall'indicatore con peso maggiore.

Stabilizzazione

Sono inseriti nel pgt di stabilizzazione i pazienti che:

- completato l'assessment sono, a giudizio dell'équipe curante, in fase di preparazione come documentato anche, per i

dipendenti da eroina, nel *profilo* di disponibilità al cambiamento dal test MAC/E;

- i pazienti sostanzialmente aderenti alle proposte terapeutiche ma che presentano delle "criticità" dal punto di vista tossicologico, internistico, sociale o psicologico non facilmente superabili o pienamente gestibili nel breve periodo.

Le criticità relative al singolo paziente vanno elencate e riportate nel fascicolo personale.

L'obiettivo di questo pgt è contenere i sintomi, supportare la capacità di gestione delle difficoltà della vita quotidiana (migliorare la qualità della vita) e ridurre i rischi sanitari.

I dati che, inseriti nel fascicolo personale, serviranno per documentare il contenimento del sintomo saranno:

- il controllo sull'uso di sostanze con una riduzione di almeno il 50% rispetto alla situazione all'ingresso (valutazione clinica e laboratoristica: matrice urinaria di norma settimanale e/o matrice cheratinica di norma trimestrale su un campione di tre cm);
- riduzione della sintomatologia presentata in caso di una dipendenza non da sostanze (nella dipendenza da gioco o da shopping patologico la riduzione del 50% dei soldi spesi/mese nella dipendenza da internet riduzione del 50% delle ore/die di collegamento alla rete).

I dati che, inseriti nel fascicolo personale, serviranno per documentare la capacità di gestione delle difficoltà della vita quotidiana (migliorare la qualità della vita) saranno:

- la modifica in positivo degli elementi di disagio psicologico rispetto al quadro iniziale documentato dalla valutazione di equipe eventualmente integrata da test ripetibili (SCL 90 e similari);
- la riduzione e/o assenza di nuovi procedimenti penali o comunque il non coinvolgimento in procedimenti penali qualora questi fossero precedentemente assenti;
- l'aumento delle giornate lavorative o mantenimento delle stesse qualora l'utente svolga lavoro regolare e/o attivazione di una progettualità in tal ambito (documentata dall'ASI).

I dati che, inseriti nel fascicolo personale, serviranno per documentare la riduzione dei rischi sanitari:

Aderenza ai comportamenti previsti dal counseling sanitario con conseguente *miglioramento* o stabilizzazione del disagio sanitario documentato dalla valutazione infermieristica alla data della valutazione rispetto al quadro iniziale.

Indicatori d'esito

OBIETTIVO	SUCCESSO	SUCCESSO PARZIALE	INSUCCESSO
Contenere i sintomi Peso 60	Il 50% dei controlli dei metaboliti delle sostanze esaminate deve essere negativo	Più del 50% dei controlli dei metaboliti delle sostanze esaminate risulta positivo	Nessuna sostanziale modifica rispetto al quadro iniziale
Migliorare la qualità della vita Peso 20	Riduzione del 50% della sintomatologia per una dipendenza non da sostanze a valutazione dell'equipe	Riduzione meno del 50% della sintomatologia per una dipendenza non da sostanze	Nessun elemento raggiunto
Ridurre i rischi sanitari Peso 20	Raggiunti due o più elementi di miglioramento della qualità della vita	Raggiunto un solo elemento di miglioramento della qualità della vita	Nessuna aderenza al counseling
	Aderenza totale ai comportamenti previsti dal counseling sanitario	Aderenza parziale fino al 50% ai comportamenti previsti dal counseling sanitario	

Induzione del cambiamento

Sono inseriti nel pgt d'induzione del cambiamento i pazienti che completato l'assessment, a giudizio dell'equipe curante, sono:

- in fase di azione come documentato anche, per i dipendenti da eroina, nel *profilo* di disponibilità al cambiamento dal test MAC/E;
- che hanno completato l'assessment multi professionale;
- che hanno un livello di adattamento sociale e/o familiare sintonico come documentato dalla valutazione dell'equipe;
- che non presentano gravi patologie mediche e/o psichiatriche scompenstate come documentato dalle valutazioni internistiche e/o psichiatriche.

L'obiettivo di questo pgt è l'astinenza (in una diagnosi di dipendenza da sostanze) o cessazione dei sintomi (in una diagnosi di dipendenza non da sostanze).

I dati che, inseriti nel fascicolo personale, serviranno per documentare l'astinenza o la cessazione dei sintomi saranno:

- il risultato dei test tossicologici ripetuti nel tempo (su matrice urinaria di norma a cadenza settimanale e/o su matrice cheratinica di norma trimestrale su un campione di tre cm);
- la % di sintomatologia presentata rispetto alla situazione iniziale all'inizio del progetto terapeutico.

Indicatori d'esito

OBIETTIVO	SUCCESSO	SUCCESSO PARZIALE	INSUCCESSO
Modifica dei sintomi presenti all'intake Peso 100	Assenza di uso anche sotto trattamento farmacologico. (in una diagnosi di dipendenza da sostanze)	Riduzione dell'uso, dal 70 al 99%, anche sotto trattamento farmacologico. (in una diagnosi di dipendenza da sostanze)	Riduzione dell'uso < del 70% durante il trattamento farmacologico. (in una diagnosi di dipendenza da sostanze)
	Riduzione progressiva della sintomatologia presentata all'intake del 70% fino alla completa cessazione del sintomo a 6 mesi	Riduzione progressiva della sintomatologia presentata all'intake dal 50% fino al 70% a 6 mesi	Riduzione progressiva della sintomatologia presentata all'intake a meno del 50% a sei mesi

Gestione del cambiamento

Sono inseriti nel pgt di gestione del cambiamento i pazienti che completato l'assessment, a giudizio dell'equipe curante, sono:

- in fase di mantenimento come documentato anche, per i dipendenti da eroina, nel *profilo* di disponibilità al cambiamento dal test MAC/E; (R=< 32);
- che hanno completato un pgt di induzione del cambiamento.

L'obiettivo di questo pgt è promuovere il consolidamento dei risultati raggiunti con il programma d'induzione del cambiamento.

I dati che, inseriti nel fascicolo personale, serviranno per documentare questo obiettivo saranno:

- la documentazione di uno stadio di remissione protratta continuativa (assenza dei criteri del DSM IV per la diagnosi di dipendenza) sia per una dipendenza da sostanze sia per una dipendenza non da sostanze.

Indicatori d'esito

OBIETTIVO	SUCCESSO	SUCCESSO PARZIALE	INSUCCESSO
Consolidare i risultati raggiunti con il programma d'induzione del cambiamento Peso 100	Cessazione della sintomatologia all'intake dopo sei mesi di trattamento	Fugaci e temporanee ricadute nel sintomo della durata max di un mese	Ricaduta persistente maggiore di un mese

Bibliografia

- Bertelli B., Lovaste R. (2005), "L'integrazione socio sanitaria per le tossicodipendenze", in Bissolo G., Fazzi L., *Costruire l'integrazione socio sanitaria*, Carocci, Roma.
- DiClemente C.C. (1993b). "Changing Addictive Behaviors: A process perspective", *Current Directions in Psychological Science*, 2: 101-106.
- DiClemente C.C., Carbonari J.P., Montgomery R.P.G., Hughes S.O. (1994), "The alcohol abstinence self-efficacy scale", *Journal of Studies on Alcohol*, in corso di stampa.
- DiClemente C.C., Prochaska J.O. (1985), "Processes and stages of self-change: Coping and competence in smoking behavior change", in Shiffman S., Wills T.A. (eds.), *Coping and Substance Abuse*, Academic Press, New York.
- DiClemente C.C., Prochaska J.O., Fairhurst S.K., Velicer W.F., Velasquez M.M., Rossi J.S. (1991), "The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation and preparation stages of change", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59: 295-304.
- Emcdda (2008), *Guidelines for estimating incidence of problem drug use*, disponibile al sito internet www.emcdda.europa.eu.
- Emcdda and Institut für Therapieforchung (2004), *Recommended draft technical tools and guidelines. Key epidemiological indicator: Prevalence of problem drug use*, disponibile al sito internet www.emcdda.europa.eu.
- Emcdda (2004), *Guidelines for the prevalence of problem drug use (PDU) key indicator at national level*, disponibile al sito internet www.emcdda.europa.eu.
- Lovaste R. (2003), *Progetti terapeutici per obiettivi ed indicatori di risultato*, relazione al convegno "I disturbi affettivi e d'ansia nella dipendenza da sostanze psicoattive legali e illegali", Abano 16-17 ottobre 2003.
- Lovaste R. (2005), "Analisi e progettazione organizzativa di un Servizio per le Tossicodipendenze in una logica aziendale", *Mission*, 14: 6-24.
- Lovaste R. (2009), "Tossicodipendenza: Interpretazione, fenomenologia e strategie terapeutiche, le tipologie dei trattamenti, i modelli organizzativi", in Bertelli B., *Devianze emergenti e linee preventive*, Valentina Trentini Editore, Trento.
- Lovaste R., Camin E., Lorenzin G., Guarrera G., Fontana F. (2006), "Controllo di gestione di un servizio per le tossicodipendenze", *Mission*, 17: 45-64.
- Lovaste R., Ferrucci R., Calmasini S. (2004), *Analisi di procedura per la valutazione dell'efficienza in un Ser.T.*, relazione al convegno "Le forme dell'integrazione", Centro congressi Milanofiori 8-9 marzo 2004, disponibile al sito internet www.apss.tn.it.
- Serpelloni G., Margiotta M., Maroccola M., Rampazzo L. (a cura di) (2002), *Costi e Benefici. Principi e modelli di analisi per i Dipartimenti delle Dipendenze e le Aziende Sanitarie*, Progetto AnCosBen Regione Veneto Progetto del Ministero della Salute e del Coordinamento delle Regioni, disponibile al sito internet www.dronet.org.
- Serpelloni G., Margiotta M., Maroccola M., Simeoni E. (2002), "L'analisi dei costi secondo un approccio di Qualità Management", in id., *Costi e Benefici. Principi e modelli di analisi per i Dipartimenti delle Dipendenze*, cit.
- Serpelloni G., Simeoni E., Rampazzo L. (2002), *Total Quality Management. Indicazioni per le Aziende Socio Sanitarie e i Dipartimenti delle Dipendenze*, Regione Veneto, Ministero della Salute, Venezia, disponibile al sito internet www.dronet.org.

NOTIZIE IN BREVE

ALT Associazione Lombarda Tossicodipendenze ONLUS

Associazione per la formazione e la ricerca nel settore del disagio giovanile, delle dipendenze patologiche e dell'abuso da sostanze. Fondata nel 1991, ONLUS dal 1998

Ai soci di ALT ONLUS - Anno 2014

Milano, 15 maggio 2014

È convocato per venerdì 6 giugno 2014, alle ore 9.00 in prima convocazione e alle ore 13.50 in seconda convocazione presso l'Hotel Michelangelo in Milano l'Assemblea degli iscritti di ALT Onlus.

Ordine del Giorno:

- approvazione verbale seduta precedente
- ammissione nuovi soci
- relazione del Presidente
- approvazione bilancio consuntivo 2013
- approvazione bilancio preventivo 2014
- varie ed eventuali

Il Presidente ALT Onlus

Prof. Alfio Lucchini



Contaminazioni

Maurizio Fea

Leggi senza anima

La sentenza n. 32/2014 della Corte costituzionale, a seguito della quale sono decaduti gli artt. 13 e 14 del testo unico (DPR 309/90) con modificazioni della l. 49/2006 (la c.d. legge Fini-Giovanardi), e caducazione consequenziale delle tabelle allegate, ha riaperto il dibattito sulla necessità di rivedere tutta la legge nel suo complesso.

Non entro nel merito del testo, della necessità di una sua revisione e aggiornamento, né delle proposte ad oggi avanzate, ma pongo alcune riflessioni sul modo con cui vengono proposte e scritte le leggi, in particolare quella che ci riguarda più da vicino.

È un utile esercizio la rilettura delle numerose proposte di legge in materia di droghe, scritte sia in occasione della prima versione del DPR 309/90 che delle sue successive revisioni (Fini-Giovanardi); quello che salta agli occhi nel leggere le proposte, è che contengono tutte, a volte in modo grossolano a volte più raffinato ed articolato, le motivazioni ed i principi di riferimento etici, giuridici e delle altre discipline che hanno attinenza con la materia in questione.

In altre parole leggendo le proposte, sono evidenti le ragioni ed i presupposti che animano e giustificano il senso ed il valore della iniziativa: sono testi con un'anima intellegibile, si coglie lo sforzo, non sempre riuscito, di argomentare a favore o contro una certa idea di autonomia, di libertà, di diritto, di bene, di salute, viene fuori quale è la visione del mondo che i sostenitori delle proposte hanno in mente e vogliono tradurre in legge.

Poi quando le proposte vengono approvate e diventano legge perdono l'anima, ovvero le ragioni che sostengono il dispositivo, e rimangono le sole e aride disposizioni, elencazioni talora dettagliatissime nei particolari, ossessivamente orientate a non lasciare nulla di indeciso o incerto, cercando di definire ogni fattispecie possibile.

La legge mostrano tutta l'ambizione di ricondurre la complessità e la ricchezza degli universi umani ad un sistema di regole entro le quali ricomprendere tutte le possibilità e le varianti combinatorie di situazioni e comportamenti non sempre prevedibili e definibili.

Appare evidente in questo sforzo il predominio della ragione o della ragionevolezza, spesso usata per comporre distanze e differenze che potevano apparire inconciliabili, ma questi sono motivi sufficienti a spiegare perché la prassi legislativa ha adottato come regola che le leggi contengano solo i dispositivi e non le premesse che li giustificano?

Più volte la Corte Costituzionale si è espressa affermando ad esempio che *"i lavori preparatori, pur non essendo privi di rilievo, non rivestono tuttavia importanza decisiva ai fini della ricostruzione del significato da attribuire alle norme giuridiche, poiché queste una volta emanate assumono valore autonomo"* sentenza 18 gennaio 1977; ma pure affermando che *"anche se ai*

lavori preparatori non si può attribuire valore decisivo, neppure è consentito negare ad essi ogni rilevanza, specialmente quando se ne deducano argomenti in armonia col quadro di insieme nel quale le singole norme vanno collocate ed interpretate" sentenza 24 luglio 1972.

Tradizionalmente quindi si nega ai lavori preparatori il carattere di motivazione, riconoscendone tuttavia la rilevanza anche ai fini interpretativi.

Non è questo il luogo e soprattutto non è la mia competenza in materia che può consentire l'approfondimento della questione, la quale può però essere osservata da un altro punto di vista: ci sono condizioni per le quali è stata ritenuta giustificata ed adeguata l'inclusione nel testo del dispositivo di riferimenti essenziali ai lavori preparatori e la trasposizione di terminologie disciplinari o altre surrettiziamente incluse come se lo fossero, a partire dai lavori preparatori, dai cui presupposti questi termini sono scaturiti.

Mi riferisco ad esempio a termini come *"tossicofilia"* piuttosto che *"recupero"* e *"trattamento di recupero"* che ricorrono nel testo del DPR 309/90 e successive revisioni.

Se per il primo termine manca del tutto ogni riferimento plausibile alla letteratura, se non quella grigia degli anni '80, che usava questo modo per indicare forme meno gravi di tossicodipendenza, riferita soprattutto alle fasce giovanili alla prime armi, quando si parla di trattamento di recupero esso richiama per analogia i rifiuti e gli scarti più o meno tossici, e riflette l'ansia del legislatore di collocare quello che oggi è considerato patologia, in un ambito di comportamenti esecrabili ma correggibili, dunque non malati da curare ma persone da *"recuperare"* in varie declinazioni.

Sono trascorsi un certo numero di anni dalla prima stesura del testo che ha traslato dalle sue motivazioni questa terminologia, che appare oggi come ieri, almeno a noi, del tutto fuori luogo, tuttavia nessuno si è fino ad ora preoccupato delle incongruenze generate e dei mostri giuridici che hanno provato a mettere delle pezze ad alcune incongruenze.

Nemmeno il capo del DPA che da anni enfatizza la nuove conoscenze in campo neurobiologico, sodale e paladino delle posizioni politiche che hanno voluto e sostenuto anche le ultime revisioni del DPR 309/90, si è mai preoccupato di rendere meno conflittuale questa legge con le sbandierate evidenze scientifiche.

Come si può recuperare il neurone se è malato, come si possono conciliare talune posizioni interpretative della norma alla luce di recenti acquisizioni scientifiche sulla natura della addiction, come ci può essere congruenza con un testo di legge ed il suo impianto normativo che regola il sistema delle prestazioni e dei controlli, non considerandole cure ma sistemi e luoghi di recupero.

L'anima della legge è quella che informa il dispositivo e poi, secondo prassi legislativa deve scomparire, lasciando tracce più o meno evanescenti di sé per guidare il custode della legge nella sua applicazione.

Intendo dire che, pur nel rispetto delle prassi acquisite, forse sarebbe possibile, pure senza riportare i presupposti ed il dibattito che hanno preceduto la promulgazione della legge, quantomeno includere i riferimenti disciplinari essenziali per giustificare il valore ed il senso delle disposizioni normative.

Ad esempio se nel DPR 309/90 e sue successive revisioni, si fossero dovute giustificare il concetto di "recupero" o di "tossicofilia", forse sarebbe stato più difficile incorrere in quegli aggrovigliati dispositivi volti ad introdurre la dimensione della cura come strumento alternativo alla sanzione, laddove la scienza dice che a differenza del "recupero" il risultato della cura è molto più incerto ed imprevedibile.

In previsione del probabile, non sappiamo quanto prossimo, processo di revisione del DPR, vorrei evidenziare questa neces-

sità che nel futuro testo di legge vengono mantenuti anche i costrutti essenziali di riferimento del dispositivo, che abbia cioè un'anima intellegibile, trasparente, fondata su basi disciplinari affidabili, metodologicamente ineccepibile ed eticamente condivisa.

Questo ovviamente comporta che i lavori preparatori siano accurati e seri, ancorché animati da tutta la passione che il tema può comportare, tali da consentire un accordo sui principi etici, frutto del rispetto reciproco degli interlocutori e del riconoscimento della autonomia decisionale delle persone in materia di salute; che le affermazioni e i dispositivi siano conseguenti da definizioni e costrutti precisi, scientificamente fondati per quanto è dato ad oggi di sapere, adeguati a giustificare quello che sarà l'impianto normativo in modo chiaro.

Mi auguro che se revisione dovrà essere, chi ci lavorerà lo faccia anche con questo spirito, infondendogli un'anima intellegibile per tutti.

NOTIZIE IN BREVE

ASSODIP

**Federazione nazionale delle Associazioni di volontariato, ONLUS,
Associazioni professionali, di auto mutuo aiuto e di promozione sociale
nel campo dei consumi e delle dipendenze**



Ai soci ASSODIP - Anno 2014

È convocato per venerdì 6 giugno 2014, alle ore 9.00 in prima convocazione e alle ore 13.00 in seconda convocazione presso l'Hotel Michelangelo in Milano il Consiglio Nazionale di ASSODIP.

Ordine del Giorno:

- approvazione verbale seduta precedente
- ammissione nuovi soci
- relazione del Presidente e del Segretario Generale
- approvazione bilancio consuntivo 2013
- approvazione bilancio preventivo 2014
- varie ed eventuali

Il Presidente del Consiglio Nazionale ASSODIP

Dr. ssa Roberta Balestra

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Roberta Balestra".

Indicazioni sullo screening e diagnosi precoce delle malattie infettive correlate alla tossicodipendenza

D. Aguilar Marucco*, A. Gramoni**, E. De Vivo***, D. Pini****, G. Desantis****, I. Arnaudo*, M. Bellinato***-****, S. Quaglia****, E. Bignamini*** per il gruppo MIND

SUMMARY

■ **Objectives:** to propose operational guidelines about screening and diagnosis of drug-related infectious diseases.

Methods: a group of specialists in Infectious Diseases working in different Ser.T. of Piemonte tried to give simple and concrete indications, calibrated on the basis of resource saving but necessary to ensure an adequate and homogeneous management of infectious issues.

Conclusions: the application of these guidelines could help in early diagnosing serious, potentially fatal and effectively treatable diseases; preventing the transmission of infectious diseases among drug users and in the general population; having a more complete picture of the epidemiology of infections in the addicted population; offering to patients a more homogeneous service regardless of where they are treated. ■

Keywords: infectious diseases screening, screen timing, anti-HBV immunization, counselling.

Parole chiave: screening infettivologico, frequenza di screening, vaccinazione anti-HBV, counselling.

Premessa

Ormai da alcuni anni a questa parte il Dipartimento della Politica Antidroga denuncia il fatto che presso i Ser.D. italiani sta diminuendo progressivamente la percentuale di pazienti in carico che vengono adeguatamente studiati dal punto di vista infettivologico.

Secondo gli ultimi dati a disposizione, che riguardano il 2010, non sarebbero stati sottoposti ai test di screening per HIV, HBV ed HCV, rispettivamente il 69.5%, il 78.9% ed il 83.4% dei pazienti.

A questo si aggiunga il fatto che la tendenza è in progressiva riduzione negli ultimi 2-3 anni.

Da un'indagine eseguita su un campione rappresentativo di Dipartimenti e Servizi del Piemonte, è risultata una significativa disomogeneità nelle prassi applicate per la prescrizione, l'esecuzione e la registrazione degli esami sierologici e dei relativi referti.

Con l'obiettivo di segnalare questa tendenza e di implementare gli screening sierologici eseguiti nei Ser.D. il DPA ha pubblicato nel 2011 delle linee di indirizzo sullo "screening e diagnosi precoce delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti", alle quali si fa riferimento anche nel contesto del presente documento.

* S.C. Ser.D. Torino Asl TO1.

** S.C. Ser.D. Pinerolo Asl TO3.

*** S.C. Ser.D. Torino Asl TO2.

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

***** Ser.D. Moncalieri Asl TO5.

Obiettivi

Questo testo si pone l'obiettivo di fornire agli operatori dei Ser.D. alcune indicazioni generali e al tempo stesso concrete sullo screening delle principali malattie infettive correlate alla tossicodipendenza ed ai comportamenti che ad essa si associano.

L'applicazione di queste indicazioni può consentire di:

- diagnosticare precocemente delle patologie gravi, invalidanti e potenzialmente mortali, che possono essere efficacemente trattate;
- prevenire la trasmissione di patologie infettive sia tra i soggetti tossicodipendenti che nella popolazione generale;
- raggiungere un maggiore livello di conoscenza dello stato di salute dei pazienti tossicodipendenti;
- avere un quadro più completo dell'epidemiologia delle principali infezioni nella popolazione tossicodipendente;
- offrire ai pazienti un servizio più omogeneo indipendentemente dal Servizio in cui vengono trattati.

Essendo specialisti in Malattie Infettive che lavorano presso diversi Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche, crediamo di poter integrare in queste indicazioni le conoscenze teoriche sulle infezioni in questione con l'esperienza pratica acquisita nel corso degli anni lavorando nei Servizi.

Si tratta quindi di indicazioni concrete, potenzialmente attuabili anche nei Ser.D. in cui manchi la figura dello specialista infettivologo, calibrate anche in base al criterio del risparmio di risorse, ma necessarie per garantire un livello adeguato e omogeneo di gestione delle problematiche infettivologiche.

Le indicazioni principali contenute nel documento riguardano i seguenti punti:

1. COSA? Quali test proporre
2. A CHI? A quali pazienti

3. QUANDO? Con quale timing
4. COME? Offerta attiva e non passiva
5. DOVE? Il prelievo ematico in sede
6. COUNSELLING e ANAMNESI dei COMPORAMENTI a RISCHIO
7. VACCINAZIONE ANTI-HBV
8. CATEGORIE DI PAZIENTI A RISCHIO DI NO-TEST
9. E POI? La registrazione dei dati sierologici

1. COSA? Quali test proporre

La letteratura scientifica, così come le Linee di Indirizzo dettate dal Dipartimento della Politica Antidroga nel 2011, sono concordi nel raccomandare di ricercare attivamente nella popolazione tossicodipendente afferente ai Servizi le seguenti patologie infettive: l'infezione da HIV, l'epatite C, l'epatite B e la sifilide. Ecco di seguito i markers sierologici necessari per la ricerca di tali infezioni, ed il loro significato diagnostico:

Infezione da HIV/AIDS

Markers da richiedere	Interpretazione	Indicazione
Anti-HIV		
Negativo	Soggetto non infetto	Ripetere test annualmente
Positivo	Soggetto infetto	Test di conferma (Western blot) e invio alla struttura specialistica

Epatite B

Markers da richiedere	Indicazione	Markers da richiedere	Interpretazione	Indicazione
Anti-HCV		HCV-RNA		
Negativo	Ripetere annualmente			
Positivo	Se possibile eseguire HCV-RNA. Non ripetere più anti-HCV	Negativo	Epatite C pregressa	Monitorare AST e ALT annualmente
		Positivo	Epatite C acuta o cronica	Invio alla struttura specialistica. Non ripetere più HCV-RNA a scopo di "monitoraggio"

Sifilide

Markers da richiedere				Interpretazione	Indicazione
HbsAg	Anti-HBs	Anti-HBc IgG	Anti-HBc IgM		
Neg	Neg	Neg		Soggetto recettivo	Consigliare vaccinazione anti-HBV
Neg	Pos	Neg		Soggetto vaccinato	Non ripetere più i markers per epatite B
Neg	Pos	Pos		Infezione pregressa, soggetto immune	Non ripetere più i markers per epatite B
Neg	Neg	Pos		Infez pregressa (*)	
Pos	Neg	Neg	Pos	Infezione acuta	Invio a struttura specialistica
Pos	Neg	Pos		Infezione cronica	Invio a struttura specialistica

(*) L'“anti-HBc alone”

Si definisce “anti-HBc alone” la simultanea presenza di anti-HBc positivo, HbsAg negativo e anti-HBs negativo (indipendentemente da anti-HBe, HBeAg e HBV-DNA). “Anti-HBc alone” può essere presente in casi di pregressa infezione da HBV risalente ad anni o decine di anni prima, in particolare quando gli anticorpi anti-HBs sono scomparsi prematuramente rispetto agli anticorpi anti-HBc. Molti casi di “anti-HBc alone” si interpretano come una possibile “low dose infection” da HBV o un'infezione atipica con forme virali mutanti non ancora caratterizzate. Nella popolazione “anti-HBc alone”, l'HBV-DNA è presente nel siero solo in una minima percentuale di pazienti (1-3%), ma questa proporzione aumenta se si considerano gruppi particolari, quali i tossicomani che fanno uso di droghe per via endovenosa, le persone con concomitante infezione da HCV (30-40%) oppure i pazienti con concomitante infezione da HIV (70-80%). Secondo la maggior parte degli studi non è necessario un trattamento, anche perché la maggior parte dei pazienti presenta valori delle transaminasi nella norma. Dal momento che le persone “anti-HBc alone” sono considerate potenzialmente infettive, si devono osservare alcune precauzioni di base contro il contagio. I/le partner sessuali regolari degli individui “anti-HBc alone” devono essere vaccinati/e contro l'epatite B. Le persone “anti-HBc alone” che hanno partner multipli devono praticare sesso protetto. Si consiglia monitoraggio delle transaminasi ogni 6 mesi.

Epatite A

L'uso di sostanze stupefacenti aumenta il rischio di contrarre anche l'infezione da HAV.

La vaccinazione è suggerita contestualmente alla vaccinazione per l'epatite B. Rispetto ad una valutazione costo-efficacia, non consigliamo l'esecuzione dei test sierologici anti-HAV prima della vaccinazione (Piano nazionale Linee Guida - L'uso del vaccino anti epatite A in Italia, maggio 2004).

Tubercolosi

Uno screening a tappeto per TBC per tutti gli utenti pare eccessivo.

Fra i fattori di rischio di infezione tubercolare da valutare, in aggiunta all'alcol o tossico-dipendenza dobbiamo ricordare la condizione abitativa (e più genericamente le condizioni sociali), l'origine geografica e l'infezione da HIV.

In presenza di tali cofattori, è senz'altro utile effettuare lo screening.

Se il paziente presenta febbre, perdita di peso, sudorazioni notturne e tosse per più di due settimane può essere utile eseguire il Quantiferon (o l'intradermoreazione di Mantoux) e una radiografia polmonare.

2. A CHI? A quali pazienti

Tossicodipendenti: è indubbio che l'abuso di sostanze (in misura dipendente dalla sostanza e dalla via di somministrazione) costituisca un comportamento a rischio rispetto alla contrazione delle infezioni suddette, e che pertanto in questa categoria di pazienti sia di fondamentale importanza l'esecuzione dello screening.

Alcol-dipendenti: anche l'abuso di alcol può indurre all'assunzione di comportamenti a rischio, ed è pertanto raccomandato eseguire lo screening per le patologie infettive anche su questa categoria di pazienti.

Il gioco d'azzardo patologico, così come altre nuove tipologie di dipendenze patologiche cosiddette senza sostanza, non sottopongono di per sé il paziente ad un aumentato rischio di contrarre le malattie infettive sopracitate. Particolare attenzione va posta però, al momento dell'anamnesi, nel rilevare informazioni circa comportamenti a rischio (prevalentemente di tipo sessuale) che non costituiscono il motivo primario della presa in carico del paziente presso il SerD.

3. QUANDO? Con quale timing

Nella fase di accoglienza e presa in carico: la fase di presa in carico di un nuovo utente è particolarmente delicata, ed è il momento in cui è importante creare un aggancio con il paziente. Per questo motivo alcuni ritengono eccessivamente “invasivo” proporre di eseguire un prelievo ematico per l'esecuzione dei test sierologici.

A nostro avviso, però, tale proposta può invece essere vissuta dal paziente come un segno di competenza e completezza del servizio ricevuto, e predisporlo maggiormente ad aderirvi.

Con frequenza annuale, a tutti i pazienti in carico: una volta eseguito il primo screening, i test che erano risultati negativi vanno ripetuti con frequenza annuale (o meno frequentemente per la sifilide in caso di assenza di comportamenti a rischio), mentre le infezioni croniche inizialmente rilevate vanno monitorate, eventualmente in accordo con la struttura specialistica di riferimento.

Ogni qual volta venga riferito un episodio a rischio: nel caso in cui un paziente riferisca un episodio a rischio di contagio si raccomanda di eseguire i test di screening tenendo conto del periodo finestra delle singole infezioni, la cui durata è la seguente:

Infezione da HIV: 20 giorni - 6 mesi (anche a seconda della sensibilità del test disponibile)

Generalmente la durata del periodo finestra è da 4 a 6 settimane (Istituto Superiore di Sanità), eccezionalmente può raggiungere i 6 mesi.

Infezione da HBV: 50-60 giorni per la positivizzazione dell'HBsAg

Infezione da HCV: mediamente 80 giorni (1-4 mesi) dal contagio perché si possano rilevare gli anticorpi anti-HCV

Sifilide: circa 60 giorni per la positivizzazione della VDRL

In particolare per quanto riguarda la diagnosi di infezione da HIV, in seguito ad un evento a rischio di contagio, si consiglia di:

- eseguire il test il più presto possibile (dando per assodata la presenza di altri comportamenti a rischio precedenti), in modo da escludere una sieropositività già in atto o da poter intervenire precocemente in caso di positività;
- eseguire nuovamente i test a 1 e 3 mesi dall'evento a rischio;
- se il comportamento a rischio è stato messo in atto con una persona "sicuramente positiva", inviare alla struttura specialistica per valutare eventuale profilassi post-esposizione.

In sintesi, si ritiene quanto segue: un test negativo, dopo 6 mesi dall'ultimo evento a rischio, indica definitivamente che non è avvenuto il contagio; un test positivo, confermato successivamente da un test Western Blot positivo, indica definitivamente che è avvenuto il contagio.

4. COME? Offerta attiva e non passiva

L'offerta degli esami di screening deve essere "attiva": ciascun paziente deve ricevere un invito esplicito ad eseguire le sierologie, da parte del proprio medico.

Anche gli altri operatori del Ser.D. (sanitari e non) possono svolgere un ruolo nel creare una "cultura" che favorisca l'esecuzione dei test da parte dei pazienti.

Può essere utile implementare uno strumento di controllo interno che renda possibile sapere facilmente e rapidamente quali pazienti hanno o non hanno eseguito gli esami di screening nel corso di un determinato periodo di tempo.

5. DOVE? Il prelievo ematico in sede

Laddove vi siano le condizioni per farlo, è opportuno organizzare un servizio di prelievo ematico presso il Ser.D.

Questo tipo di servizio offre ai pazienti la possibilità di sottoporsi al prelievo senza spostarsi presso altre strutture sanitarie, con tempi di attesa meno lunghi e con maggiore rispetto della privacy.

Inoltre gli operatori stessi acquisiscono con il tempo l'esperienza necessaria per eseguire i prelievi su pazienti con un patrimonio venoso depauperato.

Si sottolinea la necessità di rispettare le norme vigenti in termini di sicurezza e di igiene, seguendo i protocolli e le procedure della propria Azienda di appartenenza.

Nei casi in cui non sia possibile reperire alcun accesso venoso superficiale, può rendersi necessario ricorrere al prelievo ematico arterioso; a questo proposito si ricorda che in seguito all'a-

brogazione dei mansionari, il Consiglio Superiore di Sanità nella Seduta del 23 giugno 2005 ha espresso parere favorevole all'effettuazione del prelievo arterioso da parte dell'infermiere, sia in ospedale, sia in ambulatorio che a domicilio, a patto che siano soddisfatte alcune condizioni:

1. che l'infermiere ne abbia acquisito la completa competenza;
 2. che sia presente nella struttura sanitaria di riferimento un protocollo operativo correttamente redatto, condiviso e approvato.
- Il testo completo della normativa è reperibile su www.ipasvibo.it/documenti/riviste/2008/03/03%20normativa.pdf.

6. COUNSELLING e ANAMNESI dei COMPORTAMENTI a RISCHIO

È ormai da tutti riconosciuto che nell'ambito dell'attività del testing, è indispensabile saper offrire agli utenti un adeguato counselling prima e dopo l'esecuzione dei test.

Ma in questa sede vogliamo porre l'accento sulla necessità di una educazione sanitaria da rivolgere ai pazienti in maniera continuativa ed efficace.

Le nuove sostanze e le nuove tipologie di consumo ed abuso, si accompagnano ad una serie di comportamenti a rischio, che rendono necessario un ampliamento delle aree indagate con l'anamnesi.

È ormai imprescindibile una dettagliata e completa anamnesi dei comportamenti sessuali degli utenti afferenti al Ser.D.: l'orientamento sessuale, il tipo e la frequenza di rapporti sessuali, l'uso del preservativo, il numero di partner totali e nell'ultimo anno sono informazioni che permettono di classificare il livello di rischio di contagio del paziente al pari della sostanza usata, della via di somministrazione, dello scambio di siringhe e della frequenza d'uso.

Può essere quindi utile modificare le cartelle cliniche aggiungendo queste voci, oltre che ricevere una formazione che aiuti ad affrontare questi argomenti con i pazienti e successivamente portarli alla consapevolezza del rischio e all'adozione di comportamenti sessuali sicuri.

7. VACCINAZIONE ANTI-HBV

Nell'ambito della prevenzione delle malattie infettive, una misura di provata efficacia e con un buon rapporto costi-benefici è la vaccinazione anti-HBV, alla quale andrebbero sottoposti tutti i pazienti tossicodipendenti e alcolisti.

L'indagine condotta a livello piemontese ha messo in luce che non in tutti i Servizi la vaccinazione viene proposta, e che solo in una parte di questi essa viene eseguita in sede.

Oltre alla schedula di vaccinazione standard (0,1 e 6 mesi) è interessante la proposta di una schedula di vaccinazione "rapida" con la somministrazione delle dosi vaccinali ai mesi 0, 1 e 2.

A fronte di una efficacia vaccinale leggermente inferiore, i vantaggi dimostrati sono una maggior aderenza all'intero ciclo vaccinale, ed una risposta immunitaria protettiva raggiunta più precocemente.

Si consiglia in ogni caso la somministrazione di una quarta dose al sesto mese.

8. CATEGORIE DI PAZIENTI A RISCHIO DI NO-TEST

Nella nostra esperienza abbiamo verificato che alcune tipologie di pazienti sono maggiormente a rischio di non essere sottoposte ai test di screening o per via del loro basso profilo di rischio

(accertato o presunto) o piuttosto per motivi tecnico-logistici; per altri sottogruppi di pazienti spesso non si hanno a disposizione i referti di esami eseguiti altrove.

Ad esempio:

- i pazienti stabilizzati e astinenti da tempo, in terapia metadonica di mantenimento, e senza altri fattori di rischio; la cronicizzazione dei pazienti con dipendenza patologica ed il conseguente aumento delle risorse investite in ambito socio-assistenziale può causare la perdita di attenzione da parte degli operatori sanitari di alcuni aspetti più clinici.
È importante ricordare che il profilo di rischio di un paziente può variare nel tempo, e va pertanto periodicamente rivalutato;
- i pazienti in programma terapeutico comunitario; sebbene in molti casi gli esami ematochimici e sierologici vengano eseguiti durante il percorso comunitario, spesso i referti non vengono richiesti dal Ser.D. inviante né comunicati dalla Comunità Terapeutica. Una buona prassi è eseguire gli esami di screening al momento dell'inserimento del paziente in comunità;
- i pazienti che scontano pene molto lunghe in carcere; anche in questo caso, una maggiore comunicazione tra il SerD di competenza territoriale e il SAD potrebbe ridurre la perdita dei dati sierologici;
- i pazienti in carico presso strutture ospedaliere; ad esempio i pazienti con infezione da HIV che vengono seguiti regolarmente presso gli Ambulatori Ospedalieri di Malattie Infettive, e che pertanto non eseguono prelievi ematici presso il Ser.D. In questi casi lo screening per le epatiti virali e le altre MST, così come l'eventuale vaccinazione anti-HBV, vengono generalmente effettuati in Ospedale, ed è possibile che le informazioni non giungano al Ser.D.

A queste categorie si aggiunga quella percentualmente non irrilevante di utenti in fase attiva di tossicodipendenza che pur costantemente sollecitati ad eseguire i test, non vi aderiscono. In questi casi, può essere efficace l'utilizzo di test "on site" che vengono somministrati, letti e refertati all'interno dello stesso Servizio, e che sono quindi più facilmente accessibili da parte dell'utente.

9. E POI? La registrazione dei dati sierologici

Ultima, ma non meno importante, è l'indicazione circa la corretta e tempestiva registrazione dei dati sierologici.

Molto spesso la mancanza di dati epidemiologici chiari e definitivi sulla diffusione delle malattie infettive nella popolazione tossicodipendente deriva dalla carente registrazione dei risultati dei test di screening.

È indispensabile a questo scopo l'utilizzo di strumenti informativi come database che permettano l'interrogazione immediata e in loco, in modo che gli operatori possano sapere in qualsiasi

momento quanti e quali pazienti non sono stati sottoposti ai test di screening nel corso di un determinato periodo di tempo.

A questo scopo è anche utile stabilire nell'organizzazione interna del Servizio chi si occupa di questo aspetto.

Bibliografia

- (1) Uso di sostanze stupefacenti e patologie infettive correlate. Dipartimento Politiche Antidroga, ottobre 2012, *Epidemiologia dell'infezione da HIV, HBV e HCV*: 13-28.
- (2) Integrated Prevention Services for HIV Infection, Viral Hepatitis, Sexually Transmitted Diseases, and Tuberculosis for Persons Who Use Drugs Illicitly: Summary Guidance from CDC and the U.S. Department of Health and Human Services. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) November 9, 2012/61(rr05): 1-40.
- (3) *Fatti e cifre sulle dipendenze da sostanze e comportamenti in Piemonte*. Bollettino 2011. Assessorato tutela della salute e sanità. Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze ASL TO: 27-29.
- (4) *Screening e diagnosi precoce delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti*. Dipartimento Politiche Antidroga, gennaio 2011: 2-71.
- (5) Kanno M.B., Zenilman J. (2002), "Sexually transmitted diseases in injection drug users", *Infect Dis Clinic North Am*, 16(3): 771-80.
- (6) Relazione annuale al Parlamento sull'uso delle sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia, 2012, Dipartimento Politiche Antidroga, luglio 2012, "Implicazioni e conseguenze per la salute": 14-18.
- (7) Camoni L. et al. (2009), "Prevalence and correlates of infection with human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, and hepatitis C virus among drug users in Italy: a cross-sectional study", *Scand J Infect Dis*, 41(6-7): 520-3.
- (8) Camoni L. et al. (2010), "Continued high prevalence of HIV, HBV and HCV among injecting and noninjecting drug users in Italy", *Ann Ist Super Sanità*, 46(1): 59-65.
- (9) Nelson P., Mathers B., Cowie B., Hagan H., Des Jarlais D., Horyniak D., Degenhardt L. (2011), "The epidemiology of viral hepatitis among people who inject drugs: Results of global systematic reviews", *Lancet*, August 13, 378(9791): 571-583.
- (10) Hwang L.Y., Grimes C.Z., Tran T.Q., Clark A., Xia R., Lai D., Troisi C., Williams M. (2010), "Accelerated Hepatitis B Vaccine Schedule among Drug Users . A Randomized Controlled Trial", *Infect Dis*, Nov 15, 202(10): 1500-1509.
- (11) Tran T.Q., Grimes C.Z., Lai D., Troisi C.L., Hwang L.Y. (2012), "Effect of Age and Frequency of Injections on Immune Response to Hepatitis B Vaccination in Drug Users", *Vaccine*, Jan 5, 30(2): 342-349.
- (12) Istituto Superiore di Sanità (2004), *Piano nazionale Linee Guida - L'uso del vaccino anti epatite A in Italia*, maggio.
- (13) Grob P., Jilg W. et al. (2000), "Serological Pattern 'Anti-HBc Alone': Report on a Workshop", *Journal of Medical Virology*, 62: 450-455.
- (14) Strader D., Wright T., Thomas D.L., Seeff L.B. (2004), "Diagnosis, Management, and Treatment of Hepatitis C. AASLD practice guidelines", *Hepatology*, 39: 1147-1171.

Profili neurocognitivi e psicodiagnostici di pazienti affetti da HAND (Disturbi Neurocognitivi HIV correlati)

Dora Chiloiro*^{-***}, Francesco Resta**^{*}, Irene Del Monaco***^{*}, Maria Mottolese***^{*},
Sonia Rossetti***^{*}, Nicola Simeone***^{*}

SUMMARY

■ *This is a pilot study, made in 2011, on HIV patients with neurocognitive disorders in Struttura Complessa di Malattie Infettive, Ospedale "San Giuseppe Moscati" of Taranto, after 8 months of evaluations, observations and diagnosis of HAND (HIV-ASSOCIATED COGNITIVE DISORDERS).*

The group of patients is made up of 98 subjects (68 males, 30 females). We applied a clinical interview; neuropsychological battery comprehending all the cognitive domains; a psychodiagnostic screening to evaluate anxiety and mood.

There was a follow up diagnosis in patients after 6 months, as the Guide Ministerial 2011 Lines suggest.

Materials: MMSE, FAB, IHDS, ADL, Semantic Fluency, TMT A e B, Subtest Short and Working Memory of WAIS, 15 words of Rey list, Complex figure of Rey, BDI-II, BAI.

Particular emphasis is placed on critically evaluating research within the realm of cognitive neuropsychology that aims to elucidate the component processes of HAND across the domains of executive functions, motor skills, speeded information processing, memory, attention, working memory, language and visuoception. ■

Keywords: *HIV-associated neurocognitive disorders; Asymptomatic Neurocognitive Impairment; Mild Neurocognitive Disorder; HIV Associated Dementia.*

Parole chiave: *Disturbi neurocognitivi correlati ad HIV; Disturbo Neurocognitivo Asintomatico; Disturbo Neurocognitivo Lieve; Demenza associata ad HIV; HAND.*

Introduzione

Questo è uno studio pilota su pazienti HIV con deficit neurocognitivi degenti presso la Struttura Complessa di Malattie Infettive dell'Ospedale "San Giuseppe Moscati" di Taranto nell'anno 2011, dopo circa 8 mesi di osservazione, valutazione e diagnosi degli HAND.

Il gruppo dei pazienti HIV arruolati è composto da 98 soggetti (68 maschi; 30 femmine).

È stata utilizzata per la valutazione dei pazienti un'intervista clinica, una batteria neuropsicologica per tutti i domini cognitivi; uno screening psicodiagnostico per valutare ansia e la sfera timica.

È stata formulata una diagnosi a lungo termine nei pazienti dopo 6 mesi, come le Linee Guida Ministeriali 2011 suggeriscono.

* *Direttore Struttura Complessa di Psicologia Clinica e Psicoterapia dell'Età Adulta e dell'Età Evolutiva, ASL, Taranto.*

** *Direttore Struttura Complessa di Malattie Infettive S.G. Moscati e Presidente SIMIT - Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali, ASL, Taranto.*

*** *Psicologi del Gruppo volontario di ricerca clinica neurocognitiva Struttura Complessa di Psicologia Clinica e Psicoterapia dell'Età Adulta e dell'Età Evolutiva, ASL, Taranto.*

Materiali: MMSE, FAB, IHDS, ADL, Fluenza semantica, TMT A e B, Subtest Memoria di cifre, Lista di 15 parole di Rey, Figura complessa di Rey, BDI-II, BAI.

Particolare attenzione è stata posta nelle valutazioni all'interno dell'area neuropsicologica/cognitiva al fine di tracciare un profilo rappresentativo dei componenti e dei processi degli HAND, attraverso i domini delle funzioni cognitive: abilità prassico-costruttive, velocità di elaborazione delle informazioni, memoria, attenzione/memoria di lavoro, linguaggio e visuo percezione.

Premessa

Nell'aprile 2011 partendo da queste ipotesi è stato progettato un piano di ricerca e di collaborazione tra la S.C. di Psicologia Clinica e la S.C. di Malattie Infettive della ASL di Taranto.

La Struttura Complessa di Psicologia Clinica dell'ASL di Taranto effettua valutazioni neuro cognitive ai pazienti degenti e ambulatoriali afferenti alla S.C. di Malattie Infettive.

La ricerca è stata condotta da un gruppo autonomo di ricercatori.

Gli HAND (*HIV-Associated Neurocognitive Disorders*) sono conseguenti a danno HIV correlato del sistema nervoso centrale (SNC) poiché l'infezione attiva i macrofagi del SNC innescando eventi che possono causare degenerazione e morte neuronale.

Gli HAND vengono solitamente classificati in tre cluster in relazione alla loro gravità rispetto all'interferenza con la vita quotidiana e alle dimensioni cognitive negativamente alterate.

Il cluster clinicamente meno evidente è il Deficit Neurocognitivo Asintomatico (*ANI - Asymptomatic Neurocognitive Impairment*) caratterizzato da meno di due deficit in domini cognitivi (con ≥ 1 ds) e senza interferenza con il funzionamento quotidiano; il Disturbo Neurocognitivo Lieve (*MND - Mild Neurocognitive Disorder*) è caratterizzato da due o più deficit neurocognitivi circoscritti (con ≥ 1 ds) ed una lieve-moderata interferenza nel funzionamento quotidiano; infine, la Demenza HIV associata (*HAD - HIV Associated Dementia*) ha due o più domini neurocognitivi deficitari (con ≥ 2 ds) ed una grave perdita delle autonomie nel funzionamento quotidiano.

L'obiettivo è stato quello di valutare oltre le eventuali funzioni cognitive compromesse i disturbi psichiatrici degli HAND.

Il target era indagare le aree cerebrali lesionate e come si evolva la stadiazione del deterioramento cognitivo HIV-associato.

Ipotesi di ricerca

Sono state formulate le seguenti ipotesi di ricerca:

- H1 - Esistenza di deficit in un circuito cerebrale specifico cortico-sottocorticale HIV correlato.
- H2-La stadiazione del deterioramento cognitivo HIV-associato si evolve deteriorando specifiche aree cerebrali.
- H3 - Esistenza di differenze quali-quantitative Neurocognitive tra i cluster HAND.
- H4 - Esistenza di differenze quali-quantitative Psicodiagnostiche tra i cluster HAND.

Lo studio è stato eseguito con disegno non sperimentale e valutazione di tipo quantitativo/realistico nell'analisi delle ipotesi.

È stata effettuata un'analisi per coorte, rilevando l'incidenza di ogni singolo fattore all'interno della popolazione con HIV e i rapporti tra essa e fattori di rischio correlati; gli aspetti qualitativi sono stati valutati con una metodologia di tipo esplorativo-induttiva con obiettivo nomotetico.

La scelta delle coorti è stata effettuata attraverso un campionamento di convenienza selezionando un gruppo desiderabile, senza tuttavia essere rappresentativo dell'intera popolazione italiana.

Lo studio è stato articolato in tre step:

- I. aprile-maggio 2011: applicazione delle "Linee Guida 2010" per la valutazione neurocognitiva del paziente con HIV;
- II. ottobre-dicembre 2011: applicazione delle "Linee Guida 2011" aggiornate per la valutazione neurocognitiva del paziente con HIV. A seguito della rimodulazione delle Linee Guida da parte del Ministero della Salute (in collaborazione con la Commissione Nazionale e la Consulta delle Associazioni per la lotta contro l'AIDS, la SIMIT);
- III. dicembre 2011: esecuzione di retest in pazienti già valutati in corso del I step.

Nel rispetto del codice etico della ricerca, tutti i partecipanti hanno sottoscritto preliminarmente il consenso informato verificandone la spontanea partecipazione allo studio e la comprensione delle metodologie utilizzate nel rispetto delle normative a tutela della privacy garantendo l'anonimato attraverso una gestione dati con codici alfanumerici e password.

Materiale e metodi

La popolazione esaminata è costituita da soggetti HIV positivi ambulatoriali e degenti che afferiscono alla S.C. di Malattie Infettive.

Sono stati arruolati e suddivisi due gruppi attraverso una procedura di screening.

Il campionamento è stato di tipo probabilistico e randomizzato, dove la selezione di un individuo non ha condizionato in alcun modo la selezione di altri soggetti.

I criteri di eleggibilità, ossia di inclusione allo studio, ed i criteri di esclusione dal campionamento rispettano l'algoritmo evidenziato nelle linee guida (Fig. 1).

Obiettivo è valutare la presenza di compromissioni neurocognitive legate all'infezione da HIV in una popolazione con diagnosi di AIDS.

Lo studio è stato condotto su un campione di 98 soggetti (68 maschi, 30 femmine), suddiviso in due gruppi corrispondenti a due distinti step valutativi.

Le due coorti di soggetti sono omogenee per età, genere ed anzianità di malattia.

L'età media dei soggetti facenti parte della prima coorte è di 46 anni; il 34,80% donne ed il 65,20% uomini; presentano un'anzianità media di malattia di 11 anni; ed un CPE score medio di 0,29.

Il CPE score è un punteggio di penetrazione degli antiretrovirali nel SNC, pertanto è un indice di penetrabilità della barriera ematoencefalica dal farmaco.

L'età media dei soggetti facenti parte della seconda coorte è 49 anni; il 23,50% donne ed il restante 76,50% uomini; hanno un'anzianità di malattia media di 13,07 anni; ed un CPE score medio di 7,01.

La prima coorte, composta da 66 soggetti, è costituita da 43 uomini e 23 donne di età media di 45,83 anni (Tab. 1).

La seconda coorte di 32 pazienti, si compone di 25 uomini e 7 donne di età media di 49,16 (Tab. 2).

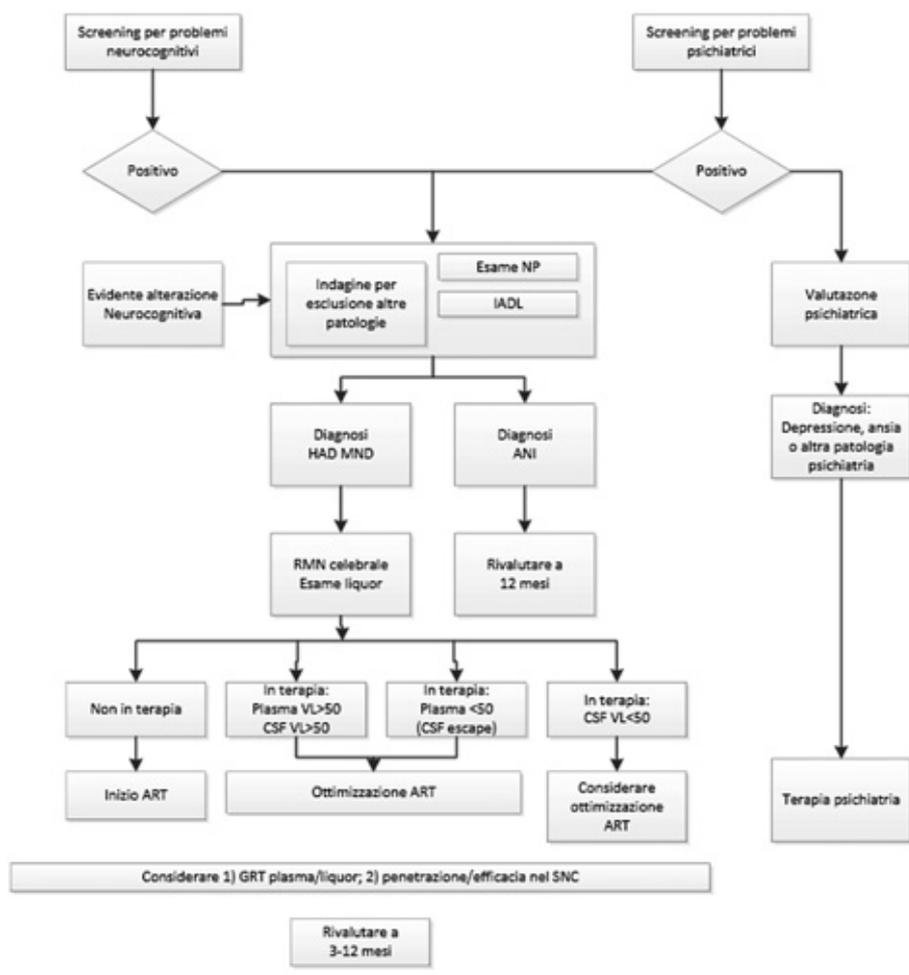
La valutazione del primo gruppo ha previsto l'applicazione dei seguenti strumenti standardizzati:

- "Mini-Mental State Examination" (MMSE): per la valutazione del funzionamento cognitivo globale. Si compone di 11 subtest, distinti in 5 sezioni che valutano le seguenti funzioni: a) orientamento temporale; b) orientamento spaziale; c) memoria a breve termine; d) attenzione e calcolo; e) memoria a lungo termine; f) linguaggio e prassia costruttiva. Il punteggio di ciascun partecipante è stato corretto per età e scolarità.
- "Frontal Assessment Battery" (FAB) per la valutazione delle funzioni esecutive di tipo frontale. Si compone di 6 subtest che indagano le seguenti componenti cognitive: a) capacità di astrazione; b) flessibilità mentale; c) programmazione motoria; d) sensibilità all'interferenza; e) controllo inibitorio; f) autonomia ambientale. Il punteggio di ogni soggetto è stato corretto per età e scolarità.
- "International Hiv-Dementia Scale" (IHDS) per la valutazione della compromissione cognitiva HIV-correlata. Questa scala è costituita da tre prove che valutano rispettivamente la velocità motoria, psicomotoria e il richiamo della memoria.

Il secondo gruppo è stato sottoposto ad una più articolata batteria di prove standardizzate in aggiunta al Mini Mental State Examination (MMSE) e all'*International Hiv-Dementia Scale* (IHDS).

- "Activities of daily living" (I.A.D.L.): è un test che valuta le autonomie del soggetto.
- "Fluenza semantica" per lo studio della fluenza verbale.
- "TrailMaking Test B": valuta l'attenzione selettiva e divisa e l'inibizione all'interferenza. Il compito consiste nell'unire alternativamente i numeri da 1 a 13 e le lettere dalla A alla N.
- "TrailMaking Test A": valuta l'attenzione selettiva; il soggetto deve unire con la matita 25 numeri stampati sul foglio in ordine sparso nella sequenza corretta.

Fig. 1 - Algoritmo Valutazione e Diagnosi; fonte: Linee Guida 2011



Tab. 1 - Distribuzione demografica del I gruppo di pazienti

Popolazione	Totale	Uomini	Donne
	66	43	23
Età media	45,83	46,69	44,22
20-29	4	2	2
30-39	11	7	4
40-49	31	20	11
50-59	17	11	6
60-69	2	2	0
70-79	0	0	0
80-89	1	1	0

Tab. 2 - Distribuzione demografica del II gruppo di pazienti

Popolazione	Totale	Uomini	Donne
	32	25	7
Età media	49,16	50,72	43,57
20-29	0	0	0
30-39	1	1	0
40-49	19	12	7
50-59	10	10	0
60-69	1	1	0
70-79	0	0	0
80-89	1	1	0

- “Subtest Memoria di cifre. È uno dei subtests della Scala Verbale della WAIS-R e richiede la rievocazione di sequenze crescenti di cifre dapprima nello stesso ordine di presentazione e successivamente in ordine inverso. Questa prova indaga l’attenzione, la memoria uditiva breve termine, la flessibilità cognitiva e saturo, soprattutto la prova di ripetizione inversa, sull’intelligenza fluida.
- “Lista di 15 parole di Rey” misura le abilità di memoria (Encoding - Recall - Recognition).
- “Figura Complessa di Rey” è un test che indaga le abilità di memoria visu-spaziale e le abilità prassico-costruttive; si presenta una figura che il soggetto deve prima ricopiare su modello e poi senza.
- “Finger Tapping test” valuta le abilità motorie.
- “Beck Depression Inventory-II” (BDI-II): è un test psicodiagnostico della sfera timica e delle diverse componenti che caratterizzano il vissuto depressivo.
- “Beck Anxiety Inventory” (BAI) permette la valutazione psicodiagnostica dell’ansia.

Fattori di rischio e comorbidità

Sono presenti situazioni di comorbidità associate al disturbo neurocognitivo, che possono contribuire o sostenere totalmente il deficit cognitivo, ed interferire con la diagnosi di HAND:

- depressione;
- disturbi d’ansia;

- psicosi e altre patologie psichiatriche;
- demenze vascolari e ischemiche;
- infezioni opportunistiche o tumori del SNC o loro esiti;
- encefalopatie dismetaboliche;
- cirrosi epatica;
- coinfezione con HCV;
- uso attuale o anamnestico di stupefacenti (cocaina, metanfetanamine, oppioidi);
- abuso di psicofarmaci;
- etilismo;
- pregresso trauma cranico.

Nel complesso, il campione generale riflette le comorbilità principali già evidenziate in letteratura (Tabella 3).

Nello specifico la distribuzione all'interno dei diversi profili non si dimostra rappresentativa, fatta eccezione per l'HCV.

Dalla letteratura scientifica si rileva che nella popolazione dei soggetti con infezione da HIV la depressione ha una prevalenza del 36-45% e l'ansia è una condizione frequente con una prevalenza del 38%.

Effettuando l'analisi psicodiagnostica sono emersi i seguenti punteggi medi (Tab. 4) che mostrano come all'aumentare del deficit, aumentino gli stati di allarme e la deflessione dell'umore.

Questo dato potrebbe riflettere un aumento della consapevolezza della propria patologia, la quale diventa sempre meno occultabile al giudizio sociale e all'aumentare della pervasività del deficit nelle attività quotidiane; il soggetto affetto da HAND manifesta deflessione dell'umore di rilevanza clinica sia sul piano somatico affettivo che cognitivo.

Tab. 3 - Distribuzione comorbilità nel campione

	ANI	MDN	HAD
Diabete	6,67%	25,00%	0,00%
Etilismo	6,67%	0,00%	11,11%
HCV	53,33%	75,00%	77,78%
Ipertensione	26,67%	0,00%	11,11%

Tab. 4 - Punteggi BDI e BAI nei diversi clusters HAND

	BDI	Pt somatico-affettivo	Pt cognitivo	BAI
ANI	23,4	12,9	10,5	20,4
MDN	38,0	21,0	16,5	28,8
HAD	35,0	20,5	14,8	32,9
TOT	26,6	15,0	11,6	23,0

Analisi dei dati

Le analisi condotte sono sia di tipo qualitativo che quantitativo e nello specifico si è proceduto ad analisi degli indici mediante ANOVA, stima delle frequenze, analisi Intragroup e Infragroup. Di seguito vengono riportati i punteggi ottenuti dai soggetti esaminati nelle diverse prove suddivisi per classificazione HAND (Tab. 5).

Tutti i punteggi dei diversi strumenti sono stati normalizzati ed uniformati secondo la seguente legenda che specifica la scala a rapporti utilizzata:

- deficitario con punteggi compresi tra 0 e 1;
- riduzione di significato non patologico con punteggi compresi tra 1 e 2;
- nella norma con punteggi superiori a 2.

Tab. 5 - Punteggi suddivisi per classificazione HAND

Cluster	Fluena verbale	Funzioni esecutive	Velocità elaborazione	Abilità motoria	Abilità prassiche
ANI	1,7	1,3	1,7	1,6	1,1
MDN	1,8	2,0	2,0	1,3	2,0
HAD	1,3	0,0	1,3	1,1	0,9
	Attenzione Working Memory	Apprendimento	Memoria di riconoscimento	Memoria Verbale	Memoria visiva
ANI	1,1	1,2	1,5	1,4	1,2
MDN	1,5	1,5	0,5	1,3	1,5
HAD	0,8	0,3	0,1	0,4	0,7
	MMSE	Codificazione MMSE	Codificazione I.A.D.L.	Valutazione Neuro-psicologica	
ANI	25,3	1,7	2,0	1,4	
MDN	25,1	1,8	0,8	1,5	
HAD	18,2	0,4	0,4	0,7	
	IHDS Pt tot	Velocità motoria	Velocità psicomotoria	Richiamo memoria	
ANI	7,1	2,7	1,7	2,7	
MDN	6,6	2,3	2,5	1,9	
HAD	5,1	1,3	1,2	2,5	

Tutte le ipotesi di ricerca sono state confermate, nello specifico dai risultati emersi possiamo affermare la presenza di compromissioni HIV correlate nel circuito cortico-sottocorticale (H1), che la stadiazione del deterioramento cognitivo HIV-associato evolve deteriorando specifiche aree cerebrali (H2), e che ci sono differenze quali-quantitative sia Neurocognitive che Psicodiagnostiche tra i clusters HAND (H3 e H4).

Nei soggetti con infezione da HIV la depressione è una condizione psicopatologica caratterizzata dalla presenza di sintomi di natura psicologica, quali tristezza, apatia e perdita di progettualità, della sfera psicomotoria con rallentamento e/o irrequietezza e con sintomatologia di natura psicosomatica.

Un'altra condizione psicopatologica riscontrata dal nostro studio è uno stato ansioso che tende a persistere nel tempo ed è caratterizzato da numerosi sintomi quali ad esempio iperattività del sistema nervoso autonomo, affanno, palpitazioni.

Profili neuropsicologici

Nel nostro studio abbiamo verificato dei trend di deficit cognitivi specifici per tipo di profilo diagnostico HAND.

Il profilo ANI, forma asintomatica degli HAND, rileva una completa autonomia nelle capacità strumentali della vita quotidiana e una riduzione, di significato non patologico, della velocità psicomotoria e di elaborazione delle informazioni.

Quindi, pazienti con diagnosi ANI non manifestano difficoltà particolari nella vita quotidiana perché autonomi, ma appaiono persone lievemente rallentate nell'eloquio, nelle azioni con un globale rallentamento cognitivo. In particolare si rileva una ridotta destrezza manuale e rallentamento dell'andatura.

Spesso lo status di "malato" tende a limitarli anche in assenza di impedimenti oggettivi nelle attività.

Gli ANI risultano nella norma allo screening di base per deterioramento cognitivo, la velocità di elaborazione delle informazioni risulta lievemente rallentata come anche la velocità psicomotoria. Nella valutazione della sfera timica vi è una predominanza del fattore cognitivo.

Le manifestazioni cognitive della depressione quali ad esempio pessimismo, senso di colpa, autocritica e autostima predominano rispetto al fattore somatico-affettivo (che riguarda la perdita di interessi, energie, modificazioni nel sonno e nell'appetito, agitazione e pianto) sembrano maggiormente caratterizzare il vissuto disforico del paziente ANI.

Gli ANI avendo deficit cognitivi minori hanno una forte reazione ansiogena inerente alla consapevolezza delle nuove problematiche sorte.

Esiste una correlazione negativa per cui la gravità del disturbo di ansia decresce rispetto all'aumentare della gravità HAND.

Al crescere dei deficit cognitivi neuropsicologici si riducono i disturbi di ansia, in quanto la gravità dei deficit cognitivi riduce la consapevolezza del soggetto comportando presumibilmente una riduzione del disturbo psichiatrico reattivo.

Il cluster MND, manifesta, invece una riduzione delle autonomie strumentali della vita quotidiana e un deficit ingravescente dell'elaborazione delle informazioni e della velocità psicomotoria; riduzione della MLT verbale, deficit di memoria di riconoscimento.

Analizzando i dati, allo screening di base del deterioramento cognitivo, gli MDN risultano nella norma presentando solo un lieve rallentamento nella velocità di elaborazione delle informazioni e nella flessibilità cognitiva.

Il deficit non sembra interessare l'attenzione selettiva, divisa e le abilità prassico-costruttive.

Si tratta, quindi di pazienti che hanno difficoltà nella memoria prospettica, e quindi, nel ricordare eventualmente gli orari di terapia farmacologica o appuntamenti vari.

Nella valutazione della sfera timica vi è la presenza di ansia libera e somatizzata e grave deflessione dell'umore con caratteristiche depressive.

La forma più grave, che rappresenta un deterioramento cognitivo HIV-associato è il profilo HAD.

Dai risultati si rilevano: rallentamento ingravescente dell'elaborazione delle informazioni e della velocità psicomotoria; riduzione della MLT verbale; deficit di memoria di riconoscimento; Fluency Verbale; riduzione del volume della voce; fonazione più breve; tremore vocale (Bhat *et al.*, 2007).

Un aspetto interessante riportato in letteratura è che nei bambini affetti da virus HIV, il linguaggio rappresenta la prima area cognitiva compromessa, mentre nell'adulto è l'ultimo decalaggio cognitivo che si osserva durante il decorso della malattia.

Risultano nel complesso compromesse in modo significativo le abilità relative a: attenzione selettiva e divisa, shift attenzionale, attenzione sostenuta, memoria a breve termine/apprendimento, riconoscimento, inibizione all'interferenza.

Il profilo risulta soggetto a deficit di flessibilità cognitiva, deficit delle abilità motorie, aprassia costruttiva e deficit del tracking visuo-motorio/visu-concettuale, riduzione significativa della MLT verbale, deficit di memoria di riconoscimento e della fluency verbale.

Discussione

Rispetto ad altre malattie neurodegenerative, come l'Alzheimer, HAND non rappresenta un profilo diagnostico invariabile e immutato.

Vi sono ampie variabilità nel corso dello sviluppo dei profili neuro-cognitivi HIV correlati evidenziando che alcuni pazienti che hanno manifestato decalaggi col tempo hanno recuperato le funzioni compromesse dopo terapia con antiretrovirali (cART) e, viceversa in assenza di terapia, si assiste a un decorso fluttuante (Robertson *et al.*, 2007).

Studi effettuati sulla popolazione americana dimostrano come pazienti con diagnosi di HAND alla valutazione iniziale, al retest il 21% di questi non manifesta più deficit, mentre il 23% transita da un profilo neuropsicologico nelle attese a deficit focali. (McArthur, 2002).

I dati evidenziano difficoltà interpretative nell'analisi dei dati e la necessità di definire cut-off nell'ambito dei clusters diagnostici.

Studi autoptici su encefalo di pazienti HIV, dimostrano che dopo i polmoni, il cervello è l'organo maggiormente colpito dal virus (Masliah *et al.*, 2000). Il sistema nervoso centrale è anche il target favorito perché cellule neurali e microglia possiedono i recettori chemokine CXCK4, necessari per l'aggressione delle cellule da parte del virus (Hult, 2008).

Evidenze di imaging suggeriscono che il target per l'aggressione da parte dell'HIV sia rappresentato dal loop corticale fronto-striato-talamico.

Tuttavia non è come le altre forme di demenza che vedono una compromissione localizzata per fasi di specifici gruppi neuronali in specifiche aree cerebrali, ma anche la sostanza bianca viene lesa includendo e coinvolgendo altre strutture cortico-sottocorticali, come l'ippocampo e la corteccia parietale (Thompson *et al.*, 2005).

Una ragione per cui non vi siano aree specifiche lese riguarda il fatto che l'HIV all'interno del sistema nervoso centrale funziona come il virus "Trojan" informatico (Hult, 2008).

Non necessariamente l'HIV attacca i neuroni poiché, una volta attraversata la barriera ematoencefalica, può causare danni sinaptici e dendritici attraverso attacchi diretti (proteine virali) o indiretti (processi neuroinfiammatori).

Questo spiega l'enorme varietà di danni che il virus può causare al sistema nervoso centrale.

Tutto, inoltre, può essere ulteriormente amplificato da altri fattori come l'uso e abuso di droghe, coinfezioni (epatite C), invecchiamento.

Le strutture maggiormente studiate nel paziente HIV sono quelle sottocorticali, in modo particolare i gangli della base e i tratti di connessione con la corteccia frontale e la sostanza bianca.

Analisi di risonanza magnetica hanno dimostrato la relazione tra il volume del caudato e i deficit nelle competenze motorie e la velocità di elaborazione delle informazioni; fluency verbale e attenzione globale (Kieburz *et al.*, 1996).

Un'altra area di interesse è la corteccia frontale, colpita in tempi successivi alla compromissione dei gangli della base (Rottemberg *et al.*, 1987).

È stato riscontrato un volume significativamente ridotto nella neocortex, specialmente nella corteccia frontale.

Vi sono studi in cui una perdita neuronale in questa zona è associata ai deficit cognitivi.

Vi sono anche ulteriori analisi che hanno utilizzato metodi multivariati statistici in cui vi era una correlazione tra deficit cognitivi e danni sinaptico-dendritici nel putamen e nell'ippocampo (Moore *et al.*, 2006). Questo suggerisce che la degenerazione corticale e quella sottocorticale possono evolvere separatamente e in modo parallelo in alcuni individui.

Conclusioni

L'analisi dei dati ha permesso di individuare i diversi profili HAND, concordanti con i dati già presenti in letteratura e con gli obiettivi di monitoraggio presenti nelle Linee Guida Ministeriali. I profili psicodiagnostici e neurocognitivi benché tipici dell'HAND sono risultati influenzati da molteplici variabili, derivanti dalla complessità e multifattorialità del disturbo.

L'aspetto psicologico relativo allo "status" di malato risulta determinante sia nella qualità della vita percepita, che nella stadiazione del deterioramento.

Risulta inoltre rilevante come l'allungarsi della vita media per i pazienti affetti da HIV porti ad interazioni tra il deterioramento patologico dovuto all'HAND e i deterioramenti cognitivi normali e patologici correlati all'invecchiamento.

Emerge come un monitoraggio delle funzioni cognitive fin dall'esordio della patologia, unito a una terapia farmacologica adeguata permetterebbe di ridurre la pervasività della patologia sulle funzioni della vita quotidiana permettendo una migliore alleanza terapeutica e compliance con la terapia.

Il campione si è dimostrato in buona parte rappresentativo della popolazione totale di appartenenza; i risultati dello studio possono essere generalizzati sull'intera popolazione e contesto studiato, tuttavia per aumentare la numerosità dei campioni sarebbe opportuno organizzare studi multicentrici coinvolgendo diverse realtà cliniche.

Inoltre, l'eterogeneità dei centri permetterebbe il confronto ed evidenzierebbe variabilità di fenomeni e di contesti.

Bibliografia

- Appollonio I., Isella M.V., Piamarta F., Consoli T., Villa M.L., Forapani E., Russo A., Nichelli P. (2005), "The Frontal Assessment Battery (FAB): normative values in an Italian population sample", *Neurological Sciences*, 26, 2: 8-16.
- Bear M.F., Connors B.W., Paradiso M.A. (2005), *Neuroscienze*, Masson, Milano.
- Bhat S., McMahon M.A., Jilek B.L., Brennan T.P., Shen L., Zhou Y. et al. (2007), "The HBV Drug Entecavir - Effects on HIV-1 Replication and Resistance", *N Engl J Med*, 356: 2614-2621.
- Cambier J., Masson M., Dehen H. (2009), *Neurologia*, Elsevier, Milano.
- Carey C.L., Woods S.P., Gonzalez R., Conover E., Marcotte T.D., Grant I., Heaton R.K. (2004), "Predictive Validity of Global Deficit Scores in Detecting Neuropsychological Impairment in HIV Infection", *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, vol. 26, issue 3.
- Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. (1975), "'Mini-mental state'. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician", *Psychiatry Research*, 12: 189-98.
- Fontes M.A., Bolla Karen I., Cunha P.J. e coll. (2011), "Frontal Assessment Battery (FAB) is a simple tool for detecting executive deficits in chronic cannabis users", *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 10: 1-9.
- Ghafari M., Amini S., Khalili K, Sawaya B.E. (2006), "HIV-1 associated dementia: symptoms and causes", *Retrovirology*, 3: 28, doi: 10.1186/1742-4690-3-28.
- Grossi D., Trojano L. (2005) *Neuropsicologia dei lobi frontali. Sindromi disesecutive e disturbi del comportamento*, Il Mulino, Bologna, Collana Itinerari, Psicologia.
- Hult B., Chana G., Masliah E., Everall I. (2008), "Neurobiology of HIV", *International Review of Psychiatry*, 20: 3-13.
- Kaplan, Sadock (2001), *Psichiatria*, Centro Scientifico Internazionale, Torino.
- Kieburz K., Ketonen L., Cox C., Grossman H., Holloway R., Booth H. et al. (1996), "Cognitive performance and regional brain volume in human immunodeficiency virus type 1 infection", *Archives of Neurology*, 53(2): 155-158.
- Masliah E., DeTeresa R., Mallory M., Hansen L.A. (2000), "Changes in pathological findings at autopsy in AIDS cases for the last 15 years", *AIDS*, 14: 69-74.
- McArthur J.C. (2004), "HIV dementia: an evolving disease", *Journal of Neuroimmunology*, 157: 3-10.
- Meyer J.S., Quezner L.F. (2009), *Psicofarmacologia*, Edi-Ermes, Milano.
- Moore A.M., Nakabiito C., Mirembe F., Singh S., Bankole A. et al. (2006), *How HIV status impacts child-bearing decisions: Results from a qualitative study in Kampala, Uganda*. Population Association of America Annual Meetings, Los Angeles, CA, 30 March - 1 April.
- Stankoff B., Tourbah A., Suarez S., Turell E., Stievenart J.L., Payan C., Coutellier A., Herson S., Baril L., Bricaire F., Calvez V., Cabanis E.A., Lacomblez L., Lubetzki C. (2001), "Clinical and Spectroscopic improvement in HIV-associated cognitive impairment", *NEUROLOGY*, 56: 112-115.
- Robertson K.R., Smurzynski M., Parsons T.D., Wu K., Bosch R.J., Wu J. et al. (2007), "The prevalence and incidence of neurocognitive impairment in the HAART era", *AIDS*, 21: 1915-1921.
- Rottenberg D.A., Moeller J.R., Strother S.C., Sidtis J.J., Navia B.A., Dhawan V. et al. (1987), "The metabolic pathology of the AIDS dementia complex", *Annals of Neurology*, 22: 700-706.
- Thompson P.M., Dutton R.A., Hayashi K.M., Toga A.W., Lopez O.L., Aizenstein H.J. et al. (2005), *Thinning of the cerebral cortex visualized in HIV/AIDS reflects CD4+ T lymphocyte decline*. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 102: 15647-15652.
- Vallar G., Papagno C. (2007), *Manuale di neuropsicologia clinica. Clinica ed elementi di riabilitazione*, Il Mulino, Bologna, Collana Manuali, Psicologia.

Case report. Un quadro di dipendenza alcolica complicata

Cosimo Buccolieri*

Descrizione del caso

Paziente di anni 25, di sesso maschile.

È giunto all'attenzione del medico del Ser.T. accompagnato la prima volta dai genitori.

Il colloquio e la visita hanno permesso di evidenziare una dipendenza da alcol, con esordio tipo binge drinking, spesso accompagnata da abuso di cocaina e gioco patologico.

Inoltre è stato evidenziato un rapporto fortemente conflittuale con i genitori ed in particolare con la madre, con la quale le discussioni spesso degeneravano nell'aggressività verbale e a volte anche fisica.

È stato preso in carico dopo una lunga "trattativa" col paziente stesso e sottoposto ad un programma farmacologico e di psicoterapia.

Anamnesi

Anamnesi familiare

Il padre di anni 53 lavora nell'attività commerciale di famiglia insieme al figlio.

Il padre avrebbe sofferto per lungo tempo di disturbo depressivo non ben precisato trattato farmacologicamente.

La madre di anni 45, casalinga, non presenta alcun disturbo e svolge una vita attiva e dinamica.

Il fratello minore, studente universitario, non presenta alcun tipo di problematica né alcun tipo di dipendenza patologica.

Anamnesi fisiologica

Nato a termine da parto eutocico con sviluppo psico-fisico nella norma.

Alvo e diuresi regolari.

Ha conseguito il diploma di scuola media superiore e successivamente ha deciso di intraprendere l'attività commerciale di famiglia insieme al padre, con cui lavora a tutt'oggi, anche se riferisce che forse avrebbe preferito studiare.

I familiari riferiscono una eccellente capacità lavorativa.

Fino a qualche anno fa ha praticato alcuni sport (calcio, bodybuilding), ora abbandonati anche per l'aumento di peso.

Anamnesi alcolica e tossicologica

Ha iniziato a bere all'età di circa 17-18 anni, prima occasionalmente, poi negli ultimi quattro anni è passato a grandi quantità di bevande alcoliche, in modo particolare birra, aperitivi, liquori.

Il paziente nega che questo abbia potuto creargli grossi problemi, anche se praticamente non passa giorno in cui lui non beva qualcosa di alcolico.

Inoltre col tempo (da circa tre anni), si è strutturata una dipendenza da cocaina, inizialmente negata, da cannabinoidi e gioco patologico.

Emerge poi una evidente difficoltà, da parte del soggetto, nella gestione dei soldi a cui non riesce a dare il giusto valore e che spende fino a quando il guadagno di un intero mese non viene sperperato.

Anamnesi patologica remota

Oltre ai comuni esantemi dell'infanzia e ad una forte miopia all'occhio sinistro non vi sono altre patologie degne di nota.

Anamnesi patologica prossima

Comparsa, da circa un anno, di una sintomatologia caratterizzata da umore altalenante, ansia, aggressività e perdita di interesse sia per il lavoro che per tutto quello che precedentemente gli dava piacere.

Ultimamente scarsa cura della persona e dell'immagine.

Aumento del peso corporeo di circa 15 chili anche a causa di una alimentazione disordinata.

Oggi è consapevole che la sua abitudine al bere aumentando nel tempo si è tradotta in una vera e propria automedicazione per alcuni suoi disturbi psicologici, nonché per cercare di "coprire" il desiderio della cocaina.

Esami clinici e strumentali

Presso il nostro Ser.T. è stata eseguita una serie di esami ematochimici che hanno evidenziato un modesto incremento delle GGT e inoltre si è evidenziato un fegato lievemente ingrossato e steatosico.

Esame obiettivo

Condizioni generali discrete.

Leggero ingrossamento del fegato senza dolorabilità.

Nient'altro da segnalare dal punto di vista fisico.

Decorso clinico e gestione terapeutica

Il paziente risulta essere affetto da:

1. Disturbo depressivo minore
2. Disturbo d'ansia
3. Dipendenza alcolica
4. Dipendenza da cocaina
5. Dipendenza da gioco patologica

Tutti i disturbi, in asse col DSM-IV, risultano essere ormai cronicizzati.

La dipendenza alcolica si è instaurata gradualmente con modalità tipo automedicazione ("la giornata, altrimenti, non riesco ad affrontarla...") e si è concatenata con la dipendenza da cocaina e da gioco.

* *Dirigente Medico, Ser.T. di Taranto.*

Il paziente è stato seguito da un punto di vista psicoterapeutico rispetto alle sue dipendenze ed ha fatto un buon percorso motivazionale, accettando e dimostrando di essere pronto per un programma farmacologico.

Si è deciso, concordandolo con il paziente e con i familiari, un programma farmacologico in grado, possibilmente, di affrontare contemporaneamente tutti i disturbi descritti.

Inizialmente si è prescritta una terapia con Escitalopram 10 mg/die e Nalmefene 18 mg/die secondo necessità.

All'inizio del trattamento con Nalmefene il paziente presentava un consumo di alcol ad alto rischio (dalle 10 alle 15 birre e due o tre superalcolici al giorno), che manteneva da tempo.

Follow up

Al controllo, dopo una settimana, il paziente ha riferito un netto miglioramento del tono dell'umore, di aver ridotto notevolmente l'assunzione di bevande alcoliche tipo e di aver avuto uno scarsissimo desiderio di assumere cocaina.

Dopo due altre settimane il paziente ha riportato di aver completamente sospeso l'assunzione di bevande alcoliche, di non aver utilizzato mai cocaina e di non aver mai intrapreso alcun tipo di gioco d'azzardo nelle apposite sale.

In questo primo periodo il paziente ha assunto Nalmefene ogni giorno, in quanto il rischio di assumere alcol era quotidiano.

Il tono dell'umore appare ulteriormente migliorato e l'ansia più contenuta, nonostante il paziente abbia riferito di aver sospeso arbitrariamente l'Escitalopram da circa una settimana.

Successivamente ha continuato ad assumere soltanto il Nalmefene a giorni circa alterni, quando percepiva il rischio di bere,

mantenendo così sempre l'astensione dalle bevande alcoliche, dalla cocaina e dal gioco.

Il paziente è in terapia da circa 4 mesi e non si sono verificati eventi avversi.

Discussione

Abbiamo analizzato il caso di un paziente con un quadro iniziale abbastanza complesso soprattutto per una serie di dipendenze patologiche tra loro intrecciate e fortemente radicate che hanno comunque evidenziato come causa primaria di innesco la dipendenza e l'abuso di alcol.

Al momento della decisione di attuare un trattamento farmacologico il paziente era ben sostenuto dalla famiglia e con un percorso psicoterapeutico e motivazionale già in corso.

L'introduzione di Nalmefene si è dimostrato efficace oltre che per i suoi evidenti effetti anti-craving, anche nel curare pazienti alcol-dipendenti con disturbo ansioso depressivo.

Il paziente riferisce di non essersi mai sentito così "tranquillo" e appagato.

L'evidente miglioramento del tono dell'umore ha riportato il paziente ad essere assolutamente adeguato, a ritrovare interesse ed entusiasmo nei confronti della propria vita cominciando finalmente ad avere una progettualità ("... non vivo più alla giornata...").

Il ritrovato benessere consente attualmente al paziente di non desiderare la cocaina, di riuscire a mettere da parte dei soldi e a non giocare in maniera incontrollata.

Attualmente, oltre ad aver recuperato un significativo rapporto con i genitori, il paziente ha deciso di vivere per conto suo in altra abitazione convivendo con una ragazza con cui ha intrapreso da poco un rapporto sentimentale.

RECENSIONE



Roberto Pani, Astrid Sciuto

LE COMPULSIONI PSICOPATOLOGICHE Tra controllo degli impulsi e dipendenza

pp. 160, € 18,00

Collana: Clinica delle dipendenze
e dei comportamenti di abuso

Codice: 231.6

Editore: FrancoAngeli

A questo si aggiunge il fenomeno della globalizzazione, indubbiamente positivo per molteplici aspetti, ma anche la Torre di Babele per la perdita di punti di riferimento all'interno di alcune famiglie. Internet, infine, ha sicuramente arricchito il mondo, ma lo ha confuso ulteriormente perché ha modificato le abitudini e il sistema delle comunicazioni.

Le compulsioni di nuova generazione si sono fatte sentire prima nel Nord Europa con i disturbi alimentari, come ad esempio la bulimia. Le vecchie compulsioni sono invece ringiovanite, come ad esempio il gambling o gioco d'azzardo, riproposto con varie modalità in vari luoghi. La piromania, la cleptomania e oggi le compulsioni (e non le ossessioni) sono aumentate in varie forme in modo esteso diventando sempre più numerose.

Si considera che le psicopatologie possono diventare molto gravi, dato che anche il suicidio giovanile è diventato una compulsione preoccupante. Il volume intende offrire una panoramica delle compulsioni psicopatologiche, utile non solo per gli addetti ai lavori – psichiatri, psicologi clinici, psicoanalisti – ma anche per gli studenti che si avvicinano a queste tematiche.

Roberto Pani, specialista in psicologia clinica, docente di Psicologia clinica e Psicopatologia presso l'Università degli Studi di Bologna. Si occupa di compulsioni da oltre vent'anni.

Astrid Sciuto, pedagoga e insegnante di italiano presso la Sfi Folkuniversitetet di Göteborg.



X Premio Nazionale FeDerSerD

La gestione clinica dei farmaci agonisti e la relazione all'interno del setting terapeutico

BANDO DI CONCORSO

Un famoso studio del Mario Negri Sud pubblicato sull'Archives of Internal Medicine del 2003, conclude che, in una popolazione di malati diabetici con ipertensione, l'efficacia del trattamento anti-ipertensivo varia a seconda delle caratteristiche personali del medico che lo prescrive; i risultati migliori si hanno quando il medico è di sesso maschile e specializzato in diabetologia o endocrinologia, piuttosto che un medico di base.

I Servizi per le Dipendenze sono caratterizzati da un basso livello di strumentazione tecnologica ma da un elevato contenuto tecnico sul piano della gestione relazionale del paziente per cui, risultati intermedi, come ad esempio la corretta assunzione del farmaco agonista, sono influenzati non solo dalle caratteristiche soggettive del malato, ma anche da quelle del medico e dell'equipe che lo cura. Questa osservazione di carattere generale costituisce lo spunto per una riflessione sulle variabili cliniche e organizzative che costituiscono l'interfaccia terapeuta-paziente e, nel setting organizzativo specifico, contribuiscono a determinare il risultato osservabile sia sulla compliance sia sulla efficacia della farmacoterapia.

In alcuni casi, le condizioni patologiche del paziente sono tali da determinare in massima parte la possibilità o meno di condurre una terapia farmacologica in condizioni ottimali; in altri casi, le condizioni ambientali, che siano riferibili al paziente (ambiente socio-culturale, familiare) o al Servizio (risorse, modello organizzativo), sovrastano per importanza gli altri fattori; ma in molti casi la possibilità di modulare la relazione terapeutica, sul registro dei contenuti (informazione, psicoeducazione, organizzazione delle prestazioni) e sul registro della relazione (autorevolezza, fiducia, comunicazione, alleanza) è uno strumento potentissimo in grado di pesare significativamente sul processo terapeutico e sul suo esito.

Il presente Bando di Concorso promuove l'elaborazione di report e di sviluppi teorici su queste tematiche e in particolare richiede la focalizzazione sui seguenti interrogativi:

1. Quali sono i parametri della relazione terapeuta-paziente che possono influenzare la motivazione, migliorare la compliance e quindi favorire la corretta assunzione della terapia farmacologica ottimizzandone l'efficacia?
2. Quali sono le leve che il terapeuta e l'equipe curante possono utilizzare, sul piano informativo, comunicativo, motiva-

zionale, organizzativo per massimizzare l'aderenza alle prescrizioni?

3. Quali sono i diversi ruoli che nella équipe curante possono essere attivati, anche in sinergia tra loro e in mix differenziati, per gestire le diverse tipologie di pazienti (ad esempio: antisociali, borderline, adolescenti, gravide, ecc.)?

Gli elaborati possono presentare:

- casi clinici emblematici, debitamente approfonditi e discussi e con adeguati riferimenti teorici;
- considerazioni sulla architettura terapeutica del Servizio in grado di influenzare, positivamente o negativamente, il processo di cura e il suo esito;
- sperimentazioni e progetti finalizzati a migliorare l'aderenza alla terapia di gruppi di pazienti;
- ogni altro contributo, fondato su considerazioni teoriche supportate dalla letteratura ovvero su osservazioni cliniche di singoli pazienti o di gruppi condotte con metodologia adeguata, finalizzato a discutere i diversi aspetti del tema proposto.

Tutti i lavori dovranno mettere in evidenza l'influenza di quanto discusso sulla aderenza alla terapia farmacologica come esito di processo della gestione clinica del paziente.

I lavori presentati saranno valutati sulla base della solidità metodologica, della accuratezza della bibliografia, della ampiezza della casistica o della rilevanza degli aspetti trattati, della generalizzabilità delle considerazioni conclusive, della originalità del lavoro.

Tutti i lavori inviati saranno pubblicati in un volume cartaceo e/o on line con evidenza di tutti gli autori partecipanti e segnalati. Una Commissione nominata dal Comitato Scientifico Nazionale di FeDerSerD selezionerà i 5 lavori più meritevoli ai quali verrà riconosciuto un premio in denaro. Il giudizio è insindacabile.

Le premiazioni avverranno nel corso del Congresso tematico Nazionale che FeDerSerD terrà a Palermo il 16 e 17 ottobre 2014.

I lavori devono pervenire entro il **18 settembre 2014** all'indirizzo federserd@expopoint.it

Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno IV, n. 16

MISSION n. 40

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

Direttore scientifico: Alfio Lucchini

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

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

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

La percezione semantica delle bevande alcoliche nel giovane consumatore per l’implementazione di strategie di marketing e di comunicazione sociale

Nicola Marinelli* (corresponding author), Sara Fabbrizzi**, Veronica Alampi Sottini*, Sandro Sacchelli*, Iacopo Bernetti*, Silvio Menghini**-*

Introduzione

Il presente lavoro ha inteso approfondire l’analisi della percezione semantica del giovane consumatore in riferimento al consumo delle bevande alcoliche, al fine di fornire indicazioni mirate sui contenuti della comunicazione nell’ambito del marketing aziendale e sociale per il consumo responsabile di vino e alcol.

Lo scenario descrittivo mostra come in Italia e in gran parte dell’Europa Mediterranea si sia registrata una diminuzione della quantità consumata di bevande alcoliche, tendenza soprattutto attribuibile alla riduzione del consumo di vino (Allamani *et al.*, 2006, Scafato *et al.*, 2013).

In antitesi alla curva discendente della bevanda tradizionale e tipica dei paesi dell’area mediterranea, si rileva la crescita del consumo di birra e superalcolici, dinamica questa trainata soprattutto dalle generazioni più giovani che assimilano modelli culturali e di consumo internazionali (Marchini & Pieroni, 2009).

L’esistenza di un modello di consumo giovanile omologato ai comportamenti tipici dei paesi nordici, in cui l’alcol viene assunto in varie forme (birra e superalcolici

in prevalenza), in situazioni ricreative, generalmente al di fuori dei pasti e molto spesso con la sola finalità del “bere per ubriacarsi” (Menghini *et al.*, 2011), pone in risalto due ordini di problemi:

- uno di natura prettamente privata, che vede il settore vitivinicolo trovarsi a fronteggiare il calo della domanda per le preferenze espresse nei confronti di altri prodotti competitor, quali birra e superalcolici;
- uno di carattere più ampio, che riguarda un discorso pubblico, in termini di costi sociali, derivanti dalle esternalità negative prodotte da una modalità di consumo di alcol non responsabile.

Inoltre, nell’ottica della gestione pubblica della criticità dell’abuso di alcol, non esiste una differenziazione tra il vino e le altre bevande maggiormente responsabili di tale fenomeno, cosicché il settore vitivinicolo si trova a dover fronteggiare gli effetti negativi di una non buona gestione informativa (Marinelli, 2010; Menghini & Marinelli, 2011).

Questa evoluzione dei comportamenti di consumo di bevande alcoliche nei giovani consumatori, in relazione sia alle scelte delle tipologie alcoliche che alle modalità di consumo, ha interessato anche i contesti nei quali, come nel caso del territorio regionale toscano, il settore vitivinicolo ha da sempre rivestito un ruolo importante dal punto di vista socio-economico e culturale.

* GESAAF - Università degli Studi di Firenze.

** UniCeSV - Università degli Studi di Firenze.

L'allontanamento da un modello di consumo mediterraneo pone così in evidenza come diventi sempre più necessario suscitare nei giovani un interesse positivo per un prodotto di cui, peraltro, hanno scarsa conoscenza (Barber *et al.*, 2008; Agnoli *et al.*, 2011).

La comprensione degli atteggiamenti di acquisto del prodotto vino in relazione alle altre bevande alcoliche assume così importanza per avere una quadro conoscitivo che permetta al settore privato di adottare strategie di offerta in linea con tale evoluzione dei consumi, ma anche al decisore pubblico di formulare linee guida per un eventuale azione di intervento sul piano della comunicazione e della responsabilizzazione dell'individuo.

Il presente lavoro mira proprio ad evidenziare l'opportunità di affrontare le problematiche in esame adottando tecniche e strategie di marketing che, rivolte a problematiche di ordine sociale, possano sollecitare mutamenti spontanei nel comportamento degli individui al fine di ottenere un vantaggio per ciascuno di essi e per l'intera collettività (Kotler *et al.*, 2002).

Lo scopo del presente lavoro consiste nell'esplore il valore semantico che il vino e le bevande alcoliche in genere assumono per gli individui, secondo un approccio multidimensionale che vede ricostruire lo spazio concettuale nel quale sono collocati i vari oggetti analizzati (Marinelli *et al.*, 2014).

In relazione a ciò, è stata eseguita un'indagine finalizzata ad analizzare la percezione semantica che il giovane consumatore ha nei confronti di cinque categorie di bevande: vino, birra, superalcolici, alcopop e bibite analcoliche.

Questo ha consentito di individuare quali variabili semantiche vengono associate ai differenti prodotti alcolici e come queste si differenziano in relazione alle caratteristiche socio-demografiche e alle diverse abitudini comportamentali dei soggetti.

Per raggiungere tale obiettivo è stato utilizzato lo strumento esplorativo del differenziale semantico (Osgood *et al.*, 1957), in grado di rilevare gli attributi percepiti dal consumatore in relazione ai diversi prodotti e far emergere così il relativo significato nell'immaginario del consumatore.

I dati sono stati rilevati tramite un questionario somministrato ai giovani appartenenti alla fascia di età 18-35 anni, in Toscana, regione con un'alta tradizione vitivinicola.

Le informazioni fornite dallo studio consentono, così, di approfondire la conoscenza delle intenzioni all'acquisto per le varie categorie di prodotto, costituendo un utile set conoscitivo per l'implementazione di strategie di comunicazione che saranno tanto più efficaci quanto più in linea con le terminologie e i modelli mentali del consumatore (Bilman *et al.*, 2010). Tale attività di comunicazione ha un'utilità sia nell'ambito privato, nei termini di recupero di competitività del settore vitivinicolo, che pubblico, nei termini di salvaguardia della

salute del cittadino e di riduzione dei costi sociali legati alle esternalità negative prodotte da un consumo di bevande alcoliche non responsabile.

Rassegna bibliografica

Costi sociali e marketing sociale

La quantificazione della spesa della collettività per i danni derivanti dall'abuso di alcol trova la sua giustificazione nella crescente attenzione che si presta in tutta Europa all'analisi delle politiche sociali.

I vari studi in merito alla valutazione dei costi sociali indotti dall'abuso di bevande alcoliche, rilevano come tale comportamento produca effetti negativi che ricadano sulla collettività e non soltanto sul singolo consumatore.

Rifacendosi ai contributi della letteratura scientifica (Collins & Lapsley, 2002; Anderson & Baumberg, 2006; Wahl *et al.*, 2010), le tipologie di costo legate all'abuso di alcolici possono essere classificate sulla base di quattro ordini di problemi: effetti sulla salute, sugli incidenti, sulla criminalità e sul mercato del lavoro; inoltre, tali costi possono essere suddivisi in costi primari (*core-costs*) o costi secondari (*related-costs*), in riferimento ai soggetti coinvolti (alcolisti o loro "vittime") e in costi diretti o indiretti, se riconducibili a effettivi esborsi monetari o meno.

A livello globale il consumo non responsabile di alcol si traduce in 2,5 milioni di morti all'anno, di cui gran parte appartenente alle fasce più giovanili (WHO, 2011a).

In Europa è stato stimato che vi siano quasi 15 milioni di persone alcolodipendenti e che 1 ogni 7 decessi negli uomini e 1 ogni 13 decessi nelle donne, nella fascia di età 15-64 anni, sia dovuto al consumo di alcol (WHO, 2011b).

I costi sociali per le esternalità negative prodotte dal consumo dannoso di alcol sono stati stimati in circa 155 miliardi di Euro l'anno per l'Europa e in circa 22 miliardi di Euro l'anno per l'Italia (WHO, 2013).

L'elevato impatto economico legato ai costi diretti ed indiretti per l'abuso di alcol si traduce in una cifra che va dal 2 al 5 % del PIL (Rehm *et al.*, 2009; Rehm & Scafato *et al.*, 2011, WHO, 2011b).

Prendendo in considerazione l'aspetto legato alla salute, nei paesi europei, l'alcol è responsabile del 9% della spesa sanitaria (Scafato *et al.*, 2013), costituendo una delle principali cause di mortalità tra i giovani, per il fenomeno dell'incidentalità in stato di ebbrezza.

I danni derivanti da un consumo non responsabile di alcol si estendono anche alla sfera lavorativa tale per cui, secondo i dati dell'*International Labour Organization* (ILO) l'alcolodipendenza, è tra le principali cause di perdita di produttività, stimando come una percentuale

che va dal 4 al 20% degli infortuni sul lavoro siano attribuibili all'uso non corretto delle bevande alcoliche.

Inoltre, il costo a livello europeo legato all'assenteismo alcol-correlato è stato stimato essere compreso in un range tra i 9 e i 19 miliardi di Euro, tale per cui nella Comunicazione della Commissione Europea COM (2006)625 si è rilevata la necessità di promuovere campagne di comunicazione sociale per la prevenzione dei danni alcol-correlati in ambito lavorativo.

Al fine di contrastare tali criticità e gestire le problematiche alcol-correlate secondo un'ottica preventiva, le iniziative su scala sovra-nazionale sia da parte della Commissione Europea (Health strategy of the European Community 2008-2013) che da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (HEALTH 21; European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020) sono orientate, essenzialmente, verso i seguenti obiettivi: potenziare l'informazione per lo sviluppo della salute pubblica, ottimizzare la risposta alle minacce di salute, contrastare i fattori determinanti socio-economici ed ambientali che favoriscono modelli di consumo negativi con l'implementazione di programmi preventivi di promozione della salute.

Le tematiche della sicurezza e del benessere dei consumatori e della collettività impongono una riflessione su quali siano gli strumenti più idonei per governare tali problematiche.

Uno strumento che può contribuire ad incrementare la salute pubblica e ridurre i costi sociali può essere rappresentato dal marketing sociale (Kotler & Zaltman, 1971), per la sua capacità intrinseca di agire sulle barriere di tipo socio-economico, ambientale e culturale che rendono difficile l'adozione di sani stili di vita.

Lo sviluppo negli anni di questo strumento ha assunto maggior significato nell'ambito delle politiche sociali, quando dal target "prodotto da promuovere per il cambiamento sociale", si è passati al "comportamento da promuovere" (Andreasen, 2002), utilizzando le tecniche del marketing per influenzare i destinatari del progetto ad "accettare, rifiutare, modificare o abbandonare un comportamento in modo volontario, allo scopo di ottenere un beneficio per i singoli, i gruppi o la società nel suo complesso" (Kotler *et al.*, 2002).

L'efficacia del marketing sociale per la riduzione degli impatti negativi dell'abuso di alcol è stata dimostrata da vari studi che hanno messo in evidenza come tale strumento incida sull'aumento delle conoscenze e sul cambiamento di atteggiamenti e comportamenti (Stead *et al.*, 2007; Rothschild *et al.*, 2006; Formoso *et al.*, 2007).

L'azione collettiva che si richiede in un'operazione di marketing sociale contempla la partecipazione attiva di soggetti di natura sia pubblica che privata, vedendo così abbattere le logiche settoriali per orientarsi verso logiche di sistema.

Lo stesso Piano d'Azione Europeo per la riduzione dei danni causati dall'alcol (WHO, 2012) oltre a rivolgersi

alle istituzioni pubbliche (nello specifico ai ministeri della sanità, della finanza, dell'istruzione, dell'assistenza sociale, e della giustizia penale), chiama in causa anche il settore privato e la società civile al fine di comporre un percorso partecipato di progettazione sociale per il consumo responsabile di alcol.

Alcol e Generazione Y

Con il termine Generazione Y si indicano i giovani-adulti nati tra il 1977 e il 1999 (Lancaster & Stillman, 2003).

Negli ultimi anni sono state condotte molte ricerche sul comportamento di consumo della Generazione Y (Noble & Schewe, 2003; Noble *et al.*, 2009; Huang & Petrick, 2010), con particolare riferimento al consumo di vino (Novak *et al.*, 2006; Thach & Olsen, 2006; Olsen *et al.*, 2007; Ritchie *et al.*, 2009).

Le ricerche di marketing, basate sulla segmentazione del mercato in coorti generazionali, evidenziano come le preferenze di consumo siano espressioni di comportamenti sociali che si legano sempre di più ad abitudini e stili di vita comuni all'interno di una medesima generazione (Pendergast, 2010).

Tuttavia, *cross-national studies* hanno dimostrato come tale generazione manifesti comportamenti diversi nei vari paesi (Durvasula & Lysonsky, 2008), in particolare in relazione al consumo delle bevande alcoliche (Charters *et al.*, 2011; De Magistris *et al.*, 2011; Mueller *et al.*, 2011), a testimonianza di come il contesto influenzi gli atteggiamenti e i comportamenti di consumo (Charters *et al.*, 2006).

A titolo di esempio possiamo rilevare come la *Y Generation* negli USA abbia un atteggiamento positivo nei confronti del vino (Nielsen, 2007) che piace per il suo gusto e riesce ad adattarsi alle occasioni formali.

Nei paesi dell'area mediterranea, invece, gli studi mostrano come il consumo di vino in questa coorte stia diminuendo per lo spostamento delle preferenze verso altri prodotti competitor quali birra e superalcolici (Agnoli *et al.*, 2011; De Magistris *et al.*, 2011; Menghini *et al.*, 2011). L'attenzione per questa specifica fascia di età deriva dal fatto che tale coorte delinea il trend di consumo di vino e bevande alcoliche nel prossimo futuro (De Magistris, 2011), oltre che essere rappresentativa di un modello di consumo portatore di criticità.

In riferimento alle problematiche, molti studi hanno rilevato come in questa fascia di età, specialmente tra i giovani fra i 18 e i 24 anni, si registra un incremento del consumo di alcol (Ahlstrom & Osterberg, 2008; Cheripitel *et al.*, 2009), soprattutto con la modalità del *binge drinking* (Kuntsche *et al.*, 2004, Scafato *et al.*, 2013), che alimenta la cultura dello "sballo".

Recentemente, la "moda" dell'*eyeballing*, vale a dire versare i superalcolici direttamente negli occhi con la

credenza di fare entrare l'alcol in circolo immediatamente e raggiungere più velocemente lo "sballo", conferma l'immagine che i giovani hanno dell'alcol come una "sostanza evasiva", non pericolosa, legale e a basso prezzo, che, molto spesso, fa da "droga ponte" per l'assunzione di droghe illegali in contesti di aggregazione giovanile (Degenhardt *et al.*, 2010).

Il differenziale semantico

Il differenziale semantico è uno strumento esplorativo per rilevare gli attributi percepiti dal consumatore in relazione ai diversi prodotti e far emergere così il relativo significato nell'immaginario del consumatore stesso (Osgood, 1957).

Tale approccio metodologico consente di misurare il significato attribuito ad uno stimolo attraverso una procedura di misurazione standardizzata. Esso viene utilizzato per rilevare la struttura degli atteggiamenti che rivestono un ruolo importante nella spiegazione del comportamento del consumatore (Ajzen, 2002; Ajzen & Fishbein, 2008).

Attraverso questa metodologia viene proposta una lista di attributi antitetici per esplorare le dimensioni dei significati che i diversi prodotti presi in considerazione rivestono nell'immaginario dei soggetti intervistati.

La proprietà principale del differenziale semantico risiede proprio nel fatto che non vengono poste domande dirette agli intervistati circa il significato dell'oggetto, bensì questo viene rilevato attraverso l'associazione che il soggetto instaura tra l'oggetto stesso e gli attributi proposti in maniera standardizzata a tutti gli intervistati (Nunnally, 1959).

Nell'ambito della ricerca legata ai consumi alimentari, lo strumento operativo del differenziale semantico è stato applicato per conoscere gli atteggiamenti del consumatore con diverse finalità, utili sia per i produttori di cibo che per i *policy-makers*: queste riguardano la comprensione *ex-ante* dell'intenzione al consumo di nuovi prodotti e la possibile risposta del consumatore verso particolari categorie di prodotto rilevanti per i nuovi modelli di consumo alimentare come gli OGM (Spence & Townsend, 2006), i *functional foods* (Verbake *et al.*, 2009), gli snack (Bilman *et al.*, 2010) e i prodotti tipici (Almli *et al.*, 2011).

Altri studi hanno applicato tale metodologia per esplorare la risposta emozionale generata dagli attributi sensoriali, dall'immagine percepita del prodotto in riferimento al prezzo, al *brand* e al *packaging* (Guinard *et al.*, 2001; Seo *et al.*, 2009; Shifferstein, 2009); altri ancora per rilevare come atteggiamenti ambivalenti verso un prodotto, caratterizzati da un conflitto tra salute e piacere, incidano sul comportamento del consumatore (Berndsen & van der Pligt, 2004).

Disegno della ricerca

Per conoscere le abitudini di consumo di bevande alcoliche dei giovani adulti e la loro differente percezione in merito ai prodotti alcolici è stata condotta un'indagine diretta che ha coinvolto un campione di 430 individui che consumano bevande alcoliche, con età compresa tra i 18 e i 35 anni, in Toscana (Marinelli *et al.*, 2014).

La fascia di età è assimilabile a quella della Y Generation, difettando degli under 18 sia per la difficoltà ad ottenere autorizzazioni a intervistare minorenni sia per il fatto che la vendita degli alcolici è vietata ai minori di 16 anni.

È stata presa tutta la coorte di età fino ai 35 anni, segmentata in quattro fasce di età (18-20, 21-24, 25-29 e 30-35), proprio per osservare l'evoluzione dei comportamenti del bere all'interno della Y Generation (Melo *et al.*, 2010).

Per lo svolgimento dell'indagine è stato predisposto un questionario, dapprima sottoposto ad un pre-test di validazione, al fine di verificare la comprensibilità delle domande e la struttura logica.

Una volta testata la validità dello strumento di rilevazione e raccolte le varie criticità si è proceduto a mettere a punto la stesura definitiva.

Il questionario risulta composto da tre sezioni: la prima riferita alla rilevazione delle variabili socio-demografiche dell'intervistato, la seconda alla rilevazione delle abitudini comportamentali in relazione all'uso di bevande alcoliche, la terza all'esplorazione dei significati che i prodotti presi in considerazione (vino, birra, superalcolici, alcopop e bibita analcolica) assumono per gli intervistati, tramite la tecnica del differenziale semantico.

Attraverso tale strumento, è stata proposta una lista di diciassette attributi antitetici con una scala di *rating* a sette posizioni, codificata da 1 a 7.

La selezione degli aggettivi adottati nel presente lavoro ha preso spunto dalla lista di coppie di attributi utilizzate da Osgood (Osgood *et al.*, 1957) completata con altre fonti esistenti in letteratura (Ferrarini *et al.*, 2010) e con una discussione diretta con esperti del settore.

Nello specifico le diciassette diadi di aggettivi sono: economico - costoso, allegro - triste, giovane - vecchio, comodo - scomodo, intimo - collettivo, sofisticato - comune, piacevole - sgradevole, abituale - occasionale, classico - moderno, rilassante - eccitante, socializzante - non socializzante, sacro - profano, euforizzante - deprimente, di qualità - scadente, status symbol - non status symbol, accattivante - non accattivante, trendy - non trendy. I dati rilevati sono stati, di seguito, organizzati in una matrice a tre vie e indicizzati secondo tre criteri: individui intervistati ($i=1,2,\dots,K$), variabili rilevate tramite il metodo del differenziale semantico ($j=1,\dots,J$) e occasioni di consumo ($k=1,\dots,K$).

La parola occasioni di consumo è un termine scientifico utilizzato da questa metodologia di analisi dei dati *multiway*, che, nel caso della presente ricerca, si riferisce alle cinque tipologie di bevande.

Nel caso in esame la matrice a tre vie può essere rappresentata in termini formali tramite la seguente struttura:

$$??_{i,j} = \{i = 1, \dots, 430; j = 1, \dots, 17; k = 1, \dots, 5\}$$

Per descrivere e interpretare le informazioni contenute in una matrice a tre vie, la metodologia statistica ha sviluppato una serie di approcci rientranti nella cosiddetta analisi *multiway* (Kroonenberg, 1992; Rizzi & Vichi, 1995).

In questo lavoro è presente una combinazione di due metodi di analisi esplorativi: l'analisi delle componenti principali (principal component analysis - PCA) e la cluster gerarchica (*hierarchical clustering*).

Dapprima è stata fatta la PCA, riducendo le variabili in un set continuo di dati a due componenti principali che sintetizzano la percezione semantica delle bevande per i soggetti intervistati.

Di seguito, sullo spazio determinato dalle due componenti principali della PCA è stata condotta una cluster gerarchica al fine di identificare gruppi omogenei di individui in riferimento alla percezione semantica delle bevande alcoliche.

L'obiettivo dell'analisi è quello di fornire un quadro descrittivo attraverso il quale è possibile indagare sulle strutture delle preferenze dei giovani in relazione alle cinque bevande prese in considerazione.

Risultati

I risultati della presente ricerca possono sintetizzarsi in due fasi: dapprima la descrizione del campione in riferimento alle caratteristiche socio-demografiche e alle abitudini comportamentali; di seguito la sintesi dell'analisi del differenziale semantico (Marinelli *et al.*, 2014).

Per quanto riguarda l'analisi descrittiva del campione in riferimento alle caratteristiche socio-demografiche (Tab. 1) si rileva come esso sia rappresentato in leggera prevalenza da uomini; la classe di età 21-25 rappresenta il 50% circa degli intervistati, mentre l'attività più ricorrente (come ci si può aspettare da un campione *under 35*) è quella di studente.

L'analisi descrittiva in riferimento alle abitudini comportamentali per il consumo di bevande alcoliche (Tab. 2) vede delineare due tipologie di consumo, uno *indoor*, con la preferenza di birra e vino, l'altro *outdoor* dove la birra è di gran lunga preferita al vino e i superalcolici costituiscono una bevanda medio-altamente consumata per il 30% del campione.

Tab. 1 - Caratteristiche socio-demografiche del campione

Genere	
Maschio	57.0%
Femmina	43.0%
Età	
18-20	18.8%
21-24	50.2%
25-29	18.6%
30-35	12.3%
Professione	
dirigente	1.6%
imprenditore	6.7%
lavoratore dipendente	25.8%
studente	56.8%
altro	9.1%

In riferimento all'età si registra come la birra e il vino abbiano un andamento contrapposto nel senso che all'aumentare della fascia di età il consumo di birra diminuisce mentre quello del vino aumenta.

Tab. 2 - Abitudini comportamentali

	Indoor				Outdoor			
	Vino	Birra	Super-alcolici	Alco-pop	Vino	Birra	Super-alcolici	Alco-pop
Mai	21%	26%	61%	76%	20%	14%	21%	59%
Qualche volta	48%	46%	31%	21%	46%	31%	49%	34%
Abbastanza spesso	21%	19%	7%	3%	23%	33%	19%	5%
Spesso	10%	9%	2%	0%	11%	22%	11%	1%

I momenti di maggior consumo delle diverse bevande alcoliche si sintetizzano per il vino durante i pasti con un 40% del campione che ne fa un uso medio alto, mentre per la birra e i superalcolici nelle uscite notturne del fine settimana con, rispettivamente, il 57% e il 39% che ne fa un uso medio alto.

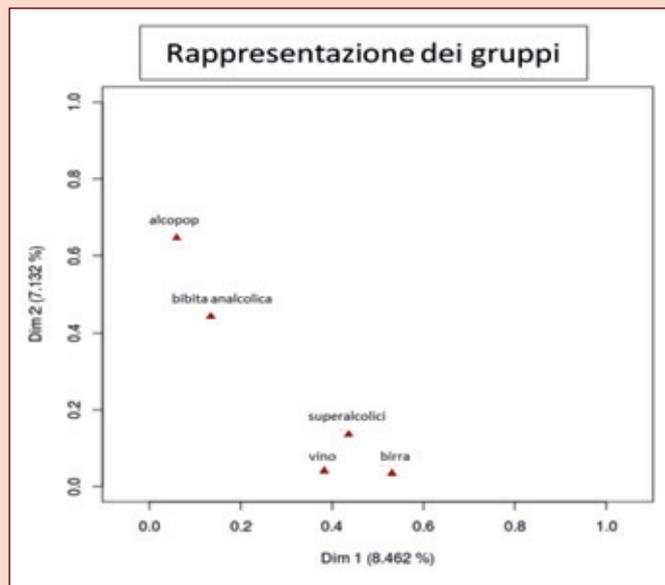
I luoghi di acquisto privilegiati per il vino risultano essere il ristorante/pizzeria e il supermercato, entrambi con il 43% del campione che vi acquista abbastanza spesso-spesso, per la birra il bar/pub/birreria (66% abbastanza spesso-spesso), il supermercato (53% categoria medio-alta) e il ristorante/pizzeria (50%) e, infine, per i superalcolici la discoteca (45% del campione categoria medio-alta).

Le motivazioni al consumo delle bevande alcoliche, in generale, si sostanziano principalmente nel piacevole gusto (65% del campione categoria medio-alta) e nel divertirsi con gli amici (61%), con un 35% del campione che percepisce lo sballo come una motivazione medio-alta. L'incrocio della domanda sulla frequenza, negli ultimi due mesi, di comportamenti di *binge drinking* e di con-

sumo eccessivo di alcol ha portato all'identificazione di tre categorie di consumo: responsabili (31,4%), a rischio (33%) e non responsabili (35,6%).

Passando ai risultati relativi all'approccio del differenziale semantico, l'analisi delle componenti principali mostra come la nube delle occasioni, riportata in Fig. 1 evidenzia due gruppi distinti di prodotti: vino, birra e superalcolici sono fortemente correlati con la prima dimensione mentre alcopop e bibita analcolica sono associati alla seconda.

Fig. 1 - Grafico delle occasioni: come i prodotti si distribuiscono nello spazio delle due componenti principali



Birra e superalcolici sono fortemente correlati alla prima componente soprattutto sulla base delle valutazioni dei termini "giovane", "socializzante", "euforizzante", "allegro", "accattivante" e "trendy".

La differenza fra i due prodotti è data da una relativa maggior proiezione del prodotto superalcolico sulla seconda dimensione.

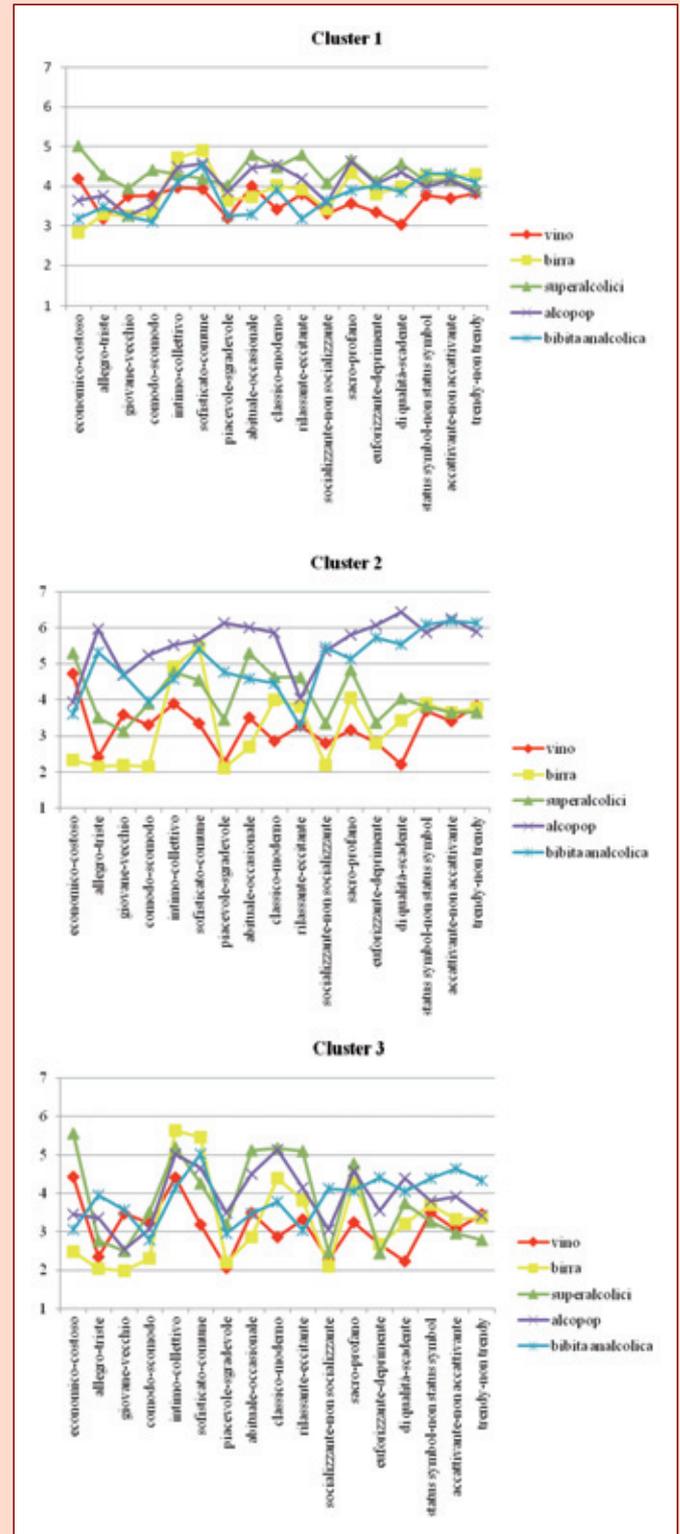
Il prodotto vino è sempre correlato alla prima dimensione, ma con coefficienti più ridotti ed un set di variabile in parte diverso, in quanto ottengono valori relativamente più alti i termini "piacevole", "di qualità" e "comodo".

Bibita analcolica e alcopop sono invece correlate prevalentemente sul secondo asse.

Le variabili che maggiormente contribuiscono sono solo in parte sovrapponibili: "accattivante", "di qualità", "allegro", "piacevole", "euforizzante", "status-symbol" e "trendy".

Sullo spazio delle due componenti della PCA è stata fatta un'analisi cluster gerarchica che ha rilevato tre gruppi di individui, per i quali, di seguito, è stato calcolato il valore medio delle valutazioni semantiche delle diverse bevande (Fig. 2).

Fig. 2 - Medie delle valutazioni tramite differenziale semantico per i tre cluster di individui



Il cluster 1 è negativamente correlato soprattutto con la prima componente ed in misura minore con la seconda; coerentemente le variabili di valutazione hanno tutte valore medio basso.

Il cluster 2 invece è caratterizzato da una correlazione positiva con la prima e negativa con la seconda, e

quindi con valutazioni relativamente elevate per i prodotti vino e birra, in misura intermedia per gli alcolici e tendenzialmente basse per gli alcopop e la bibita analcolica.

Infine il cluster 3 è positivamente correlato con entrambe le componenti e fa registrare valutazioni medio-alte per tutti i prodotti.

La differenza percettiva delle varie bevande alcoliche nei tre gruppi si riflette anche alle caratteristiche socio-demografiche e alle diverse abitudini comportamentali dei soggetti.

Infatti, se associamo i tre diversi cluster determinati alle variabili demografiche osserviamo come i giovani *under 25* rientrano prevalentemente nel cluster 3, mentre quelli *over 25* nel cluster 1.

A livello di genere non c'è differenza sostanziale sia nel cluster 1 che nel cluster 3, mentre nel cluster 2 si vede come questo sia composto principalmente dal genere maschile.

In riferimento alle modalità di consumo il cluster 1 è caratterizzato prevalentemente da consumo responsabile, mentre i cluster 2 e 3 da consumo a rischio e non responsabile: questi dati sono confermati incrociandoli con la motivazione di un'assunzione di bevande alcoliche ai fini dello sbalzo, dove si vede come per oltre il 75% dei soggetti del cluster 1 tale motivazione sia marginale, mentre nei cluster 2 e 3 assume valore medio-alto per oltre il 50% degli individui.

Per quanto riguarda le bevande consumate *indoor* e *outdoor* si nota come nella prima modalità non si rilevano apprezzabili differenze fra i tre cluster, mentre nella seconda modalità il consumo più elevato di birra e di superalcolici costituisce elemento di differenziazione.

In sintesi i risultati espressi nella seguente tabella (Tab. 3):

Tab. 3 - I tre clusters

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3
Definizione	Giovani di fascia di età più alta, bevitori responsabili	Giovani, maschi, bevitori non responsabili	Giovani, bevitori a rischio
Indoor	Bevono meno degli altri clusters	Più birra degli altri clusters	Più vino degli altri clusters
Outdoor	Bevono meno degli altri clusters	Birra e superalcolici in gran quantità	Birra e superalcolici, ma meno del cluster 2
Lo sbalzo	Non è una motivazione importante	Motivazione molto importante	Motivazione abbastanza importante

Discussioni e conclusioni

Con il presente lavoro è stata condotta un'analisi sugli atteggiamenti nei confronti delle diverse bevande da parte del giovane consumatore, categoria che maggiormente esprime le sue preferenze verso altri prodotti competitor rispetto al vino, sfociando spesso in comportamenti di consumo non responsabile (Marinelli *et al.*, 2014).

Rilevando la diversa percezione che i giovani consumatori hanno per i vari prodotti si ha un primo set conoscitivo degli attributi che influenzano positivamente o negativamente la scelta di acquisto.

L'analisi di tali aspetti secondo le modalità descritte con il presente lavoro consente di suddividere l'insieme dei soggetti esaminati in tre cluster evidenziando così la diversa percezione delle variabili semantiche dei prodotti.

Questo costituisce un'importante premessa conoscitiva, utile sia alle imprese del settore che per il decisore pubblico, per formulare adeguate strategie comunicative attraverso l'utilizzo del "lessico del consumatore" (Reynolds & Rochon, 1991).

Vari studi hanno mostrato, infatti, che il messaggio comunicativo avrà tanto più efficacia, quanto più questo sarà aderente alle espressioni del consumatore (Bech-Larsen *et al.*, 1996; Reynolds & Whitlark, 1995). Per i singoli prodotti, notiamo come per il vino tutti e tre i cluster abbiano un'analogia percettiva: il vino è percepito da tutti nell'accezione semantica di prodotto "s sofisticato", "classico", "sacro", "piacevole" e "di qualità", caratteristiche che si rifanno ad una dimensione di gratificazione interna e che in un certo modo concorrono tutte a determinare nel giovane consumatore una sorta di "soggezione psicologica" nei confronti di un bene di consumo che viene percepito molto spesso come un prodotto elitario, distante.

Tale percezione del vino può essere spiegata con la mancanza di conoscenza da parte dei giovani che non permette loro di avvicinarsi senza sentirsi inappropriati e non in grado di fare la scelta giusta (Barber *et al.*, 2008; De Magistris *et al.*, 2011).

Pertanto, il messaggio che dovranno contrastare i produttori vitivinicoli, per intercettare questo target di consumatori, sarà proprio quello del carattere nobile e non collettivo del vino, interpretato come un prodotto che non mette insieme un gruppo.

Di contrappasso, la birra assume nell'immaginario giovanile i significati di prodotto collettivo e socializzante, grazie anche agli attributi astratti percepiti "giovane" e "allegro" e alla caratteristica dell'economicità.

Queste caratteristiche sono particolarmente percepite dai cluster 2 e 3, sia per il prodotto birra che per il superalcolico.

Il significato del superalcolico come un prodotto "eccitante" e "trendy" potrebbe suggerire un intervento

comunicativo di “*redefine*” per il settore pubblico, cioè far passare come elemento negativo un attributo di gratificazione esterna come “trendy”, percepito, invece, positivamente dal consumatore.

Per l'alcolop e la bibita analcolica il cluster 2 si differenzia dai cluster 1 e 3, rilevando, con maggior intensità, l'accezione negativa di tutti quegli attributi di gratificazione esterna quali “status symbol”, “accattivante”, “trendy” che denotano come tali prodotti non rientrano nelle preferenze del campione.

In questo lavoro il campione di riferimento è circoscritto a giovani consumatori residenti nel territorio regionale toscano.

Questo costituisce un limite per la possibilità di estendere i risultati a contesti diversi; tuttavia, ciò può essere uno spunto per estendere la ricerca su vasta scala, per spiegare i diversi atteggiamenti sia nelle varie coorti generazionali con studi a carattere longitudinale, che nelle diverse aree geografiche con studi *cross-sectional*. Tuttavia, il caso studio della Toscana può essere considerato un esempio emblematico di come mutano le abitudini del bere e gli atteggiamenti dei giovani consumatori verso le bevande alcoliche, in una regione che vanta una profonda tradizione vitivinicola; giovani consumatori che si dimostrano sempre più coscienti delle diverse funzioni delle varie bevande alcoliche nelle diverse situazioni di consumo (Agnoli *et al.*, 2011).

Uno sviluppo futuro che potrebbe avere tale ricerca è quello di andare ad un livello più profondo per conoscere le motivazioni di scelta delle bevande alcoliche del giovane consumatore relativamente alla struttura concettuale che lega insieme il prodotto (definito come un insieme di attributi) con il consumatore stesso (visto come portatore di valori).

Questo allo scopo di rilevare le associazioni semantiche e le reti cognitive, sulle quali potrà essere costruito l'atto comunicativo che andrà ad inserirsi nelle categorie mentali del consumatore stesso.

Costruire un messaggio comunicativo lavorando sulle variabili che caratterizzano la percezione semantica può essere utile per il settore pubblico, al fine di incrementare la salute pubblica e ridurre i costi sociali, derivanti da un modello di consumo giovanile sempre più omologante al modello “nordico-occidentale”.

Per il settore pubblico, i risultati della presente ricerca possono costituire un punto di partenza per un percorso integrato di marketing sociale volto alla responsabilizzazione dell'individuo nell'uso dell'alcol (Rothschild, 2010).

La comprensione degli atteggiamenti nei confronti delle diverse tipologie di prodotto permette di evidenziare le associazioni semantiche sulle quali poter costruire un messaggio che possa contribuire a orientare il consumatore verso scelte responsabili.

Il percorso dovrebbe prevedere il superamento delle logiche settoriali per orientarsi verso logiche di sistema

che prevedono il coinvolgimento attivo di *stakeholders* di varia natura: settore privato, settore pubblico, terzo settore (Menghini *et al.*, 2011), proprio come viene sollecitato dalle comunicazioni sovra-nazionali (WHO, 2012).

La traduzione delle informazioni conoscitive in una strategia comunicativa coerente, che possa promuovere azioni coordinate e partecipate, è la premessa per un'operazione di marketing sociale per la promozione del consumo responsabile di alcol.

Bibliografia

- Agnoli L., Begalli D., Capitello R. (2011), “Generation Y's perception of wine and consumption situations in a traditional wine-producing region”, *International Journal of Wine Business Research*, vol. 23 n. 2, pp. 176-192.
- Ahlstrom S.K., Osterberg E.L. (2008), “International perspectives on adolescent and young adult drinking”, *Addiction*, vol. 103: 258-268.
- Ajzen I. (2002), “Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior”, *Journal of Applied Social Psychology*, vol. 32: 665-683.
- Ajzen I., Fishbein, M. (2008), “Scaling and testing multiplicative combinations in the expectancy-value model of attitudes”, *Journal of Applied Social Psychology*, vol. 38, n. 9: 2222-2247.
- Allamani A., Cipriani F., Prina F. (eds.) (2006), *I cambiamenti nei consumi di bevande alcoliche in Italia. Una stima esplorativa sul decremento dei consumi negli anni 1970-2000*, Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcol, Casa EditriceLitos, Roma.
- Almli V.L., Verbeke W., Vanhonacker F., Naes T., Hersleth M. (2011), “General image and attribute perceptions of traditional food in six European countries”, *Food Quality and Preference*, vol. 22: 129-138.
- Anderson P., Baumberg B. (2006), *Alcohol in Europe: a Public Health Perspective*, Institute of Alcohol Studies, London.
- Andreasen A.R. (2002), “Marketing Social Marketing in the Social Change Marketplace”, *Journal of Public Policy and Marketing*, vol. 21: 3-13.
- Barber N., Dodd T., Ghiselli R. (2008), “Capturing the younger wine consumer”, *Journal of Wine Research*, vol. 19: 123-141.
- Bech-Larsen T., Nielsen N.A., Grunert K.G., Sorensen E. (1996), “Means-end chains for low involvement food products - A study of Danish cognition regarding different application of vegetable oil”, working paper 41, *The Aarhus School of Business*, Aarhus.
- Berndsen M., van der Pligt J. (2004), “Ambivalence towards meat”, *Appetite*, vol. 42: 71-78.
- Bilman E.M., Van Trijp J.C.M., Rene R.J. (2010), “Consumer perceptions of satiety-related snack food decision making”, *Appetite*, vol. 55: 639-647.
- Charters S. (2006), *Wine and Society: The Social and Cultural Context of a Drink*, Elsevier Butterworth-Heinemann, Oxford.

- Charters S., Fountain J., Kolyesnikova N., Ritchie C., Thach L., Dodd T., Fish N., Herbst F., Terblanche N. (2011), "Generation Y and sparkling wines: a cross-cultural perspective", *International Journal of Wine Business Research*, vol. 23: 161-175.
- Cherpitel C.J., Borges G., Giesbrecht N., Hungerford D., Peden M., Poznyak V., Room R., Stockwell T. (2009), *Alcohol and Injuries. Emergency Department Studies in an International Perspective*, World Health Organization.
- Collins D.J., Lapsley H.M. (2002), *Counting the cost: estimates of the social costs of drug abuse in Australia 1998-1999*, National Drug Strategy Monograph, Commonwealth Department of Health and Ageing, Canberra.
- Degenhardt L., Dierker L., Chiu W.T., Medina-Mora M.E., Neumark Y., Sampson N., Alonso J., Angermeyer M., Anthony J.C., Bruffaerts R., De Girolamo G., De Graaf R., Gureye O., Karam A., Kostyuchenko S., Lee S., Lepine J.P., Levinson D., Nakamura Y., Posada-Villa J., Stein D., Wells J.E., Kessler R.C. (2010), "Evaluating the drug use "gateway" theory using cross national data: consistency and associations of the order of initiation of drug use among participants in the WHO World Mental Health Surveys", *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 108: 84-97.
- De Magistris T., Groot E., Gracia A., Albisu L.M. (2011), "Do Millennial generation's wine preferences of the 'New World' differ from the 'Old World' - a pilot study", *International Journal of Wine Business Research*, vol. 23: 145-160.
- Durvasula S., Lysonski S. (2008), "A double-edged sword: understanding vanity across cultures", *Journal of Consumer Marketing*, vol. 25: 230-244.
- Ferrarini R., Carbognin C., Casarotti E.M., Nicolis E., Nencini A., Meneghini A.M. (2010), "The emotional response to wine consumption", *Food Quality and Preference*, vol. 21: 720-725.
- Formoso G., Marata A.M., Magrini N. (2006), "Social marketing: Should it be used to promote evidence-based health information?", *Social Science & Medicine*, vol. 64: 949-953.
- Guinard J.X., Uotani B., Schlich P. (2001), "Internal and external mapping of preferences for commercial lager beers: comparison of pedoni ratings by consumers blind versus with knowledge of brand and price", *Food Quality and Preference*, vol. 12: 243-255.
- Huang Y.C., Petrick J.F. (2010), "Generation Y's Travel Behaviours: a Comparison with Baby Boomers and Generation X", in Benckendorff P., Moscardo G., Pendergast D. (eds.), *Tourism and Generation Y*, CABI, Wallingford: 27-37.
- Kotler P., Zaltman G. (1971), "Social marketing: an approach to planned social change", *Journal of Marketing*, vol. 35: 3-12.
- Kotler P., Roberto N., Lee N. (2002), *Social Marketing-Improving the Quality of Life*. Second ed., Thousand Oaks, Sage Publications, California.
- Kroonenberg P.M. (1992), "PARAFAC in three-way land. Comment on Leurgans and Ross", *Statistical Science*, vol. 7: 312-314.
- Kuntsche E., Rehm J., Gmel G. (2004), "Characteristics of binge drinkers in Europe", *Social Science & Medicine*, vol. 59: 113-127.
- Lancaster L.C., Stillman D. (2003), *When Generations Collide: Who They Are. Why They Clash. How to Solve the Generational Puzzle at Work*, Harperbusiness, New York, NY.
- Marchini A., Pieroni L. (2009), *Dinamiche intergenerazionali nei modelli di consumo alimentare: il caso della dieta mediterranea in Italia*, XLIV Convegno Sidea, FrancoAngeli, Milano.
- Marinelli N. (2010), "Asimmetrie informative e sicurezza alimentare nei diritti del consumatore e nella competitività dei sistemi produttivi", *Italian Journal of Agronomy*, vol. 4, Suppl.: 13-21.
- Marinelli N., Fabbrizzi S., Alampi Sottini V., Sacchelli S., Bernetti I., Menghini S. (2014), "Generation Y, wine and alcohol. A semantic differential approach to consumption analysis in Tuscany", *Appetite*, vol. 75: 117-127.
- Melo L., Cox D.N., Delahunty C., Forde C. (2010), *Alcohol and wine consumptions' patterns over consumers' lifetimes*, Proceedings 5th International Conference of the Academy of Wine Business Research, Auckland.
- Menghini S., Marinelli N. (2011), "Sustainability and markets in the theories of welfare and consumer behavior", *Italian Journal of Agronomy*, vol. 6, Issue 2, Suppl.: 55-59.
- Menghini S., Marinelli N., Fabbrizzi S. (2011), "Il consumo responsabile di alcol dei giovani in Toscana: analisi delle caratteristiche del consumatore e studio sulla fattibilità di una strategia di marketing sociale", in Marinelli A. (eds.), *Alcol e giovani. Disagio sociale, salute e competitività*, FrancoAngeli, Milano: 105-170.
- Mueller S., Remaud H., Chabin Y. (2011), "How strong and generalisable is the Generation Y phenomenon? A cross-cultural study for wine", *International Journal of Wine Business Research*, vol. 23: 125-144.
- Nielsen (2007), *Millennial consumers seek new tastes, willing to pay a premium for alcoholic beverages*, News release from the Nielsen Company, available at: www.nielsen.com.
- Noble S.M., Schewe C.D. (2003), "Cohort segmentation: an exploration of its validity", *Journal of Business Research*, vol. 56: 979-987.
- Noble S.M., Haytko D.L., Phillips J. (2009), "What drives college-age Generation Y consumers?", *Journal of Business Research*, vol. 62: 617-628.
- Nowak L., Thach L., Olsen J.E. (2006), "Wowing the Millennials: creating brand equity in the wine industry", *Journal of Product & Brand Management*, vol. 15: 316-323.
- Nunnally J.C. (1959), *Test and Measurement: Assessment and Prediction*, McGraw-Hill, New York.
- Olsen J.E., Thach L., Nowak L. (2007), "Wine for my generation: exploring how US wine consumers are socialized to wine", *Journal of Wine Research*, vol. 18: 1-18.
- Osgood C.E., Suci G.J., Tannenbaum P.H. (1957), *The measurement of Meaning*, University of Illinois Press, Urbana.
- Pendergast D. (2010), "Getting to know the Y Generation", in Benckendorff P., Moscardo G., Pendergast D. (eds.), *Tourism and Generation Y*, CABI, Wallingford: 1-15.
- Rehm J., Mathers C., Popova S., Thavorncharoensap M., Teerawattananon Y., Patra J. (2009), "Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders", *Lancet*, Jun 27: 2223-2233.

- Rehm J., Scafato E. (2011), "Indicators of alcohol consumption and attributable harm for monitoring and surveillance in European Union countries", *Addiction*, vol. 106, Suppl. 1: 4-10.
- Reynolds T.J., Rochon J.D. (1991), "Means-end based advertising research: Copy testing is not strategy assessment", *Journal of Business Research*, vol. 22: 131-142.
- Reynolds T.J., Whitlark D.B. (1995), "Applying laddering data to communications strategy and advertising practice", *Journal of Advertising Research*, July/August.
- Ritchie C., Ritchie F., Ward R. (2009), "A good night out: alcohol-related behaviour in young adults", *Worldwide Hospitality & Tourism Themes*, vol. 1: 69-93.
- Rizzi A., Vichi M. (1995), *Three-way data set analysis su Some relations Between Matrices and Structures of Multi-dimensional Data Analysis*, Giardinieditori, Pisa.
- Rothschild M.L, Mastin B., Miller T.W. (2006), "Reducing alcohol-impaired driving through the use of social marketing", *Accident Analysis & Prevention*, vol. 38: 1218-1230.
- Rothschild M.L. (2010), "Using Social Marketing to Manage Population Health Performance", *Preventing Chronic Disease*, vol. 7.
- Scafato E., Gandin C., Galluzzo L., Martire S., Di Pasquale L., Ghirini S. (2013), *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni*, Istituto Superiore di Sanità.
- Seo H.S., Lee Y., Yoon Y.R., Song J.M., Shin J.M., Lee S.Y., Hwang I. (2009), "Impacts of sensory attributes and emotional responses on the hedonic ratings of odors in dairy products", *Appetite*, vol. 53: 50-55.
- Shifferstein H.N.J (2009), "The drinking experience: cup or content?", *Food Quality and Preference*, vol. 20: 268-276.
- Spence A., Townsend E. (2006), "Implicit attitudes towards genetically modified (GM) foods: a comparison of context-free and context-dependent evaluations", *Appetite*, vol. 46: 67-74.
- Stead M., Hasting G., McDermott L. (2007), "The meaning, effectiveness and future of social marketing", *Obesity Review*, vol. 8: 189-193.
- Thach L., Olsen J.E. (2006), "Market segment analysis to target young adult wine drinkers", *Agribusiness*, vol. 22: 307-322.
- Verbeke W., Scholderer J., Lahteenmaki L. (2009), "Consumer appeal of nutrition and health claims in three existing product concepts", *Appetite*, vol. 52: 684-692.
- Wahl S., Kriston L., Berner M. (2010), "Drinking before going out - A predictor of negative nightlife experiences in a German inner city area", *International Journal of Drug Policy*, vol. 21: 251-254.
- WHO (a) World Health Organization (2011), *Global Information System on Alcohol and Health (GISAH)*, Geneva.
- WHO (b) World Health Organization (2011), *Global status report on alcohol and health 2011*, Geneva.
- WHO Regional Office for Europe (2012), *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020*, Copenhagen.
- WHO Regional Office for Europe (2013), *Status Report on alcohol and health in 35 European Countries*, Copenhagen.

Quale GHB?

La stampa italiana e i mille volti distorti dell'acido gamma idrossibutirrico

Pamela Filiberto*

Studiato da oltre cinquant'anni per le svariate potenzialità terapeutiche ed ampiamente utilizzato con successo da oltre 20 anni per il trattamento della dipendenza da alcol, senza problemi se correttamente impiegato, l'acido gamma-idrossibutirrico è stato riformulato culturalmente in seguito alla sua crescente diffusione come droga d'abuso negli Stati Uniti all'inizio degli anni '90.

Promotori di questo fenomeno, sono stati soprattutto i mezzi di comunicazione di massa.

Droga da stupro, stupefacente di sintesi, derivato amfetaminico, ecstasy liquida, nuova droga allucinogena, potente dopante e anabolizzante.

Sono solo alcuni degli inesatti, ambigui e ingannevoli appellativi usati dalla stampa per indicare questa sostanza ubiqua e polimorfica, mediatore nervoso prodotto dal cervello e farmaco di sintesi.

Lo slittamento dell'immagine del GHB promossa attraverso i resoconti sul suo utilizzo come sostanza da "strada", riguarda però un mercato che nulla ha a che fare con l'uso della sostanza come farmaco.

Tanto è vero che importanti organismi sanitari e regolatori quali la *Food and Drug Administration* (FDA) e l'Agenzia Europea del Farmaco (EMA) hanno autorizzato l'uso di tale sostanza, per giunta ad alti dosaggi, per i disturbi legati alla narcolessia associata a cataplessia.

L'impiego, in particolare, nella cura della dipendenza da alcol è stato oramai riconosciuto a livello internazionale, con importanti revisioni recentemente pubblicate (Keating, 2014; Skala e coll., 2014; Leone e coll., 2010). Sin dalla fine del XIX secolo, nel momento in cui sono entrati nel dibattito pubblico come intermediari tra scienza e opinione pubblica, i media hanno assunto un ruolo crescente nella diffusione dei prodotti della ricerca scientifica e nella formazione dell'immagine pubblica del loro valore.

Per ovvie ragioni, con l'avvento e la diffusione dei mezzi di comunicazione di massa questo ruolo è diventato determinante per le ricerche e le applicazioni scientifiche a più elevata e diretta rilevanza sociale, come quelle di tutto il dominio biomedico.

La letteratura scientifica è ricca di studi e fornisce numerose evidenze intorno alla veste suggestiva che

ricopre la comunicazione, distribuita attraverso differenti canali mediatici, nelle dinamiche complesse con cui si generano opinioni attorno tematiche di interesse significativo (Benelli E, 2003; Schwitzer G, 2005; Carducci A *et al.*, 2011).

Nei confronti di temi che riguardano l'uso e l'abuso di farmaci e droghe, per esempio, le informazioni trasmesse dai media contribuiscono non solo ad aumentare la distorsione ideologica e il pregiudizio, ma addirittura concorrono a indirizzare le strategie di intervento e le politiche della ricerca di base e clinica.

Queste ultime infatti dipendono in larga parte dai finanziamenti pubblici e quindi dalle scelte politiche, che sono espressione e riflesso della pubblica opinione.

Purtroppo sono proprio alcuni dei tratti caratteristici delle modalità comunicative oggi usate dai media, l'eccessiva semplificazione e il marcato sensazionalismo, a impedire una comprensione più matura e articolata dei processi e delle problematiche legati alla ricerca sui farmaci, al loro uso ed eventuale abuso.

I media quindi sono fonte di effetti a breve termine sulle opinioni del lettore, modificandone gli schemi concettuali di rappresentazione della realtà. Hanno anche effetti a lungo termine, stabili e duraturi nel tempo, capaci di condizionare valori e modelli di comportamento (Candio D., Bricolo F., 2011).

Inoltre, agiscono sia a livello micro sulle conoscenze e sui comportamenti individuali, sia a livello macro influenzando le politiche, i movimenti e gli attori sociali. Addirittura in alcuni casi possono contribuire a modificare o a rafforzare le norme esistenti (Pan Z., McLeod J.M., 1991).

L'analisi da noi effettuata si propone di disegnare un quadro interpretativo dell'influenza dei media nella costruzione dell'immagine sociale del GHB a partire dall'esame delle modalità comunicative e delle chiavi operative usate dai mezzi di comunicazione di massa.

Gli effetti della informazione mediatica

Nel caso del GHB, la comunicazione mediatica che ne viene data produce due principali effetti. Uno, che potremmo definire di "allarme sociale", un altro sugli indirizzi della ricerca e sulla pratica clinica.

L'effetto di allarme sociale è sorto intorno la metà degli anni Novanta in seguito a alcuni casi di violenze sessua-

* Laboratorio Interdisciplinare per le Scienze Naturali e Umanistiche, Scuola Superiore di Studi Avanzati - SISSA - Trieste.

li a cui si è voluto associare l'uso improprio di GHB e riferiti con grande eco dalla stampa statunitense prima e italiana poi.

Vedremo come la stampa ha teso all'etichettamento del GHB come *date-rapè drug*, droga da stupro.

Questo processo si è concretizzato attraverso la costruzione di un'immagine falsata delle sue proprietà farmacologiche, per mezzo di messaggi che descrivono ed enfatizzano gli effetti disinibenti del GHB, simili a quelli dell'alcol, una supposta capacità di provocare perdita di memoria e l'erronea idea della facilità con cui questa sostanza può essere somministrata all'insaputa della "vittima prescelta".

L'analisi degli articoli apparsi su quotidiani nazionali evidenzierà drammaticamente la superficialità e le mistificazioni con cui è stato trattato l'argomento.

La disinformazione è ancora più repressibile per il secondo effetto prodotto, quello sugli indirizzi della ricerca e dell'uso in clinica.

In questo caso sembra evidente che la comunicazione sul GHB abbia quantomeno intralciato lo sviluppo di studi capaci di valutare obiettivamente le potenzialità terapeutiche della sostanza o migliorare l'efficacia dei suoi usi clinici già consolidati e diffonderli.

In effetti, andando a interrogare uno dei motori di ricerca più importanti in campo medico, Pubmed, troviamo un lungo elenco di letteratura scientifica prodotta negli anni successivi la diffusione di notizie sui rischi associati all'uso e all'abuso di GHB, a testimonianza del forte impatto che la stessa informazione mediatica ha prodotto nel delineare linee di ricerca e indagini scientifiche.

Uno dei primi articoli risale al 1992, pubblicato sulla rivista *The Western Journal of Medicine* con il seguente titolo: "Acute poisoning from gamma-hydroxybutyrate in California" (Chin M.Y., 1992).

Obiettivi della ricerca

L'ipotesi che guida lo studio effettuato, è quella di verificare se le modalità adottate dai quotidiani italiani per la costruzione dei messaggi hanno l'effetto di orientare e ridefinire le opinioni e l'immagine del GHB.

Vogliamo provare cioè se e come la stampa contribuisce a cristallizzare i pregiudizi e a orientare le dinamiche e le trasformazioni delle ideologie da cui scaturiscono le definizioni accettate, sebbene costantemente mutevoli, sulle sostanze psicoattive.

Per fare questo, si è scelto di effettuare un'indagine che ruota su due aspetti, quantitativa e qualitativa.

Con l'analisi quantitativa si è teso indagare il fenomeno dal punto di vista della risonanza e dello spazio dedicato al tema da parte della carta stampata.

L'analisi qualitativa invece ha focalizzato l'attenzione verso i livelli di coerenza, continuità e profondità delle

informazioni, soprattutto in termini di messaggi, campi semantici utilizzati, stili linguistici e narrativi elaborati, le immagini e le metafore scelte.

La nostra ricerca vuole rappresentare, inoltre, uno stimolo di riflessione sull'importanza strategica di comprendere il ruolo svolto dai media nella diffusione di credenze e opinioni, per poter meglio intervenire nel processo di costruzione sociale dell'immagine del GHB. Questa riflessione dovrebbe essere considerata indagando un modello multidimensionale.

Partendo dal livello individuale, diventerebbe prioritario cominciare a considerare fattori quali la conoscenza, le credenze e gli atteggiamenti che influenzano e sono influenzati dai messaggi dei media.

A livello organizzativo, l'attenzione dovrebbe concentrarsi sulla produzione di notizie e su come gli studiosi e i rappresentanti del mondo medico e scientifico potrebbero tentare di influenzare i mezzi di comunicazione di massa.

Infine, a livello collettivo, potrebbe essere importante considerare con maggiore coscienza le potenzialità offerte dai media nell'orientare l'opinione pubblica e la comunità scientifica in generale, come pure porsi l'urgenza di riconoscere i media una piattaforma su cui orientare la diffusione delle informazioni scientificamente corrette e adeguate.

Premessa storica

Indagare l'immagine mediatica del GHB significa anche tenere a mente il racconto storico e annotare il momento in cui i media hanno iniziato a provocare determinati effetti.

La storia del GHB si delinea lungo quattro tappe fondamentali.

La prima nel 1960, quando Henry Laborit, lo scopritore della clorpromazina, ne propose l'uso come anestetico e ipnotico per via endovenosa (Laborit *et al.*, 1960). La seconda nel 1970, quando Roth e Giarman scoprirono che il GHB è un normale costituente nel cervello dei mammiferi, incluso l'uomo (Roth, Giarman, 1969).

La terza nel 1980, quando sono iniziati in Italia i primi studi che hanno portato alla dimostrazione della sua efficacia nel trattamento dell'alcolismo (Fadda, Gessa, 1983). La quarta verso la fine degli anni '80, quando il GHB diventa una sostanza d'uso voluttuario.

Inizialmente, si diffonde nei centri sportivi e nei *drugstores* statunitensi e venduta come integratore alimentare, soprattutto per la sua, peraltro dubbia, capacità di stimolare il rilascio dell'ormone della crescita e favorire lo sviluppo muscolare e la riduzione della massa grassa (Dyer, 1991).

Le prime segnalazioni di intossicazioni acute da GHB sono perciò legate all'assunzione di dosi pesanti della sostanza da parte di *body builders*.

Nello stesso tempo, diventa popolare nei locali notturni, soprannominata in gergo con i nomi più disparati: *Liquid Ecstasy, Fantasy, Cherry Meth.*

Come spesso è accaduto nella storia delle sostanze psicotrope, anche in questo caso il passaggio dall'uso all'abuso è stato causato dalla trasformazione della sostanza in merce di consumo per scopi essenzialmente ricreazionali. Sono stati proprio i media e anche la letteratura scientifica apparsa in seguito a suggerire e diffondere, anche in Italia, l'appellativo "droga da stupro" in virtù della sua formulazione inodore e incolore che ne facilita l'uso diluito nelle bevande, e dei suoi effetti sedativi, euforizzanti e disinibenti (Stillwell, 2002; Smith, 1999).

Nonostante le scarse conferme della presenza di GHB nelle analisi tossicologiche in seguito a fenomeni di abuso sessuale o rapine (Varela *et al.*, 2004), la sua cattiva reputazione si irradia in tutto il mondo.

L'analisi quantitativa

Lo studio esamina la presentazione delle notizie sul GHB da parte della stampa e la loro copertura nel corso del tempo, attraverso una ricerca sui più importanti quotidiani nazionali e locali che tra settembre del 1990 e ottobre del 2013 hanno pubblicato articoli inerenti il nostro tema.

Per ogni testata sono state passate in rassegna le pagine di cronaca, in particolare, ma anche le sezioni dedicate a temi di salute, e sono stati censiti tutti gli articoli che contenessero un riferimento al termine GHB o le sue metafore, come per esempio "droga da stupro", la più famosa e ripetuta.

Si è cercato di puntare poi l'attenzione su alcuni dettagli del testo stampato, in particolare: titolo, coerenza tra argomento dell'articolo e titolo, terminologia utilizzata, precisione terminologica, associazione con altri temi, eventuali approfondimenti in seguito a fatti di cronaca rilevanti.

In totale sono stati raccolti 79 articoli distribuiti in maniera non uniforme tra le varie testate.

La Tabella 1 riporta l'elenco dei quotidiani rientrati nella ricerca, quelli cioè che hanno titolato notizie relative al GHB, e la distribuzione degli articoli estratti all'interno delle loro pagine.

Un primo dato che emerge, considerando i numeri, è la scarsa frequenza con cui i giornali si sono occupati del GHB: essi non ne scrivono dunque in maniera sistematica.

Questo probabilmente accade perché a livello mediale, l'informazione sui temi che riguardano il GHB non si sottrae alle dinamiche che sono proprie del *newsmaking* in genere, cioè di quei meccanismi operativi che regolano la *routine* del lavoro giornalistico.

In effetti, l'*agenda setting* dei media si costruisce proprio sulla base della scelta e della selezione dei fatti che

Tab. 1 - Nomi dei quotidiani italiani nazionali e locali, distribuzione e numero di articoli estratti

Nome del quotidiano	Numero di articoli
Repubblica	26
Corriere della Sera	18
Il Tempo	8
L'Unità	8
Il Giornale	4
La Tribuna di Treviso	3
Alto Adige	2
Il Messaggero Veneto	2
La Gazzetta di Reggio	2
Il Piccolo	1
Il Tirreno - Livorno	1
Il Tirreno - Massa	1
Il Tirreno - Prato	1
Il Tirreno - Versilia	1
La Gazzetta del Mezzogiorno	1
La Gazzetta di Mantova	1
La Provincia	1
La Provincia - Pavese	1
Totale quotidiani = 18	Totale articoli = 79

possiedono la cosiddetta qualità della "notiziabilità", indicatore questo di una serie di fattori che rendono una notizia come tale.

Nel caso del GHB, esso è notiziabile solo nel momento in cui ci sono fatti di cronaca oggetto di notevole interesse mediatico, come vedremo analizzando la distribuzione temporale degli articoli.

Per questo motivo, nel periodo che potremmo definire di "normalità comunicazionale", per differenziarlo dal momento di "allarme", articoli che analizzano l'immagine del GHB o ne trattano aspetti scevri di clamore, semplicemente non esistono.

La notiziabilità di una notizia si lega, inoltre, a un altro aspetto rilevante emerso chiaramente durante l'indagine effettuata: quello dell'enfasi data agli episodi tenendo presente il fattore tempo.

In questo caso si parla di risonanza, ossia il ripetersi sullo stesso quotidiano di articoli che parlano dello stesso fatto in un arco di tempo molto ristretto.

Quando la stampa dà risonanza a argomentazioni specifiche su temi di una certa controversia e delicatezza, generalmente lo fa sull'onda di questioni immediate, che irrompono improvvisamente nell'*agenda setting* come urgenze, a seguito di avvenimenti straordinari che suscitano clamore e mettono in moto l'emotività del pubblico.

Questo carattere episodico, emergenziale, è presente anche nel caso del GHB. Sul quotidiano *L'Unità* del 25 gennaio del 2008, per esempio, leggiamo: "Milano, un'altra donna sequestrata e violentata" e sempre nello stesso anno, questa volta il 29 giugno, *Il Giornale* pubblica un articolo titolandolo in questo modo: "Drogata e stuprata dall'amico".

In entrambi i casi è il GHB a essere denunciato quale responsabile della violenza.

Nella nostra analisi, tuttavia, non abbiamo rintracciato particolari approfondimenti o una evidente e distinguibile volontà di chiarimento.

Semplicemente, si trasmette l'immagine ormai scontata, o il puro fatto di cronaca, senza ricercare fonti più accreditate o risalire le radici storiche della questione.

Il Grafico mostra la distribuzione dell'informazione nel corso del tempo.

Come si evince osservando la curva della distribuzione degli articoli nel corso degli anni, il periodo in cui troviamo il maggior numero di pezzi giornalistici che trattano argomenti inerenti il GHB sono il 2008, con 14 articoli apparsi nell'arco dell'anno, seguito dal 1999, il 2010 e il 2011, tutti con 9 articoli pubblicati.

Recuperandoli e analizzandone il contenuto scopriamo che, nel 2008, un'ondata di violenze sessuali, soprattutto al nord Italia, suscita l'interesse della stampa.

Fin da gennaio, i quotidiani riportano notizie di ragazze che a loro insaputa hanno bevuto bevande contenenti la famigerata "droga dello stupro".

Il 24 gennaio sul *Corriere della Sera*, leggiamo che una studentessa si trasforma in un "fantoccio con l'anima ma senza volontà", a causa di un "farmaco anestetizzante che non ha colore né sapore, una polverina micidiale che paralizza la carne e annebbia i ricordi della mente".

Ancora, *Il Giornale* del 26 gennaio, facendo il resoconto della violenza subita ai danni di una giovane polacca, aggiunge che il GHB "fa effetto in circa un quarto d'ora, dura fino a sei ore e causa vuoti di memoria che possono protrarsi fino a 24 ore".

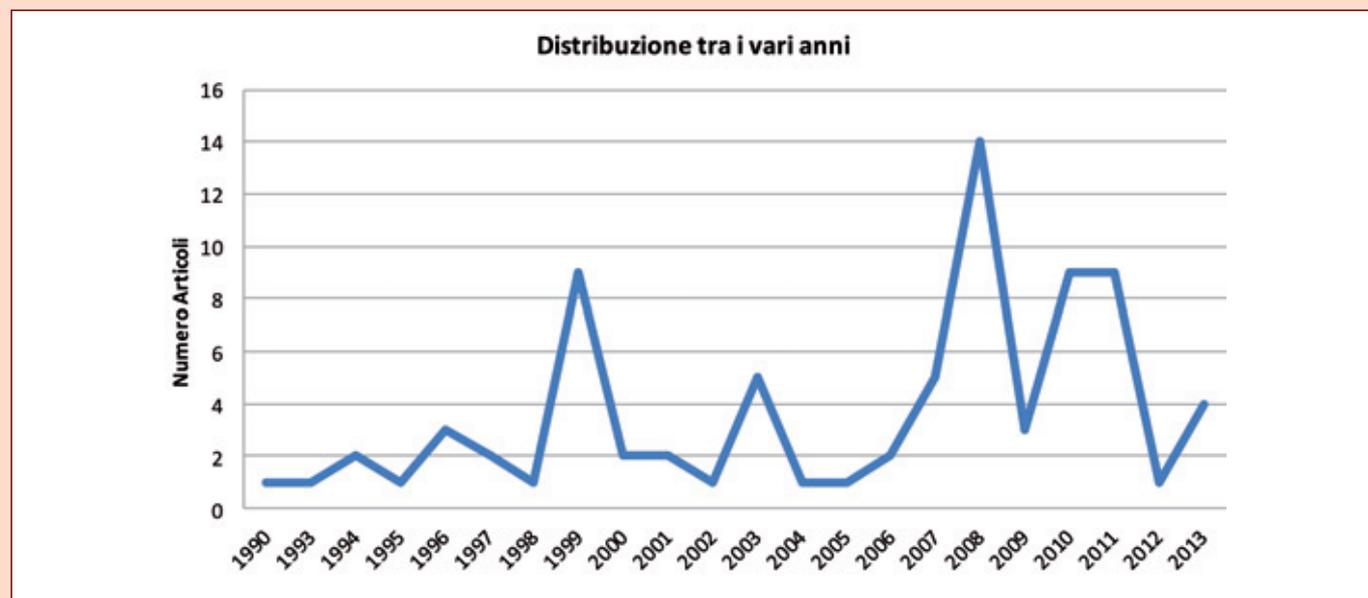
Nel 1999, invece, si parla del GHB in seguito alla emanazione del decreto da parte del Consiglio Superiore della Sanità che inserisce quattro nuovi derivati amfetaminici nella Tabella 1 delle sostanze proibite.

L'11 novembre *La Repubblica* pubblica infatti un articolo dove dichiara che l'Italia "è il primo paese europeo a inserire queste sostanze tra quelle proibite".

Tra le sostanze in questione, il GHB e il Gbl, un solvente, precursore del GHB, che ingerito viene appunto trasformato nel GHB stesso.

Il 10 novembre, sempre *La Repubblica*, riporta la descrizione dei due "acidi" messi al bando, "conosciuti come ecstasy liquida, il Gbl (gamma-butilirrolattone) e il Ghb (gamma-idrossibutirrico)", stravolgendo il termine "acido", utilizzato come forma gergale di amfetamina, in una evidente accezione deformata e scientificamente scorretta.

Nel 2010 invece, saltano alla cronaca due casi di ragazzi in coma a causa di un "cocktail di droga e alcol" (01 febbraio 2010, *Il Messaggero Veneto*).



Il 30 marzo 2010 sul quotidiano locale *Alto Adige*, si legge la notizia di un altro adolescente in coma per un “cocktail di alcol e acidi”.

In entrambi i casi ci si riferisce al GHB. Infine, nel 2011, si riportano notizie di una serie di operazioni di sequestro in Toscana e a Reggio Emilia, come documenta *il Tirreno*, versione locale di Prato, che parla di un “primo sequestro di Gbl: è inodore e fa cadere i freni inibitori”.

Poiché abbiamo visto che articoli che considerano il GHB appaiono solo in riferimento a fatti di cronaca dotati di una certa rilevanza, potremmo supporre che esso non abbia caratteristiche di notiziabilità.

L'analisi qualitativa

Le procedure utilizzate dai media per trattare l'argomento GHB, sfruttano un linguaggio e un'informazione inconsistente, avvalorando l'ipotesi che l'intermediazione dei *mass media* potrebbe essere causa di distorsione delle conoscenze oltre che fondare errate interpretazioni delle evidenze scientifiche.

In effetti ciò è confermato dalla confusione creata dai media riguardo alla identità del GHB, confuso alle volte con etanolo, ketamina, benzodiazepine e molto più spesso con il GBL.

Il 15 luglio 2011, su *La Gazzetta di Reggio* si legge: “A Reggio arriva la Gbl la droga dello stupro [...] che prende il posto del GHB, un anestetico per cavalli che fino a qualche mese fa era in voga tra i giovanissimi”.

In quest'ultimo caso la confusione è doppia.

L'autore dell'articolo evidentemente non sa che il GBL viene rapidamente convertito in GHB una volta ingerito.

Sulla base dell'analisi del contenuto dei testi, abbiamo suddiviso gli articoli in 3 tipologie principali.

- Articoli di Informazione, a loro volta differenziati in articoli di Cronaca e le Ricerche (studi, resoconti di provvedimenti politici o sequestri);
- Articoli di Inchiesta, diversificando all'interno di questo gruppo tra articoli di Descrizione del Profilo del GHB, una sorta di *identikit* criminoso, e le Interviste ricavate da esperti o dalle vittime dei fatti di cronaca;
- Articoli Scientifici, che trasmettono informazioni corrette e coerenti sulla reale natura e sull'uso come farmaco in ambito clinico e terapeutico.

La Tabella 2 mostra le tre tipologie individuate e la distribuzione degli articoli esaminati all'interno delle diverse categorie.

Durante la lettura dei testi rientrati nella tipologia Informazione, è stata fin da subito evidente una prevalenza di articoli di Cronaca (rientrandovi quasi il 30% degli articoli esaminati), rispetto agli articoli che riportavano Ricerche (circa il 14%).

Tab. 2 - Tipologia di articoli individuata e distribuzione tra le categorie

Informazione	Inchiesta	Scientifici
Cronaca = 37	Identikit = 7	Totale = 6
Ricerche = 17	Interviste = 12	



Si tratta, in entrambi i casi, di testi che riportano, in maniera più o meno corposa, le notizie, il puro fatto di cronaca, con la descrizione dell'evento principale, dei protagonisti e del luogo interessato.

In questi casi si segue il classico schema proposto da Lasswell delle 5 W (chi? Dice che cosa? A chi? Attraverso quale canale? Con quale effetto?).

La maggior parte degli articoli di cronaca sono dedicati all'esposizione dei ‘dati’, intendendo con questo termine tutte quelle informazioni sulla composizione, sugli effetti (sempre devastanti), sui danni, sui rischi, sulla diffusione, sulle modalità di utilizzo.

Il Tempo del 20 novembre 2004, fa un resoconto degli “ultimi fatti al centro storico di Roma, vittime soprattutto straniere. L'approccio a cena, qualche ora al pub, dopo l'abuso”.

Su *Il Messaggero Veneto* del 07 novembre 2010 si legge: “Alcol e droghe, giro di vite nelle scuole e nei bar” e poi “lo spettro dell'ecstasy liquida... un mix di acido gammaidrossibutirrico e sciroppo zuccherato”.

Successivamente una serie di effetti dà conto della devastazione che può arrecare a chi ne fa uso: “l'uso incontrollato può provocare danni alla salute, dar luogo a convulsioni e, in caso di dosi massicce, portare anche al coma e alla morte”.

Alla categoria delle Ricerche, invece, appartengono articoli che presentano informazioni ricavate e fornite da studi, analisi ma soprattutto si relaziona prendendo a riferimento dati ricavati da sequestri.

Sul *Corriere della Sera* del 20 febbraio 2007 troviamo una notizia di “quattro arresti” in seguito allo spaccio di

“250 grammi di GHB, la cosiddetta ‘droga dello stupro’, usata per stordire le ragazze e approfittare di loro nel corso di feste e *rave party*”.

Sempre nel 2007, il 18 marzo, un articolo dedica attenzione al recente “allarme per nuove droghe” durante i *rave* clandestini alle porte di Roma.

Nell’elenco delle nuove droghe commercializzate, il GHB. Alla tipologia delle Inchieste, appartiene la categoria degli articoli che tentano di dare un Profilo accurato del GHB (circa 6%), inserendo informazioni che hanno la pretesa di funzionare da approfondimento di argomenti relativi alla terminologia usata in campo scientifico, il suo utilizzo e le proprietà caratterizzanti.

Su *Il Tempo* del 7 luglio 2008 si legge: “Ghb o HB o Scoop. L’assunzione di questa sostanza stupefacente produce uno stato di rilassamento e di tranquillità, l’aumento della sensualità e tendenza alla loquacità. Sono molto simili agli effetti che produce l’alcool. Dopo circa 30 minuti l’assuntore inizia a sentire l’effetto della droga, sensazioni che scompaiono dopo tre ore. Logicamente non mancano successivamente effetti negativi, come uno stato di stordimento fino a arrivare anche a uno stato di incoscienza, al quale possono seguire convulsioni, vomito, depressione respiratoria: nella peggiore delle ipotesi si può andare in coma o addirittura morire”.

La seconda categoria appartenente alla tipologia Inchieste, riporta le Interviste (circa 9%), ossia i racconti di esperienze delle vittime o di esperti a cui si richiede un’opinione o una riflessione.

In questo caso il linguaggio utilizzato si candida a suscitare reazioni molto più emozionali da parte del lettore, dal momento che l’obiettivo solitamente consiste nel coinvolgere in prima persona attraverso le storie raccontate. Il 9 novembre 2003 *La Repubblica* pubblica un articolo dal titolo: “Aiuto, forse ci hanno servito la droga dello stupro”.

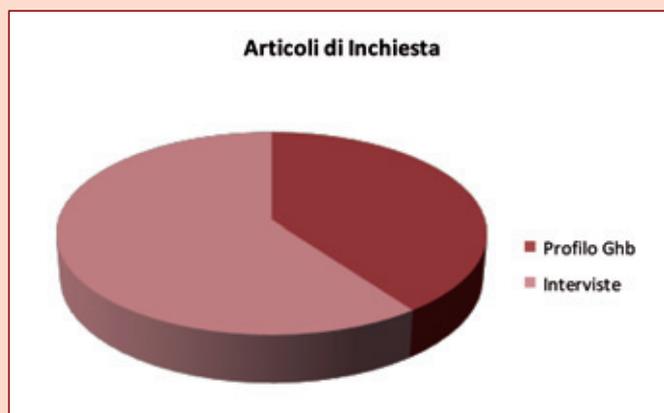
All’interno leggiamo l’intervista realizzata a una delle due “vittime”, una ragazza e un ragazzo di 25 anni, il quale racconta: “dopo aver bevuto un long drink, da un certo punto in avanti, ricordo solo alcuni flash [...]. Grazie a un mio amico sono riuscito a ricostruire. Io che ballavo sul cubo per la prima volta nella mia vita. Io che mettevo le mani addosso a una ragazza con prepotenza [...]. Stavo malissimo”. La ragazza invece si chiede: “cosa ho fatto ieri notte? Cosa mi è successo? Chi mi ha accompagnato a casa?”

Degne di nota sono invece due interviste realizzate nel settembre 1990 e nel febbraio del 1996 dal quotidiano *L’Unità*.

Nel primo caso, leggiamo un dialogo con Henri Laborit e mentre scorriamo il testo ci soffermiamo nel punto in cui egli stesso afferma che la molecola di cui va maggiormente fiero è proprio il gamma idrossibutirrico.

Nel secondo caso invece, l’intervista è rivolta a Gianluigi Gessa, in occasione della presentazione dei risultati di uno studio sui topi alcol-preferenti, nel quale spiega che

“per agire con i suoi effetti euforizzanti, l’alcool utilizza in modo esclusivo alcuni recettori presenti nel cervello di molti mammiferi che servono invece per una sostanza naturale dell’organismo chiamata GHB. Il funzionamento fisiologico di questa sostanza [...] sta mettendo i ricercatori sulla pista giusta per trovare farmaci in grado di bloccare le serrature chimiche dell’acido GHB e bloccare così il meccanismo elusivo dell’alcool impedendogli di scatenare i suoi effetti”.



Alla tipologia degli articoli Scientifici, infine, appartiene solamente il 4% circa degli articoli rintracciati.

In essi sono riportate delle informazioni che possiamo definire obiettive, spogliate da correnti di pensiero e semplicemente mirate alla diffusione di conoscenze.

Il 14 febbraio del 1994 il *Corriere della Sera* pubblica un dossier sull’alcolismo, interrogandosi se si debba parlare di vizio o malattia.

Analizzando il contenuto, giungiamo alla sezione che indaga l’utilizzo dei farmaci per il trattamento.

In questa sezione, si fa riferimento al GHB, spiegando che “agisce sopprimendo la crisi di astinenza aumentando, pare, la concentrazione del neurotrasmettitore cerebrale dopamina”.

Il 23 marzo 2013 e il 17 settembre 2013, scopriamo altri due articoli che raccontano di “nuovi” farmaci per “bere meno alcol”.

Tra questi, troviamo il GHB o il suo corrispettivo farmaceutico Alcover.

In entrambi i casi vengono elencati i meccanismi di azione e le possibilità di utilizzo in ambito terapeutico.

Quello che stupisce, tuttavia, è la tendenza, anche in questo caso, a dare notizie su studi e conoscenze che risalgono a parecchi anni addietro, come fossero “*breaking news*”.

Non sorprende, poi, l’esiguo numero di questi articoli nella nostra rassegna.

La qualità del messaggio. Il titolo

In generale, possiamo dire che le emozioni giocano un ruolo critico nella costruzione del messaggio mediatico.

Chi lavora con i mezzi di comunicazione di massa sa esattamente che è proprio sulla base delle emozioni che si formano gli atteggiamenti e le motivazioni che spingono una persona a agire.

I centri emotivi sono proprio il bersaglio a cui si rivolge la comunicazione mediatica (Walsh, Gentile, 2002).

Ciò è evidente anche nella ricerca da noi effettuata, soprattutto analizzando i titoli apparsi sulle diverse testate giornalistiche.

Ma il primato per i titoli più potenti nella direzione di una maggiore suggestionabilità, secondo il nostro parere, lo detiene il quotidiano *La Repubblica*.

Tra i titoli estrapolati troviamo: “Allarme per il GHB la droga dello stupro” (7 maggio 2007), “Londra, si chiama Paradiso è l’arma degli stupratori” (23 giugno 2000), “Ghb, la sigla della paura è la droga dello stupro” (9 novembre 2003) e infine “Ci fa paura la droga dello stupro” (22 febbraio 2008).

È evidente che le emozioni che si hanno intenzione di attivare sono sicuramente paura, ansia, agitazione.

Queste sensazioni influenzano atteggiamenti e valori e si legano alla percezione della sostanza, il GHB, anticipando qualsiasi rielaborazione consapevole da parte della regione corticale, sede del ragionamento razionale (Walsh, Gentile, 2002).

Il titolo è quindi uno strumento di notevole efficacia, utilizzato dai giornalisti per stimolare il pubblico alla lettura, essendo anche ciò che si legge per prima di un articolo.

Per la particolare posizione di rappresentanza di cui è dotato, funge da richiamo dell’attenzione anche perché, caratterizzandosi per la sua brevità, viene rapidamente letto e compreso da un gran numero di persone.

Tale brevità comporta, tuttavia, una semplificazione a una schematizzazione del contenuto del titolo stesso, oltre che servire da sintesi dell’intero articolo.

In questo senso, proprio la particolare natura del titolo, che mette in evidenza determinati aspetti di una notizia trascurandone altri, esercita sul lettore una certa pressione.

Ciò induce a pensare che ci sia un’attenzione particolare alla costruzione della titolazione e che la ricerca dell’effetto o della sensazionalità per colpire l’attenzione del lettore sia un elemento ricercato con accuratezza (studio Forum Droghe).

La qualità del messaggio. Il contenuto

Andando a approfondire e sviscerare il contenuto dei testi, si conserva il tratto distintivo della titolazione, l’intento sensazionalistico e allarmistico.

Il carattere emergenziale delle notizie contribuisce a cristallizzare e appiattare ideologie e opinioni già esistenti o in fase di costruzione.

Le scelte di vocabolario suggeriscono infatti chiavi di lettura e modi privilegiati di interpretazione e di trattazione della notizia.

Si è notata per esempio la tendenza a generalizzare in un modo virulento attorno al concetto di pericolosità, indipendentemente dai reali effetti della sostanza.

Su *La Repubblica* del 2 novembre 1999 un articolo riporta la notizia di una “nuova droga che impazza nelle discoteche americane” e che “avrebbe provocato una cinquantina di decessi tra i giovani”.

Provocherebbe inoltre “danni irreparabili agli organi interni” e “unita all’alcol può portare alla morte”.

Il Tempo del 27 febbraio 2006 avvisa dell’arrivo dagli Stati Uniti “dell’ultima novità in fatto di droghe sintetiche con effetti devastanti sugli assuntori. Praticamente il nuovo incubo per le donne”.

È evidente l’impiego di parole chiave che stigmatizzano. Esse fanno riferimento a tutto quell’arcipelago di termini legato al mondo delle dipendenze e delle droghe: dalle metafore alle analogie utilizzate, fino all’intento classificatorio.

Interessa a questo punto sottolineare che, per quanto riguarda gli argomenti sul consumo di GHB, la stampa tende a assimilare questo tema, come pure in generale le riflessioni sulle droghe, all’area della devianza e della criminalità.

La confusione sugli effetti

Con riferimento all’intento classificatorio che i media hanno tentato di attuare, una considerazione a parte va fatta per quanto riguarda la rassegna sorprendentemente variegata dei presunti effetti del GHB una volta assunto.

In generale, quando si parla di effetti, si parla di danni e effetti collaterali.

Ma non esiste un accordo su questo.

Si passa da stati di euforia a rilassatezza, da effetti anestetizzanti a quelli allucinatori.

Viene assunto come anabolizzante ma in realtà si tratta di un potente ipnotico.

C’è poi chi afferma si tratti di uno stimolante che però provoca effetti simili a una sbornia. Molto accurate sono le descrizioni date da *Il Tempo* del 2006 e *La Repubblica* del 1993.

Nel primo caso apprendiamo che “in base a una sintomatologia acclarata la pillola dello stupro provoca in chi la assume stati convulsivi, interferenze psicomotorie e di coerenza nella verbalizzazione e di sedazione totale con un forte effetto deprimente”.

Inoltre, “già con un grammo fa perdere il tono muscolare e riduce le inibizioni. Con due, calano la frequenza cardiaca e la respirazione e con tre c’è una forte interferenza con il movimento e la parola fino a arrivare al coma nei casi più gravi”.

Il secondo articolo degno di nota, riporta la notizia del decesso dell'attore River Phoenix forse in seguito all'assunzione di cocaina ma anche di GHB messo a sua insaputa in una bevanda.

Più avanti si spiega che "i suoi effetti nocivi sono noti" tant'è che le sue iniziali sono proprio l'acronimo di "Grievous Bodily Harm, grave danno fisico".

I messaggi costruiti con questa straordinaria superficialità e imperizia, generano un'ulteriore mistificazione a danno di una più adeguata e corretta conoscenza.

Conclusioni

Le immagini del GHB che vengono veicolate dai giornali, quindi, contribuiscono non solo a determinare la percezione pubblica negativa del tema, ma generano principalmente paure e ansie, una sorta di allarme sociale.

La nostra analisi porta a evidenziare un quadro in cui la caratterizzazione prevalente dei testi è di tipo ansioso, in linea d'altra parte con la gran parte dell'informazione prodotta su temi a elevato impatto sociale.

Il GHB perciò entra a far parte della lista nera dei nemici pubblici pericolosi e virulenti, capace di defraudare soprattutto giovani e adolescenti.

Il tratto dell'allarme sociale prende così il sopravvento sulla capacità di comprendere.

Non si riescono a ricavare informazioni sul reale o presumibile rischio di dipendenza, sugli effetti certi una volta assunto, sugli eventuali effetti potenziati una volta assunto in interazione con altre sostanze e così via.

Un punto da rimarcare è il bassissimo interesse che i media nutrono per il dibattito esistente tra gli addetti ai lavori.

Non ci sono recenti interviste di approfondimento, chiarimenti e nessun richiamo a *trial* clinici o alla lunga storia di sperimentazione del farmaco in Italia per la cura dell'alcolismo.

Anche pubblicazioni scientifiche su importanti riviste internazionali non sono mai state considerate e importanti studi clinici condotti a livello internazionale non sono mai entrati nella valutazione dei media nel tentativo di dare un quadro più corretto e omnicomprensivo.

In psicofarmacologia è noto che il *set* – conoscenze e aspettative sulla sostanza – contribuisce a determinare le finalità d'uso, le scelte, ma anche gli effetti ricercati e quelli effettivamente ottenuti.

Ma il *set* è il prodotto della conoscenza diffusa a livello collettivo, un elemento dell'immaginario pubblico alimentato dai mezzi di comunicazione.

È allora evidente l'impatto delle informazioni, dei significati diffusi intorno alle sostanze e ai farmaci sul rapporto tra sostanze, individui, società, sulle dinamiche con cui si determina e si diffonde un loro uso problematico, sull'efficacia degli interventi in clinica e nella prevenzione (Canali S., 2008).

In questo senso, i mezzi utilizzati come veicolo per la trasmissione di una corretta comunicazione, dovrebbero essere meglio compresi e costantemente monitorati per poter sfruttare al meglio le loro potenzialità.

Le principali testate giornalistiche italiane, purtroppo, non si sono dimostrate capaci di comunicare adeguatamente la natura degli effetti farmacologici e le potenzialità cliniche e i rischi di abuso del GHB.

Ecco perché la sua comunicazione pubblica potrebbe costituire un interessante caso di studio per indagare le difficoltà della comunità scientifica e dei sistemi di informazione al tempo stesso, nel trasferimento dei contenuti scientificamente accreditati, delle potenzialità applicative e degli eventuali rischi correlati all'uso di qualsivoglia sostanza.

Questo in virtù di una adeguata predisposizione di un corretto apparato comunicativo in grado di arginare fenomeni di disorientamento e disinformazione che, nel caso del GHB, hanno aumentato il divario tra la sua immagine pubblica, ancorata ai luoghi del vizio e della devianza, e la sua complessa e affascinante identità storica e farmacologica.

Bibliografia

- Benelli E. (2003), "The role of the media in steering public opinion on healthcare issues", *Health Policy*, 63: 179-186.
- Canali S. (2008), "Droghe tra scienza e politica", *Le Scienze - Edizione italiana di Scientific American*, 475: 100-105.
- Candio D., Bricolo F. (2011), "L'influenza dei mass media sui comportamenti di consumo di sostanze stupefacenti", in Serpelloni G., Diana M., Gomma M., Rimondo C. 8a cura di), *Cannabis e danni alla salute*, Dipartimento Politiche Antidroga.
- Carducci A., Alfani S., Sassi M., Cinini A., Calamusa A. (2011), "Mass media health information: quantitative and qualitative analysis of daily press coverage and its relation with public perceptions", *Patient Educ Couns*, Mar, 82(3): 475-8.
- Chin M.Y., Kreutzer R.A., Dyer J.E. (1992), "Acute poisoning from gamma-hydroxybutyrate in California", *Western Journal of Medicine*, 156(4): 380-4.
- Chin M.Y., Kreutzer R.A., Dyer J.E. (1992), "Acute poisoning from gamma-hydroxybutyrate in California", *Western Journal of Medicine*, 156(4): 380-4.
- Dyer J.E. (1991), "Gamma-Hydroxybutyrate: a health-food product producing coma and seizurelike activity", *American Journal of Emergency Medicine*, Jul, 9(4): 321-4.
- Keating G.M. (2014), "Sodium oxybate: a review of its use in alcohol withdrawal syndrome and in the maintenance of abstinence in alcohol dependence", *Clin Drug Investig*, Jan, 34(1): 63-80. doi: 10.1007/s40261-013-0158-x.
- Fadda F., Argiolas A., Melis M.R., De Montis G., Gessa G.L. (1983), "Suppression of voluntary ethanol consumption in rats by gamma-butyrolactone", *Life Science*, Mar 28, 32(13): 1471-7.

- Gentile D., Walsh D. (2002), "A normative study of family media habits", *Applied Developmental Psychology*, 23: 157-178.
- Laborit H., Jouany J.M., Gerard J., Fabiani F. (1960), "Sur un substrat metabolique a action centrale inhibitrice: le 4-hydroxybutyrate de Na", *Presse Med*, 68: 1867-1869.
- 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*, Feb 17, (2): CD006266. doi: 10.1002/14651858.CD006266.pub2.
- Pan Z., McLeod J.M. (1991), "Multilevel analysis in mass communication research", *Communication Research*, 18: 140-173.
- Roth R.H., Giarman N.J. (1969), "Conversion in vivo of gamma-aminobutyric to gamma-hydroxybutyric acid in the rat", *Biochemical Pharmacology*, Jan, 18(1): 247-50.
- Schwitzer G., Mudur G., Henry D., Wilson A., Goozner M., Simbra M., Sweet M., Baverstock K.A. (2005), *What Are the Roles and Responsibilities of the Media in Disseminating Health Information?*, 2,7.
- Skala K., Caputo F., Mirijello A., Vassallo G., Antonelli M., Ferrulli A., Walter H., Lesch O., Addolorato G. (2014), "Sodium oxybate in the treatment of alcohol dependence: from the alcohol withdrawal syndrome to the alcohol relapse prevention", *Expert Opin Pharmacother*, Feb, 15(2): 245-57. doi: 10.1517/14656566.2014.863278.
- Smith K.M. (1999), "Drugs used in acquaintance rape", *Journal of American Pharmacists Association (Wash)*, Jul-Aug, 39(4): 519-25.
- Stillwell M.E. (2002), "Drug-facilitated sexual assault involving gamma-hydroxybutyric acid", *Journal of Forensic Science*, Sep, 47(5): 1133-4.
- Varela M., Nogué S., Orós M., Miró O. (2004), "Gamma hydroxybutyrate use for sexual assault", *Emergency Medical Journal*, Mar, 21(2): 255-6.

Sitografia

www.droganews.it/pubdownload.php?id=2179?

Il trattamento dei disturbi bipolari nell'alcolismo

Ezio Manzato*, Felice Nava**, Cristina Biasin*, Giuseppina Cifelli*, Gisella Manzato°, Sara Rosa*, Giovanni D'Agostini***

I disturbi bipolari

I disturbi bipolari (BD) (disturbo bipolare I e II, disturbo ciclotimico, disturbo bipolare non altrimenti specificato, come disturbo a cicli rapidi-RC o misto e mania negli adolescenti-mascherata da abuso di sostanze e/o alcol e comportamento antisociale) sono descritti tra i disturbi dell'umore considerati nel Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) (APA, 2000), che comprendono anche il disturbo depressivo maggiore (DDM) (episodio singolo o disturbo ricorrente), il disturbo distimico (DD), i disturbi dell'umore dovuti a condizione medica generale, il disturbo dell'umore indotto da sostanze e i disturbi depressivo e bipolare non altrimenti specificato (NAS) (Kaplan & Sadock, 2001a; Sadock & Sadock, 2003).

Anche la decima revisione dell'International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10-OMS, 1992) distingue diverse categorie classificative di disturbi dell'umore: episodio maniacale singolo e disturbo affettivo bipolare con almeno due episodi (comprende disturbo, psicosi o reazione maniaco-depressivi) oltre a episodio depressivo, disturbo depressivo ricorrente, disturbi dell'umore persistenti (ciclotimia e distimia), altri disturbi dell'umore e disturbi dell'umore non specificati (Kaplan & Sadock, 2001a; Sadock & Sadock, 2003).

I disturbi bipolari attualmente sono considerati facenti parte dello spettro bipolare, nel quale sono comprese anche alcune entità cliniche subsindromiche che non raggiungono la soglia dei criteri diagnostici DSM, come l'ipomania breve ricorrente, l'ipomania da antidepressivi o sostanze d'abuso; il temperamento ciclotimico, l'ipomania con distimia, la depressione minore, la depressione unipolare mista e la depressione breve ricorrente (Cassano e coll., 2004; Benazzi, 2007; Yatham e coll., 2005, 2009).

* Ser.D. 1 - Servizio Alcolologia Azienda ULSS 21 Legnago (Verona).

** Sanità Penitenziaria Azienda ULSS 16 Padova.

*** S.P.D.C. Dipartimento di Salute Mentale Azienda ULSS 21 Legnago (Verona).

° Collaboratore alla ricerca Verona.

I disturbi bipolari comorbili ai disturbi da uso di sostanze e/o alcol

Nel National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Condition (NESARC) sponsorizzato dal National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) è stato evidenziato nella popolazione generale che la prevalenza a 12 mesi di disturbi dell'umore indipendenti era di 9,21% (con 1,66% per mania e 1,16% per ipomania), quella dei disturbi da uso di sostanze era del 9,35% e quella dei disturbi da uso di alcol era dell'8,46%; la prevalenza dei disturbi dell'umore e d'ansia indotti è risultata piccola, meno dell'1,0%.

Nei soggetti con qualsiasi disturbo da uso di alcol il 18,85% presentava almeno un disturbo dell'umore (con 4,66% per mania e 3,30% per ipomania) e nei soggetti con dipendenza da alcol il 27,55% presentava almeno un disturbo dell'umore (con 7,63% per mania e 4,99% per ipomania).

Nei soggetti con qualsiasi disturbo dell'umore nei 12 mesi precedenti il 17,30% presentava almeno un disturbo da uso di alcol e 11,38% dipendenza da alcol; nei soggetti con mania il 23,79% presentava almeno un disturbo da uso di alcol e 17,52% dipendenza da alcol; nei soggetti con ipomania il 24,04% presentava almeno un disturbo da uso di alcol e 16,36% dipendenza da alcol.

Tali dati clinici, suggeriscono che ai soggetti con disturbi da uso di sostanze e/o alcol non dovrebbe essere rifiutato il trattamento per i disturbi dell'umore comorbili (Grant e coll., 2004).

Il NESARC ha evidenziato una prevalenza lifetime e a 12 mesi di abuso di alcol rispettivamente del 17,8% e 4,7% e di dipendenza da alcol del 12,5% e del 3,8%.

Per quanto riguarda l'associazione con altri disturbi psichiatrici, l'abuso di alcol a 12 mesi è risultato fortemente e significativamente associato con i disturbi da uso di sostanze, ma non con altri disturbi di Asse I del DSM-IV-TR (APA, 2000), ugualmente è risultato per l'abuso di alcol lifetime.

La dipendenza da alcol a 12 mesi è risultata fortemente associata con i disturbi da uso di sostanze, con i disturbi bipolari I e II, ma debolmente e significativamente con solo due disturbi di Asse II (disturbi di personalità-PD), in particolare i disturbi di personalità istrionico (HPD) e antisociale (ASPD); la dipendenza da alcol lifetime è risultata correlata, anche se meno fortemente,

con i disturbi da uso di sostanze, maggiormente con i disturbi dell'umore (disturbi bipolari I e II, disturbo depressivo maggiore e distimia) e d'ansia e con i disturbi di personalità paranoide (PPD), istrionico e antisociale (Hasin e coll., 2007).

Lo Psychiatric and Addictive Dual Diagnosis in Italy Study (PADDI-DSM e PADDI-TC), svolto nei servizi per la salute mentale, nelle comunità terapeutiche tradizionali e specialistiche per doppia diagnosi del sistema delle dipendenze, ha evidenziato una prevalenza di doppia diagnosi tra disturbi da uso di sostanze e/o alcol e disturbi mentali in tali strutture rispettivamente del 3,9%, 77,9% e 94,2%.

In particolare, nei servizi di salute mentale la prevalenza dei disturbi dell'umore è risultata del 16,53%, mentre nelle comunità terapeutiche tradizionali la percentuale di disturbi dell'umore è stata del 43,5% e nelle comunità terapeutiche per doppia diagnosi è risultata del 45,6%; nel complesso la comorbilità psichiatrica per disturbi di Asse I e II del DSM IV-TR (APA, 2000) è stata pari a 77,9% nelle comunità terapeutiche tradizionali e del 94,2% nelle comunità terapeutiche per doppia diagnosi (Carrà e coll., 2010).

In comunità terapeutiche per doppia diagnosi, mediante la somministrazione dell'Addiction Severity Index (ASI) (McLellan e coll., 1980, 1990), della Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-I Disorders (SCID-I) (First e coll., 1997a) e della SCID-II (First e coll., 1997b), è stato osservato che i disturbi di Asse I del DSM maggiormente compresenti nell'alcolismo erano i disturbi dell'umore (49%), con i disturbi d'ansia presenti nel 38% dei casi (Mammana, 2010).

Per quanto riguarda l'associazione con abuso di sostanze e/o alcol nella depressione esiste un'alta comorbilità per disturbi da uso di sostanze e/o alcol, in particolare i disturbi da uso di alcol sono presenti nel 50% della depressione unipolare, in quella bipolare I la presenza è del 60% e del 50% in quella bipolare II (Feinman & Dunner, 1996).

La frequenza del disturbo da uso di sostanze e del suo uso sottosoglia nei pazienti bipolari è risultata rispettivamente del 46% e dell'8%; l'uso di sostanze e di alcol è risultato significativamente più frequente nei soggetti bipolari rispetto ad altri disturbi psichiatrici; peraltro nei soggetti psichiatrici tale problema clinico deve essere valutato e trattato (Sbrana e coll., 2005).

In pazienti bipolari I e II quelli con cicli rapidi presentano una diagnosi passata di abuso di sostanze del 27,3% contro un 17,2% dei soggetti senza cicli rapidi (Kupka e coll., 2005).

In uno studio retrospettivo relativo a trattamenti per il disturbo bipolare I e II e la dipendenza da sostanze in pazienti ambulatoriali è stato evidenziato che la dipendenza da cocaina e da alcol è associata con differenti caratteristiche cliniche e disturbi comorbili.

In particolare il disturbo d'ansia generalizzata (GAD) e la depressione attuali sono significativamente più comuni tra i pazienti bipolari con dipendenza da alcol rispetto ai pazienti bipolari con dipendenza da cocaina; tra i pazienti bipolari con stati misti con dipendenza da cocaina invece sono maggiormente significative le percentuali del disturbo post-traumatico da stress (PTSD) e del disturbo antisociale di personalità (Mitchell e coll., 2007).

L'alcolismo copresente con depressione unipolare (UD) o bipolare (BD) è risultato aumentare il rischio di ricorrenze/recidive dei disturbi dell'umore durante il periodo iniziale del decorso del disturbo, ma non nel lungo periodo (Kessing, 1999).

Nei pazienti bipolari la comorbilità per abuso di sostanze è risultata accompagnata da percentuali minori di remissione clinica del disturbo bipolare (Goldberg e coll., 1999).

Nel Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) è stato evidenziato che i pazienti bipolari I, II, NAS, con ciclotimia e con disturbo schizoaffettivo presentano una qualità di vita peggiore rispetto ai soggetti senza disturbo da uso di sostanze e anche maggiori percentuali di suicidio e minore condizione clinica di recupero (Weiss e coll., 2005).

In pazienti con disturbo bipolare e comorbilità con disturbo da uso di sostanze è stato evidenziato durante un periodo di follow-up di 12 mesi un significativo maggiore indebolimento nel funzionamento sociale, che risultava aumentare il rischio di ricaduta nell'uso delle sostanze.

La giovane età, le basse dosi di farmaci e il disturbo bipolare I erano significativamente associati a drop-out, ciò non è stato evidenziato per la comorbilità con disturbo da uso di sostanze (Martinotti e coll., 2009).

La comorbilità con disturbi da uso di sostanze nei pazienti con disturbi affettivi, in particolare i disturbi bipolari, è associata a outcome del trattamento peggiori rispetto ai soggetti con solo disturbi bipolari (Salloum & Thase, 2000).

Tale associazione è caratterizzata da più frequenti ospedalizzazioni durante il decorso clinico della malattia bipolare (Cassidy e coll., 2001).

Nei pazienti bipolari I la compresenza di disturbi da uso di sostanze ha aumentato la non compliance al trattamento e ha posticipato l'inizio del recupero/guarigione; in particolare l'abuso di alcol era correlato positivamente con la durata della depressione, mentre l'abuso di cannabis era positivamente correlato con la durata della mania (Tohen e coll., 2003a). Pazienti bipolari I sono stati seguiti per un follow-up di 5 anni dalla dimissione ospedaliera per verificare l'influenza degli inizi del disturbo da uso di alcol e del disturbo bipolare sul successivo decorso di entrambe le patologie; alcuni soggetti presentavano un inizio di abuso di alcol prima del disturbo bipolare (alcol primario 19%), il 24% aveva

un disturbo bipolare primario e il 57% presentava il solo disturbo bipolare.

Le percentuali di completamento di almeno 1 anno di follow-up sono state 76% per il disturbo bipolare primario, 63% per il disturbo da uso di alcol primario e 83% per i soggetti con assenza di disturbo da uso di alcol.

I pazienti del gruppo alcol primario erano più vecchi e hanno presentato un recupero sintomatologico migliore e più pronto rispetto agli altri gruppi; le ricorrenze affettive sono risultate simili agli altri gruppi.

I pazienti con disturbo bipolare primario hanno manifestato maggiori sintomi affettivi, un inizio più precoce del disturbo bipolare ed episodi affettivi e d'abuso di alcol per un tempo maggiore rispetto ai soggetti con alcolismo primario.

L'ospedalizzazione è risultata associata con un periodo di decremento dell'abuso di alcol, benché le recidive di abuso di alcol fossero comuni.

In conclusione l'età di inizio del disturbo da uso di alcol e del disturbo bipolare è associata con differenze nel decorso clinico di entrambe le condizioni patologiche (Strakowski e coll., 2005).

La copresenza di disturbi da uso di sostanze e/o alcol è risultata correlata con effetti negativi sul decorso della malattia, comprendenti episodi affettivi più frequenti e prolungati, riduzione della compliance al trattamento, peggiore qualità di vita e aumento di comportamenti suicidari (Cerullo & Strakowski, 2007).

Il trattamento dei disturbi bipolari: psicofarmacoterapia e interventi psicosociali

Le raccomandazioni delle linee guida

La Practice Guideline for the Treatment of Patients with Bipolar Disorder, Second Edition dell'American Psychiatric Association (APA) raccomanda con diversi gradi di forza gli aspetti terapeutici fondamentali del piano di trattamento dei pazienti con disturbi bipolari (APA, 2002).

Secondo tale linea guida gli aspetti gestionali sono costituiti dalla formulazione e dall'implementazione di un piano di trattamento adeguato per il singolo paziente, che si concretizza nella fase iniziale di assessment, in quella acuta di stabilizzazione con remissione sintomatologica e in quella di mantenimento per la prevenzione delle ricorrenze depressive, maniacali, ipomaniacali o miste (Hirschfeld e coll., 2003a).

Anche nella Guideline Watch (novembre 2005): Practice Guideline for the Treatment of Patients with Bipolar Disorder, 2nd Edition dell'APA viene ribadito il piano di trattamento dei pazienti con disturbi bipolari basato sul trattamento acuto degli episodi maniacali, misti o depressivi e su quello di mantenimento (Hirschfeld, 2007).

Altri aspetti terapeutico-gestionali importanti sono rappresentati dalla valutazione del rischio suicidario, dallo sviluppo e mantenimento dell'alleanza terapeutica, dal monitoraggio della risposta al trattamento, dall'educazione del paziente e dei familiari, dalla compliance terapeutica, dalla consapevolezza delle situazioni di stress e della necessità di ritmi regolari di vita, dal lavoro con il paziente per anticipare e comunicare i segni della ricaduta e dalla valutazione e dal management della meno-mazione del funzionamento generale (Hirschfeld e coll., 2003a, b).

Nel piano di trattamento dei disturbi bipolari lo screening e la diagnosi costituiscono una fase iniziale fondamentale secondo le raccomandazioni delle linee guida dell'APA (2002 e 2005) e del Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) e dell'International Society for Bipolar Disorders (ISBD) (2005 e 2009) (APA, 2002; Hirschfeld e coll., 2003a; Hirschfeld, 2007; Yatham e coll., 2005, 2009).

Infatti circa il 35-45% dei pazienti bipolari I sono soggetti a una misdiagnosi riguardo alla depressione bipolare (diagnosi differenziale con la depressione unipolare), per il fatto che richiedono il trattamento in uno stato depressivo da 2 a 3 volte più frequentemente che in uno stato maniacale (Benazzi, 2002; Hirschfeld e coll., 2003b).

Analoga diagnosi differenziale deve essere fatta per un episodio depressivo maggiore, che può presentarsi, oltre che nel disturbo depressivo maggiore, anche nel disturbo bipolare II (la cui prevalenza in pazienti ambulatoriali trattati per un episodio depressivo maggiore è risultata del 56,8%); paragonato al disturbo depressivo maggiore il disturbo bipolare II si caratterizza clinicamente per un'età più precoce di inizio, maggiori caratteristiche cliniche atipiche, depressioni ricorrenti e sintomi ipomaniacali durante l'episodio depressivo maggiore (irritabilità, ostilità, agitazione psicomotoria, pensieri veloci/affollati, distraibilità e loquacità), tratti di labilità dell'umore e storia familiare di bipolarità di tipo I o II (Benazzi e coll., 2004; Akiskal & Benazzi, 2005). In particolare l'irritabilità è presente nel 59,7% dei pazienti con disturbo bipolare II rispetto al 37,4% dei pazienti con disturbo depressivo maggiore (Benazzi & Akiskal, 2005).

Le linee guida dell'APA (2002 e 2005) sul trattamento dei disturbi bipolari suggeriscono una fase acuta (2 settimane successive alla prima settimana di risposta terapeutica acuta), una di continuazione di circa 6 mesi e una successiva di mantenimento (4-6 mesi circa); tale fase di mantenimento è raccomandata per tutti i pazienti che hanno avuto un episodio maniacale (APA, 2002; Hirschfeld, 2007).

Per il disturbo bipolare II è indicato in raccomandazioni cliniche e in linee guida (APA, 2002; Hirschfeld, 2007; CANMAT 2005 e 2006 e CANMAT/ISBD 2009) di attuare un trattamento a lungo termine in diverse situa-

zioni cliniche: mania o ipomania indotta da antidepressivi, episodi ipomaniacali spontanei severi, storia familiare pesante di mania e necessità attuali di terapia antidepressiva (Sachs e coll., 2000; Yatham e coll., 2005, 2006, 2009).

Il trattamento dei disturbi bipolari è basato su diversi interventi integrati, farmacologici e psicosociali indicati in raccomandazioni cliniche e in linee guida (Fig. 1) (APA, 2002; Hirschfeld e coll., 2003a; Yatham e coll., 2005, 2006, 2009; Sachs, 2007; Hirschfeld, 2007; Fountoulakis e coll., 2007; Fountoulakis & Vieta, 2008; Fountoulakis, 2010).

Fig. 1 - Interventi del trattamento dei disturbi bipolari

-
- Terapia farmacologica della fase acuta
 - Terapia farmacologica della fase profilattica di mantenimento
 - Terapia farmacologica e terapia elettroconvulsiva (TEC) per la resistenza al trattamento
 - Interventi educativi sul paziente e sulla famiglia
 - Psicoterapia individuale, familiare e di gruppo
 - Interventi psicosociali
-

La terapia psicofarmacologica

La terapia farmacologica si basa su diverse classi di psicofarmaci che nel tempo si sono dimostrate efficaci nel trattamento nelle diverse manifestazioni cliniche dei disturbi bipolari, sia nella fase acuta che nel mantenimento profilattico.

Per la mania acuta sono stati utilizzati il litio (litiemia di 0,8-1,2 mEq/l efficace nella terapia acuta e nella profilassi), il valproato (livelli plasmatici di 50-125 µg/ml), la carbamazepina (livelli plasmatici di 4-12 µg/ml), l'oxcarbazepina, gli antipsicotici tipici (AP) di prima generazione (FGA) (clorpromazina) e gli antipsicotici atipici (APA) di seconda generazione (SGA) (olanzapina, risperidone, quetiapina, ziprasidone e aripiprazolo); nella fase maniaca sono anche stati usati come farmaci aggiuntivi le benzodiazepine (BDZ) e gli antipsicotici AP (per la terapia dei sintomi psicotici).

Nel caso di disturbo bipolare resistente sono stati utilizzati altri antiepilettici (AED) (oxcarbazepina, topiramato, gabapentin e altri), associazione di trattamenti (litio o valproato associati a un SGA-risperidone, olanzapina e quetiapina, litio più valproato, litio più carbamazepina), augmentation con alte dosi di ormone tiroideo (L-tiroxina-T₄) e antipsicotico SGA clozapina; nel disturbo bipolare resistente sono state utilizzate anche la terapia elettroconvulsiva (TEC-ECT) e l'aggiunta di interventi psicosociali alla farmacoterapia. Per la depressione bipolare sono stati utilizzati il litio, la lamotrigina, il litio e la lamotrigina con antidepressivi associati (imipramina, desipramina, fluoxetina, paroxetina, venlafaxina e bupropione) e l'olanzapina-fluoxetina.

Nella depressione bipolare resistente, oltre a litio e lamotrigina, sono stati utilizzati il valproato, la carbamazepina, il topiramato, gli antipsicotici APA (olanzapina e quetiapina), altri farmaci (pramipexolo, stimolanti e modafinil), antidepressivi per il disturbo bipolare II e associazioni di stabilizzatori dell'umore. Nella depressione bipolare resistente è stata utilizzata la terapia elettroconvulsiva, la stimolazione magnetica transcranica (rTMS) e la psicoterapia aggiuntiva.

Il valproato, la carbamazepina, la clozapina, la lamotrigina in monoterapia o in associazione con stabilizzatori dell'umore (MS) o antipsicotici sono stati utilizzati per la mania mista o disforia, come pure è stata usata la terapia elettroconvulsivante.

Per la ciclicità rapida, la disforia mista e la mania psicotica sono stati utilizzati il valproato, la combinazione di valproato e litio, la combinazione di ormone tiroideo con un MS, la clozapina e l'olanzapina, la clozapina in combinazione con litio o valproato, come pure è stata usata la terapia elettroconvulsiva.

Nel mantenimento successivo alla mania sono stati indicati il litio, il valproato, la lamotrigina e gli antipsicotici APA (olanzapina e aripiprazolo).

Nella prevenzione della depressione bipolare sono stati trovati efficaci i MS associati agli antidepressivi e la terapia elettroconvulsiva (Hirschfeld e coll., 2003a; Yatham e coll., 2005, 2006, 2009; Gitlin, 2007; Hirschfeld, 2007; Fountoulakis e coll., 2008; Grunze e coll., 2009; Malhi e coll., 2009; Fountoulakis, 2010)

Il trattamento del disturbo bipolare resistente

Nel caso di disturbo bipolare resistente, oltre alla combinazione di farmaci, sono state utilizzate procedure non farmacologiche come la terapia elettroconvulsiva (nella mania acuta, nella depressione e nel trattamento di mantenimento) e la psicoterapia (terapia cognitiva-CT, terapia cognitivo-comportamentale-CBT, psicoeducazione-PE di gruppo, terapia interpersonale e dei ritmi sociali-IPSRT e terapia focalizzata sulla famiglia-FFT) associata alla farmacoterapia (Gitlin, 2007). Tra i farmaci sono stati utilizzati nuovi AED (oxcarbazepina, topiramato, gabapentin, tiagabina, zonisamide, levetiracetam e fenitoina), associazione di trattamenti (litio o valproato associati a un SGA-risperidone, olanzapina e quetiapina, litio più valproato, litio più carbamazepina), augmentation con alte dosi di ormone tiroideo (L-tiroxina), antipsicotico SGA clozapina, aggiunta di acidi grassi omega 3, bloccanti dei canali del calcio (verapamil e nimodipina) e altri farmaci (d-amfetamina, donepezil e mexiletina).

Nella depressione bipolare resistente, oltre a litio e lamotrigina, sono stati utilizzati il valproato, la carbamazepina, il topiramato, gli antipsicotici APA (olanza-

pina e quetiapina), altri farmaci (pramipexolo, stimolanti e modafinil), antidepressivi per il disturbo bipolare II e associazioni di stabilizzatori dell'umore (Gitlin, 2007).

Nella depressione bipolare refrattaria viene indicato l'utilizzo di tecniche non farmacologiche come la terapia elettroconvulsiva e la stimolazione magnetica transcranica (Fountoulakis e coll., 2008).

Nel disturbo bipolare refrattario al trattamento la terapia combinata degli antipsicotici APA con il litio o il valproato offre un'aggiunta di circa il 20% di miglioramento nelle percentuali di risposta terapeutica (Gajwani, 2009).

La psicoterapia

La psicoterapia in forma strutturata è utilizzata in associazione alla farmacoterapia, sia nella fase acuta di trattamento che in quella profilattica di mantenimento, per la gestione clinica della mania e della depressione. Gli interventi psicosociali, indicati in diverse raccomandazioni cliniche e linee guida del trattamento del disturbo bipolare, sono: terapia cognitiva, terapia cognitivo-comportamentale, terapia interpersonale (IPT), terapia interpersonale e dei ritmi sociali, intervento psicoeducativo, psicoterapia a orientamento psicoanalitico (PT), psicoterapia di sostegno (SP), terapia di gruppo (GT), terapia focalizzata sulla famiglia e intervento assertivo di comunità (ACT) (APA, 2002; Hirschfeld e coll., 2003a; Berk e coll., 2005; Yatham e coll., 2005, 2006, 2009; Hirschfeld, 2007; Gitlin, 2007; Fountoulakis & Vieta, 2008; Malhi e coll., 2009).

La terapia cognitiva (CT), implementata per migliorare la compliance farmacologica e la consapevolezza del soggetto sui suoi cambiamenti di umore, individuale, somministrata in 12-18 sessioni durante i primi 6 mesi di trattamento e in 2 booster nei successivi 6 mesi, ha mostrato efficacia comparata alla sola farmacoterapia; i soggetti trattati con terapia cognitiva aggiuntiva hanno presentato minori ricadute a 12 mesi (44% vs 75%), minori episodi dell'umore, minori giorni di malattia e minori giorni di ospedalizzazione, migliore compliance e miglioramento dei sintomi depressivi e del funzionamento sociale.

A 2 anni di follow-up dopo i primi 6 mesi di trattamento originario tali vantaggi terapeutici erano però svaniti (Lam e coll., 2005).

Nel Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) la terapia cognitivo-comportamentale (CBT), sviluppata per educare il paziente riguardo alla malattia e al suo trattamento e per insegnare abilità cognitivo-comportamentali per il coping agli stress psicosociali e ai problemi, e altri due interventi psicoterapeutici intensivi (terapia centrata sulla famiglia e terapia interpersonale e dei ritmi sociali),

rispetto a un intervento breve psicoeducazionale, sono risultati un'aggiunta più efficace alla farmacoterapia (litio, valproato e carbamazepina più placebo o antidepressivi-bupropione o paroxetina) nel migliorare la stabilizzazione della depressione in pazienti bipolari I e II e a distanza di 1 anno le percentuali di recupero erano maggiori nei pazienti in trattamento con psicoterapia intensiva rispetto alla terapia breve (64,4% vs 51,5%). Con tali trattamenti intensivi sono stati evidenziati anche un minor tempo di guarigione, un ritardo nella presentazione delle ricorrenze della depressione bipolare e una situazione di benessere clinico circa 2 volte migliore durante il periodo di trattamento (Miklowitz e coll., 2007).

In pazienti bipolari che nell'anno precedente avevano presentato ricadute è stato attuato un intervento psicoeducativo (PE) (per riconoscere precocemente i sintomi psicopatologici e cercare un aiuto pronto per il trattamento) di 7-12 sedute individuali oltre al trattamento standard; tale intervento è stato paragonato al solo trattamento standard (TAU) in merito al tempo della prima ricaduta maniacale o depressiva, al numero di ricadute e al funzionamento sociale durante un periodo di 18 mesi (con monitoraggio semestrale con interviste standardizzate).

L'intervento educativo ha mostrato un tempo di prima ricaduta di 65 settimane contro le 17 del solo trattamento standard, con significatività per il tempo di prima ricaduta maniacale e per la riduzione del numero di ricadute maniacali, mentre non si sono evidenziate differenze significative per la sintomatologia depressiva; invece il funzionamento sociale lavorativo è migliorato significativamente (Perry e coll., 1999).

La psicoeducazione di gruppo (a 21 sessioni) con 8-12 soggetti è stata paragonata a un intervento di gruppo non strutturato in pazienti bipolari I e II in remissione sintomatologica e in mantenimento farmacologico; a un follow-up a 2 anni si sono evidenziate minori ricadute (67% vs 92%), con riduzione significativa di depressione, mania, ospedalizzazioni e giorni di ospedalizzazione (Colom e coll., 2003).

La terapia interpersonale e dei ritmi sociali (IPSRT), basata su interventi psicosociali riguardanti i problemi interpersonali e la regolarizzazione dei ritmi sociali e rivolta a migliorare la consapevolezza dei pattern di malattia e dei suoi prodromi e a sviluppare capacità per prevenire la ricaduta completa, è stata comparata con il management clinico intensivo (ICM), focalizzato su educazione, valutazione periodica di sintomi psicopatologici e farmaci e supporto non specifico in pazienti bipolari I durante una fase acuta di stabilizzazione e una successiva di mantenimento di 2 anni; la terapia interpersonale e dei ritmi sociali durante la fase acuta è risultata associata a un più lungo tempo prima di un episodio dell'umore e tale miglioramento era correlato con la regolarizzazione dei ritmi sociali; diversamente, nella

fase di mantenimento la terapia interpersonale e dei ritmi sociali non ha mostrato di aumentare l'efficacia terapeutica rispetto all'intervento psicoeducativo (Frank e coll., 2005).

Al follow-up a 2 anni la terapia focalizzata sulla famiglia (FFT), che è un'amalgama di psicoeducazione e di training sulle abilità comunicative per gestire lo stress intrafamiliare e per migliorare le capacità di problem-solving solitamente basata su 20 sessioni distribuite in un periodo di 9 mesi, ha mostrato minori ricadute (35% vs 54%), un intervallo di sopravvivenza più lungo (74 vs 53 settimane), maggiore aderenza alla farmacoterapia e maggior riduzione dei sintomi affettivi; l'aderenza ai farmaci ha mediato il miglioramento dei sintomi maniacali, ma non quelli depressivi (Miklovitz e coll., 2003a). La terapia familiare integrata con quella individuale (IFIT) della durata di 50 sessioni settimanali, associata alla farmacoterapia, rispetto a un trattamento standard di comunità (ACT), ha mostrato di migliorare le ricorrenze depressive, l'adattamento successivo agli episodi acuti e l'aderenza alla terapia farmacologica (Miklovitz e coll., 2003a, b).

I farmaci per l'addiction

Il bere attivo e la sindrome di astinenza da alcol, come anche l'abuso/dipendenza di sostanze, sono stati evidenziati quali fattori di peggioramento dei sintomi bipolari e del decorso della malattia bipolare (sintomatologia più resistente al trattamento e ospedalizzazioni più frequenti); pertanto in tali situazioni comorbili è importante l'utilizzo di farmaci per ridurre l'assunzione di alcol; d'altra parte la stabilizzazione dei sintomi bipolari con un trattamento adeguato è in grado di stoppare l'abuso alcolico (Sonne & Brady, 2002).

Per evitare nei pazienti bipolari alcolisti la complicazione della fenomenologia di presentazione della malattia bipolare (maggiori percentuali di stato misto-mania disforica, di cicli rapidi, di aumento della severità dei sintomi psicopatologici e alto livello di *novelty seeking-NS*, suicidalità, aggressività e impulsività) potrebbe essere utile usare farmaci anti-alcol come l'antagonista degli oppiacei naltrexone (NAL), il modulatore dei recettori NMDA del glutammato acamprosato (ACP), l'anticonvulsivante topiramato e gli antipsicotici APA quetiapina e clozapina (Frye & Salloum, 2006).

Le raccomandazioni delle linee guida

La Practice Guideline for the Treatment of Patients with Substance Use Disorders, Second Edition, dell'American Psychiatric Association (2006) raccomanda con diversi gradi di forza (notevole I, moderato II o secondo circostanze individuali III) gli aspetti terapeutici fonda-

mentali del trattamento dei pazienti con disturbo da uso di sostanze e/o alcol (APA, 2006).

Gli scopi fondamentali del trattamento sono il successo nell'astinenza o nella riduzione dell'uso e degli effetti delle sostanze, la riduzione della frequenza e della severità delle ricadute e il miglioramento nel funzionamento psicologico e sociale.

I principi generali del trattamento si riferiscono a:

1. assessment, come valutazione psichiatrica globale per guidare il trattamento (I);
2. management psichiatrico che è fondamentale per il trattamento di tali pazienti (I);
3. trattamento specifico basato su terapie farmacologiche (I) e interventi psicosociali (I): terapia cognitivo-comportamentale, terapia motivazionale (MET), terapia comportamentale, programma dei 12 Passi (TSF) e terapia interpersonale (IPT).
Molto importante è l'integrazione del trattamento per i pazienti con disturbi da uso di sostanze e/o alcol e comorbilità psichiatrica;
4. formulazione e implementazione del piano di trattamento (I) basato su un programma di intervento a lungo termine a causa della cronicità di tali disturbi;
5. setting di trattamento, i pazienti dovrebbero essere trattati nel setting di trattamento meno restrittivo, sicuro ed efficace (I); i tipi di trattamento sono: ospedalizzazione (I), trattamento residenziale (II), ospedalizzazione parziale (II) e trattamento ambulatoriale (I);
6. caratteristiche cliniche che influenzano il trattamento, tra cui la comorbilità psichiatrica e le malattie mediche correlate (I) (APA, 2006).

Tra i farmaci indicati specificatamente a seconda delle necessità cliniche e delle fasi del decorso del disturbo da uso di sostanze e/o alcol è suggerito l'antagonista degli oppiacei naltrexone per la promozione dell'astinenza e per la prevenzione delle ricadute nel disturbo da uso di oppioidi e nell'alcolismo; nell'alcolismo sono indicati l'antagonista dei recettori NMDA del glutammato acamprosato e l'avversativo disulfiram (DSF).

Inoltre sono consigliati diversi psicofarmaci (MS, antipsicotici e antidepressivi) per i disturbi bipolari, per quelli dello spettro schizofrenico e per i disturbi depressivi.

La terapia farmacologica infine è indicata in associazione con interventi psicosociali (terapia motivazionale, terapia cognitivo-comportamentale, terapia interpersonale e programma dei 12 Passi) (APA, 2006).

Le Alcohol-Use Disorders Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking and Alcohol Dependence Clinical Guidelines del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) raccomandano i punti fondamentali del trattamento del misuso di alcol:

1. principi di cura, con la costruzione di una relazione di fiducia, con le informazioni cliniche e con la collaborazione delle famiglie e delle persone di assistenza;

2. identificazione e assessment, con lo sviluppo di principi generali e con l'assessment attuato in servizi specialistici alcolici, il cui scopo del trattamento è l'astinenza, anche se per alcuni pazienti viene tenuto conto dell'harm reduction programme;
3. interventi per il misuse di alcol; con il coordinamento del trattamento come parte della routine di cura e con il case management (CM); con azioni per il bere dannoso e per la dipendenza leggera attraverso interventi psicologici o, nei soggetti non responder a questi o che hanno richiesto un intervento farmacologico, con terapia a base di acamprosato o di naltrexone in combinazione con un intervento psicologico individuale o di coppia; con assessment e interventi per la sindrome di astinenza, con uno specifico regime farmacologico per gestire la sindrome astinenziale; con interventi per la dipendenza moderata o severa post-astinenza attraverso l'offerta di acamprosato o di naltrexone o di disulfiram in combinazione con interventi psicologici individuali, come terapia cognitivo-comportamentale e terapia comportamentale (BT), o terapia di comunità o dei network sociali o terapia comportamentale di coppia (CT), focalizzati sul misuse di alcol; prima dell'avvio della terapia farmacologica è necessario un assessment medico globale, con speciali considerazioni per bambini o giovani adulti con misuse di alcol; con interventi specifici per le condizioni comorbili al misuse di alcol (NICE, 2011).

L'Evidence Update Advisory Group del NICE, in base a una review delle nuove evidenze cliniche, ha puntualizzato i punti chiave dei principi di cura e degli interventi per il misuse di alcol; le evidenze cliniche suggeriscono che il coinvolgimento della famiglia nel trattamento sia vantaggioso per i bisogni individuali e dei membri della famiglia; riguardo agli interventi per il misuse di alcol è stato sottolineato quanto segue:

1. la terapia motivazionale durante la disintossicazione può aiutare a mantenere i pazienti nel trattamento *aftercare* se paragonata al trattamento in uso più l'intervento dei 12 Passi;
2. il monitoraggio e il counseling telefonico (TMC) possono dare migliori outcome sull'uso di alcol per prevenire la ricaduta rispetto al counseling telefonico più il trattamento in uso;
3. nel setting ambulatoriale il programma di assistenza all'astinenza con BDZ mediante un regime farmacologico modulato sui sintomi astinenziali da alcol non è più efficace nel ridurre tali sintomi rispetto al regime fisso;
4. il costo del trattamento della dipendenza da alcol dopo l'astinenza può favorire la riduzione dei costi sociali;
5. vengono anche descritti alcuni aspetti sull'efficacia di alcuni farmaci attualmente utilizzati nel trattamento della dipendenza alcolica e di programmi psicosociali (NICE, 2013).

Il naltrexone e l'acamprosato

Il naltrexone è stato utilizzato in un trattamento ambulatoriale presso un centro di cure psichiatriche in alcolisti con disturbi mentali maggiori (disturbo depressivo maggiore, schizofrenia, disturbo schizoaffettivo e disturbo dell'identità di genere) tra cui il disturbo bipolare (15%); l'85% dei soggetti aveva storie di ospedalizzazione psichiatrica.

L'81,9% dei pazienti è rimasto in trattamento con il naltrexone per almeno 8 settimane, l'11,1% ha interrotto il trattamento per effetti indesiderati e il rimanente 6,9% ha interrotto per altre ragioni.

I pazienti hanno mostrato una buona risposta clinica al naltrexone, con l'82% che ha ridotto il bere almeno del 75% e con il 17% che è ricaduto a 8 settimane. In complesso il naltrexone è risultato utile nel trattamento di pazienti con comorbidità psichiatrica e problemi di alcol (Maxwell & Shinderman, 2000).

Il naltrexone è stato utilizzato in un trattamento in aperto in pazienti bipolari con copresente alcolismo; il farmaco è stato aggiunto agli psicofarmaci del trattamento standard (antidepressivi e stabilizzatori dell'umore).

I pazienti hanno mostrato un significativo miglioramento nei punteggi della rating scale della mania e della depressione e hanno presentato una significativa riduzione nell'uso di alcol e nel *craving*. In conclusione il naltrexone è risultato utile in tali pazienti bipolari alcolisti (Brown e coll., 2006).

L'acamprosato, per la sua attività antagonista del glutammato, può avere un'azione antimaniacale importante, che risulterebbe utile in un'elevata percentuale di pazienti alcolisti con comorbidità per disturbi dell'umore (Frye & Salloum, 2006).

In uno studio randomizzato controllato di 8 settimane su pazienti con disturbo bipolare I e II e dipendenza da alcol l'acamprosato ha presentato un impatto terapeutico positivo su sintomi depressivi, *craving* alcolico e uso di alcol prossimale, valutati mediante rating scale per la depressione, il *craving* e l'uso di alcol; inoltre è stato osservato che i sintomi depressivi e il *craving* alcolico erano significativamente correlati con l'assunzione a breve distanza dell'alcol e predicevano la transizione da un bere leggero a un bere pesante e il rimanere nella condizione clinica di bere pesante (Prisciandaro e coll., 2012).

L'acamprosato (1998 mg/die) è stato utilizzato in confronto con il placebo in uno studio clinico di 7-8 settimane, in aggiunta a MS, per ridurre il consumo di alcol e migliorare l'umore in soggetti comorbili, affetti da disturbo bipolare di tipo I o II e dipendenza da alcol.

I partecipanti sono stati valutati settimanalmente rispetto alla frequenza del consumo di alcol, alla quantità e alla situazione clinica generale; i sintomi depressivi, maniacali e il *craving* da alcol sono stati invece valu-

tati bi-settimanalmente; infine, i *marker* per rilevare l'uso di alcol sono stati valutati al basale e alla conclusione dello studio.

I risultati non hanno indicato significative differenze tra gli assuntori di acamprosato e il gruppo di controllo rispetto all'uso di alcol; i punteggi della rating scale per il giudizio clinico globale sono stati più bassi, rispetto alla severità dell'uso di alcol, nei pazienti trattati con acamprosato; infine, non si è evidenziata alcuna differenza significativa rispetto ai sintomi depressivi, maniacali o agli eventi avversi nei due gruppi.

In conclusione, lo studio ha dimostrato che l'acamprosato è stato ben tollerato, non ha provocato il peggioramento di sintomi depressivi o maniacali e ha conferito un certo beneficio terapeutico soprattutto nelle ultime 2 settimane di assunzione (Tolliver e coll., 2012).

La terapia per il disturbo bipolare

Nell'avviare un trattamento in pazienti con disturbo bipolare e comorbidità per dipendenza da sostanze e/o alcol devono essere considerati gli aspetti clinici che influenzano il trattamento, tra cui i fattori psichiatrici su cui agisce l'uso delle sostanze; oltremodo i sintomi psicopatologici o i disturbi psichiatrici copresenti influenzano l'aderenza al trattamento da parte del paziente come pure l'inizio, il decorso, la prognosi del disturbo da uso di sostanze e/o alcol.

I fattori che devono essere presi in considerazione nell'avviare il piano di trattamento sono: il rischio di suicidio e quello di comportamenti aggressivi (APA, 2006).

In presenza di specifici disturbi psichiatrici comorbili è indicato il trattamento che combina le psicofarmacoterapie tradizionali delle condizioni psichiatriche con le terapie farmacologiche per i disturbi da uso di alcol; in generale i farmaci raccomandati per il trattamento di pazienti con solo disturbo da uso di alcol sono efficaci anche nei pazienti con comorbidità psichiatrica e le psicofarmacoterapie dei disturbi psichiatrici sono similmente raccomandate quando tali disturbi compaiono simultaneamente al disturbo da uso di alcol (APA, 2006).

Nei pazienti bipolari con comorbidità per disturbo da uso di alcol possono essere utilizzati i MS litio o valproato e la combinazione litio più valproato (con risposta terapeutica superiore al litio da solo) e l'AED carbamazepina; in ogni caso quando i clinici prescrivono litio, valproato o carbamazepina devono monitorare in modo stretto i pazienti rispetto agli effetti indesiderati: infatti l'indice terapeutico basso del litio può portare a un maggiore rischio di tossicità in soggetti con un bere attivo; negli alcolisti in trattamento con valproato o carbamazepina le anomalie ematologiche possono essere più pronunciate.

Nel caso di mania o di episodi misti la prima scelta del trattamento è basata su litio o valproato più un antipsi-

cotico; gli antipsicotici SGA (olanzapina, risperidone, ziprasidone, aripiprazolo e quetiapina) sono generalmente preferiti a quelli FGA; nel caso di depressione bipolare la terapia farmacologica di prima scelta è rappresentata dal litio e dall'AED lamotrigina, invece la terapia antidepressiva da sola non è raccomandata, per la possibilità di provocare un episodio maniacale o misto o di sviluppare una ciclicità rapida (APA, 2006). Nelle Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments Task Force Recommendations for the Management of Patients with Mood Disorders and Comorbid Substance Use Disorders (CANMAT) viene evidenziato che le raccomandazioni consigliate non sono linee guida, ma soltanto suggestioni basate su limitati dati clinici disponibili, relativi a sicurezza, tollerabilità e supporto clinico; infatti la mancanza di studi clinici di alta qualità e specificità impedisce di costruire raccomandazioni per la maggior parte delle condizioni di disturbi dell'umore comorbili con disturbi da uso di sostanze e/o alcol. È stato possibile indicare raccomandazioni di prima scelta per i disturbi da uso di alcol, cannabis e cocaina con comorbidità per il disturbo bipolare; raccomandazioni di seconda scelta sono state possibili per i disturbi da uso di eroina, amfetamine, metamfetamine e poliasunzione con comorbidità per disturbo bipolare; invece non è stato possibile dare raccomandazioni per il disturbo da uso di oppiacei con comorbidità per disturbo bipolare.

Infine, per quanto riguarda le psicoterapie, sebbene esse siano una componente essenziale nel trattamento dei disturbi comorbili da uso di sostanze e/o alcol e disturbi dell'umore, necessitano ulteriori studi clinici ben disegnati per valutare convenientemente il loro ruolo potenziale nella specifica comorbidità tra disturbi da uso di sostanze e/o alcol e disturbi dell'umore (Beaulieu e coll., 2012).

Gli anticonvulsivanti e gli antipsicotici atipici in caso di bipolarità associata ai disturbi da uso di sostanze e/o alcol

Integrazione tra psicofarmacoterapia, terapia per l'addiction e interventi psicosociali

I pazienti bipolari con disturbo da uso di sostanze che riducono l'abuso mostrano un miglioramento nei sintomi dell'umore che a sua volta migliora il comportamento d'abuso.

Pertanto le caratteristiche terapeutiche chiave di un trattamento ideale di pazienti con disturbi bipolari e comorbidità con disturbi da uso di sostanze e/o alcol includono il trattamento dei sintomi bipolari, la riduzione della sintomatologia astinenziale e del *craving* e la prevenzione delle ricadute nel disturbo da uso di sostanze e/o alcol.

La terapia farmacologica ideale per i pazienti con disturbo da uso di sostanze e disturbo bipolare deve inoltre presentare un basso potenziale d'abuso, richiedere dosi non frequenti per favorire l'aderenza farmacologica, essere ben tollerata e avere pochi effetti indesiderati; un farmaco adeguato a tali caratteristiche farmacologiche è il valproato, che accresce il sistema GABA-ergico, ma anche gli SSRI combinati con farmaci GABA-ergici che hanno azione sulla depressione dei pazienti bipolari con disturbi da uso di sostanze e/o alcol (Kosten & Kosten, 2007).

Gli AED valproato, carbamazepina, lamotrigina e gabapentin sono stati valutati analogamente agli antipsicotici SGA olanzapina e quetiapina nel management clinico dei pazienti bipolari con comorbidità per disturbi da uso di sostanze e/o alcol (Yatham e coll., 2005).

Gli AED sono stati utilizzati nel trattamento dei disturbi bipolari sia nella fase acuta che in quella di mantenimento e sono anche stati prescritti nel trattamento dell'alcolismo e nella dipendenza da altre sostanze (oppiacei, BDZ e cocaina) (Malcolm e coll., 2001; Yatham e coll., 2005).

Nel caso di prescrizione di litio, valproato e carbamazepina in pazienti bipolari alcolisti o tossicodipendenti è stato raccomandato un monitoraggio attento clinico e laboratoristico degli eventuali effetti collaterali, come il rischio di tossicità per il litio o le anomalie ematologiche durante la terapia con valproato o carbamazepina in caso di bere attivo (APA, 2006). Riguardo al litio deve essere considerata la non compliance se il farmaco è usato in modo improprio e senza il monitoraggio dei livelli sierici; il valproato e la carbamazepina necessitano di dosi ridotte nel caso di alterazione della funzione epatica da epatite virale o alcolica (Kosten & Kosten, 2007).

Nel trattamento dei pazienti con disturbo bipolare e dipendenza da sostanze è importante l'intervento psicosociale integrato; infatti la terapia di gruppo integrata (IGT) ha mostrato di migliorare l'uso delle sostanze, i sintomi maniacali e la compliance farmacologica (Weiss e coll., 2000).

In pazienti bipolari I, II e NAS con dipendenza da alcol o sostanze la terapia di gruppo integrata è stata paragonata a counseling psicologico (PC) di gruppo per le sostanze, mostrando in modo significativo minori giorni di abuso, ma presentando in modo significativo maggiori sintomi affettivi (Weiss e coll., 2007).

In un trattamento di 12 settimane di pazienti bipolari la terapia cognitivo-comportamentale di gruppo associata a farmacoterapia, rispetto alla farmacoterapia da sola, ha determinato in modo significativo un minor numero di giorni con sintomi maniacali o depressivi, mentre non sono risultate differenze riguardo all'assunzione di alcol e di sostanze d'abuso o alla compliance ai farmaci (Schmitz e coll., 2002).

È stato sottolineato che i gestori dei programmi di trattamento e i clinici dovrebbero stimolare i pazienti che

hanno il doppio disturbo (disturbo mentale e disturbo da uso di sostanze) a partecipare ai gruppi di auto-aiuto per doppia diagnosi (Double Trouble in Recovery-DTR) che incoraggiano all'uso responsabile degli psicofarmaci, in particolare dopo la dimissione dalla vita comunitaria; infatti una frequenza costante alle riunioni di tali gruppi per doppia diagnosi è risultata associata a migliore aderenza ai regimi farmacologici e a miglioramenti clinici significativi anche a 1 anno e nessuna ospedalizzazione in tale periodo di tempo; tali miglioramenti clinici sono stati determinati anche dal vivere in una casa con clima familiare positivo, dall'aver minori eventi vitali stressanti e dall'aver una minore severità di sintomi psicopatologici.

Inoltre i clinici dovrebbero essere attenti agli eventi vitali stressanti e discutere con i propri pazienti come tali eventi influenzino la loro motivazione e la loro abilità a continuare ad assumere i farmaci prescritti (Magura e coll., 2002).

Gli antiepilettici

L'antiepilettico (AED) valproato (750-1500 mg/die), è stato utilizzato in un trattamento in doppio cieco controllato con placebo di 24 settimane in soggetti con disturbo bipolare I acuto e comorbidità per alcolismo in associazione con litio e interventi psicosociali, successivamente a un periodo iniziale di disintossicazione da alcol e da altre sostanze d'abuso.

I soggetti ricevevano il trattamento usuale psicosociale basato su counseling psicoeducativo individuale settimanale (management del *craving*, delle problematiche delle sostanze, degli aspetti della vita in generale, degli affetti dolorosi e delle situazioni a rischio di ricadute della malattia bipolare); era stimolata la partecipazione ai gruppi di auto-aiuto (Dual Recovery Anonymous) simili agli Alcolisti Anonimi-AA e alla terapia di gruppo. Erano ammessi anche temporaneamente altri farmaci che venivano interrotti quando possibile (l'antipsicotico AP perfenazina per i sintomi psicotici, l'inibitore del reuptake della serotonina-SSRI sertralina per i sintomi depressivi e l'antagonista/inibitore specifico del reuptake della serotonina e più debolmente della noradrenalina e della dopamina-SARI trazodone per l'insonnia). L'assessment psicodiagnostico pre-trattamento comprendeva rating scale per la psicopatologia e scale per la quantificazione della dipendenza, del comportamento alcolico e del *craving*; successivamente gli strumenti sono stati utilizzati periodicamente a ogni visita postrandomizzazione al tempo zero, a 2, 4, 8, 12, 16, 18 e 24 settimane; a ogni visita venivano valutati anche il comportamento alcolico relativo ai *drink* assunti, la situazione depressiva e maniacale e la remissione clinica delle due polarità dell'umore; erano eseguiti l'alcolemia e lo screening urinario qualitativo per oppioidi, cocaina

e altri stimolanti, marijuana, BDZ e barbiturici, la funzionalità epatica e i livelli sierici di litio e valproato.

Gli outcome primari di uso di alcol erano i cambiamenti nelle proporzioni di giorni di bere pesante e numero di *drink* per giorni di bere pesante; gli outcome secondari di uso di alcol erano: proporzione di qualsiasi giorno di bere, numero di *drink* per giorni di bere e ricadute con bere pesante.

Gli outcome dell'umore includevano cambiamenti nei sintomi depressivi e maniacali.

I pazienti all'ingresso in trattamento presentavano per il 58% episodi misti, per il 21% erano depressi e per il 21% maniacali e il 17% nell'episodio indice aveva tentato un suicidio; il 50% presentava altre sostanze oltre all'alcol, le più frequenti erano cannabis e cocaina (presenti entrambe nel 29% dei casi); il 71% fumava sigarette con una media settimanale di 136 sigarette.

Il 38% dei pazienti ha completato il periodo di 24 settimane, con il 44% con valproato e il 32% con placebo; la maggior parte dei drop-out (65%) si è presentata nelle prime 8 settimane; il tempo medio di trattamento non è risultato significativamente differente riguardo alla durata, che è stata di 112 giorni per il valproato e 102 per il placebo e al follow-up post reclutamento; la percentuale dei soggetti è stata in media dell'86% a ogni controllo.

L'aderenza farmacologica è risultata dell'85% con il placebo e dell'87% con il valproato. Il 44% dei soggetti in valproato ha riportato giorni di bere pesante contro il 68% del placebo e anche i *drink* per giorni di bere pesante hanno presentato un trend positivo per il valproato (in media 5,1 per il valproato vs 8,9 per il placebo); inoltre il valproato ha mostrato in modo significativo minori giorni cumulativi di bere pesante rispetto al placebo (11,3 vs 18,4 giorni); il valproato infine ha prolungato il tempo di ricaduta di bere pesante a 93 giorni contro i 62 del placebo.

Il valproato, ugualmente al placebo, ha migliorato i sintomi dell'umore (valutati come sintomi depressivi o maniacali) con una riduzione approssimativa del 60% alla scala della psicopatologia generale con punteggio finale di 5,6 per il valproato e 6,1 per il placebo; i sintomi depressivi sono rimasti alti in entrambi i gruppi, con punteggio finale alla scala della depressione di 16,3 per il valproato e 14,4 per il placebo; la remissione per la mania è risultata più veloce per il valproato e la percentuale è stata alta in entrambi i gruppi, 78% per il valproato e 80% per il placebo, mentre la remissione per la depressione è risultata del 63% per il valproato e del 48% per il placebo.

I sintomi maniacali o depressivi sono risultati altamente associati agli outcome alcolici e al funzionamento generale e il funzionamento generale è risultato associato grandemente agli outcome alcolici. Diversamente, rispetto al placebo, il valproato ha dimostrato di ridurre in modo significativo l'assunzione di alcol (riduzione

dei giorni di assunzione pesante di alcol, del numero di *drink* al giorno e delle ricadute), grazie anche alla sua azione GABA-ergica e agli effetti centrali relativi al sistema dopaminergico.

La correlazione con i risultati (minor proporzione per qualsiasi giorno di bere e per giorni di bere pesante) è stata migliore con alte concentrazioni sieriche di valproato.

In conclusione il valproato ha ridotto il bere pesante e stabilizzato l'umore; pertanto tali risultati indicano la potenziale utilità clinica del valproato nella terapia dei disturbi bipolari con compresente dipendenza da alcol (Salloum e coll., 2005).

L'AED oxcarbazepina (a basse dosi 300-900 mg/die o alte dosi 1200-1800 mg/die) è stato utilizzato in un trattamento in aperto per 90 giorni in alcolisti e poliabusatori recentemente disintossicati in day-hospital con un programma di 7-4 giorni a seconda della risposta clinica del paziente; i soggetti avevano caratteristiche tipo I e II di Cloninger e presentavano storia di instabilità dell'umore e del comportamento.

I soggetti tipo I di Cloninger presentano un esordio relativamente tardivo della storia di potus e tratti di personalità comprendenti un alto grado di dipendenza dalla gratificazione (*reward dependence-RD*), un alto evitamento del pericolo (*harm avoidance-HA*) e una bassa ricerca di novità (*novelty seeking-NS*); i soggetti del tipo II invece presentano un'alta predisposizione genetica dell'alcolismo, un inizio precoce dell'abuso, un decorso clinico grave con prognosi generalmente sfavorevole, la compresenza di disturbi psichiatrici e di tendenze aggressive o di criminalità e un'alta ricerca di novità (Cloninger, 1987a, b).

I soggetti sono stati valutati per problematiche mediche e psichiatriche, con reattivi psicologici e con rilevazione dei segni vitali ed esami ematichimici.

Successivamente, alla completa risoluzione della sintomatologia astinenziale, i soggetti sono stati inseriti in tre gruppi con oxcarbazepina ad alte e basse dosi e in un gruppo di controllo drug-free.

I soggetti seguivano regolarmente un programma di riabilitazione psicosociale.

I soggetti al tempo basale, a 45 e 90 giorni, sono stati sottoposti a valutazione con varie rating scale per la psicopatologia, per il temperamento e scale per il comportamento alcolico, l'astinenza e il *craving*.

I soggetti sono stati sottoposti a valutazione dell'alcolemia e a esami ematochimici.

Gli outcome di efficacia erano rappresentati da: assenza di ricadute, episodi di bere durati meno di 10 giorni con frequenza discontinua del bere ("Slips"), ricadute (episodi di bere durati complessivamente più di 10 giorni con frequenza discontinua del bere) e drop-out.

Dei soggetti reclutati il 44% è rimasto alcohol-free per tutta la durata del trattamento, il 15% ha presentato la modalità "Slips", mentre il 18% ha presentato ricadute e infine il 23% ha interrotto il trattamento.

In particolare i gruppi a basso e alto dosaggio di oxcabazepina hanno presentato 47% di alcohol-free, 24% di "Slips", 16% di ricadute e 13% di drop-out, senza una correlazione significativa tra dosaggio del farmaco ed esito del trattamento come ricadute nell'assunzione di alcol, mentre il numero di drop-out nel gruppo di controllo (drug-free) è risultato significativo.

Il punteggio del temperamento *novelty seeking* è risultato significativamente più alto tra le ricadute e il comportamento "Slips" rispetto agli esiti positivi (alcohol-free).

La sintomatologia astinenziale e il *craving* sono migliorati significativamente nei due gruppi trattati con oxcabazepina; in particolare, per quanto riguarda la scala compulsiva del *craving*, a 90 giorni nel gruppo di pazienti trattato ad alto dosaggio con oxcabazepina il punteggio medio è migliorato significativamente.

Anche i parametri di laboratorio come transaminasi, gamma glutamil transferasi (GGT) e volume cellulare medio (MCV) si sono ridotti significativamente. Complessivamente la oxcabazepina sembra essere d'aiuto nel trattamento dei pazienti alcolisti e poliassuntori, grazie alla sua azione di stabilizzazione dell'umore (riduzione dei tratti ciclotimici).

Infatti per la oxcabazepina è stata evidenziata un'efficacia antimaniacale e di miglioramento della sintomatologia depressiva in pazienti con disturbo bipolare I, II e NAS.

La stabilizzazione del comportamento o dell'umore ciclotimico, diversamente dal disturbo bipolare e dall'episodio maniaco, riconosce una soglia di recettività inferiore nei pazienti, per i quali anche un dosaggio relativamente basso del farmaco è comunque in grado di garantire l'efficacia terapeutica.

Il mantenimento dell'astensione protratta è inoltre favorito dalla riduzione graduale del *craving* e dei tratti di impulsività e irritabilità.

Infine il farmaco ha presentato un buon profilo di sicurezza e tollerabilità (mancanza di eventi avversi e non alterazioni degli esami di laboratorio) (Martinotti e coll., 2005).

L'AED gabapentin (600-2400 dose media $1270 \pm 561,4$ mg/die) come terapia aggiuntiva (ad altri MS, BDZ, antidepressivi e antipsicotici) è stato valutato in aperto per un periodo di 8 settimane circa l'efficacia e i predittori di risposta terapeutica in pazienti bipolari resistenti agli stabilizzatori dell'umore con comorbilità per l'alcol.

La valutazione diagnostica è stata fatta con una scala per i disturbi affettivi e all'inizio e al termine del trattamento sono state usate rating scale per la depressione, la mania e il giudizio clinico globale.

Il 41,9% dei pazienti è stato considerato responder con significativa riduzione della media del punteggio totale della rating scale della depressione e con maggiore miglioramento delle dimensioni di ansia e somatizzazione.

Il 94,4% dei pazienti responder è rimasto in remissione sintomatica per un periodo da 4 a 12 mesi senza significativi effetti indesiderati ed effetti avversi e solo il 5,5% ha interrotto il gabapentin e ha dovuto assumere antipsicotici per il ripresentarsi di sintomi maniacali.

In complesso, riguardo ai predittori di risposta terapeutica, la presenza di abuso di alcol e del disturbo da attacchi di panico è risultata associata a risposta terapeutica positiva e il gabapentin è risultato presentare proprietà antidepressive e ansiolitiche.

In conclusione il gabapentin può essere considerato utile nel trattamento di pazienti bipolari resistenti al trattamento e la sua efficacia riguarda in particolare la comorbilità per abuso di alcol e per disturbo da attacchi di panico (Perugi e coll., 2002).

L'AED topiramato (200-300 mg/die) è stato utilizzato in 2 pazienti, con schizofrenia il primo e con disturbo bipolare il secondo, con associata comorbilità di abuso alcolico severo.

Il paziente bipolare con manifestazioni principali di episodi maniacali ha presentato una riduzione a livelli accettabili dell'assunzione alcolica con conseguente miglioramento dei sintomi maniacali, senza apparenti effetti indesiderati.

Pertanto il topiramato potrebbe migliorare l'assunzione alcolica nei pazienti bipolari e anche in quelli schizoaffettivi (Huguelet & Morand-Collomb, 2005).

L'AED lamotrigina (25-300 mg/die con dose media di 220 mg/die) è stata utilizzata in pazienti con disturbo bipolare I e II e dipendenza da alcol da almeno 6 mesi (con un 7% di assunzione contemporanea di cocaina e un 11% con assunzione contemporanea di cannabis), disintossicati, in aggiunta a farmaci del trattamento di prevenzione della ricaduta standard durante un periodo di 12 settimane.

La diagnosi è stata attuata con una scala strutturata e la valutazione di base e successiva è stata effettuata con le rating scale per la psicopatologia generale, la depressione e la mania e con scale per la dipendenza e il *craving* alcolico.

La transferrina carboidrato carente (CDT) è stata valutata ogni 2 settimane mentre la valutazione con le scale psicodiagnostiche è stata settimanale per la durata delle 12 settimane del trattamento.

Al termine delle 12 settimane con lamotrigina i punteggi di tutte le scale psichiatriche erano diminuiti significativamente, così come i punteggi della scala del *craving*; analogamente sono diminuiti significativamente la CDT e il numero di assunzioni settimanali di alcol. Inoltre è stata evidenziata una correlazione positiva tra la scala della mania e quella del *craving* e infine la ritenzione in trattamento è risultata alta (del 93%) considerata la forte comorbilità psichiatrica e non si è avuto alcun drop-out per eventi indesiderati nè è stato segnalato alcun caso di rash cutaneo.

In conclusione la lamotrigina è risultata ben tollerata e sicura e correlata con un miglioramento dell'umore, del *craving* alcolico e dell'assunzione delle bevande alcoliche (Rubio e coll., 2006).

Gli antipsicotici atipici

L'antipsicotico APA aripiprazolo (15-30 mg/die) è stato utilizzato in un trattamento in aperto per 12 settimane in pazienti bipolari I, II e con disturbo schizoaffettivo tipo bipolare in comorbidità con disturbo da uso di sostanze; il 55% dei pazienti presentava un episodio depressivo, il 20% presentava un episodio maniacale e il 5% non presentava un corrente stato alterato dell'umore; i pazienti presentavano almeno un disturbo da uso di sostanze e/o alcol (dipendenza da alcol, disturbo da uso di cannabis, disturbo da uso di cocaina e dipendenza da oppioidi).

I pazienti sono stati sottoposti a sostituzione/switch ad aripiprazolo dal precedente trattamento (costituito da almeno un antipsicotico) e seguiti per 12 settimane; la maggior parte dei soggetti al termine del trattamento assumeva 30 mg/die di aripiprazolo.

La valutazione psicopatologica è stata fatta con una scala strutturata e con rating scale per la depressione e la mania; la valutazione per il *craving* per le sostanze d'abuso è stata fatta con la scala visuale e gli effetti collaterali sono stati seguiti con rating scale specifiche; infine i soggetti erano controllati anche con lo screening urinario per le sostanze d'abuso.

Al termine del periodo di trattamento rispetto al basale è risultato un significativo miglioramento alla scala per la depressione (20,6±7,1 basale 10,9±7,1 finale), la mania (13,3±6,9 basale 8,0±7,8 finale) e la psicopatologia generale (42,1±7,2 basale 29,5±8,3 finale).

Riguardo alla dipendenza da alcol e da cocaina, che erano le sostanze maggiormente utilizzate, in particolare i pazienti con dipendenza da alcol (85% del totale dei soggetti trattati) hanno presentato una significativa riduzione della spesa per l'alcol (dollari settimana) (28,6±31,9 basale 13,8±15,2 finale) e del *craving* alcolico alla scala visuale (62,6±33,9 basale 28,1±35,6 finale), ma non dei giorni settimanali di uso di alcol (3,2±2,5 basale 2,3±2,7 finale).

Complessivamente il cambiamento clinico come *craving* e uso di alcol e *craving* da cocaina dovuto all'aripiprazolo è risultato associato con il miglioramento della sintomatologia psicopatologica (maniacale o depressiva); l'antipsicotico APA inoltre è risultato ben tollerato (Brown e coll., 2005).

L'antipsicotico APA clozapina (>500 mg/die) è stata utilizzata in pazienti con disturbi da uso di sostanze e/o alcol e comorbidità per schizofrenia e disturbo schizoaffettivo con significativa riduzione di assunzione di alcol e di giorni di bere e di riduzione di abuso di sostanze (Drake e coll., 2000).

L'antipsicotico APA quetiapina (dose media 239 mg/die) è stata utilizzata in un trattamento in aperto di 12 settimane come terapia aggiuntiva in pazienti bipolari con alcolismo e dipendenza da cocaina per controllare l'assunzione di alcol e il *craving*; la valutazione alcolica si riferiva ai *drink* per settimana e ai giorni/settimane di bere; le rating scale utilizzate sono state quelle per i sintomi maniacali e depressivi e per la sintomatologia psicopatologica generale; inoltre è stata utilizzata la scala analoga per il *craving*.

La quetiapina è stata ben tollerata e nessun soggetto ha droppato dal trattamento; inoltre il farmaco ha mostrato una riduzione significativa nel *craving* alcolico e nel numero dei giorni per settimana di uso di alcol oltre ad aver migliorato la sintomatologia dell'umore.

Non sono risultate correlazioni tra i cambiamenti del *craving* alcolico e i sintomi psicopatologici, con l'eccezione dei sintomi depressivi alla scala specifica.

In complesso la quetiapina è risultata associata a una significativa riduzione nel *craving* alcolico e nei giorni per settimana di assunzione alcolica (Longoria e coll., 2004).

La quetiapina a dosi flessibili (300-800 mg/die), è stata utilizzata, dopo un periodo di disintossicazione, in un trattamento in aperto di 16 settimane in pazienti ambulatoriali con disturbo bipolare I e II e disturbo di personalità borderline (BPD) (con instabilità dell'umore e comportamentale) e con dipendenza da alcol. L'assessment iniziale e in itinere durante il periodo di trattamento, al tempo zero e a 2, 6, 12 e 16 settimane, è stato attuato con scale per il *craving* e la sintomatologia astinenziale, mentre per la sintomatologia psicopatologica sono state utilizzate le rating scale per la psicopatologia generale, il giudizio clinico globale, la depressione e la mania.

Il 43% dei soggetti è rimasto totalmente astinente dall'alcol, mentre il 32% ha avuto ricadute, con una media di 15,4 giorni di bere nel periodo del trattamento (112 giorni), e il 25% ha abbandonato il trattamento. Successivamente alla valutazione iniziale sono state osservate riduzioni significative nelle scale per il *craving* e per in quelle per la psicopatologia generale e la depressione e nel numero dei giorni di bere settimanali; inoltre, le variazioni del *craving* sono risultate correlate con le modificazioni alle scale per la psicopatologia generale e la depressione, specialmente per l'item dell'insonnia.

In complesso la quetiapina è risultata efficace nel migliorare l'intensità della sintomatologia psicopatologica rappresentata da instabilità dell'umore e comportamentale, nel diminuire l'assunzione giornaliera di alcol e nel controllare/ridurre il *craving*, mantenendo un buon livello di tolleranza.

L'uso della terapia con quetiapina non era associato ad altre terapie farmacologiche e ad altri trattamenti non farmacologici.

In conclusione, in questo gruppo selezionato l'antipsicotico APA quetiapina potrebbe offrire alcuni vantaggi terapeutici nei confronti della prevenzione delle ricadute da alcol (Martinotti e coll., 2008).

Bibliografia

- Akiskal H.S., Benazzi F. (2005), "Atypical depression: a variant of bipolar II or a bridge between unipolar and bipolar II?", *Journal of Affective Disorders*, 84: 209-217.
- American Psychiatric Association (APA) (2001) *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali 4° Ed. TR. (DSM-IV-TR, American Psychiatric Press, Washington DC, 2000)*, Masson, Milano.
- American Psychiatric Association (APA) (2002), *Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. Second Edition*, American Psychiatric Press, Washington DC.
- American Psychiatric Association (APA) (2006), *Practice guideline for the treatment of patients with Substance Use Disorders. Second Edition*, American Psychiatric Press, Washington DC.
- Beaulieu S., Saury S., Sareen J., Tremblay J., Schütz C.G., McIntyre R.S., Schaffer A. (2012), "The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid substance use disorders", *Annals of Clinical Psychiatry*, 24: 38-55.
- Benazzi F. (2002), "Mood Disorder Questionnaire for assessing bipolar spectrum disorder frequency [Letter]", *Canadian Journal of Psychiatry*, 47: 386-387.
- Benazzi F. (2007), "Bipolar II disorder: epidemiology, diagnosis and management", *CNS Drugs*, 21: 727-740.
- Benazzi F., Akiskal H.S. (2005), "Irritable-hostile depression: further validation as a bipolar depressive mixed state", *Journal of Affective Disorders*, 84: 197-207.
- Benazzi F., Koukopoulos A., Akiskal H.S. (2004), "Toward a validation of a new definition of agitated depression as a bipolar mixed state (mixed depression)", *European Psychiatry*, 19: 85-90.
- Berk M., Dodd S., Mahli G.S. (2005), "Bipolar missed states: the diagnosis and clinical salience of bipolar mixed states", *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39: 215-221.
- Brown E.S., Jeffres J., Liggin J., Garza M., Beard L. (2005), "Switching outpatients with bipolar or schizoaffective disorders and substance abuse from their current antipsychotic to aripiprazole", *Journal of Clinical Psychiatry*, 66: 756-760.
- Brown E.S., Beard L., Dobbs L., Rush J. (2006), "Naltrexone in patients with bipolar disorder and alcohol dependence", *Depression and Anxiety*, 23: 492-495.
- Carrà G., Sciarini P., Borrelli P., Popa I., Segagni Lusignani G., Batoli F., Carretta D., Lax A., Montomoli C., Clerici M. (2010), "Doppia Diagnosi in Italia: evidenze dal PADDI (Psychiatric and Additive Dual Diagnosis in Italy) Study", *Dipendenze Patologiche*, 5: 9-16.
- Cassano G.B., Rucci P., Frank E.T., Fagiolini A., Dell'Osso L., Shear M.K., Kupfer D.J. (2004), "The mood spectrum in unipolar and bipolar disorder: arguments for a unitary approach", *American Journal of Psychiatry*, 161: 1264-1269.
- Cassidy F., Ahearn E., Carrol B. (2001), "Substance abuse in bipolar disorder", *Bipolar Disorders*, 3: 181-188.
- Cerullo M., Strakowski S. M. (2007), "The prevalence and significance of substance use disorders in bipolar type I and II disorder", *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 2: 29.
- Cloninger C.R. (1987a), "A systematic method for clinical description and classification of personality variants", *Archives of General Psychiatry*, 44: 573-588.
- Cloninger C.R. (1987b), "Neurogenetic adaptive mechanism in alcoholism", *Science*, 236: 410-416.
- Colom F., Vieta E., Martinez-Aran A., Reinares M., Goikolea J.M., Benabarre A., Torrent C., Comes M., Corbella B., Parramon G., Corominas J. (2003), "A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission", *Archives of General Psychiatry*, 60: 402-407.
- Drake R.E., Haiyi X., McHugo G.J., Green A.I. (2000), "The effects of clozapine on alcohol and drug use disorders among patients with schizophrenia", *Schizophrenia Bulletin*, 26: 441-449.
- Feinmann J.A., Dunner D.L. (1996), "The effect of alcohol and substance abuse on the course of bipolar affective disorder", *Journal of Affective Disorders*, 37: 43-49.
- First M.B., Spitzer R.L., Gibbons M., Williams J.B.W. (1997a), *Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders (SCID I) Clinical Version*, American Psychiatric Press, Washington DC.
- First M.B., Spitzer R.L., Gibbon M.G., Williams J.B.W., Benjamin L.S. (1997b) *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*, American Psychiatric Press, Washington DC.
- Fountoulakis K.N. (2010), "An update of evidence-based treatment of bipolar depression: where do we stand?", *Current Opinion in Psychiatry*, 23: 19-24.
- Fountoulakis K.N., Vieta E. (2008), "Treatment of bipolar disorder: a systematic review of available data and clinical perspectives", *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 11: 999-1029.
- Fountoulakis K.N., Vieta E., Siamouli M., Valenti M., Magiria S., Oral T., Fresmo D., Giannakopoulos P., Kraprinis G.S. (2007), "Treatment of bipolar disorder: a complex treatment for a multi-faceted disorder", *Annals of General Psychiatry*, 6: 1-12.
- Fountoulakis K.N., Grunze H., Panagiotidis P., Kaprinis G. (2008), "Treatment of bipolar depression: An update", *Journal of Affective Disorders*, 109: 21-34.
- Frank E., Kupfer D.J., Thase M.E., Mallinger A.G., Swartz H.A., Fagiolini A.M., Grochocinski V., Houck P., Scott J., Thompsom W., Monk T. (2005), "Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder", *Archives of General Psychiatry*, 62: 996-1004.
- Frye M.A., Salloum I.M. (2006), "Bipolar disorder and comorbid alcoholism: prevalence rate and treatment considerations", *Bipolar Disorders*, 8: 677-685.
- Gajwani P. (2009), "Treatment-refractory bipolar disorder: classification to aid in clinical management", *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 10: 1907-1915.
- Gitlin M.J. (2007), "Treatment-resistant bipolar disorder", *Focus*, 5, 49-63.
- Goldberg J.F., Garno J.L., Leon A.C., Kocsis J.H., Portera L. (1999), "A history of substance abuse complicates remission from acute mania in bipolar disorder", *Journal of Clinical Psychiatry*, 60: 733-740.

- Grant B.F., Stinson F.S., Dawson D.A., Chou S.P., Dufour M.C., Compton W., Pickering R.P., Kaplan K.F. (2004), "Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions", *Archives of General Psychiatry*, 61: 807-816.
- Grunze H.C., Vieta E., Goodwin G.M., Bowden C.L., Licht R.W., Möller H.-J., Kasper S. & WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Bipolar Disorders (2009), "The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the biological treatment of bipolar disorders: Update 009 on the treatment of acute mania", *World Journal of Biological Psychiatry*, 10: 85-116.
- Hasin D.S., Stinton F.S., Ogburn E., Grant B.F. (2007), "Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States. Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions", *Archives of General Psychiatry*, 64: 830-842.
- Hirschfeld R.M. (2007), "Guideline Watch (November 2005): Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder, 2nd Edition", *Focus*, 5: 34-39.
- Hirschfeld R.M., Bowden C.L., Gitlin M.J., Keck P.E., Perlis R.H., Suppes T., Thase M.E., Wagner K.D. (2003a), "Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (Revision)", *Focus*, 1: 64-110.
- Hirschfeld R.M., Calabrese J.R., Weissman M.M., Reed M., Davies M.A., Frye M.A., Keck P.E.Jr., Lewis L., McElroy S.L., McNulty J.P., Wagner K.D. (2003b), "Screening for bipolar disorder in the community", *Journal of Clinical Psychiatry*, 64: 53-59.
- Huguelet P., Morand-Collomb S. (2005), "Effect of topiramate augmentation on two patients suffering from schizophrenia or bipolar disorder with comorbid alcohol abuse", *Pharmacology Research*, 52: 392-394.
- Kaplan H.J., Sadock B.J. (2001) *Psichiatria. Manuale di scienze del comportamento e psichiatria clinica, Vol. 1*, Centro Scientifico Internazionale, Torino: 525-580.
- Kessing L.V. (1999), "The effect of comorbid alcoholism on recurrence in affective disorder: a case register study", *Journal of Affective Disorders*, 53: 49-55.
- Kosten T.R., Kosten T.A. (2007), "New medication strategies for comorbid substance use and bipolar affective disorders", *Focus*, 5: 262-269.
- Kupka R., Luckenbaugh D., Post R., Suppes T., Altshuler L., Keck P., Frye M., Denikoff K., Grunze H., Leverich G., McElroy S., Walden J., Nolen W. (2005), "Comparison of rapid-cycling and non-rapid cycling bipolar disorder based on prospective mood ratings in 539 outpatients", *American Journal of Psychiatry*, 162: 1273-1280.
- Lam D.H., Hayward P., Watkins E.R., Wright K., Sham P. (2005), "Relapse prevention in patients with bipolar disorder: cognitive therapy outcome after 2 years", *American Journal of Psychiatry*, 162: 324-329.
- Longoria J.B., Brown E.S., Perantie D.C., Bobadilla L.B., Nejtek V.A. (2004), "Quetiapine for alcohol use and craving in bipolar disorder", *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 24: 101-102.
- Magura S., Laudet A.B., Mahmood D., Rosenblum A., Knight E. (2002), "Adherence medication regimes and participation in dual-focus self-help groups", *Psychiatric Services*, 53: 310-316.
- Malcolm R., Myrick H., Brady K.T., Ballenger J.C. (2001), "Update on anticonvulsants for the treatment of alcohol withdrawal", *American Journal on Addictions*, 10, suppl.: 16-23.
- Malhi G.S., Adams D., Berk M. (2009), "Medicating mood with maintenance in mind: bipolar depression pharmacotherapy", *Bipolar Disorders*: 55-76.
- Mammana G. (2010), "La clinica nelle comunità terapeutiche", *Sestante*, 33: 2-7.
- Martinotti G., Di Nicola M., Vieceli C., Frustaci A., Poli V., Pozzi G., Janiri L., Bria P. (2005), "Efficacia dell'oxcarbazepina sul craving e sulla sintomaticità psichiatrica nell'alcolismo e nel poliabuso", *Idee in Psichiatria*, 5: 63-67.
- Martinotti G., Andreoli S., Di Nicola M., Di Giannantonio M., Sarchiapone M., Janiri L. (2008), "Quetiapine decreases alcohol consumption, craving, and psychiatric symptoms in dually diagnosed alcoholics", *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 23: 417-424.
- Martinotti G., Di Nicola M., Di Giannantonio M., Janiri L. (2009), "Aripiprazole in the treatment of patients with alcohol dependence: a double-blind, comparison trial vs. naltrexone", *Journal of Psychopharmacology*, 23: 123-129.
- Maxwell S., Shinderman M.S. (2000), "Use of naltrexone in the treatment of alcohol use disorders in patients with concomitant major mental illness", *Journal of Addictive Diseases*, 19: 61-69.
- McLellan A.T., Luborsky L., Erdlen F.R., LaPorte D.J., Intintolo V. (1980), "The Addiction Severity Index: a diagnostic/evaluative profile of substance abuse patients", in Gotthel E., McLellan A. T., Druley K.A. (eds.), *Substance abuse and psychiatric illness*, Pergamon Maxwell, New York: 151-159.
- McLellan A.T., Parikh G., Bragg A., Cacciola J., Fureman B., Incmikoski R. (1990) *Addiction Severity Index: Administration Manual, 5th ed.*, Pennsylvania Veterans' Administration Center Studies of Addiction, Philadelphia.
- Miklowitz D.J., George E.L., Richards J.A., Simoneau T.L., Suddath R.L. (2003a), "A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management bipolar disorder", *Archives of General Psychiatry*, 60: 904-912.
- Miklowitz D.J., Richards J.A., George E.L., Frank E., Suddath R.L., Powell K.B., Scacher J.A. (2003b), "Integrated family and individual therapy for bipolar disorder: results of a treatment development study", *Journal of Clinical Psychiatry*, 64: 182-191.
- Miklowitz D.J., Otto M.W., Frank E., Reilly-Harrington N.A., Wisniewski S.R., Kogan J.N., Nierenberg A.A., Calabrese J.R., Marangell L.B., Gyulai L., Araga M., Gonzales J.M., Shirley E.R., Thase M.E., Sachs G.S. (2007), "Psychosocial treatments for bipolar depression. A 1-Year randomized trial from the Systematic Treatment Enhancement Program", *Archives of General Psychiatry*, 64: 419-427.
- Mitchell J.D., Brown E.S., Rush A.J. (2007), "Comorbid disorders in patients with bipolar disorder and concomitant substance dependence", *Journal of Affective Disorders*, 102: 281-287.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2011), *Alcohol-Use Disorders. Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking and Alcohol Dependence*,

- NICE Clinical Guidelines, no. 115*, National Collaborating Centre for Mental Health, National Institute for Health and Clinical Excellence, Leicester.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2013), *Alcohol Use Disorders: Harmful Drinking and Alcohol Dependence. Evidence Update no. 28 January 2013*, National Institute for Health and Clinical Excellence, Manchester.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (1992), *ICD 10: sindromi e disturbi psichici e comportamentali. Descrizioni cliniche e direttive diagnostiche*, Masson, Milano.
- Perry A., Terrier N., Morriss R., McCarthy E., Limb K. (1999), "Randomized controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment", *BMJ*, 318: 149-153.
- Perugi G., Toni C., Frare F., Ruffolo G., Moretti L., Torti C., Akiskal H.S. (2002), "Effectiveness of adjunctive gabapentin in resistant bipolar disorder: Is it due to anxious-alcohol abuse comorbidity?", *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 22: 584-591.
- Prisciandaro J.J., DeSantis S.M., Chiuzaun C., Brown D.G., Brady K.T., Tolliver B.K. (2012), "Impact of depressive symptoms on future alcohol use in patients with co-occurring bipolar disorder and alcohol dependence: A prospective analysis in an 8-week randomized controlled trial of acamprosate", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 36: 490-496.
- Rubio G., Lòpez-Muñoz F., Alamo C. (2006), "Effects of lamotrigine in patients with bipolar disorder and alcohol dependence", *Bipolar Disorders*, 8: 289-293.
- Sachs G.S. (2007), "Bipolar disorder clinical synthesis: Where does the evidence lead?", *Focus*, 1: 3-13.
- Sachs G.S., Printz D.J., Kahn D.A., Carpenter D., Docherty J.P. (2000), "The Expert Consensus Guidelines series: medication treatment of bipolar disorder", *Postgraduate Medicine*, Special Issue: 1-104.
- Sadock B.J., Sadock V.A. (2003), *Psichiatria Clinica*, Kaplan e Sadock's Pocket Handbook, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Salloum I.M., Thase M.E. (2000), "Impact of substance abuse on the course and treatment of bipolar disorders", *Bipolar Disorders*, 2: 269-280.
- Salloum I.M., Cornelius J.R., Daley D.C., Kirisci L., Himmelhoch J.M., Thase M.E. (2005), "Efficacy of valproate maintenance in patients with bipolar disorder and alcoholism: a double-blind placebo-controlled study", *Archives of General Psychiatry*, 62: 37-45.
- Sbrana A., Bizzarri J.V., Rucci P., Gonelli C., Doria M.R., Spagnoli S., Ravani L., Raimondi F., Dell'Osso L., Cassano G.B. (2005), "The spectrum of substance use in mood and anxiety disorders", *Comprehensive Psychiatry*, 46: 6-13.
- Schmitz J., Averill P., Sayre S., McCleary P., Moeller F., Swann A. (2002), "Cognitive-behavioral treatment of bipolar disorder and substance abuse: A preliminary randomized study", *Addictive Disorders and Their Treatment*, 1: 17-24.
- Sonne S.C., Brady K.T. (2002), "Bipolar disorder and alcoholism", *Alcohol Research and Health*, 26: 103-108.
- Strakowski S.M., DelBello M.P., Fleck D.E., Adler C.M., Anthenelli R.M., Keck P.E.Jr., Arnold L.M., Amicone J. (2005), "Effects of co-occurring alcohol abuse on the course of bipolar disorder following a first hospitalization for mania", *Archives of General Psychiatry*, 62: 851-858.
- Tohen M., Ketter T.A., Zarate C.A., Suppes T., Frye M., Altshuler L., Zajecka J., Schuh L.M., Risser R.C., Brown E., Baker R. (2003a), "Olanzapine versus divalproex sodium for the treatment of acute mania and maintenance of remission: a 47-week study", *American Journal of Psychiatry*, 160: 1263-1271.
- Tolliver B.K., Desantis S.M., Brown D.G., Prisciandaro J.J., Brady K.T. (2012), "A randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial of acamprosate in alcohol-dependent individuals with bipolar disorder: a preliminary report", *Bipolar Disorders*, 14: 54-63.
- Weiss R.D., Griffin M.L., Greenfield S.F., Najavits L.M., Wyner D., Soto J.A., Hennen J.A. (2000), "Group therapy for patients with bipolar disorder and substance dependence: results of a pilot study", *Journal of Clinical Psychiatry*, 61: 361-367.
- Weiss R.D., Ostacher M., Otto M., Calabrese J.R., Fossey M., Wisniewski S., Bowden C.L., Nierenberg A., Pollack M., Salloum I., Simon N., Thase M.E., Sachs G.S. (2005), "Does recovery from substance use disorder matter in patients with bipolar disorder?", *Journal of Clinical Psychiatry*, 66: 730-735.
- Weiss R.D., Griffin M.L., Kolodziej M., Grenfield S.F., Najavits L.M., Daley D., Doreau H., Hennen J. (2007), "A randomized trial of integrated group therapy versus group drug counseling for patients with bipolar disorder and substance dependence", *American Journal of Psychiatry*, 164: 100-107.
- Yatham L.N., Kennedy S.H., O'Donovan C., Parikh S.V., MacQueen G., McIntyre R.S., Sharma V., Silverstone P., Alda M., Baruch P., Beaulieu S., Daigneault A., Milev R., Young P., Ravidran A., Schaffer A., Connolly M., Gorman C.P. (2005), "Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) guidelines for the management of patients with bipolar disorder: consensus and controversies", *Bipolar Disorders*, 7, suppl. 3: 5-69.
- Yatham L.N., Kennedy S.H., O'Donovan C., Parikh S.V., MacQueen G., McIntyre R.S., Sharma V., Beaulieu S. for CANMAT Guidelines Group (2006), "Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2007", *Bipolar Disorders*, 8: 721-739.
- Yatham L.N., Kennedy S.H., Schaffer A., Parikh S.V., Beaulieu S., O'Donovan C., MacQueen G., McIntyre R.S., Sharma V., Ravindran A., Young L.T., Young A.H., Alda M., Milev R., Vieta E., Calabrese J.R., Berk M., Ha K., Kapczinski F. (2009), "Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2009", *Bipolar Disorders*, 11: 225-255.

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

Il rischio di sviluppare comportamenti di *addiction*: tentativo di definizione del ruolo dei Ser.D. nell'infinita realtà virtuale

Annalisa Pistuddi*, Alfio Lucchini**

SUMMARY

■ *This article presents some theoretical reflections on Internet addiction deriving from clinical experience with patients suffering from behavioral addictions in a public service.*

These patients often showed severe problems to deal with relationships. Psychopathological symptoms and the use of primitive defensive mechanisms are also described.

These elements suggest that patients with Internet addiction might be unable to express their psychological pain and that the Internet might further hide this suffering. ■

Keywords: *Internet addiction, psychopathological symptoms, defensive mechanisms.*

Parole chiave: *dipendenza da Internet, sintomi psicopatologici, meccanismi di difesa.*

Premessa

Internet si è rivelato un mezzo potente per ottenere di tutto e di più, non solo beni di consumo e servizi ma anche conoscenze, relazioni, informazioni, contatti, immagini, dati, esperienze, novità.

Uno strumento innovativo, di semplice utilizzo, che ha permesso facilitare processi di conoscenza, sviluppare acquisizioni e perciò favorire lo sviluppo sociale e culturale.

Tutto dipende dalla modalità d'uso, se equilibrato e impiegato al servizio della comunicazione, dello svago e della conoscenza, offre notevoli vantaggi.

Se il modo con cui ci si accosta diventa impulsivo, compulsivo, eccessivo, i rischi possono concretizzarsi sotto diverse forme: acquisto smodato di merci *on line* oppure un mercato virtuale dove anche le relazioni, le emozioni e gli affetti possono assumere connotati di abuso o di ricerca convulsa.

Si comincia a usare Internet dai 6 ai 10 anni, computer, Tablet e telefonino di casa sono strumenti che incuriosiscono i minori.

I bambini che hanno genitori che fruiscono quotidianamente di strumenti informatici, già a partire dai 2 anni, se hanno a disposizione strumenti informatici dotati di icone che fungono da simbolo, le cosiddette *app*, possono essere in grado di usare giochi e interagire attraverso un linguaggio simbolico.

Il lato positivo sembra essere lo sviluppo di abilità cognitive.

Dal Rapporto Eurispes del 2014 emergono le seguenti osservazioni.

* Psicologa Psicoterapeuta, Dipartimento Dipendenze ASL Milano 2, Servizio di Alcolologia e Comportamenti di Addiction.

** Psichiatra, psicologo clinico e psicoterapeuta, Direttore Dipartimento Dipendenze ASL Milano 2.

Il videogioco può favorire la sperimentazione e la riflessione critica sulla realtà. Diversi studi, non in ultimo la meta-analisi condotta dall'Apa (*American psychological association*), sottolineano i benefici del videogioco non solo in termini di capacità di coordinazione motoria, ma anche di abilità cognitive: in particolare orientamento spaziale, ragionamento, memoria e percezione.

È la tridimensionalità ad aiutare nell'orientamento, i giochi strategici nel "*problem solving*", danno una spinta alla creatività.

Giochi semplici portano invece benefici all'umore ed essere battuti in gioco comporta un rafforzamento della capacità di superare le difficoltà anche nella vita.

I *multiplayer games*, che prevedono partecipazioni da qualsiasi posto, infine, creano *social-communities*, mettendo in discussione l'altro stereotipo: l'isolamento sociale.

Affinché il videogioco espleti tale funzione positiva sono però necessari un uso appropriato del mezzo, un'educazione e un'alphabetizzazione nei confronti dello stesso sin dalla più tenera età, che sono i compiti demandabili sia all'istituzione scolastica che a quella familiare.

I genitori solitamente sono più attenti ai tempi di esposizione e meno ai contenuti con cui i figli interagiscono. Finiscono così per essere meno consapevoli non solo delle opportunità e della gestione delle informazioni che arrivano ai figli ma anche dei rischi.

L'*identikit* del videogiocatore che emerge dal Rapporto Eurispes 2014 è una persona di età media di 30 anni.

L'incremento maggiore però riguarda coloro che hanno un'età superiore ai 36 anni, che costituiscono il 36% del totale.

Ciò sottolinea che questa forma di intrattenimento non sia necessariamente appannaggio di bambini e adolescenti.

Le fasce di età *under 18* e *18-35* rappresentano entrambe il 32% della popolazione dei *gamer*.

L'opportunità si può tramutare in un problema: i segnali di allarme

Alcune esperienze cliniche recenti, di cui parleremo più avanti, mettono in evidenza tratti o disturbi strutturali che implicano una fragilità dell'Io, tipica delle personalità dei soggetti che manifestano problemi rilevanti correlati con i disturbi da dipendenza.

Queste caratteristiche trovano nella Rete una modalità di espressione del proprio Sé che li tutela dai rischi emotivi che comporterebbe per loro una relazione *vis à vis*.

Per queste persone l'uso eccessivo di *Internet* rappresenta spesso un comportamento di evitamento, un'occasione per rifugiarsi da qualche parte, situazione che protegge dai problemi incombenti della quotidianità, quelli più difficili da integrare con la propria emotività, i più complessi da riconoscere e da affrontare.

I segnali d'allarme che evidenziano un abuso o una dipendenza si possono sintetizzare in alcuni di questi comportamenti:

- si sente il bisogno di trascorrere sempre più tempo in Rete;
- si rimane collegati più di 6/8 ore al giorno;
- si utilizza lo strumento trascurando altre attività quotidiane;
- nonostante la programmazione di altre attività e la necessità di svolgerle, le si trascura senza porsi problemi relazionali o famigliari o lavorativi che possono essere compromessi;
- si rileva che è difficile sospendere l'uso della Rete anche con la consapevolezza di avere dei problemi correlati ad essa;
- alla sospensione dell'uso di *Internet* si rileva un disagio che si sente anche se ne diminuisce l'intensità o il tempo dedicato;
- la lontananza dalla Rete può provocare una sintomatologia precisa o tratti di essa: agitazione psicomotoria, ansia, depressione, pensieri ossessivi su cosa può accadere *on line* e sintomi di astinenza.

Principali considerazioni di studiosi di *Internet addiction*

La dipendenza da *Internet* meglio conosciuta inizialmente nella letteratura psichiatrica internazionale con il nome originale inglese di *Internet addiction disorder (IAD)* sembra essere stata inizialmente riconosciuta come un disturbo da discontrollo degli impulsi.

Il termine *Internet Addiction* è stato coniato da Ivan Goldberg, M.D., nel 1995. È comparabile per molti versi al disturbo da dipendenza dal gioco d'azzardo patologico.

Altri autori affermano, al contrario, che la dipendenza da *Internet* non può essere considerata uno specifico disturbo psichiatrico, ma un sintomo psicologico che può connettersi a differenti quadri diagnostici e clinici.

La dipendenza da *Internet* o *Internet Addiction* è un termine vasto, che copre una varietà di comportamenti che sembrano generati da una sofferenza sottostante che caratterizza alcune tipologie di personalità: le gravi nevrosi, i disturbi di personalità, i disturbi dell'umore e la comorbilità con altri comportamenti di dipendenza o di dipendenza da sostanze o alcol.

Secondo Kimberly S. Young, fondatrice del *Center for Internet Addiction Recovery* di Bradford in Pennsylvania, dove si sono rivolti numerosi pazienti con sintomatologie variegata ma sempre riconducibili ad un uso smodato della Rete, sono stati riconosciuti 5 tipi specifici di abuso o dipendenza:

Dipendenza cyber-sessuale o dal sesso virtuale

Gli individui che ne soffrono sono di solito dediti allo scaricamento, all'utilizzo e al commercio di materiale pornografico online, o sono coinvolti in *chat-room* per soli adulti.

La stessa può accompagnarsi a masturbazione eccessiva o compulsiva e potrebbe esserci una comorbilità con la dipendenza sessuale (*sexual addiction*).

Il vissuto dei fruitori di questa modalità è di ricavare dal materiale pornografico una gratificazione immediata e confezionata secondo i loro bisogni, a questo punto irrinunciabile perché sembra rappresentare per loro un modo preferenziale per raggiungere l'eccitazione sessuale.

Di solito la popolazione dedita a queste esperienze è composta da soggetti chiusi e introversi che dedicano lunghi periodi di immersione nell'attività sessuale *on line* perché la Rete risulta per loro efficace per avere contatti che spesso non si sviluppano in relazioni, hanno uno scopo eccitatorio fine a se stesso.

L'esperienza della facile disponibilità di accesso a stimoli si associa alla rapidità della soddisfazione del bisogno erotico che diventa poi un sogno virtuale raggiungibile con un *click*.

Dipendenza cyber-relazionale (o dalle relazioni virtuali)

Coloro che ne sono affetti diventano troppo coinvolti in relazioni *online*.

Alcune persone provano una forte spinta a stabilire relazioni amicali o affettive mediante *e-mail*, *chat rooms* o *newsgroup* a scapito dei loro rapporti reali, famigliari e sociali.

Gli amici *online* diventano rapidamente i più importanti per l'individuo, spesso a scapito dei rapporti con la famiglia e gli amici reali.

In molti casi questo conduce all'instabilità relazionale, in famiglia, con il partner o con il coniuge.

Spesso gli amici delle rete rimangono lì confinati e viene allontanata l'idea di conoscersi realmente, questo permette di mantenere un'immagine virtuale di sé e dell'altro che arriva ad essere comodamente idealizzata.

Operare dietro allo schermo garantisce protezione e controllo, ciò che non c'è nelle relazioni *vis à vis*.

Questo sembra non essere una limitazione per i frequentatori assidui delle relazioni virtuali, tutt'altro, garantisce di poter annoverare una lista di conoscenze e contatti e di poterli gestire come suggerisce l'impulso e darsi per invisibili appena sorge la minima difficoltà.

Questo non aiuta a coltivare relazioni affettive profonde ma permette una intercambiabilità: la crisi può arrivare quando il soggetto prende coscienza di essere lui stesso considerato effimero e intercambiabile all'uso.

Sovraccarico cognitivo

La ricchezza e l'eccesso dei dati disponibili sul *World Wide Web* ha creato un nuovo tipo di comportamento compulsivo per quanto riguarda la navigazione e l'utilizzo dei database sul *Web*. Gli utilizzatori trascorrono sempre maggiori quantità di tempo nella ricerca e nell'organizzazione di dati dal *Web*.

A questo comportamento sono tipicamente associate le tendenze compulsive-ossessive ed una riduzione del rendimento lavorativo.

Net Gaming

La dipendenza dai giochi in rete comprende una vasta categoria di comportamenti, compreso il gioco d'azzardo patologico, i *videogame*, lo *shopping* compulsivo e il commercio online compulsivo.

Chi utilizza i casinò virtuali, i giochi interattivi, i siti delle case d'asta o le scommesse su *Internet*, spesso lo fa per estraniarsi dalla realtà con cui ha un rapporto conflittuale e finisce per perdere importi eccessivi di denaro, arrivando perfino ad interrompere altri doveri relativi all'impiego o rapporti significativi.

Gioco al computer o gaming on line

Precedentemente si utilizzavano altri strumenti, le carte per esempio o i giochi con i personaggi in plastica o in legno. Negli anni ottanta giochi quali il Solitario e il Campo Minato furono programmati nei calcolatori ed i ricercatori scoprirono che il gioco era a rischio di diventare ossessivo sul computer. Ciò era diventato un problema nella misura in cui in ufficio gli impiegati trascorrevano la maggior parte del giorno a giocare piuttosto che a lavorare, incuriositi dalla novità. I giochi come il Solitario o il Campo minato non prevedono l'interazione di più giocatori e non sono giocati in rete. Gli altri che coinvolgono personaggi e ruoli hanno trovato la loro vita con l'avvento di *Internet*.

Shopping compulsivo

Questo è un rischio legato alla civiltà consumistica, ne sono vittime prevalentemente gli adulti ma anche i minori che riescono a impossessarsi di una carta di credito. Gli acquisti diventano facili, immediati, il soggetto non ha neanche il tempo di scegliere ma rimane affascinato dalle ipotetiche offerte, dai giochi d'asta *on line* come quelli offerti da *e-bay*. La caratteristica di questi giochi sono le possibilità di aggiudicarsi oggetti del desiderio, si basano su tempistiche di offerte e rilanci virtuali che sfociano poi in un *torubillon* di azioni che conducono ad un acquisto ad un prezzo non proprio conveniente come si era sperato. Ciò che diventa importante è essersi aggiudicato l'oggetto e qui si estrinseca il comportamento dipendente. Arrivano a casa oggetti di cui non si riesce neanche a tenere il conto, spesso poco utili e privi di importanza. In una situazione diversa, connotata dalla possibilità di pensare, non sarebbero stati appetibili all'acquisto. Le conseguenze estreme arrivano fino ad un accumulo compulsivo che non sembra avere, apparentemente, un senso.

Il rischio e la valutazione secondo Kimberly S. Young

Al fine di valutare il grado di rischio psicopatologico connesso all'uso di *Internet*, Kimberly S. Young ha sviluppato un questionario, lo IAT (*Internet Addiction Test*), composto da 20 item diversi.

Le domande mirano a identificare coloro che fanno di *Internet* un uso prolungato (decine di ore a settimana) sino a trascurare gli affetti familiari, il lavoro, lo studio, le relazioni sociali e la propria persona (notte insonni, ansia, agitazione psicomotoria, depressione legata al fatto di essere *off-line*, sogni e fantasie riguardanti *Internet*).

Alle domande si risponde scegliendo tra 5 modalità differenti:

- rare volte: punti 1;
- occasionalmente: punti 2;
- piuttosto spesso: punti 3;
- spesso: punti 4;
- sempre: punti 5.

Le domande a cui rispondere annotando il punteggio sono 20.

1. Siete rimasti *on line* più a lungo di quanto intendevate?
2. Trascurate le faccende domestiche per passare più tempo collegati?
3. Preferite l'eccitazione offerta da *Internet* all'intimità con il vostro partner?
4. Preferite stabilire nuovi rapporti con altri utenti *online*?

5. Le persone attorno a voi si lamentano per la quantità di tempo che passate *online*?
6. I vostri studi risentono negativamente della quantità di tempo che passate *online*?
7. Controllate la vostra *e-mail* prima di fare qualche altra cosa importante?
8. La vostra resa sul lavoro o la vostra produttività sono influenzate negativamente da *Internet*?
9. Vi capita di stare sulla difensiva o di minimizzare quando qualcuno vi chiede cosa fate *online*?
10. Vi ritrovate a scacciare pensieri negativi sulla vostra vita con il pensiero consolatorio di *Internet*?
11. Vi capita di scoprirvi a pregustare il momento in cui sarete nuovamente *online*?
12. Temete che la vita senza *Internet* sarebbe noiosa, vuota e senza gioia?
13. Vi capita di scattare, alzare la voce o rispondere male se qualcuno vi disturba mentre siete collegati?
14. Perdete ore di sonno perché restate alzati fino a tardi davanti al computer?
15. Pensate a *Internet* quando non siete al computer, o di fantasticare quando non siete collegati?
16. Dite "ancora qualche minuto e spengo" quando siete collegati?
17. Avete già tentato di ridurre la quantità di tempo che passate *online* senza riuscirci?
18. Cercate di nascondere quanto tempo passate *online*?
19. Scegliete di passare più tempo *online* anziché uscire con gli altri?
20. Vi sentite depressi, irritabili o nervosi quando non siete collegati, mentre state benissimo quando siete nuovamente davanti al computer?

A seconda del punteggio ottenuto rispondendo a tutte le domande, il soggetto può autovalutare il proprio livello di dipendenza da *Internet* identificandosi in uno dei tre profili che corrispondono a quattro *range* di risultati possibili:

- punteggio tra 0 e 19 punti: massimo controllo dell'uso di *Internet*;
- punteggio tra 20 e 49 punti: utilizzatore medio di *Internet*, a cui può a volte capitare di navigare in Rete un po' troppo a lungo, senza però perdere il controllo della situazione;
- punteggio tra 50 e 79 punti: punteggio al di sopra della media. La persona ha già diversi problemi a causa di *Internet* e dovrebbe riflettere sull'impatto che questi problemi hanno sulla sua stessa vita;
- punteggio tra 80 e 100 punti: l'uso di *Internet* è intensissimo e sta causando alla persona notevoli problemi. La persona dovrebbe considerare l'impatto di *Internet* sulla sua vita e affrontare i problemi causati dall'abuso di tale strumento.

Ruolo dei Ser.D. e progetti dedicati

È importante evidenziare che le dipendenze comportamentali riguardano, come le dipendenze da sostanze e da alcol, la salute pubblica.

I criteri che rilevano le forme di dipendenza, da alcol in particolare, evidenziati nei manuali diagnostici condivisi dalla comunità scientifica internazionale, sono risultati per molti versi sovrapponibili alle caratteristiche evidenti delle manifestazioni delle dipendenze senza sostanze.

Emerge altresì, il confronto di diverse osservazioni degli studiosi del problema, che l'abuso o la dipendenza da *Internet* non possa

essere considerata un disturbo a sé stante ma un sintomo psicologico connesso a quadri diagnostici differenti.

I fattori di rischio includono una storia di polidipendenza, condizioni psicopatologiche come disturbo depressivo, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo bipolare, compulsione sessuale, gioco d'azzardo patologico, o fattori situazionali, come sindrome da *burnout*, contrasto coniugale o abuso infantile.

Nell'ambito delle Linee Guida per l'attivazione di sperimentazioni nell'ambito delle politiche di Welfare della Regione Lombardia, deliberazione n. IX/3239 seduta del 4/4/2012, la ASL Milano 2 ha sviluppato un progetto specifico, con un sotto progetto "Sperimentazione sul trattamento della *Internet Addiction*", che ha raccolto alcune considerazioni cliniche che possono fare da conduttore e su cui continuare a lavorare per comprendere la varietà delle situazioni e lo sviluppo dei programmi di cura in Italia.

Il progetto si è sviluppato come modalità innovativa per il trattamento delle dipendenze comportamentali, dedicato ai disagi relativi ad un uso eccessivo di *Internet*, ha considerato in primo luogo la costruzione di collaborazioni tra professionisti della ASL e degli enti accreditati del territorio e l'implementazione della rete con la partecipazione di: Centri Psico Sociali, Servizi di Neuropsichiatria Infantile, Centri di Aggregazione Giovanile, Scuole, Servizi Sociali Comunali, Uffici di Piano, Aziende Sociali, Consulenti pubblici e privati, Dipartimento Prevenzione, Medici di medicina generale.

Gli utenti destinatari previsti i pazienti utilizzatori, con abuso o dipendenza dalla Rete, i loro famigliari, i pazienti tossicodipendenti, alcolodipendenti o con altre dipendenze comportamentali che fossero già in trattamento presso i servizi della ASL e che avessero presentato altresì problematiche legate all'uso di *Internet* o pazienti in conclusione di trattamento per altre dipendenze e in fase di reinserimento sociale ma intrappolati nella Rete e a forte rischio di sviluppo di forme di dipendenza compensative attraverso il *Web*.

Gli interventi attuati hanno avuto inizio con un'attenta fase di accoglienza e di condivisione della domanda di aiuto presentata, a cui è seguita la presa in carico e la proposta di un progetto di cura condiviso con il paziente.

La cura ha previsto una psicoterapia individuale centrata non solo sulla problematica del *Web* ma su un progetto concordato nell'ambito della riformulazione della domanda di aiuto del paziente stesso che comprendesse altresì la considerazione dell'ambiente sociale di inserimento.

In alcuni casi è stato concordato, se necessario, e condiviso da tutti i componenti del sistema, il coinvolgimento dei famigliari più significativi per una valutazione della situazione ambientale al fine di proporre loro una terapia breve orientata alla gestione relazionale e alla riattribuzione dei ruoli e dei confini generazionali.

In questa fase progettuale l'obiettivo attuabile è stato un trattamento ambulatoriale di valutazione dell'utenza dal punto di vista clinico e della consistenza numerica della domanda di presa in carico.

La possibilità di attuare interventi diversificati, come percorsi in collaborazione con gli enti accreditati del privato sociale con l'obiettivo di strutturare un trattamento residenziale o semiresidenziale (orario serale e/o fine settimana) presso strutture accreditate, sia per pazienti che per i loro famigliari, fa parte della possibilità di evoluzione del progetto.

Nell'ambito di questo progetto di sperimentazione, che è durato dal luglio 2012 al gennaio 2014, sono stati presi in carico e sottoposti a trattamento psicoterapeutico ambulatoriale 18 pazienti

e 4 famigliari, accomunati da un uso eccessivo di *Internet* e caratterizzati da profili differenti sia per quanto riguarda la sintomatologia legata al *Web*, sia per le dinamiche psicopatologiche sottostanti.

Prima di descrivere tutto ciò ci fermiamo a riflettere sugli studi internazionali che hanno preceduto l'uscita del DSM 5, il quale non comprende la classificazione del disturbo da uso eccessivo o dipendenza da *Internet*. Dapprima alcuni studiosi avrebbero considerato di includere in questo gruppo di pazienti solo alcuni utilizzatori, coloro che fanno un uso smodato di giochi *on line* e altri avrebbero incluso anche gli utilizzatori di *chat line*, ma pare si sia optato per un approfondimento diagnostico da rivalutare attraverso osservazioni cliniche corredate da studi di *neuroimaging*.

Sulla scorta di queste prime osservazioni di studiosi internazionali si è orientata anche la nostra osservazione clinica, da cui sono emerse le considerazioni che seguono.

Dei nostri 18 pazienti solo 4 sono dediti a forme di *addiction* legate ai videogiochi e utilizzano *chat line* e *social network* come forma prevalente di comunicazione.

Gli altri nostri utenti manifestano interesse alle modalità sopra citate ma con prevalenza verso altre forme di utilizzo della Rete. Pertanto possiamo definirle forme miste, se partiamo dall'ipotesi di osservazione dei colleghi stranieri che hanno formulato le prime possibilità diagnostiche. 6 pazienti presentano una forma mista con *cybersex addiction*, 3 forma mista con gioco d'azzardo *on line*, 5 forma mista con uso di alcol e sostanze.

Un'altra interessante osservazione è che i 4 utilizzatori "puri" di *videogames* e *social network* abbiano un'età compresa fra i 18 e i 22 anni, condizione che rende difficile la formulazione della diagnosi di dipendenza conclamata e che dà la possibilità di formulare un'ipotesi diagnostica che individui tratti di un disturbo da uso eccessivo di *Internet*.

Questo ci permette di attuare una valutazione ipotetica di forme di esordio e di predisporre un intervento preventivo alla dipendenza conclamata che coinvolga il paziente in un progetto terapeutico centrato sulle sue potenzialità di comunicazione e di relazione oggettuale.

Per tutte le altre situazioni che comprendono una comorbilità con altre forme di dipendenza comportamentale, *sexual addiction*, *gambling*, *love addiction*, è possibile non solo diagnosticare una *internet addiction* ma prevedere una poli-dipendenza.

Ciò che è giunto alla nostra osservazione clinica, le storie individuali, i problemi intrapsichici dei pazienti e le connessioni con la loro modalità relazionale e di interazione con l'ambiente, contiene dati interessanti per ciò che potrebbe riguardare la prognosi e la progettazione di nuovi modelli di trattamento.

Sembra che questi pazienti siano poco preoccupati della possibile evoluzione negativa della loro sintomatologia e che siano a rischio di sottovalutare gli sviluppi futuri del loro problema.

Si manifesta, come per altri casi di dipendenza già trattati, la sensazione di onnipotenza e di controllo della situazione ma in questi casi si somma la totale inconsapevolezza, l'impossibilità di pensare una sofferenza sottostante, di mentalizzare il dolore stratificato da esperienze passate che si sono sovrapposte senza elaborazione.

Sembra altresì che l'uso smodato di *Internet* sia l'unico antidoto per un dolore che non si può sentire, né tantomeno manifestare. *Internet* sembra avere lo stesso ruolo dell'eroina, rappresentare il rifugio da un dolore psichico intollerabile.

A proposito del ritorno dell'uso dell'eroina, c'è una ricerca recente (2014): i nuovi dati del rapporto Espad, raccolti dall'Istituto Cnr di Pisa, evidenziano che in Italia ci sono 16.000 studenti tra

i 15 e i 19 anni, pari allo 0,7% del totale, che assumono eroina almeno 10 volte al mese.

Una simile frequenza non definisce un uso estemporaneo ma un utilizzo abituale che può diventare l'anticamera della dipendenza.

Psicopatologie e dipendenze comportamentali

Sembra che il meccanismo di difesa che i pazienti adottino in modo particolare sia la dissociazione, altri studiosi concordano in merito, in particolare Tonioni (2013) descrive il bisogno di alcuni individui di creare inconsapevolmente stati alterati di coscienza, stati dissociativi, la cui matrice sensoriale ha lo scopo di annullare le percezioni relative alla realtà ordinaria.

Le reiterazioni di questi stati a scopo difensivo fanno della dissociazione una difesa e possono, con il tempo, costruire la dinamica di base della dipendenza patologica, fino a configurare i modelli compulsivi stessi come forme comportamentali dissociative.

Nei casi clinici che abbiamo trattato e da altri studi in letteratura sono emersi tratti di personalità che possono ricondurci a pensare a tipologie più a rischio di sviluppare dipendenza da *Internet*: identità fragile, oscillazione brusca di umore che va dall'eccitazione alla depressione, ritiro sociale, resistenza agli affetti e agli scambi emotivi, personalità evitanti, stati limite o disturbi di personalità conclamati, grave nevrosi isterica con congelamento emotivo, grave nevrosi ossessivo-compulsiva con eccessivo controllo, grave nevrosi fobica con evitamento marcato, comorbilità con altre dipendenze.

Il problema delle difese messe in atto da queste tipologie di personalità sembra però essere piuttosto complesso.

Nei casi in cui il meccanismo di difesa prevalente che viene messo in atto è la dissociazione, avviene la separazione di alcuni processi mentali, cioè la perdita di interrelazione fra i gruppi di processi mentali i quali funzionano indipendentemente dagli altri.

Coesistono due o più processi mentali senza connettersi o integrarsi.

Non dobbiamo dimenticare, a proposito di tenere in considerazione la psicopatologia sottostante al sintomo, che la dissociazione è un meccanismo di difesa proprio dell'*isteria* o della *schizofrenia* (Hinsie, Campbell 1979).

Ci sono altre due distinzioni da considerare a riguardo: la dissociazione intellettuale riguarda le connessioni delle idee, la dissociazione affettiva riguarda le correlazioni dell'affettività con il pensiero, la separazione delle idee dai loro affetti corrispondenti (per esempio i racconti tristi accompagnati da risate che osserviamo nei racconti e che possono sembrare a prima vista delle minimizzazioni).

Si usa il termine dissociazione in riferimento alle funzioni, per esempio dissociazione dalla coscienza e dal pensiero e il termine scissione per riferirsi alle strutture psichiche, come per esempio la scissione dell'Io.

I pazienti che noi trattiamo nei Servizi per le Dipendenze presentano spesso tratti o disturbi di personalità conclamati propri delle strutture più fragili, compromesse nella strutturazione dell'Io e talvolta anche del Super-Io, pertanto possiamo anche trovarci di fronte a personalità che mettono in atto la modalità difensiva della scissione.

Si tratta di comprendere la gravità della psicopatologia sottostante la manifestazione del comportamento dipendente e di considerarne anche il funzionamento.

Nelle personalità più primitive, che non hanno potuto utilizzare le difese più evolute e gli strumenti necessari per un'introspezione, come abbiamo spesso osservato nelle nostre casistiche che riguardano i pazienti eroinomani, il dolore psichico sembra essere inaffrontabile e la sostanza ha la funzione di scindere le sensazioni spiacevoli e lenire così quel dolore intollerabile.

Nei casi di individui in cui prevalgono i tratti schizoidi l'esperienza personale è scissa a due livelli, nei rapporti con l'ambiente e con se stesso e in uno o in entrambi di questi livelli, a turno, ci può essere dell'intollerabile.

Spesso costoro non sono in grado di partecipare al mondo e di sentirsi insieme con gli altri, nelle *chat line* o nei giochi di ruolo riescono a relazionarsi con gli altri tramite una parte di sé e a non vivere la relazione come pericolosa, non si sentono coinvolti né giudicati o chiamati a partecipare, possono interrompere la comunicazione a proprio piacimento e celarsi secondo le proprie esigenze.

In sostanza il soggetto con un disturbo di personalità con riferimenti persecutori sulle relazioni teme il fantasma di un nemico e così si tutela riuscendo a non esporsi in toto.

Una modalità di relazione che può sostenere senza pericolo è questa, attraverso un travestimento, una maschera, utilizza un meccanismo di difesa arcaico che gli consente di sopravvivere a livello relazionale.

I tossicodipendenti da eroina possono relazionarsi e sopportare la realtà, quando sono sotto effetto di sostanze non sentono la propria fragilità e insicurezza, l'anestetico funziona da protettore della struttura fragile. Il vantaggio della dipendenza, anche della *Internet addiction*, sembra essere quello di ripristinare la situazione dell'onnipotenza infantile, dove c'era la percezione che il bisogno fosse colmato prima che emergesse.

Altre tipologie di nostri pazienti utilizzano il meccanismo mentale dell'isolamento, difesa che può essere considerata un tipo di dissociazione.

In queste persone un'idea, un pensiero, un affetto possono essere isolate dall'esperienza del soggetto e non fargli sentire la carica emotiva.

Questa modalità di gestione delle emozioni ha a che fare con un meccanismo arcaico di difesa, il divieto del toccare (spesso citato da Freud), del contatto, sia con gli altri e con se stesso, che fa parte dello spettro ossessivo e, se si manifesta nella sua gravità, può essere di impedimento per le associazioni e il pensiero consapevole, quindi anche un ostacolo alla terapia.

L'isolamento presuppone un controllo delle emozioni (controllo ossessivo), consiste nel controllare che non compaia nella coscienza e nelle emozioni qualcosa di spiacevole.

Terapia e possibilità di cura

Un tema fondamentale per l'impostazione del trattamento e la comprensione delle risorse del paziente è la diagnosi di personalità.

Ci sono soggetti che hanno sviluppato una struttura di personalità con un Io e un Super Io integri ed altre, gravemente compromesse, con difetti di costituzione di queste due istanze per cui, la letteratura e l'esperienza clinica ci suggerisce che è difficile che si possano osservare progressi terapeutici risolutivi.

Ma questo concetto risulta piuttosto statico dal punto di vista prognostico, in particolare nei casi dei disturbi da *addiction* si è rivelato più utile porre l'accento sul funzionamento relazionale del paziente in un'ottica di diagnosi evolutiva.

Per comprendere cosa si è verificato nell'esperienza del paziente possiamo, come terapeuti, utilizzare il tempo della nostra relazione con lui per comprendere insieme se ci possono essere delle risorse da mettere in gioco.

L'organizzazione della personalità parte dalle strutture nucleari dell'infanzia, gli stadi successivi si possono esprimere in forme più evolute, che vengono influenzate anche dagli eventi dello sviluppo, relazionali e ambientali.

Ci sono pattern comportamentali che rimangono stabili e rappresentano la struttura di personalità, altri che, nel contesto della complessità e della variabilità dei conflitti, possono raggiungere modalità di funzionamento più adattate alle esigenze della realtà.

Le difese arcaiche, come ad esempio la scissione, o la dissociazione e la loro messa in atto, in particolari momenti della vita, potrebbe essere solo un tentativo, seppur primitivo, di uscire dal terrore del caos, dalla paura dell'indefinito, dal disordine emozionale.

Se questo tentativo primitivo di costruire un proprio ordine emotivo può lasciare spazio ad una possibilità di porsi, anche solo per alcuni momenti, in un modo differente verso le relazioni, ciò può farci ben sperare, in qualità di terapeuti, che possa esserci spazio per un riordino delle emozioni e delle esperienze.

Chi scambia con il mondo di *Internet* le proprie comunicazioni ed ha nelle interazioni con gli altri uno scambio emotivo-affettivo, sembra che riesca a mettere poche maschere nella relazione *on line*, cioè si mette in gioco in modo più autentico, più vicino alla propria identità.

Sembra che queste persone, dalle osservazioni cliniche sui casi per ora giunti alla nostra osservazione, abbiano più possibilità di beneficiare di una psicoterapia.

La psicoterapia psicoanalitica, per citare una tecnica che è risultata adatta nella comprensione del funzionamento psichico delle dipendenze comportamentali, ha come obiettivo di modificare quanto possibile il funzionamento patologico della struttura psichica; di cercare di modificarlo da limitativo e distruttivo e sostituirlo con funzionamenti più adeguati all'età e all'attualità, soddisfacenti e adattivamente efficaci e scelti dal paziente nel contesto del trattamento.

Il paziente ha anche l'opportunità di trovare nuove soluzioni ai conflitti in quanto da adulti, con l'evoluzione permessa dal trattamento analitico, si dispone di risorse maggiori e di un funzionamento più flessibile nei confronti della realtà.

Lo sviluppo più significativo, per ciò che concerne i casi di dipendenza, in particolare riguarda la capacità di distinguere fra pensiero e azione, riconoscendo desideri e fantasie che prima erano bloccate dall'angoscia reprimente o completamente sciolte dagli impulsi o dalle compulsioni che li traducevano immediatamente in azioni.

Le possibilità di poter intraprendere un trattamento va data al paziente ma anche a se stessi in quanto terapeuti così da non irrigidirsi nelle categorie diagnostiche e darsi la possibilità di osservare nel tempo e ascoltare anche cosa chiede e spera il paziente al di là delle sue parole.

Non dimentichiamoci che queste persone comunicano molto di più, anche nel contesto terapeutico, con la modalità non verbale.

La stessa pratica clinica, insieme alla letteratura sulla psicoterapia sui disturbi gravi di personalità (Kernberg 1975) suggerisce che una diagnosi accurata va formulata nel corso di un trattamento; si possono così attribuire significati alla sintomatologia e alla struttura di personalità e comprenderne le possibilità evolutive.

Al fine di una presa in carico efficace occorre che lo specialista sia formato dal punto di vista della clinica delle dipendenze e che abbia altresì una competenza nell'ambito delle dipendenze comportamentali e abbia anche una conoscenza della tecnologia, dell'uso del computer, della Rete e dei relativi sistemi di funzionamento.

Tutto ciò per offrire al paziente l'opportunità di poter condividere le proprie emozioni rispetto alle esperienze virtuali e comprenderne le difficoltà al fine di una buona alleanza terapeutica.

La storia di Mario

Un ragazzo dell'ultimo anno di superiori, che qui chiamiamo Mario, frequenta un istituto privato di una città di provincia, scuola con una tradizione e un nome prestigiosi.

Papà e mamma hanno investito su un proprio ideale, che hanno infuso al figlio, il quale, non avendone maturato uno proprio, sembra essersi tacitamente adeguato.

I genitori fanno fatica a pagare la scuola elitaria ma hanno convogliato buona parte dei loro risparmi per il percorso di studi del loro unico figlio.

La delusione per i genitori si manifesta negli ultimi due anni in cui il ragazzo fa assenze da scuola per malattia, una sintomatologia somatica che va dai mal di pancia ad alcune linee di febbre o al mal di testa.

In questo ritiro dalla quotidianità che lo espone al confronto con gli altri e con le proprie capacità e difficoltà, Mario si costruisce una vita parallela su *Internet*.

Il suo passatempo preferito sono i giochi di ruolo, dove si esprime attraverso personaggi che simboleggiano la sua rabbia che non può esternare nella realtà.

L'unica manifestazione che si può permettere in questo momento è un atteggiamento passivo aggressivo, che si concretizza con le assenze da scuola, l'inappetenza, il ritiro sociale.

Gli amici con cui comunica sono prevalentemente fruitori di *gaming on line*.

Una situazione che non lascia spazio ad un'introspezione e alla possibilità di accorgersi che le aspettative sono sempre state quelle dei genitori e che nulla hanno avuto a che fare con i propri desideri, salvo l'intenzione di non deludere coloro che hanno tanto riposto le aspettative in lui.

Il problema non riguarda le capacità cognitive ma sembra dapprima essere stato generato da alcune delusioni relazionali con i coetanei, che ci sono state ma che non hanno avuto modo di essere elaborate.

Sembra che ciò abbia avviato un problema di apatia che può essere collegato a un umore deflesso, ad un ritiro, come se ci fosse il bisogno di isolarsi da qualcosa.

Queste manifestazioni potrebbero rientrare in una fase della crescita, in un periodo di riadattamento ai cambiamenti del corpo e delle esigenze delle pulsioni ma a ciò si accompagna un modello di investimento sul denaro, principio infuso dalle convinzioni genitoriali, non sulle proprie potenzialità.

I genitori stessi hanno trasmesso, inconsapevolmente o no, un modello siffatto.

Rapiti dalle trasmissioni televisive sui giochi con vincite, rappresentano in quel modo le loro ansie, paure e desideri che passavano al figlio come aspettative ed esigenze verso di lui.

Con questi stimoli non possono di certo pretendere che il ragazzo investa in cultura, musica, sport, amore per l'arte o passione per una professione dal contenuto intrinseco.

Risultato: una grossa ambivalenza di Mario nel poter fare una propria scelta e un adattamento ad un modello di vita basata sulla concretezza e su ideali di realizzazione basati sulle cose e non sulle potenzialità individuali e sulle emozioni.

Autostima ai piedi e ricerca di colmare il vuoto con le cose materiali.

Lo star male di Mario è trasformato negli scarsi risultati scolastici, espressione di una rabbia per doversi adeguare ad un modello familiare pre-scelto ma allo stesso tempo lo sviluppo di aspettative basate sugli ideali di facile conquista delle cose attraverso il denaro, proprio come trasmesso. L'isolamento dalle emozioni e dai pensieri che non sente come propri ma indotti, il bisogno di crearsi dei personaggi virtuali che possano dar sfogo alla rabbia repressa e alla propria intenzionalità che nella realtà non può esprimere, pena il sentimento di tradire i modelli familiari e la dedizione dei genitori verso di lui.

Il dibattito in se stesso è chiuso e l'impossibilità ad esprimerlo fa emergere il malessere del corpo e l'apatia che avrebbe potuto generare una depressione se non ci fosse stato il rifugio della realtà virtuale che gli ha potuto permettere di esternare almeno una parte delle proprie emozioni.

Commento

Il disinteresse di Mario sembra sottendere qualcosa di più triste, la difficoltà a sperare.

I giovani che vediamo, inviati spesso da genitori preoccupati perché non hanno risultati scolastici, sono di fondo disinteressati alla quotidianità e di umore deflesso.

Hanno difficoltà ad investire su di sé, dimostrano poca curiosità verso ciò che hanno intorno e non amano la cultura, non sono desiderosi di sapere le cose.

Sembra facciano una fatica enorme anche a concentrarsi sulla piacevolezza di condividere qualcosa di immateriale, preferi-

scono trattare argomenti di moda e di tendenza musicale appassionandosi al *disc jockey* del momento, nemmeno ai gruppi o autori che hanno fatto storia.

In questo scenario domina la concretezza e ahimè l'attaccamento alla convinzione che il denaro, o qualche repentino cambiamento di scenario, proprio come avviene sul *web*, possa magicamente risolvere i problemi.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2014), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, V edizione, DSM-5, Raffaello Cortina, Milano.
- Aa.Vv. (1998), *La realtà del virtuale*, Laterza, Bari.
- Bakken I.J., Wenzel G.H., Gotestam K.G., Johansson A., Oren A. (2009), in *Scandinavian Journal of Psychology*, 50(2): 121-127.
- Cantelmi T. et al. (2000), *La mente in Internet. Psicopatologia delle condotte on-line*, Piccin, Padova.
- Hinsie L.E., Campbell R.J. (1979), *Dizionario di Psichiatria*, Astrolabio, Roma.
- Kernberg O.F. (1978), *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Boringhieri, Torino.
- Lucchini A., Cicerone P.E. (2011), *Oltre l'eccesso*, FrancoAngeli, Milano.
- Maffei G. (2002), *Le fini delle cure*, Bollati Boringhieri, Torino.
- McDougall J. (2003), *Stati caotici della mente*, Raffaello Cortina, Milano.
- Pravettoni G. (2002), *Web psychology*, Guerini, Milano.
- Shaw M., Black DW. (2008), "Internet addiction. Definition, assessment, epidemiology and clinical management", *CNS Drugs*, 22(5): 353-65.
- Tonioni F. (2013), *Psicopatologia web mediata*, Springer, Milano.
- Weinstein A., Lejoyeux M. (2010), "Internet addiction or excessive internet use" in *Am J Drug Alcohol Abuse*, 36(5):277-83.
- Young K.S. et al. (2012), *Internet addiction; a handbook and guide to evaluation and treatment*, Wiley, Hoboken, NJ, USA.
- Young K.S. (2000), *Presi nella rete*, Wiley, Calderini, Milano.

RECENSIONE



Marzio Marino, Carlo Arrigone
a cura di Luigi Campagner

GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO: IL GIOCO MALATO

Editore: Edizioni Odon

Il manuale fornisce un documentato inquadramento del gioco d'azzardo patologico, analizzato da più punti di vista (sociologico, neurobiologico, psicologico, ecc.) con particolare attenzione ai dati emergenti dalla ricerca scientifica.

Si rivolge a tutti i professionisti (medici, psicologi, assistenti sociali, educatori, infermieri) che, per ragioni professionali o per interesse personale, si avvicinano al mondo del gioco d'azzardo o del GAP.

Il linguaggio semplice e colloquiale utilizzato lo rende comunque accessibile anche ai "non addetti ai lavori" che per motivi diversi vogliono avere un'immagine più chiara di un fenomeno che, volenti o nolenti, sembra riguardarci sempre più da vicino.

Marzio Marino, psicologo clinico impegnato nell'area delle dipendenze, collabora con importanti servizi riabilitativi e con alcuni servizi specialistici in Lombardia e in Veneto.

Carlo Arrigone, psicologo e psicoanalista, formatore e conduttore di gruppi clinici, saggista, fondatore dei centri Artemisia e Kirikù, promuove l'attività dell'Associazione culturale Odon.

Introduzione di Vincenzo Marino, psichiatra e psicoterapeuta, docente di Sociologia della devianza presso la Scuola di Medicina della Università degli Studi dell'Insubria, Direttore del Dipartimento Dipendenze dell'ASL della provincia di Varese, saggista e membro della Consulta Nazionale per le Dipendenze. È tra i massimi esperti in materia a livello nazionale.

Il curatore Luigi Campagner, psicoanalista, formatore, saggista, fondatore dei centri Artemisia e Kirikù, presidente della Associazione culturale Odon.

Facciamoci conoscere meglio. Broadcast ourselves con YouTube

Fabio Lugoboni, Marco Faccini*, Francesca Tognon**, Lucia Antolini**,
Francesca Andreoli**, Alessandra Zenere**, Patrizia Guadagnini*, Federica Pancaldi*,
Rebecca Casari*, Paolo Mezzelani*, Federica Di Giovanna****

SUMMARY

■ *YouTube celebrates 9 years, in which the web platform dedicated to video, has changed many of our habits, making easier and easier, at least among young people, the use of video through computers, mobile phones and tablets.*

YouTube has made as global the concept of sharing videos.

Using the slogan "broadcast yourself", has turned many people into movie-makers, giving the possibility of a lasting visual memory, part of an immense and everlasting archive.

This opportunity has been little used from the world of health-professionals dealing with addiction.

With the use of a small video-camera, the Addiction Unit of the University Hospital of Verona, made 15 videos in order to present in a synthetic way the multifaceted activities of one of the few inpatient units existing in Italy, entirely dedicated to substance dependence.

In 12 months were recorded from YouTube around 10.000 views, 650 on average per video.

The ranking of views gave unexpected results.

Disorders described as very sensitive to contacts in the web, such as cocaine, were much less viewed than heroin.

Even more unexpected came out the case of benzodiazepines.

These drugs resulted to move a great interest, reflecting a deep disconnection between the concern by patients consumers of such drugs and the neglect of a large part of the therapists and official bodies.

A year later, about 85 % of patients requiring access to our unit to reach a detoxification from high-dose of benzodiazepine, is through a contact with the web.

The videos on YouTube, posted 1 year ago, have proved to be an effective, very cheap form of direct communication with people with addiction problems.

These results highlight the need to develop and upload videos containing evidence based messages both to increase the overall proportion of videos in all categories, particularly in substance use disorders.

Research is needed to study whether YouTube videos influence knowledge, attitudes and behaviours regarding this crucial social and medical concern, rather than to blame YouTube as a way to spread new drugs. ■

Keywords: *addiction, substance use disorder, SUD, drug dependence, web, YouTube, communication.*

Parole chiave: *dipendenze patologiche, disturbo da uso di sostanze, DUS, tossicodipendenza, web, YouTube, comunicazione.*

Introduzione

YouTube compie 9 anni, nei quali la piattaforma web dedicata ai video, ha cambiato molte delle nostre abitudini, rendendo quotidiano, almeno tra i giovani, l'uso dei video attraverso compu-

* Unità di Degenza Medicina delle Dipendenze, Policlinico GB Rossi dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata - Verona.

** Scuola di Igiene e Prevenzione, Università di Verona.

***Servizio per lo Sviluppo della Professionalità e l'Innovazione, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata - Verona.

ter, telefonini e tablet. YouTube (YT) ha reso planetario il concetto di condivisione dei video. Fedele allo slogan degli esordi "broadcast yourself", ha trasformato molte persone in "piccoli registi", dando la possibilità di una memoria visiva duratura, parte di un archivio immenso e perenne.

Tale opportunità è stata poco usata però dal mondo degli operatori professionali delle dipendenze patologiche.

L'Unità Operativa di Medicina delle Dipendenze (MDD) è stata fondata nel 2000.

Inserita nel Policlinico dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona è pienamente operativa, come degenze, dal

gennaio 2002 ed è una delle pochissime strutture in Italia ad avere posti letto interamente dedicati alla cura di qualsiasi tipo di dipendenza sia lecita che illecita.

La necessità di una detossificazione da sostanze è un'evenienza a volte necessaria nel complesso iter di affrancamento dalla dipendenza.

Un ricovero in ambiente specialistico rassicura il paziente, generalmente molto intimorito nell'affrontare la disintossicazione, permette di risolvere situazioni di poliabuso di complessità improponibile generalmente a reparti di medicina generale.

Le probabilità di successo nel lungo termine, naturalmente, sono sensibilmente maggiori se l'intervento viene concordato con i terapeuti o le strutture che hanno in carico il paziente.

Operativamente, MDD è composta da 2 medici strutturati a tempo indeterminato, 1 a tempo determinato, 1 amministrativo, 1 psicologo borsista.

Il corpo infermieristico è condiviso con l'adiacente reparto di Malattie Infettive.

MDD dispone di 4 letti ed effettua circa 160 ricoveri all'anno.

A livello ambulatoriale, gestisce il più frequentato Centro di Trattamento del Tabagismo della Regione Veneto, con oltre 400 fumatori presi in carico all'anno, ed un frequentato ambulatorio alcolico (1, 2).

Il detto anglosassone "*publish or perish*" (pubblica o muori), nel caso di un'unità così piccola, particolare e con competenze così specialistiche, prende le tinte di una lotta per la sopravvivenza, dove il detto andrebbe espanso in un "*publish to become known, or perish*" (pubblica per farti conoscere o muori).

Pubblicare per farsi conoscere però è un modo molto indiretto di raggiungere lo scopo: i professionisti italiani, per conoscere ed utilizzare la nostra unità, dovrebbero leggere la stampa internazionale e nazionale, convincersi dell'utilità e qualità degli interventi proposti da MDD per inviare, infine, i propri pazienti; un percorso tortuoso e lento.

Basti pensare che un farmaco inserito in linee guida di riferimento ed ampiamente citato dalla stampa scientifica impiega, mediamente, ben 8 anni ad "entrare nella penna" del medico, nonostante la pressione dell'industria del farmaco (3).

Infatti, a dispetto di una mole significativa di lavori scientifici pubblicati sulle più importanti riviste di settore, MDD è ancora sconosciuta alla maggior parte dei Ser.D. italiani, pur offrendo servizi di ricovero gratuiti e specifici, difficilmente reperibili in altre strutture.

Ecco che forme di comunicazione diretta con l'utenza finale (i pazienti), prendono un'importanza strategica: potrebbero portare dritti al potenziale fruitore che chiederà lui stesso al suo terapeuta notizie su tali tipologie di intervento e sull'opportunità o meno di accedervi.

Meglio la carta stampata, dunque, la televisione, i siti web o i video della rete?

Da tempo esiste una copiosa letteratura riguardo all'uso della rete, nelle dipendenze.

Nati inizialmente come approccio di necessità in comunità particolarmente isolate o disperse (zone rurali degli USA, del Canada e dell'Australia), l'uso della rete in tutte le sue potenzialità (siti, blog, mail e, più di recente, video), ha rappresentato sempre maggiormente un'opportunità unica (4-7).

Più di recente, la rete e YT sono stati identificati come veicolo di nuove droghe e molte energie e soldi sono stati spesi per studiare e contrastare tale fenomeno (8-10).

La rete è sempre più diffusa, più di qualsiasi quotidiano e più accessibile della televisione, mezzi a cui è difficile accedere fuori dai canali della politica (nel caso della televisione, in par-

ticolare), con il rischio di dare all'opinione pubblica, come è noto assai male informata e piena di pregiudizi sulle dipendenze patologiche, messaggi "governativi", spesso assai poco condivisi dagli operatori professionali operanti nel "mondo reale".

I recenti contrasti sull'incostituzionalità della legge Fini-Giovanardi tra Dipartimento delle politiche Antidroga (DPA) e FeDerSerD ne sono un chiaro esempio.

Partendo da queste premesse e vedendo la piattaforma YT più come un'opportunità che come un nemico, un anno fa MDD ha deciso di mettere tutta la sua attività in vari video, postandoli poi su YT.

Metodi

Con l'uso di una videocamera non professionale sono stati realizzati 15 video in modo da presentare in modo sintetico l'attività poliedrica di una delle pochissime unità di degenza esistenti in Italia interamente dedicate alla dipendenza da sostanze.

Nella realizzazione materiale dei video, data l'impreparazione a gestire il mezzo tecnico, poi rivelatosi piuttosto semplice, è stato di grande aiuto la collaborazione amichevole con il Servizio per lo Sviluppo della Professionalità e l'Innovazione, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata - Verona, che ci ha messo a disposizione alcune specializzande della Scuola di Igiene e Prevenzione.

Da tempo tale Servizio fa largo uso dei video di simulazione per la formazione in medicina.

Il materiale già presente su YT non è stato di grande aiuto, essendo per lo più molto personalizzato e, va detto, poco visualizzato. Moltissimi i video-intervista dell'attuale capo del DPA presenti su YT, con visualizzazioni molto dicotomizzate: molto cliccati video stravaganti, come quello sulle droghe che provocano cannibalismo, il più visitato in assoluto, quasi ignorati invece quelli più propriamente terapeutici.

Piuttosto rappresentate anche interviste o interventi di presidenti di associazioni del settore, promozioni di cliniche private di dubbia autorevolezza.

Un caso particolare, che va doverosamente segnalato, è l'esperienza della rivista *Tra il fare ed il dire*, molto attiva in rete con video su la piattaforma YT, sul quale vengono trasmessi servizi su eventi, interviste ed approfondimenti legati al tematiche delle dipendenze, purtroppo non molto visitati.

Alla voce Ser.D., su YT si ritrova davvero poco: anche in questo caso qualche intervista a TV locali, qualche esperienza promozionale. Elemento comune, la scarsa attenzione dei visitatori.

Diverso il caso di alcune comunità terapeutiche che, a partire da un paio di anni fa, hanno allestito dei video di presentazione, con risultati di visualizzazione molto diversi, con una media intorno a 300 visualizzazioni per anno.

I nostri video sono stati realizzati in diretta, senza prove, in 2 pomeriggi.

La durata dei video variava dai 2 agli 11 minuti (una durata maggiore può risultare noiosa) ed hanno visto come attori 4 operatori di MDD.

Il linguaggio scelto è stato il meno tecnico possibile, volutamente chiaro e diretto.

Gli obiettivi (e quindi gli argomenti) erano diversi:

1. presentare la filosofia e la storia dell'Unità (2 video);
2. presentare le modalità di prenotazione e di accesso (2 video), essenziali per un'Unità che per 80% vede pazienti da fuori Verona;

3. presentazione delle tipologie di dipendenza trattate, dei protocolli e delle modalità di intervento (8 video);
4. presentazioni di tipo didattico o editoriali dell'Unità (3 video). I video sono stati postati su YT ed è stato creato un link con il preesistente sito web (www.medicinadipendenze.it) dove è possibile reperire materiale scientifico di taglio maggiormente tecnico.

Risultati

Ad un anno esatto dalla presenza su YT i risultati sono stati incoraggianti.

Globalmente, sono state 9716 le visualizzazioni contabilizzate da YouTube, 647 in media per video, con ampie differenze.

La graduatoria delle visualizzazioni ha dato risultati inattesi.

Patologie ritenute o descritte come molto sensibili ai contatti in rete come la cocaina sono risultate molto meno visionate della più classica eroina.

Del tutto peculiare poi il caso delle benzodiazepine (BZD), risultate veramente molto opzionate, a testimonianza del profondo

scollamento esistente tra il sentirsi dipendenti da parte dei pazienti assuntori di tali farmaci e la trascuratezza di larga parte dei terapeuti, del mondo accademico e governativo.

Ma ancor più sorprendente è stato il caso lormetazepam (Minias^R). Incerti fino all'ultimo se differenziare con un video specifico il caso dell'abuso di questa BZD (lormetazepam) dalle altre 25 in commercio in Italia, peraltro oggetto di uno specifico video come accennato prima, abbiamo optato per dare a questo farmaco un risalto particolare.

Il lormetazepam rappresenta più del 50% dei casi di dipendenza da alte dosi da BZD che settimanalmente ricoveriamo nel nostro reparto. Ebbene, il video dedicato a questa BZD ha quasi triplicato le visualizzazioni rispetto al più generalista video sull'abuso delle BZD. Anche l'alto numero di accessi al video sugli oppioidi, secondo in assoluto, racconta a suo modo quanto sia ancora sentito questo argomento a dispetto del presunto, e tutto da dimostrare, impatto delle nuove droghe (mefedrone, catinoni ecc.) (Tab. 1).

Ad un anno di distanza, circa l'85% dei pazienti che chiedono di accedere ad un ricovero per disintossicazione da alte dosi di BZD presso la nostra Unità di degenza (la tipologia che da sola

Tab. 1 - Titolo, tipologia, durata dei video (in ordine di n. di visualizzazioni)

VIDEO	TIPOLOGIA	VISUALIZZAZIONI/ANNO	DURATA (minuti)
Dipendenza/abuso di lormetazepam (Minias^R)	Descrittiva-operativa	2653	6,21
Dipendenza eroina (metadone e buprenorfina)	Descrittiva-operativa	1483	10,02
Dipendenza/abuso di benzodiazepine	Descrittiva-operativa	1125	8,43
Aiutare a smettere di fumare	Didattico-editoriale	786	7,45
Cocaina	Descrittiva-operativa	555	8,37
Come arrivare a MDD (percorso interno)	Informativo	478	3,21
Alcolismo	Descrittiva-operativa	474	9,40
Colloquio motivazionale (I)	Didattico	411	11,27
Storia di MDD	Informativo	393	10,47
Dipendenza/abuso di oppioidi prescrittivi	Descrittiva-operativa	310	10,36
Struttura e filosofia d'intervento di MDD	Informativo	286	1,43
Tabagismo: fisiopatologia e terapia medica	Descrittiva-operativa	249	9,40
Come prenotare le visite a MDD	Informativo	208	1,10
Colloquio motivazionale (II)	Didattico	201	8,37
Tabagismo: terapia di gruppo	Descrittiva-operativa	104	6,56
TOTALE		9716	

vale più del 60% di tutti i ricoveri) viene attraverso un contatto con la rete.

L'assistenza video sull'accesso al servizio (molto tortuoso, in una struttura enorme come il Policlinico), in pratica una telecamera con un operatore che percorre in tempo reale tutti i corridoi ed i bivi fino alla nostra direzione, è stato valutato molto positivamente dai pazienti.

Conclusioni

Raramente è possibile verificare la domanda di interesse per un possibile intervento, nella dipendenza da sostanze, prescindendo dagli accessi ai servizi.

Ma come ben sappiamo, l'accesso ai servizi dedicati alle dipendenze patologiche è condizionato da una serie di paure e pregiudizi (schede, ritorsioni amministrative, conseguenze negative per il posto di lavoro, privacy ecc.), del tutto immotivate, ma su cui è impossibile agire prima di venire a contatto col soggetto interessato.

Vi è poi una diffidenza dovuta alla tipologia di sostanza d'abuso primario; ecco che la "piazza", i pari, potrebbero incoraggiare un tossicodipendente in crisi d'astinenza da eroina a presentarsi ad un Ser.D. per chiedere una terapia sostitutiva, mentre potrebbero dissuaderlo nel caso della cocaina.

Molti altri fattori fanno da filtro, spesso negativo, tra il bisogno di cura e la presentazione ad un servizio.

Le rassicurazioni che ci sentiamo di garantire, in fatto di privacy, accudimento e percorsi terapeutici, ad un paziente preso in carico, potremmo essere in grado di darle tramite video.

Sappiamo che la prevenzione, nel campo delle dipendenze, ha un ruolo marginale, ma non l'informazione.

Una corretta informazione pone le basi migliori per fare chiarezza, definire gli ambiti d'intervento e preparare una relazione terapeutica.

Nel caso di MDD, tale meccanismo si è dimostrato funzionare oltre alle aspettative.

Ha permesso, inoltre, di confermare la grossa attenzione del pubblico interessato al problema trascurato delle BZD e, in particolare modo, del lorazepam.

Il notevole interesse intorno all'eroina ed alle terapie sostitutive è un incoraggiamento a non abbassare la guardia su tale fenomeno. Scoprire poi che vi è più interesse sulla dipendenza ed abuso da oppioidi analgesici, piuttosto che sul tabagismo è stata una sorpresa. Anche in questo caso è un rinforzo a proseguire nell'attenzione a questo fenomeno, come intuito da MDD e, paradossalmente, del tutto trascurato dal Dipartimento delle Politiche Antidroga, nonostante questo fenomeno, nelle sue diverse sfaccettature, rappresenti un problema epidemico negli USA.

Nel caso delle dipendenze da sostanze legali (BZD, alcol, painkiller) l'uso dei video come prima fonte di aggancio, rende possibile un tipico circuito virtuoso: un utente che arriva in questo modo usa la rete ed è più propenso a scambiare notizie in rete (blog, social network ecc.), con la possibilità di reclutare un più grande numero di contatti potenziali.

Naturalmente a noi non serve un numero di contatti altissimo: non sapremmo come rispondere a troppe richieste; il numero di contatti instauratosi in questi 12 mesi ci permette di non restare mai con i letti vuoti, riuscendo a tenere una lista d'attesa intorno ai 15-20 giorni. Avere pazienti coinvolti e più partecipi permette di instaurare da subito un clima migliore tra curante e paziente.

La rete inoltre seleziona utenti migliori, con più risorse potenziali; un migliore livello socio-culturale, una migliore proprietà di linguaggio danno la possibilità di attivare un sostegno psicoterapico una volta tornati a casa, visto che il 60% dei nostri pazienti viene da fuori regione.

Ultimo aspetto, ma non trascurabile, questo tipo di utenza è più disponibile ad elargire donazioni ai nostri Fondi Aggiuntivi di Reparto, con la possibilità di finanziare convegni gratuiti dove contattare terapeuti che potranno inviare i loro pazienti, anche quelli più degradati che forse non hanno accesso alla rete.

Conclusioni

Il video su YT, inserito un anno fa da MDD, si sono dimostrati una forma efficace, ed a costo zero, di comunicazione diretta con l'utenza.

La forma video è di gran lunga preferita, dalle giovani generazioni, alla forma scritta (11-13).

Sebbene presentazioni più creative, animate, ironiche, *trendy* di comunicazione in video sarebbero probabilmente molto più appetibili, la forma video informativa di tipo classico (alla Piero Angela, per essere chiari) è stata molto visualizzata, con un numero di accessi molto maggiore rispetto, ad esempio, a molti video governativi sul tema delle dipendenze patologiche.

L'utilizzo di questa forma di comunicazione, davvero alla portata di tutti, da parte dei Ser.D. potrebbe fornire informazioni e rassicurazioni all'opinione pubblica, nazionale e locale, contribuendo a migliorarne l'immagine, come hanno cercato di fare alcune comunità terapeutiche. Riteniamo che uscire dal diffuso cliché che vede i Ser.D. italiani come semplici distributori di metadone, valorizzandone invece il ruolo in tutte le dipendenze, non ultima la dipendenza da nicotina (si trova presso i Ser.D. il 50% dei servizi antifumo italiani) sia importante per dare il giusto risalto a servizi che il mondo ci invidia, depositari di un sapere veramente peculiare e quasi esclusivo, in materia di dipendenze patologiche.

In tempi di risorse sempre più limitate, *broadcast ourselves* può essere un'ottima idea (12,13).

Conflitto d'interessi

Nessuno.

Bibliografia

- (1) Lugoboni F., Quaglio G., Faccini M., Pajusco B., Casari R., Albiero A., Mezzelani P. (2010), "Un'Unità di degenza interamente dedicata alla dipendenza da sostanze: i primi 10 anni di attività di Medicina delle Dipendenze del Policlinico di Verona", *Mission*, 31: 9-15.
- (2) Lugoboni F., Faccini M., Quaglio G.L., Albiero A., Pajusco B. (2011), "Intravenous flumazenil infusion to treat benzodiazepine dependence should be performed in the inpatient clinical setting for high risk of seizure", *J Psychopharmacol*, 25: 848-9.
- (3) Treweek S., Oxman A.D., Alderson P., Bossuyt P.M., Brandt L., Brožek J., Davoli M., Flottorp S., Harbour R., Hill S., Liberati A., Liira H., Schünemann H.J., Rosenbaum S., Thornton J., Vandvik P.O., Alonso-Coello P. (2013), "DECIDE Consortium. Developing and Evaluating Communication Strategies to Support Informed Decisions and Practice Based on Evidence (DECIDE): protocol and preliminary results", *Implement Sci*, 8: 6.
- (4) Shafer M.S., Rhode R., Chong J. (2004), "Using distance education to promote the transfer of motivational interviewing skills among behavioral health professionals", *J Subst Abuse Treat*, 26: 141-8.

- (5) Amgad M., Alfaar A.S. (2014), "Integrating Web 2.0 in Clinical Research Education in a Developing Country", *J Cancer Educ*, Jan 7. [Epub ahead of print]
- (6) Freeman B. (2012), "New media and tobacco control", *Tob Control*, 21: 139-44.
- (7) Backinger C.L., Pilsner A.M., Augustson E.M., Frydl A., Phillips T., Rowden J. (2011), "YouTube as a source of quitting smoking information", *Tob Control*, 20: 119-22.
- (8) Corazza O., Assi S., Simonato P., Corkery J., Bersani F.S., Demetrovics Z. et al. (2013), "Promoting innovation and excellence to face the rapid diffusion of Novel Psychoactive Substances in the EU: the outcomes of the ReDNet project", *Hum Psychopharmacol*, 28: 317-23.
- (9) Montagne M. (2011), "Drugs and the media: an introduction", *Subst Use Misuse*, 46: 849-51.
- (10) Lange J.E., Daniel J., Homer K., Reed M.B., Clapp J.D. (2010), "Salvia divinorum: effects and use among YouTube users", *Drug Alcohol Depend*, 108: 138-40.
- (11) Azer S.A., Algrain H.A., AlKhelaif R.A., AlEshaiwi S.M. (2013), "Evaluation of the educational value of YouTube videos about physical examination of the cardiovascular and respiratory systems", *J Med Internet Res*, 15: e241.
- (12) Tuong W., Larsen E.R., Armstrong A.W. (2012), "Videos to influence: a systematic review of effectiveness of video-based education in modifying health behaviors", *J Behav Med.*, Nov 28. [Epub ahead of print]
- (13) Johansen A.B., Lumley M., Cano A. (2011), "Effects of video-based therapy preparation targeting experiential acceptance or the therapeutic alliance", *Psychotherapy*, 48: 163-9.

RECENSIONE



Pier Luigi Righetti, Lucio Santoro,
Francesco Sinatora, Marco Ricca

PSICOLOGIA E PEDIATRIA Strumenti per le professioni socio-sanitarie

pp. 240, € 29,00

Collana: Strumenti per il lavoro
psico-sociale ed educativo

Codice: 1305.149

Editore: FrancoAngeli

“Tra il primario che offre il gelato, la allergologa che offre le pizzette, i medici e gli infermieri bravissimi e buonissimi ci si sente proprio bene anche quando si è un po’ giù di morale”.

Serena, 10 anni

Quando un bambino è ricoverato in ospedale o vive un’esperienza di patologia cronica a casa si vengono a intrecciare una serie di vissuti psicologici e propriamente “organici” che portano i clinici a lavorare su due differenti piani di intervento: quello psicologico e quello pediatrico.

Può accadere infatti che l’eziopatogenesi sia organica (pediatrica) con sintomatologia psichica o, viceversa, psichica con sintomatologia organica (pediatrica): un intreccio di situazioni che vedono comunque al centro del processo di cura il bambino.

Psicologia e pediatria, pur mantenendo una loro identità, si incontrano così con un unico scopo: la presa in carico globale del bambino ammalato e della sua famiglia.

Bambino, famiglia, ospedale, cronicità, personale sanitario sono alcuni tra i temi contenuti in questo libro: alcuni contributi si contestualizzano all’interno della cornice ospedaliera del bambino

ricoverato, altri in quella domestica del bambino con patologia cronica. Con lo scopo di fornire indicazioni teoriche ma anche strumenti operativi per quanti a vario titolo si occupano quotidianamente del processo di cura del bambino (personale medico, ma anche familiari, insegnanti...), i vari capitoli sono scritti da psicologi e da pediatri che lavorano quotidianamente l’uno al fianco dell’altro.

In quest’ottica ogni contributo descrive e definisce l’intrecciarsi di aspetti psicologici e pediatrici con al centro il bambino, la sua famiglia, i care giver, gli operatori sanitari, sottolineando la necessità di una modalità teorica e terapeutica dove pediatria e psicologia si intrecciano in modo olistico.

Pier Luigi Righetti, psicologo, psicoterapeuta, insegna Psicopatologia generale e dello sviluppo presso la facoltà di Psicologia dell’Università degli Studi di Padova. Lavora presso il Servizio di Psicologia dell’UOC di Ostetricia e ginecologia dell’Ospedale dell’Angelo di Mestre-Venezia, dove coordina lavori di ricerca nel campo della psicologia della salute.

Lucio Santoro, medico, specialista in Clinica pediatrica ed in Allergologia, è primario di Pediatria presso l’Ospedale Civile di Venezia.

Francesco Sinatora, psicoterapeuta in formazione psicosocioanalitica (Coirag-Ariele Psicoterapia), cultore della materia in Psicopatologia generale e dello sviluppo e in Psicologia dei gruppi presso la facoltà di Psicologia dell’Università degli Studi di Padova, collabora con il Servizio di Psichiatria infantile e psicologia clinica della Clinica pediatrica dell’Università degli Studi di Padova.

Marco Ricca, laureato in Psicologia presso l’Università degli Studi di Padova, diplomato alla Scuola di Specializzazione di Psicologia clinica dell’Università degli Studi di Padova, è membro ordinario della S.I.Psi.T.O. (Società Italiana Psicologia e Psichiatria dei Traumatici d’Organo).

Attività Clinica del Centro GAP Gioco d'azzardo patologico presso la Cooperativa Sociale Romamed: sintesi del progetto di ricerca e primi risultati sperimentali

Michela Colarieti*

SUMMARY

■ *This article reports the experimental research project carried out on a group of 20 patients, within the “Centre GAP - Pathological Gambling” followed by free regime in September 2012 to September 2013 within the Cooperative Romamed. This center is aimed at the prevention, diagnosis and treatment of this social problem increasing in frequency. Is investigating the concept of Ludopatía or Gambling and describes the methodology of the research and intervention in the area. Currently we are going through periods of great change for the new laws on gambling, but the path is still long to be addressed.* ■

Keywords: Pathological gambling, compulsive behavior.

Parole chiave: Gioco d'Azzardo Patologico, comportamento compulsivo.

Il Gioco d'azzardo patologico

Il Gioco d'azzardo patologico (GAP) rientra nelle “nuove dipendenze o new addiction” in cui “non è implicato l'intervento di una sostanza chimica che agisce sull'organismo bensì l'oggetto della dipendenza è un comportamento o un'attività lecita e/o socialmente accettata”.

Con l'uscita del DSM-5 in Italia, il GAP - Gioco d'azzardo patologico viene inserito all'interno delle Dipendenze comportamentali, che include per ora solamente il gioco di azzardo patologico (precedentemente nella categoria di disturbi da discontrollo degli impulsi).

Altri cambiamenti in tema dipendenze sono l'eliminazione delle categorie dell'abuso e della dipendenza da sostanze rimpiazzate con la nuova categoria “disturbi di dipendenza e correlati”.

Viene meglio evidenziato il comportamento di craving e ricerca compulsiva di sostanze, differenziandole dalle normali risposte di tolleranza e di astinenza che qualche paziente prova anche nell'uso di normali trattamenti psicofarmacologici.

Il gioco d'azzardo patologico può essere definito come una dipendenza comportamentale patologica caratterizzata da un persistente comportamento di gioco d'azzardo mal adattivo.

I criteri diagnostici del DSM-V riguardano un comportamento da gioco d'azzardo problematico ricorrente e persistente che porta a stress o a un peggioramento clinicamente significativo (vedi fig. 1).

* *Responsabile del Centro GAP - Gioco d'azzardo patologico Romamed.*

Fig. 1 - Criterio A GAP/DSM 5

Criteri Diagnostici DSM-V 312.31 (F63.0)	
A. Comportamento da gioco d'azzardo problematico ricorrente e persistente che porta a stress o a un peggioramento clinicamente significativo, come indicato dalla presenza nell'individuo di 4 (o più) dei seguenti sintomi per un periodo di almeno 12 mesi:	
1. Necessità di giocare una quantità crescente di denaro con lo scopo di raggiungere l'eccitazione desiderata	5. Spesso gioca quando si sente in difficoltà (per esempio, assenza di speranza, in colpa, ansioso, depresso)
2. È irritabile o irrequieto quando tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo	6. Dopo aver perso soldi al gioco, spesso torna un altro giorno (perdite “inseguite”)
3. Ha effettuato ripetuti sforzi infruttuosi per controllare, ridurre o interrompere il gioco d'azzardo	7. Racconta bugie per nascondere il coinvolgimento nel gioco d'azzardo
4. È spesso preoccupato per il gioco d'azzardo (per esempio, ha pensieri persistenti di rivivere esperienze passate del gioco d'azzardo, di problematiche o di pianificazioni future, pensando come ottenere danaro con cui giocare)	8. Ha messo a repentaglio o ha perso una relazione significativa, il lavoro, lo studio o una opportunità di carriera a causa del gioco d'azzardo
	9. Si basa su altri per cercare denaro per alleviare le disperate situazioni finanziarie causate dal gioco d'azzardo

Inoltre il comportamento da gioco d'azzardo non è meglio descritto da un episodio maniacale (vedi fig. 2).

La ricerca

La ricerca è stata realizzata, dal 09/2012 al 09/2013, dalla Dott.ssa Michela Colarieti, Psicologo Responsabile del Centro GAP all'interno della Cooperativa Sociale Romamed, composta da medici e psicologi, a Roma.

Il panorama nazionale sta cambiando, considerando i servizi psicologici al pari di quelli medici.

Fig. 2 - Criterio B GAP/DSM-V

B. Il comportamento da gioco d'azzardo patologico non è meglio descritto da un episodio maniacale

Specificare se:

<ul style="list-style-type: none"> • Episodico: soddisfa i criteri diagnostici almeno una volta nel tempo, con sintomi di cedimento tra i periodi di disturbo da gioco per diversi mesi 	<ul style="list-style-type: none"> • Persistente: presenza di sintomi continui, che soddisfano i criteri diagnostici per molti anni
<ul style="list-style-type: none"> • In remissione precoce: dopo che tutti i criteri diagnostici sono stati precedentemente soddisfatti, nessuno dei criteri è stato soddisfatto per almeno 3 mesi ma meno di 12 mesi 	<ul style="list-style-type: none"> • In remissione continua: dopo che tutti i criteri diagnostici sono stati precedentemente soddisfatti, nessuno dei criteri è stato soddisfatto durante un periodo di 12 mesi o più

Specificare la gravità attuale:

Media soddisfatti 4-5 criteri	Moderata soddisfatti 6-7 criteri	Grave soddisfatti 8-9 criteri
---	--	---

AAW Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. American Psychiatric Publishing 5th edition (31 May 2013)

Molte ricerche attuali (Solano) dimostrano che la sinergia fra servizi medici e psicologici si è rivelata un ottimo fattore protettivo per i pazienti.

Allo stesso modo è stato dimostrato che almeno la metà delle richieste mediche esprimono dietro un sintomo somatico dei disagi di tipo relazionale o esistenziale riguardante i disturbi psicosomatici (Sinopia).

Da queste premesse nasce l'idea del Centro GAP un Centro rivolto alla

diagnosi e cura del Gioco d'azzardo patologico, con interventi psico-educativi ad orientamento cognitivo-comportamentale, nato proprio per integrare servizi medici, già presenti nell'ambulatorio, con quelli psicologici per fornire un servizio completo per il benessere a 360° e per contrastare il fenomeno dilagante della ludopatia.

Gli obiettivi

Gli obiettivi del Centro GAP sono offrire un servizio di diagnosi e cura del gioco d'azzardo, in equipe (Psicologo-Medico) attraverso:

- valutazione clinica: assessment iniziale (l colloquio, analisi testologica: SCL-90/R di Derogatis; Canadian Problem Gambling Index Ferris & Wynne; SOGS - South Oaks Gambling Screen; GABS - Gambling Attitudes and Beliefs Survey);
- progettazione del trattamento individuale e/o di gruppo;
- inizio del trattamento: con colloqui di motivazione al trattamento e gruppi di trattamento rieducativo;
- eventuale trattamento farmacologico;
- re-integrazione sociale, affettiva, lavorativa;
- follow-up e valutazione degli esiti.

Il campione

Il campione del Centro GAP è composto da giovani, adolescenti e adulti con problematiche riguardanti la dipendenza da gioco, reclutati, casualmente, presso: ASL, Ser.T., Ospedali, Centri di Salute Mentale, Consultori Familiari, Medici di base, Centri di riabilitazione, Scuole statali, Università, Parrocchie e Centri di aggregazione giovanile, Internet (social network).

Gli accessi avuti al Centro GAP dal 09/2012 al 09/2013 sono stati in tutto **20**, in un regime totalmente *gratuito*.

L'**identikit** del giocatore descrive un uomo giovane, tra i 26 e i 45 anni, con una condizione socio-economica medio-alta, con un buon livello di istruzione, una posizione lavorativa di rilievo (dirigente, funzionario, libero professionista) e buona disponibilità economica.

Risulta alta la comorbidità con alcool, droghe, disturbi psicologici (ansia, depressione) e psicosomatici (mal di testa, mal di schiena), problematiche fisiche (gastrite, ulcera, ipertensione).

Le cause scatenanti sono stress, preoccupazione, noia, storia di gioco in famiglia, altro.

Metodologia della ricerca

La metodologia usata presso il Centro GAP è psico-educativa, con l'utilizzo di tecniche cognitivo-comportamentali volte alla relazione d'aiuto, empatia e ascolto, espressione di sé e delle proprie potenzialità.

L'attività proposta si articola in incontri individuali, a cadenza settimanale, per la durata di almeno 6 mesi con dei follow-up fino a 12 mesi.

Gli incontri hanno il fine di aiutare i pazienti ad ammettere l'esistenza del problema, accettare la loro impotenza e la loro impossibilità di controllarlo, riconoscere la necessità di cambiare e riflettere sulle decisioni, insegnando il craving e la sua gestione.

I partecipanti devono modificare i propri stili di vita, incrementando le risorse positive e l'autocoscienza, ristrutturando gli aspetti legati alla vita sociale, lavorativa e familiare.

Vi è anche uno spazio dedicato al training per le famiglie.

È disponibile una Help-line telefonica, dalle 9.00 alle 20.00, con lo scopo di offrire ascolto e sostegno nell'immediatezza e la possibilità di proporre un intervento più specifico.

Durante la prima visita vengono approfondite le motivazioni e le richieste del paziente.

Successivamente vengono raccolti i dati anamnestici e vengono somministrati dei test:

- SCL-90/R di Derogatis;
- Canadian Problem Gambling Index Ferris & Wynne;
- SOGS - South Oaks Gambling Screen;
- GABS - Gambling Attitudes and Beliefs Survey.

Per valutare lo stato attuale e generale del paziente ed il livello di dipendenza patologica.

L'obiettivo è rieducare il paziente rispetto alla problematicità del gioco d'azzardo e fornire spunti comportamentali utili a gestire e controllare il gioco, nonché per prevenire le ricadute, argomento dell'ultimo incontro conclusivo. Durante i follow-up vengono monitorate le "scivolate" o le "ricadute" dei pazienti, nonché il buon esito del trattamento.

I primi risultati della ricerca

Dai primi risultati della ricerca emerge che su un campione di 20 persone, per quanto riguarda la fascia di età il 20% aveva un'età inferiore a 25 anni, l'80% si collocava in una fascia centrale dai 25 ai 35 anni, il restante 20% aveva un'età superiore ai 35 anni.

In ambito lavorativo il 60% era titolare di un'azienda propria o di famiglia o possedeva attività in proprio.

Del restante 40% circa il 20% era un funzionario o un dirigente di altro livello, circa il 20% aveva un lavoro impiegatizio ma con uno stipendio elevato.

Il 40% del campione aveva contratto debiti tali da richiedere una consulenza presso lo Studio Legale del Centro GAP.

Circa il 50% del campione aveva una comorbidità con uso di sostanze (tabacco, alcool e droghe, in particolare cocaina), di questo il 20% ne aveva fatto uso in passato ed aveva anche un legame con attività rischiose legate a sensazioni forti con adrenalina (sport estremi, paracadutismo, correre con l'auto, ecc.).

Il restante non aveva alcuna comorbidità particolare.

Circa il 45% del campione aveva sofferto o soffriva di ansia.

Di questo la maggior parte aveva anche sperimentato sintomi depressivi (tra cui perdita di interesse, difficoltà di concentrazione), disturbi del sonno, disturbi psicosomatici, problematiche fisiche quali gastrite, ulcera, ipertensione, tachicardia.

Sull'intero campione il 70% aveva una storia di gioco alle spalle, in particolare durante la fase adolescenziale e in famiglia.

Per il 20% questo era il secondo tentativo di smettere di giocare.

Circa il 90% dei giocatori affermava di non avere un problema di gioco patologico e di saperlo gestire da soli.

La tipologia di gioco era: nel 55% dei casi slot machine, nel 15% dei casi scommesse sportive/SNAI, nel 25% giochi on-line (poker, casinò on-line), il restante 5% erano giochi misti.

Circa il 95% del campione poteva disporre di somme di denaro da giocare.

I luoghi preferiti di gioco erano i bar e le sale slot abituali.

In assenza di queste (esempio se erano chiuse) i giocatori potevano andare in altre sale similari.

Le cause scatenanti del gioco erano: noia, insoddisfazione, stress, situazioni difficili, preoccupazioni, problemi familiari, poco dialogo familiare.

Il profilo tipico dei giocatori era: temperamento ansioso, con una bassa autostima, temperamento predisposto al rischio, storia di dipendenza da ragazzi e/o familiare, gruppo dei pari legato alle abitudini di gioco, tendenza alla ribellione, difficoltà a chiedere aiuto, poco rispetto per le regole.

Il diktat principale era: ricerca di sensazioni forti e adrenalina.

Esiti del trattamento

Dal 09/2012 al 09/2013 presso il Centro GAP sono stati seguiti 20 casi, in regime totalmente gratuito.

Di questi 17 hanno terminato con successo il trattamento, 3 hanno abbandonato il trattamento prima della conclusione.

La percentuale di successo ad oggi è di circa l'84%.

Un altro dato interessante è la percentuale di successo più alta con il sostegno della famiglia.

Considerazioni conclusive

Dopo questo primo anno sperimentale l'esito del protocollo messo a punto presso il Centro GAP è risultato molto efficace.

Il Centro GAP continuerà la sua attività aperta al pubblico con tariffe limitate. Anche nella Regione Lazio il panorama legislativo sulla ludopatia sta cambiando.

Con l'approvazione, il 24/07/2013, della "Legge regionale 29 del 30 maggio 2013 - Disposizioni per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico" (consiglio.regione.lazio.it) e l'emendamento (5/09/2013) che impone una moratoria di 12 mesi per "l'apertura di nuovi centri per i giochi d'azzardo elettronico online e nei luoghi aperti al pubblico" si stanno facendo importanti passi riguardo a questa tematica.

Queste proposte sono sicuramente un buon inizio ma risulta necessario incrementare le risorse già presenti sul territorio per far sì che queste siano sempre a disposizione del cittadino, per non aggravare il problema sociale dilagante della ludopatia, bensì contrastarlo.

Bibliografia e Sitografia

DSM 5 - *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina, Milano, 2014.

L. Solano et al. (2012), *Università degli studi di Roma La Sapienza*.

www.sinopia.it

www.olimpiatarzia.it/wpcontent/uploads/2013/06/PL-029.pdf

www.consiglio.regione.lazio.it/consiglioweb/news_dettaglio.php?id=1787&tblId=NEWS

www.psicologiperilterritorio.it/node/724

Il Gruppo di lavoro sul Gambling del Dipartimento Dipendenze di Foligno/Spoleto

Lucia Coco*, Sonia Biscontinii** e il Gruppo di lavoro sul Gap***

SUMMARY

■ Summary

The Department of Addictions Foligno / Spoleto presents the Working Group on Pathological Gambling. Multidisciplinary team has structured interventions aimed at people with pathological gambling in an integrated approach (psychological, social and medical). The advice and care activities are completely free and in compliance with the law of anonymity. Treatment includes financial interventions tutoring, individual or group psychotherapy, psychotherapy "multicoppiale". ■

Keywords: *Pathological Gambling, integrate approach, financial tutoring, individual psychotherapy, psychotherapy "multicoppiale".*

Parole chiave: *Gioco d'azzardo patologico, approccio integrato, tutoring finanziario, psicoterapia individuale, psicoterapia di gruppo, psicoterapia multicoppiale.*

Premessa teorica

Siamo partiti, nel costruire un modello di intervento, dalla definizione del gioco d'azzardo patologico come uno degli "addictive disorders: un gruppo di quattro disturbi, che condividerebbero lo stesso processo biopsicosociale di base (Goodman, 2008):

- Disturbi da uso di sostanze psicoattive
- Bulimia nervosa
- Gioco d'azzardo patologico
- Dipendenza sessuale

Il processo additivo consisterebbe secondo Goodman in una interazione delle alterazioni di tre sistemi funzionali: il sistema motivazione-ricompensa, il sistema di regolazione degli affetti e il sistema di inibizione comportamentale.

Abbiamo perciò pensato ad adottare un approccio multimodale integrato riconosciuto come intervento specifico per le dipendenze da sostanze e comportamentali.

Gli operatori che nel nostro Dipartimento Dipendenze si occupano del GAP, a tempo parziale, rappresentano le professionalità presenti nel Dipartimento Dipendenze: psicologo-psicoterapeuta (referente), medico psichiatra, assistente sociale.

IL TARGET

Giocatori problematici o patologici, secondo i criteri del DSM-IV e loro familiari.

* Psicologa, Referente Gruppo di lavoro GAP, Dipartimento Dipendenze Foligno/Spoleto.

** Direttore Dipartimento Dipendenze Foligno/Spoleto.

*** Il gruppo di lavoro sul GAP è composto da Laura Arcangeli (assistente sociale), Silvia Bandini (medico psichiatra), Lucia Coco (psicologa psicoterapeuta).

I pazienti con diagnosi di dipendenza da sostanze stupefacenti o da alcol non afferiscono a questo gruppo di lavoro, nell'eventualità presentassero, accanto al disturbo primario, anche una problematica di gioco d'azzardo patologico. Pertanto non vengono conteggiati nei dati che seguiranno. Per loro si attiva una consulenza specifica allorché gli operatori del Ser.T. o dell'Alcologia ne ravvisano la necessità.

Presupposti metodologici



(Zanda)

Il trattamento è ambulatoriale e di tipo integrato, cioè viene svolto da un'equipe terapeutica formata da diverse figure professionali (psichiatra, psicologo, assistente sociale).

I componenti dell'equipe affrontano le problematiche dei singoli pazienti senza un modello interpretativo rigidamente precostituito, ma avviano, per così dire, un percorso/rapporto di conoscenza che è, allo stesso tempo, un percorso-rapporto di cura.

Al paziente e alla sua famiglia viene, innanzitutto, offerto uno spazio di accoglienza della dimensione emotivo-affettiva, dimensione fondamentale per il riavviarsi del processo evolutivo.

Il percorso terapeutico viene orientato in modo coerente con le risorse del paziente e della sua famiglia e tiene conto della complessità della situazione generale di ogni singolo sistema familiare.

In tale ottica vengono valutati gli aspetti motivazionali, cognitivo-comportamentali, affettivi e relazionali con particolare attenzione allo stadio del cambiamento del paziente, alla funzione e al senso del sintomo nell'equilibrio personale e familiare, al ciclo vitale della famiglia e al suo stile monetario.

La "cura" dell'aspetto finanziario è parte essenziale del trattamento integrato perché la tutela e il sostegno relativamente ai debiti quasi sempre contratti sono necessari sia per evitare il rischio di una caduta depressiva del paziente, sia per dare speranza al cambiamento, e per far sì che questo problema non venga utilizzato collusivamente all'interno delle dinamiche familiari.

Modalità dell'intervento terapeutico sul GAP

Target

I giocatori seguiti rappresentano l'intera gamma dei giochi d'azzardo: scommesse sulle corse dei cavalli, sul calcio e gli altri sport, news slots ("macchinette"), "gratta e vinci", gioco "on line", lotto, giochi di carte, ecc.

I giocatori affluiscono al servizio generalmente consultando internet e, cosa singolare, si è attivato da qualche mese un passaparola per cui vengono dati ultimamente i riferimenti del Servizio e degli operatori sempre più spesso dagli stessi pazienti ad altri giocatori.

L'approccio terapeutico adottato è dunque quello multimodale integrato riconosciuto come intervento specifico per le dipendenze da sostanze e comportamentali.

I postulati del nostro operare clinico-terapeutico sul GAP, confermati nella letteratura scientifica internazionale, sono derivati dalla convinzione che la terapia del GAP risulta più efficace se si ha una combinazione tra:

- programma integrato psico-medico-sociale-educativo;
- lavoro sulla sobrietà (intesa come astinenza dal gioco e cambiamento dello stile di vita);
- coinvolgimento della famiglia nel programma terapeutico-riabilitativo.

Programma terapeutico integrato significa: integrazione tra le diverse professionalità che portano avanti l'intervento (psicologo, medico, assistente sociale); integrazione tra i diversi Servizi

che, spesso, si occupano di questi pazienti (Ser.T., Salute Mentale, Servizio Sociale, ecc.); integrazione tra il Servizio Pubblico e il Privato Sociale; integrazione degli interventi sul GAP con quelli relativi alle altre dipendenze da sostanze psicoattive (abuso/dipendenza), poliassunzione e politossicodipendenza, in quanto molti giocatori presentano anche dipendenze da sostanze (per esempio cocaina, alcol, ecc.) (doppia diagnosi/multipla).

Procedura per l'ACCOGLIENZA e VALUTAZIONE

I livello

- raccolta dell'anamnesi secondo lo schema GAP del sistema raccolta dati in uso (seguono dati del Servizio);
- somministrazione del test SOGS (South Oaks Gambling Screen), somministrazione del MAC G per valutare la motivazione al cambiamento e dell'SCL 90.

Una parte importante del processo di valutazione riguarda l'area delle distorsioni cognitive per valutare la presenza e tipologia di distorsioni cognitive e credenze irrazionali presenti per poter avere elementi per la successiva terapia cognitivo-comportamentale.

È importante rilevare anche il grado di rigidità/flessibilità del paziente nel modificare tali convinzioni e quindi la reale possibilità di agire con un modellamento cognitivo su questi aspetti. A tal fine, è possibile utilizzare delle check list o dei questionari standard, quali il GABS.

Si richiede anche la partecipazione di un familiare o di una figura delle rete amicale disponibile.

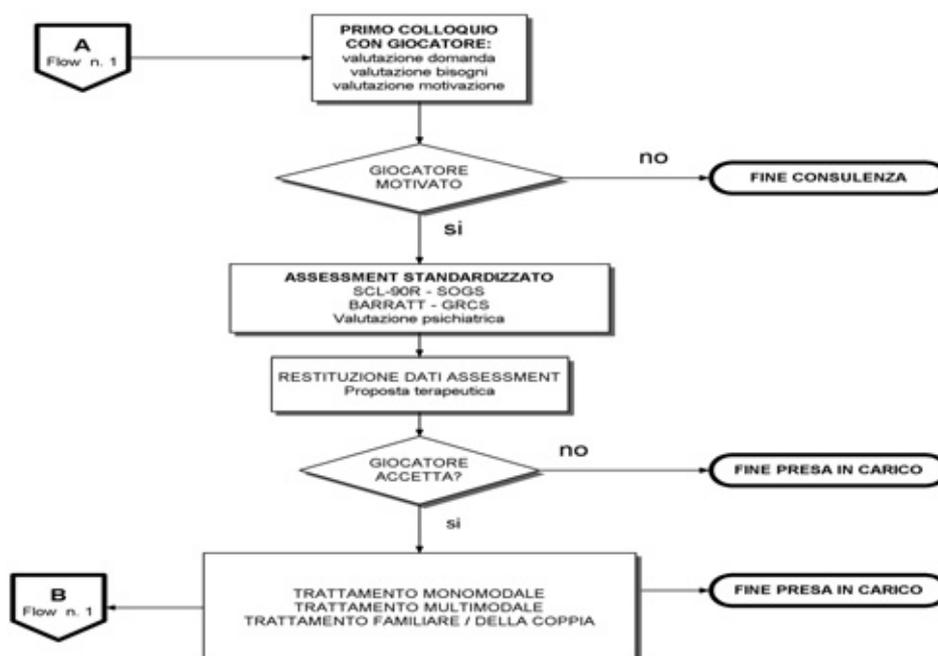
Il familiare, quando consenziente e attendibile, viene indirizzato all'assistente sociale per accordarsi sul come impiantare e successivamente monitorare una praticabile strategia di tutela finanziaria del paziente.

Durante il processo di valutazione si osserva anche un eventuale uso contemporaneo di sostanze stupefacenti, alcol e farmaci che sono in grado di incentivare comportamenti di gioco d'azzardo.

II Livello

Eventuale attivazione di consulenza psichiatrica per la valutazione di comorbidità.

Segue flow-chart dell'accoglienza.



Una volta terminata l'accoglienza e la valutazione che dura, in genere, non più di un mese (all'incirca 3 incontri), il percorso terapeutico viene orientato in modo coerente con le risorse del paziente e della sua famiglia e tiene conto della complessità della situazione generale di ogni singolo sistema familiare.

In tale ottica vengono valutati gli aspetti motivazionali, cognitivo-comportamentali, affettivi e relazionali con particolare attenzione allo stadio del cambiamento del paziente, alla funzione e al senso del sintomo nell'equilibrio personale e familiare, al ciclo vitale della famiglia e al suo stile monetario.

Possono essere proposti a seconda di quanto emerso dalla valutazione:

- colloqui individuali di monitoraggio e di counselling familiare/amicale;
- coinvolgimento della famiglia/rete parentale-amicale per tutto il programma;
- strategie di tutela finanziaria e gestione economica del giocatore;
- psicoterapia individuale e /o di coppia;
- trattamento farmacologico e colloqui di monitoraggio ad opera dello psichiatra.

Come gruppo di lavoro sul GAP, così come accade anche all'interno delle altre unità operative del Dipartimento, abbiamo poi ipotizzato, come proposto da Casati, Rossin, Teruggi, Verrilli (Lavorare con i gruppi in alcologia, Edizioni Medico Scientifiche, 2004,) vari tipi di gruppi a seconda delle fasi del trattamento e più specificatamente:

FASE INFORMATIVO-DIAGNOSTICA: Gruppi Informativo-Motivazionali a Target Multifamiliare.

FASE TRATTAMENTO: Gruppo a orientamento Cognitivo-Comportamentale, Gruppo Multicoppiale.

Dati del gruppo di lavoro sul GAP

Tab. 1 - Periodo: 15/10/2012 - 15/10/2013

SOGGETTI	SESSO			FASCE DI ETÀ'							
	M	F	TOT	<19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	>44	
1 - Sogg. in carico da periodo precedente (MCP)	20	3	23	0	1	0	2	3	3	14	
2a - Sogg. nuovi assoluti ammessi (SNA)	14	3	17	0	0	0	1	1	4	11	
2b - Sogg. nuovi (per la UD) ammessi (SNB)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
3a - Sogg. riammessi di tipo A (SRA)	5	0	5	0	0	0	1	0	2	2	
3b - Sogg. riammessi di tipo B (SRB)	3	0	3	0	0	0	1	0	0	2	
4 - Sogg. fisici assistiti / periodo (SFAP) 1+2+3b	37	6	43	0	1	0	4	4	7	27	
5 - Sogg. dimessi (SDIM)	22	2	24	0	1	0	3	1	5	14	

Tab. 2 - Stato civile

Stato civile	Sesso				Età M.
	M N°	F N°	TOTALE N°	%c	
Celibe/Nubile	10	2	12	29	41,00
Coniugato/a	20	2	22	52	50,00
Vedovo/a	0	0	0	0	
Separato/a	3	0	3	7	48,00
Divorziato/a	1	1	2	5	61,00
Convivente	0	0	0	0	
NON RIFERITO	2	1	3	7	56,00
Totale	36	6	42		

Tab. 3 - Diagnosi attive DSM

Diagnosi Attive	Sesso			Età M.	
	M N°	F N°	TOTALE N° %c		
07054 - Epatite C cronica senza menzione di coma epatico	2	0	2	2%	52
2920 - Astinenza da oppiacei	1	0	1	1%	46
29571 - Tipo schizoaffettivo, subcronico	1	0	1	1%	63
2962 - Disturbo depressivo maggiore - episodio singolo	1	0	1	1%	43
2965 - Disturbo bipolare I - episodio depressivo	1	0	1	1%	47
29651 - Sindrome affettiva bipolare, episodio depressivo, lieve	2	0	2	2%	48
2967 - Sindrome affettiva bipolare, non specificata	0	2	2	2%	47
29689 - Disturbo bipolare II - episodio depressivo	1	0	1	1%	52
3004 - Disturbo distimico	0	1	1	1%	43
30122 - Personalità schizotipica	1	0	1	1%	37
3014 - Disturbo ossessivo - compulsivo di personalità	1	0	1	1%	43
30183 - Personalità borderline	2	1	3	3%	38
30400 - Dipendenza da oppiacei - In terapia agonista	1	0	1	1%	59
30403 - Dipendenza da oppioidi, in remissione	1	0	1	1%	38
30430 - Dipendenza da cannabis	1	0	1	1%	41
30501 - Abuso di alcool, continuo	0	1	1	1%	61
30502 - Abuso di alcool, episodico	0	1	1	1%	56
30560 - Abuso di cocaina	1	0	1	1%	41
311 - Disturbo depressivo Non Altrimenti Specificato	1	0	1	1%	41
31230 - Disturbo del controllo degli impulsi Non Altrimenti Specificato	0	1	1	1%	43
31231 - 312.3.1 Gioco d'azzardo patologico	2	0	2	2%	37
31231 - Gioco d'azzardo patologico	48	10	58	67%	45
3453 - Stato di grande male, epilettico	1	0	1	1%	60
4019 - Ipertensione essenziale non specificata	1	0	1	1%	59

Tab. 4 - Trattamenti

Trattamenti attivi	Sesso			Età M.
	M N°	F N°	TOTALE N°	
Counseling compresa accoglienza e valutazione	29	3	32	46
Sostegno psicologico	4	0	4	45
Psicoterapia individuale	9	2	11	41
Interventi di servizio sociale: generali	2	0	2	39
Interventi di servizio sociale: inserimento lavorativo (trattamento s)	1	1	2	46
Psicoterapia di gruppo/familiare	18	2	20	47
Trattamento farmacologico: metadone a medio termine (30-180gg)	1	0	1	59
Trattamento con altri farmaci non sostitutivi per la dipendenza (ambulatoriale)	1	0	1	52

I Gruppi informativo-motivazionali

La loro funzione è essenzialmente quella di fornire consulenza a pazienti e familiari sulle problematiche correlate al gioco e, nel contempo, creare un'alleanza col Servizio costruendo la motivazione al trattamento.

Si situano pertanto nella fase dell'accoglienza.

Sono incentrati su 2 momenti: uno informativo e uno cognitivo-emozionale. L'approccio motivazionale o MET (Motivational Enhancement Therapy) adottato è riconducibile alla vasta area della "motivazione al cambiamento" (Prochaska e Di Clemente, Guelfi e Spiller, 1986).

Gli aspetti teorici si basano sui principi della terapia cognitiva di Beck e sulla terapia di riabilitazione cognitivo-comportamentale di Marlatt, nonché sul modello motivazionale di Prochaska e Di Clemente.

L'obiettivo della partecipazione a questi incontri è duplice: lavorare sull'evoluzione della motivazione al trattamento e alla richiesta d'aiuto secondo l'approccio motivazionale degli stadi del cambiamento e costruire l'alleanza terapeutica con tutti gli operatori del Servizio.

Ogni incontro è condotto da un operatore del Gruppo di lavoro con i seguenti temi:

1. Che cos'è il GAP: epidemiologia e descrizione del fenomeno.
2. I meccanismi neurobiologici che sottendono il GAP.
3. Il tutoring finanziario e i familiari nel trattamento del GAP.
4. Gli stadi di motivazione al cambiamento: stato dell'arte e prospettive future dei pazienti in trattamento.

Durante tutti i momenti di questa fase viene richiesta la presenza della famiglia, con l'elasticità necessaria relativa alle diverse situazioni.

Il Gruppo a modello cognitivo-comportamentale

È un gruppo che ha già ottenuto buoni risultati di trattamento fra i 12 pazienti che ne fanno parte: la maggioranza ha smesso di giocare da circa 12 mesi o comunque notevolmente ridotto l'entità del denaro e del tempo speso per il gioco o limitato la durata delle ricadute.

Per questo gruppo l'astensione dal gioco è l'obiettivo fondamentale del trattamento, anche se raggiungere l'astinenza in tempi brevi non può essere un parametro valido per tutti.

La funzione principale dei gruppi ad orientamento cognitivo-comportamentale è di far apprendere modalità di gestione del craving, strategie di fronteggiamento della crisi, abilità per la prevenzione della ricaduta.

Ci siamo ispirati per questo al modello della TCC della Carroll per il cocainismo, adattandolo alla problematica del gioco d'azzardo patologico.

Il modello della TCC della Carroll è stato ampiamente valutato tramite rigorosi test clinici ed ha una solida base empirica nel trattamento dell'abuso di cocaina.

La TCC è flessibile, rappresenta un approccio personalizzato che può essere adattabile a un'ampia gamma di pazienti così come a diversi tipi di setting (pazienti ricoverati o pazienti esterni) e di forme di terapia (di gruppo o individuale).

La TCC è inoltre compatibile con altri trattamenti che il paziente deve ricevere come, ad esempio, la terapia farmacologica e racchiude al suo interno una serie di importanti strumenti e di obiettivi comunemente usati con successo nel trattamento dell'abuso di sostanze.

Come sappiamo, Kathleen Carrol ha utilizzato i concetti generali della terapia cognitivo-comportamentale adattandoli al trattamento dei pazienti con abuso di cocaina.

Il contributo tecnico che la Carroll propone è costituito da un percorso che inizialmente introduce ai principi dell'apprendimento, con il richiamo ai contributi del condizionamento classico ed a quelli del condizionamento operante, e successivamente

te passa ad una delle più importanti modalità di apprendimento secondo l'approccio cognitivo-comportamentale che è il modellamento, detto anche apprendimento per imitazione.

Noi abbiamo provato ad esportare un modello nato per i cocainomani nell'ambito del trattamento del Gioco d'azzardo patologico, anche perché gli aspetti comportamentali della dipendenza da cocaina e del gioco d'azzardo patologico: l'elevata impulsività, i deficit nella capacità di prendere decisioni associate al rischio e la tendenza al comportamento compulsivo, così come i meccanismi neurobiologici che li sottendono, sono molto simili e nel gap e nel cocainismo.

I gruppi sono così organizzati: dopo aver definito il setting e le regole del lavoro è possibile avviare l'analisi della situazione con relativi accertamenti delle condizioni dei pazienti, la conseguente analisi funzionale del comportamento disagevole permette di passare all'individuazione degli obiettivi del trattamento.

Esistono però delle difficoltà e ostacoli da tenere presenti.

Essi sono:

Il paziente è in grado di riconoscere la necessità di ridurre il comportamento del gioco?

Il paziente è in grado di riconoscere i richiami del gioco?

Il paziente è in grado di riconoscere le situazioni che hanno provocato ricadute?

Il paziente è in grado di tollerare periodi di forte desiderio del gioco o di difficoltà emotive senza ricadere nel comportamento problematico?

Riesce a riconoscere la relazione eventuale tra il suo comportamento problematico e la dipendenza da sostanze?

Presenta dei disturbi psichiatrici concomitanti o altri problemi che possono vanificare gli sforzi verso il cambiamento?

Fatta questa valutazione si passa a considerare anche le capacità e risorse a disposizione del paziente:

Quali capacità e quali risorse ha dimostrato durante precedenti periodi di astinenza?

Durante il comportamento problematico, è riuscito a mantenere un lavoro o delle relazioni sociali positive?

Ci sono delle persone nella rete sociale del paziente che non sono giocatori problematici?

Ci sono delle risorse sociali che possono sostenere il paziente nei suoi sforzi verso l'astinenza?

Come passa il tempo il paziente quando non gioca o sta cercando di non giocare?

Quale era il suo livello prestazionale prima di iniziare a giocare?

Cosa lo ha portato ora in trattamento?

Qual è la sua motivazione?

Il ciclo di trattamento si struttura in questo modo: sono previste 12-16 sedute a cadenza settimanale se e necessario si possono fare sedute supplementari.

Dalla seconda seduta in poi la struttura sarà quella del 20/20/20 (cioè 20 minuti a step).

Il gruppo multicoppiale

Il secondo tipo di gruppo psicoterapico è multicoppiale e si incontra quindicinalmente.

È condotto dalla psicoterapeuta di riferimento e da un terapeuta familiare.

Il rationale che ci ha indotto alla formazione di questo gruppo di cui uno dei due membri è un giocatore è che alcune ricerche indicano che i problemi coniugali sono la causa più frequente di ricaduta e che migliorano con il trattamento del GAP (R.W.

Wildman, 1989; C.J. Hudak Jr., R. Varghese, R. Politzer, 1989; C. Lorenz, 1989).

La qualità delle relazioni con la famiglia e con gli amici influenza probabilmente l'inizio del gioco e la sua progressione nella patologia.

I pochi studi che hanno esaminato questa connessione suggeriscono che la solitudine ed i problemi familiari possano contribuire al coinvolgimento nel gambling (Grant e Kim, 2002; Har- doon, Gupta e Derevensky, 2004; Lesieur e Blume, 1991).

Alcuni autori si riferiscono al gap come a un disturbo della famiglia (family disease, Heineman, 1994) e suggeriscono che è auspicabile e giusto da un punto di vista etico aiutare la famiglia del giocatore come il giocatore.

Il partner di un giocatore patologico può sperimentare uno stress psicologico significativo che richiede un apprendimento per fronteggiare l'ansia e la depressione (R.G. Rychtarik, N.B. Mc Gillicuddy, 2006).

I genitori del giocatore possono avere bisogno di aiuto perché il gap del figlio non diventi motivo e preoccupazione centrale di tutta la loro vita (M. Heineman, 1989).

Anche M. Coletti (2001) sottolinea che il trattamento del GAP dovrebbe tenere in debito conto il contesto relazionale di riferimento del giocatore, sia che si concepisca la famiglia come un fattore causale nella genesi della dipendenza da gioco, sia che la si consideri come un contesto che soffre delle conseguenze derivate dal sintomo, sia che si ipotizzi che la famiglia o il partner potrebbero essere risorse utili per motivare il soggetto ad affrontare il problema trattamento.

Come suggerisce sempre Coletti in tali gruppi multicoppiali si lavora sulla famiglia co-dipendente.

E gli obiettivi dell'intervento sono i seguenti:

Obiettivo generale: mirare alla modificazione stabile e profonda nella struttura e nel funzionamento del sistema familiare (sintomo = parte funzionale), cambiare le relazioni all'interno della famiglia.

Obiettivi specifici:

- rompere le dinamiche patologiche preesistenti al GAP;
- facilitare la presa di coscienza della propria storia personale, di coppia e familiare in relazione alla formazione o al mantenimento del GAP.

L'importanza della Famiglia nel Trattamento del GAP, appare una componente ormai acquisita, presente.

Molte famiglie, almeno nel periodo iniziale del trattamento, pensano che il lavoro di cambiamento debba essere a carico soltanto del loro congiunto con GAP; quando hanno raggiunto lo scopo di inserirlo nel programma, si tirano indietro e delegano completamente ai professionisti il lavoro da svolgere. Questo comportamento, se pure appare comprensibile, rappresenta bene la co-dipendenza degli altri membri della famiglia.

Il concetto di co-dipendenza è un punto fermo sul quale orientiamo il nostro lavoro con i giocatori patologici e le loro famiglie, così come per le altre dipendenze.

R. De Luca (2001) scrive che è consigliabile che la famiglia arrivi prima del giocatore per introdurre il cambiamento, al quale il giocatore è ostile.

S. Oliva (2002) ricorda che il giocatore arriva in una fase iniziale di precontemplazione o contemplazione, letteralmente portato, frequentemente, da qualche familiare o amico.

Heineman (1994) proponeva 4 incontri, a partire dalla telefonata di un familiare o amico, finalizzati a coinvolgere più persone della rete sociale del giocatore per elaborare le loro emozioni e preparare strategie (lettere) orientate a portare il giocatore (5° incontro) ed a motivarlo al trattamento.

Alcuni si riferiscono al gap come a un disturbo della famiglia (family disease, Heineman, 1994) e suggeriscono che è auspicabile e giusto da un punto di vista etico aiutare la famiglia del giocatore come il giocatore.

La letteratura ci ricorda che il partner di un giocatore patologico può sperimentare uno stress psicologico significativo che richiede un apprendimento per fronteggiare l'ansia e la depressione (R.G. Rychtarik, N.B. Mc Gillicuddy, 2006) e che i genitori del giocatore possono avere bisogno di aiuto perché il gap del figlio non diventi motivo e preoccupazione centrale di tutta la loro vita (M. Heineman, 1989).

I figli di giocatori patologici hanno maggiore rischio di sviluppare problematiche sociali (scolastiche e lavorative) e psichiche (disforia e dipendenza da tabacco, droghe, alcol, cibo, gioco). (D.F. Jacobs, A.R. Marston, R.D. Singer, K. Wideman, T. Little, J. Veizades, 1989).

P. Darbyshire, C. Oster, H. Carrig (2001) descrivono un'esperienza di perdita pervasiva, a livello fisico ed esistenziale, nei bambini e adolescenti (7/18 anni) che vivono in una famiglia dove c'è un problema di gioco dei genitori (riguardo ai loro genitori, alle relazioni, alla verità, alla sicurezza, ai beni materiali).

Fra le conseguenze a lungo termine: uno studio di Heineman (1987) ha trovato che il 69% delle mogli di giocatori patologici sono cresciute in una famiglia dove la dipendenza dall'alcol e/o dal gioco erano presenti.

Le problematiche familiari sono la causa e/o la conseguenza del GAP.

La famiglia, gli amici e le reti sociali possono:

1. favorire l'inizio del comportamento di dipendenza;
2. contribuire al suo sviluppo;
3. soffrire a causa della dipendenza;
4. essere un fattore protettivo contro lo sviluppo della dipendenza;
5. influenzarne la cura (Michael Stanton, 2004).

La qualità delle relazioni con la famiglia e con gli amici influenza probabilmente l'inizio del gioco e la sua progressione nella patologia.

I pochi studi che hanno esaminato questa connessione suggeriscono che la solitudine ed i problemi familiari possano contribuire al coinvolgimento nel gambling (Grant e Kim, 2002; Har- doon, Gupta e Derevensky, 2004; Lesieur e Blume, 1991).

Uno studio di Trevorrow e Moore (1998) su donne australiane ha riscontrato un punteggio più alto nelle giocatrici problematiche, rispetto al gruppo di controllo, nella scala della solitudine e nell'alienazione, nonostante la comparabilità delle loro reti sociali. Gli autori concludono che la solitudine e l'approvazione sociale del gioco potrebbero essere sia la causa che la conseguenza del problema di gioco e che la relazione fra il gioco problematico e la qualità delle reti sociali è complesso: una rete sociale forte e supportiva può essere protettiva se allevia la solitudine, ma può anche essere dannosa se le norme del gruppo incoraggiano un comportamento a rischio come il gioco d'azzardo.

M. Coletti (2001) sottolinea che il trattamento del GAP dovrebbe tenere in debito conto il contesto relazionale di riferimento del giocatore, sia che si concepisca la famiglia come un fattore causale nella genesi della dipendenza da gioco, sia che la si consideri come un contesto che soffre delle conseguenze derivate dal sintomo, sia che si ipotizzi che la famiglia o il partner potrebbero essere risorse utili per motivare il soggetto ad affrontare il problema R. De Luca (2002) applica i livelli di cambiamento secondo Bateson G. (1985): il cambiamento a livello 0 corrisponde all'informazione e alla raccomandazione di smettere (ma il giocatore continuerà), il cambiamento a

livello 1 è quando il giocatore accetta la regola e smette di giocare (ma non sono state rimosse le cause che lo rendono vulnerabile, sembra che ogni problema sia scomparso, ma si continua a ruotare intorno a giocare non giocare), il cambiamento a livello 2 si verifica quando il problema non è più giocare-non giocare ma emergono ansia, rabbia e angoscia, relative a una vita senza particolari rischi e non più condotta al limite, che devono essere elaborate fino alla riappropriazione della propria vita e ad una ristrutturazione delle relazioni e del sistema familiare.

Anche la famiglia, come il giocatore, passa attraverso degli stadi successivi: durante la luna di miele le somme giocate sono contenute, le vincite vengono godute in famiglia e rafforzano l'immagine di sé del giocatore.

La cecità, caratterizzata dal diniego dei familiari e dall'incapacità di capire che cosa sta succedendo.

La barriera fra i coniugi, quando il giocatore nasconde le perdite in attesa di rifarsi.

La crisi familiare inizia quando si scoprono i buchi nei conti correnti ed arrivano le richieste dei creditori.

È il crollo della fiducia.

Dalla psicoeducazione (D. Capitanucci, D. Carlevaro, 2004) ai gruppi di familiari (Gam. Anon.), ai gruppi multifamiliari (De Luca, 2002), alla psicoterapia di coppia e familiare (M. Coletti, 2001; C. Guerreschi, 2002) esistono modalità diverse alle quali attingere.

Riteniamo inoltre che un compito del nostro ambulatorio, oltre quello prettamente diagnostico-trattamentale, sia quello di costruire, con quanti più soggetti possibile, una rete territoriale di supporto al giocatore d'azzardo patologico (lavoro di rete).

Il gruppo di lavoro con i suoi operatori, può svolgere il ruolo di "regia", nella rete di supporto del giocatore e della sua famiglia, questo perché il Ser.T., come servizio pubblico specialistico, ha una posizione privilegiata nell'ambito della rete nella quale si trova il giocatore.

Alcune ricerche indicano che i problemi coniugali sono la causa più frequente di ricaduta e che migliorano con il trattamento del GAP (R.W. Wildman, 1989; C.J. Hudak Jr., R. Varghese, R. Politzer, 1989; C. Lorenz, 1989).

Risultati

Il Gruppo GAP del Dipartimento Dipendenze di Foligno è ovviamente ad una fase ancora iniziale, "pionieristica", in quanto la nostra casistica è ancora limitata ma assistiamo ad un consolidamento degli ingressi e alla richiesta di interventi specifici sul GAP da parte dei contesti più disparati.

Questo è comprensibile alla luce della diffusione di un fenomeno, il Gioco d'Azzardo Patologico, che riguarda secondo le statistiche dall'1 al 3% degli italiani e sta iniziando ad interessare sempre più l'opinione pubblica.

Nel nostro piccolo possiamo affermare che le persone che hanno seguito il percorso dei gruppi informativo-motivazionali e, in seguito, quello dei gruppi ad orientamento cognitivo-comportamentale sono quelle che hanno presentato, rispetto alla totalità dei pazienti in carico, una più lunga astensione dal gioco a 3,6 e 12 mesi.

Consideriamo, ad esempio, il gruppo che ha frequentato l'ultimo ciclo dei gruppi informativo motivazionali seguiti da quelli ad orientamento cognitivo-comportamentale: 12 persone di cui 10 maschi di età compresa fra i 63 e i 37 anni e 2 femmine di 61 e 46 anni.

A un anno di conclusione dal ciclo 7 persone su 12 hanno conservato l'astensione totale dal gioco, 2 hanno ridotto la frequenza di giocate e il denaro speso, 2 sono ricaduti dopo un anno ma la ricaduta è stata breve e contenuta nel tempo e nel denaro speso, 1 è ricaduto dopo 6 mesi e anche in questo caso la ricaduta è stata di breve durata.

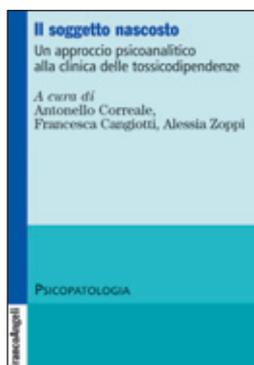
Ci proponiamo al riguardo di poter valutare in futuro in maniera più puntuale gli eventuali risultati ottenuti attraverso la somministrazione di un questionario pre e post trattamento.

Bibliografia

- Bateson G. (1985), *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano.
- Blaszczynski A., McConaghy N., Frankova A. (1991), "A comparison of relapsed and non-relapsed abstinent pathological gamblers following behavioural treatment", *British Journal of Addictions*, 86(11): 1485-9.
- Caillois R. (1958), *Les yeux et les hommes. Le masque et la vertige*, Gallimard, Paris (trad. it. *I giochi e gli uomini. La maschera e la vertigine*, Tascabili Bompiani, Milano, 1967).
- Capitanucci D., Carlevaro T. (2004), *Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici nel disturbo di gioco d'azzardo patologico*, Hans Dubois, Bellinzona.
- Capitanucci D., Laudouceur R. (2003), "Analisi, trattamento e prevenzione del gioco d'azzardo eccessivo", *Personalità/Dipendenze*, vol. 9(2): 151-166.
- Carlevaro T. (2002), *La famiglia, la codipendenza, la terapia*. Convegno Gioco d'azzardo e famiglia, Milano 18 aprile, www.stpauls.it/cisf/document.htm.
- Cecchi M. (2005), *La Metodica dell'Auto-Aiuto nelle Dipendenze e nella Multidimensionalità del Disagio*, ASL Firenze, Stabilimento Tipografico dei Comuni (Fo).
- Cocci V., Benci S., Bonicolini C., Dimauro P.E. (2006), "Gioco d'azzardo patologico, funzionamento borderline e tratti antisociali. Un'indagine preliminare sugli aspetti di personalità dei giocatori d'azzardo attraverso l'utilizzo del test MMPI-2", *Personalità/Dipendenze*, vol. 11, fasc. I.
- Coletti M. (2001), "L'impatto del gambling compulsivo sulle dinamiche relazionali", in Croce M., Zerbetto R. (a cura di), *Il gioco e l'azzardo*, FrancoAngeli, Milano.
- Croce M. (2002), "Un mondo di numeri e riti", *Famiglia Oggi*, 4: 24-31.
- Croce M., Lavanco G., Varveri L. (2001), "Aspetti psicologici e sociali del gioco d'azzardo", *Aggiornamenti Sociali*, 52(6): 504-517.
- Custer R.L. (1984), "Profile of the pathological gambler", *Journal of Clinical Psychiatry*, 45(12): 35-8.
- Dallago P. (2001), "L'auto mutuo aiuto per giocatori d'azzardo", in Croce M., Zerbetto R., *Il gioco & l'azzardo*, FrancoAngeli, Milano.
- Darbyshire P., Oster C., Carrig H. (2001), "The experience of pervasive loss: children and young people living in a family where parental gambling is a problem", *Journal of Gambling Studies*, 17(1): 23-45.
- De Luca R. (2001), "I gruppi per giocatori d'azzardo e le loro famiglie", in Croce M., Zerbetto R. (a cura di), *Il gioco e l'azzardo*, FrancoAngeli, Milano.
- De Luca R. (2002), "Gruppi terapeutici per giocatori d'azzardo e familiari: l'esperienza di Campoformido", in Capitanucci D., Marino V. (a cura di), *La vita in gioco*, FrancoAngeli, Milano.
- De Luca R. (2005), *Il gioco d'azzardo tra illusioni sociali e realtà terapeutica*. L'esperienza di Campoformido (Ud).
- Fink E. (1957), *Oasi della gioia. Idee per un'antologia del gioco* (trad. it. Salerno: Edizioni 10/17, 1986).
- Gartner A., Riessman F. (1984), *The self help revolution*, Human Sciences, NewYork.
- Grant J.E., Kim S.W. (2002), "Gender differences in pathological gamblers seeking medication treatment", *Comprehensive Psychiatry*, 43(1): 56-62.
- Guerreschi C. (2002), "Trovare un equilibrio nuovo", *Famiglia Oggi*, 4: 32-36.

- Guerreschi C. (2000), *Giocati dal gioco. Quando il divertimento diventa malattia: il gioco d'azzardo patologico*, Ed. San Paolo, Milano.
- Hardoon K., Gupta R., Derevensky J. (2004), "Psychosocial variables associated with adolescent gambling", *Psychology of Addictive Behavior*, 18(2): 170-179.
- Heineman M. (1994), "Compulsive gambling: structured family intervention", *Journal of Gambling Studies*, 10(1): 67-76.
- Heineman M. (1989), "Parents of male compulsive gamblers: clinical issues/treatment approaches", *Journal of Gambling Studies*, 5(4): 321-333.
- Hudak Jr. C.J., Varghese R., Politzer R. (1989), "Family, marital and occupational satisfaction for recovering pathological gamblers", *Journal of Gambling Studies*, 5(3): 201-210.
- Huizinga J. (1938), *Homo ludens* (trad. it. *Homo Ludens*, Einaudi, Torino, 1982).
- Imbucci G. (1997), *Il gioco. Lotto, totocalcio, lotterie. Storia dei comportamenti sociali*, Marsilio, Venezia.
- Jacobs D.F., Marston A.R., Singer R.D., Wideman K., Little T., Veizades J. (1989), "Children of problem gamblers", *Journal of gambling Studies*, 5(4): 261-268.
- Katz A.H., Bender E. (1976), *The Strength in Us: Self Help Groups in the Modern World*, Franklin Watts, New York.
- Laudoueur R., Sylvain C., Boutin C., Doucet C. (2000), *Les jeu excessif. Comprendre et vaincre le gambling*, Les Edition de l'homme, Canada (trad. it. *Il gioco d'azzardo eccessivo; vincere il gambling*, Centro Scientifico Editore, Torino, 2003).
- Lavanco G. (2001), *Psicologia del gioco d'azzardo*, McGraw-Hill, Milano.
- Lavanco G., Varveri L. (2006), "Giocatori d'azzardo, familiari e caregivers: quali interventi?", in Biganzoli A., Capitanucci D., Smaniotto R. (a cura di), *Reti d'azzardo*, Edizioni And-In-Carta.
- Lesieur H.R., Blume S.B. (1991), "When lady luck loses: women and compulsive gambling", in Van Den Bergh N. (ed.), *Feminist perspectives on addictions*, Springer Publishing Company, New York.
- Lorenz C. (1989), "Some treatment approaches for family members who jeopardize the compulsive gambler's recovery", *Journal of Gambling Studies*, 5(4): 165-178.
- Mannari P., Noventa A., Nava R., Oliva F. (1990), *Self-help*, Gruppo Abele, Torino.
- Mazzocchi S. (2005), *Mi gioco la vita*, Baldini Castaldi Dalai, Milano.
- Pallanti S., Baldini Rossi N., Hollander E. (2001), "Terapia farmacologia del gioco d'azzardo patologico", in Croce M., Zerbetto R., *Il gioco & l'azzardo*, FrancoAngeli, Milano.
- Rychtarik R.G., McGillicuddy N.B. (2006), "Preliminary of a coping skills training program for those with pathological-gambling partner", *Journal of Gambling Studies*, 22(2): 165-178.
- Stanton M. (2004), "Gambling problems: relationships and social networks. Introduction", *The Wager*, 9(49). Parte 2. *The Wager*, 9(50). Parte 3. *The Wager*, 9(51).
- Zanda G. (2001), "Il Ser.T. e il gioco d'azzardo patologico", in Croce M., Zerbetto R. (2001), *Il gioco & l'azzardo*, FrancoAngeli, Milano.

RECENSIONE



Antonello Correale, Francesca Cangioti, Alessia Zoppi (a cura di)

IL SOGGETTO NASCOSTO Un approccio psicoanalitico alla clinica delle tossicodipendenze

pp. 192, € 25,00
Collana: Psicopatologia
Codice 1246.3
Editore: FrancoAngeli

Quando un soggetto assume sostanze in modo costante e compulsivo subisce una mutazione profonda. Mentre all'inizio è un soggetto umano con le sue contraddizioni, conflitti, mancanze per cui la ricerca della sostanza diventa un tentativo per fronteggiare e controllare una vita psichica contratta, gradualmente la situazione si capovolge.

Dopo un lungo periodo di abuso, il soggetto scompare e la sostanza prende il suo posto. Tutta la vita psichica si modella sulla sostanza, sulla sua presenza o assenza, sul piacere o dolore che si provano con essa o senza di essa. Anche il pensiero, i sogni, gli affetti, si strutturano sulla sostanza e subentra un nuovo soggetto al posto di quello originario. Il soggetto tossicodipendente è quindi un soggetto nascosto. Il soggetto originario è sprofondato e al suo posto c'è un soggetto della sostanza, che vive attraverso di essa il rapporto con se stesso e col mondo. Come andare alla ricerca del soggetto nascosto

nella tossicodipendenza? Come attraversare la disintossicazione e la lotta per la disassuefazione, non solo come obiettivi di per se stessi, ma in vista di un soggetto perduto, nascosto nelle pieghe dell'altro e che in parte chiede di riemergere, in parte vuole restare nascosto? In questo libro si vuole affermare il ruolo essenziale dell'approccio psicoanalitico alle dipendenze, intendendo per psicoanalisi non solo un metodo di cura, ma un modo complessivo di concepire il soggetto umano, come le sue difese e i suoi desideri. La psicoanalisi ci permette, infatti, di ricercare il soggetto nascosto nelle tossicodipendenze e di aprire nuove vie per una sua riscoperta e un suo recupero.

Contributi di: Gilberto Di Petta, Piero Feliciotti, Claudio Leonardi

Antonello Correale, psichiatra, membro ordinario della Società Psicoanalitica Italiana, ex primario del Dipartimento di Salute Mentale della ASL Roma B Area II, è docente a contratto di Psicologia delle dipendenze presso l'Università di Urbino.

Francesca Cangioti, psicologa, specializzanda presso l'Istituto Italiano di Psicoanalisi di Gruppo (IIPG), è cultrice della materia in Psicologia clinica II, Psicologia clinica nei servizi psichiatrici e Psicologia delle dipendenze presso l'Università di Urbino.

Alessia Zoppi, psicologa, specializzanda presso la Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione (SIPRe), è cultrice della materia in Psicologia clinica, Psicologia delle dipendenze e Psicologia clinica nei servizi psichiatrici presso l'Università di Urbino.

Sabrina Molinaro, Roberta Potente, Arianna Cutilli (a cura di)



CONSUMI D'AZZARDO: ALCHIMIE, NORMALITÀ E FRAGILITÀ

La fotografia ESPAD 2013

Editore: CERCO Edizioni

“Consumi d’azzardo: alchimie, normalità e fragilità”, edito dalla casa editrice CERCO di Milano (cercoedizioni@gmail.com), con un linguaggio semplice e volutamente non tecnico, illustra i principali risultati dello studio ESPAD@ITALIA 2013, condotto, fin dal 1995, dalla Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari dell’Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa.

Il progetto in tutti questi anni ha coinvolto oltre mezzo milione di studenti (14-19 anni) e più di 3.000 scuole ed è proprio agli insegnanti, agli operatori del sociale, ai genitori agli amministratori ed ai ragazzi stessi che il libro è indirizzato.

Il libro si compone di 14 capitoli e vuole presentare una fotografia dell’universo dei consumi di sostanze psicotrope legali e illegali, nonché del gioco d’azzardo ed altri comportamenti a rischio.

L’alcol è la sostanza psicoattiva di gran lunga più utilizzata dagli adolescenti, ragazzi e ragazze, maggiorenni e minorenni: l’80% degli studenti ne consuma saltuariamente ed il 5% beve quasi quotidianamente.

I giovani italiani, comunque, rispetto ai coetanei europei assumono quantitativi alcolici inferiori e si ubriacano meno (13% e contro il 17%).

Il fumo di sigarette diminuisce negli anni e quello quotidiano nel 2013 ha riguardato circa 580mila studenti, 1 su 4, tra i quali 30mila ne fuma più di un pacchetto.

Ma è il boom delle sigarette elettroniche o e-cig a rappresentare la vera novità!

Circa 765mila studenti, circa 1 su 3, le hanno provate ed il 73% di chi ha fumato quotidianamente sigarette tradizionali ha fumato anche “elettronico”.

Particolare attenzione merita la diffusione di psicofarmaci senza prescrizione medica, utilizzati impropriamente proprio per il loro effetto psicoattivo.

Sono quasi 400mila (il 17%) gli studenti che nella vita li hanno presi senza prescrizione medica e 43.000 sono i frequent users, quelli che li hanno usati 10 o più volte nel mese.

E negli anni proprio questi ultimi mostrano una tendenza all’aumento: da poco più dell’1% del 2007 passano a quasi il 2% nel 2013.

Attenzione particolare deve essere posta sia alle ragazze, le quali per tutte le tipologie di psicofarmaci fanno registrare prevalenze superiori a quelle dei coetanei, sia alle modalità con cui i giovani pensano di poterseli procurare, comprendendo sia in casa propria ma anche il mercato on-line, modalità di acquisto emergente.

Sono molto diffusi tra i giovani anche gli *energy drinks*, pubblicizzati come bevande per migliorare le prestazioni fisiche e la concentrazione e bruciare calorie, vengono utilizzati quasi quotidianamente da circa 72mila ragazzi (3% degli studenti) e pericolosamente mixati con alcol quasi tutti i giorni da circa 25mila ragazzi (1%).

Riguardo ai disturbi alimentari, sono circa 71mila gli studenti italiani sottopeso (3%) e 311mila (13%) quelli in sovrappeso/obesi (in particolare i maschi).

Più di 250mila (11,5%) sono quelli che hanno una condotta alimentare problematica, soprattutto le ragazze (17% contro il 6% dei maschi) e in particolare quelle più giovani.

Nonostante i divieti di legge, il gioco d’azzardo risulta piuttosto diffuso tra gli studenti italiani, anche tra i minorenni: nel 2013, sono oltre 1 milione i ragazzi di 15-19 anni (44%) che hanno giocato somme di denaro.

Tra questi, quasi 120mila studenti hanno un comportamento di gioco definito “a rischio” e gli 80mila con gioco “problematico”.

Ed è proprio tra questi che si evidenziano dal 2008 al 2013 si è osservata una diminuzione proprio di queste tipologie di giocatori, segno evidente che le energie spese negli ultimi anni in campagne informative ed interventi di prevenzione hanno sortito effetti positivi.

Nel 2013 oltre 65mila studenti italiani (circa 3%) hanno fatto uso di stimolanti e 60mila (2,5%) hanno assunto allucinogeni.

Quasi 20mila (poco meno dell'1%), per ciascuna sostanza, sono i *frequent users*, coloro che ne hanno utilizzato per 10 o più volte al mese.

E sono proprio questi ultimi a mostrare un andamento costantemente in crescita, specialmente quello di stimolanti, passando da 1% del 2003 a quasi 2% nel 2013.

La facilità di reperimento on-line ne caratterizza le principali novità di uso diffuse tra i ragazzi.

Da non sottovalutare il fenomeno delle *smart drugs*, droghe "furbe", chiamate così perché al confine tra legalità ed illegalità, vendute soprattutto on-line come prodotti naturali, con effetti simili o analoghi a quelli delle altre sostanze psicoattive illegali, e consumate nel corso del 2013 da 27mila studenti (pari a poco più dell'1% degli studenti italiani), specialmente ragazzi.

Riguardo al consumo di cocaina nel 2013 sono 65.000 quelli che l'hanno utilizzata durante l'anno (circa 3%) e circa 19.000 i *frequent users* (10 o più volte nell'ultimo mese), per i quali si registra una tendenza all'aumento (da 0,3% degli anni 2000-2006 a 0,8% dell'ultima rilevazione).

Il consumo di cocaina mostra un andamento diverso nel nostro territorio nazionale: nelle regioni dell'Italia centrale e meridionale si osserva un incremento dei consumi, che al nord risultano, invece, stabili dal 2005.

L'*eroina* resta la sostanza illegale meno utilizzata, anche se negli ultimi anni sembra essere tornata di moda: nel 2013 sono stati 28mila gli studenti che ne hanno fatto uso (circa 1%) e circa 16mila l'hanno utilizzata frequentemente (10 o più volte nel mese).

È proprio per questi, tuttavia, che si evidenzia un lieve ma costante incremento nel corso degli anni (da 0,2% del 2002 a 0,7% nel 2013).

La *cannabis* continua ad essere la sostanza illegale più diffusa tra gli studenti: sono 580mila quelli che l'hanno assunta almeno una volta nel 2013 (il 25% di tutti gli studenti italiani) e più di 75mila (pari al 3%), quelli che ne fanno un consumo quotidiano o quasi, 20 o più volte al mese (i *frequent users*).

Una buona parte dei consumatori (oltre il 60%) la consuma occasionalmente, non più di 10 volte l'anno, e ben l'84% ne ha fatto un uso esclusivo, non associando cioè il consumo di altre sostanze illegali.

E anche in questo caso si registra un incremento dei *frequent users*. Va rilevato, inoltre, che per poco più di 132mila ragazzi (quasi il 6% degli studenti italiani) l'uso di cannabis può essere definito problematico e che il consumo problematico è ovviamente più diffuso fra i *frequent users*.

Ed infine, altro fenomeno che merita attenzione è il **policonsumo**.

Dei circa 590mila studenti italiani che nel 2013 hanno utilizzato almeno una sostanza psicoattiva illegale, l'83% ne ha utilizzato una sola, mentre sono quasi 100mila quelli che ne hanno utilizzato almeno due (il 4% di tutti gli studenti italiani) ed un terzo di questi ne ha fatto un uso consistente, moltiplicando così i rischi associati all'uso di ogni sostanza consumata.

In sintesi mentre la sperimentazione dei consumi psicoattivi e dei comportamenti a rischio in genere si modifica nel tempo, condizionata dalle mode e dall'offerta del mercato si osserva un lento e costante incremento (dal 2006 in poi) proprio di quella minoranza di giovani che fanno un uso-misuso-abuso quasi quotidiano di sostanze e che sono fortemente a rischio di sviluppare dipendenza.

Un ragionamento diverso va, invece, fatto rispetto al consumo di alcolici, per il quale i giovani italiani mostrano un rapporto diverso da quello dei coetanei europei, dovuto molto probabilmente all'approccio culturale e sociale al bere che contraddistingue il nostro Paese ed i Paesi mediterranei in genere e che potrebbe rivestire un ruolo importante nel limitare i rischi legati all'abuso di alcolici.

Il **prezioso suggerimento** che emerge dalla lettura del mondo dei consumi, quindi, consiste nel prediligere politiche basate sull'"educazione all'uso" prima che sulla punizione dei comportamenti, incentivando campagne di sensibilizzazione, iniziative di prevenzione e di educazione, capaci di parlare ai giovani delle nuove tendenze, mode e must degli ultimi anni (come ad esempio la sigaretta elettronica o i tour alcolici) e di trasmettere loro la consapevolezza dei rischi ad esse connessi, così come sembra potersi affermare sia accaduto per il gioco d'azzardo, che negli ultimi anni mostra un andamento decrescente della quota dei ragazzi con comportamento a rischio o problematico.

In una realtà come quella attuale in cui l'esperienza individuale e le relazioni sociali sono caratterizzate da strutture che si vanno decomponendo e ricomponendo rapidamente, in modo vacillante e incerto, il ruolo della ricerca, delle funzioni educative, dei decisori ai vari livelli istituzionali, ovvero del **mondo "adulto"** non può che essere quello di comprendere le istanze dei giovani, espresse nelle forme più variegiate, e di predisporre in modo coordinato tutti gli strumenti educativi necessari alla tutela della salute dei minori.

Milano, 16 maggio 2014

AI SOCI FEDERSERD - Anno 2014

È convocata per venerdì 6 giugno 2014, alle ore 10 in prima convocazione e alle ore 16.45 in seconda convocazione presso l'Hotel Michelangelo in Milano l'Assemblea Nazionale di FeDerSerD.

Ordine del Giorno:

- approvazione verbale seduta precedente
- ammissione nuovi soci

- relazione del presidente
- approvazione bilancio consuntivo 2013
- approvazione bilancio preventivo 2014
- varie ed eventuali

Il Presidente Nazionale FeDerSerD

Dr. Pietro D'Egidio




aderente a:



Sede legale: Via Giotto 3, 20144 Milano

Direttivo Nazionale

Pietro Fausto D'Egidio (presidente)
 Felice Nava (vicepresidente)
 Guido Faillace (segretario esecutivo)
 Alessandro Coacci e Alfio Lucchini (past president)
 Giancarlo Ardissoni, Roberta Balestra,
 Emanuele Bignamini, Giovanni Cordova,
 Edoardo Cozzolino, Francesco De Matteis,
 Tommaso Di Marco, Donato Donnoli, Giuseppe
 Faro, Maurizio Fea, Roberta Ferrucci, Mara
 Gilioni, Maria Luisa Grech, Claudio Leonardi,
 Fernanda Magnelli, Ezio Manzato, Gianna
 Sacchini, Giorgio Serio, Vincenzo Simeone,
 Cristina Stanic, Concettina Varango, Franco
 Zuin, Antonio d'Amore, Clara Baldassarre,
 Margherita Taddeo, Giovanni Villani

Comitato Scientifico Nazionale

Emanuele Bignamini (direttore)
 Edoardo Cozzolino e Carmela Costa (vicedirettori)
 Vincenzo Caretti e Maurizio Fea (esperti)
 Presidenti dei Comitati Scientifici
 delle Federazioni Regionali

RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Il versamento della quota associativa, pari a € 50,00 per i laureati e a € 30,00 per i non laureati, si può effettuare tramite:

- versamento sul Conto Corrente Bancario n. 000003417x16 intestato a **FeDerSerD** presso la **Banca Popolare di Sondrio - Agenzia di Carimate - CIN D ABI 05696 CAB 51090**
- versamento diretto ai referenti regionali con rilascio di ricevuta

L'accoglimento dell'istanza di iscrizione a FeDerSerD in qualità di Socio Ordinario avverrà nella prima riunione in calendario del Consiglio Direttivo e ne verrà data comunicazione e conferma con il rilascio e l'invio della Tessera Annuale.

ANNO 2014 - RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Da trasmettere per posta a Expo Point - via Matteotti, 3 - Mariano Comense (Co)
 o tramite fax al numero 031/751525 o per e-mail federserd@expopoint.it

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ IL _____

INDIRIZZO (personale) _____

CITTÀ _____ PROVINCIA _____ CAP _____

TEL. _____ FAX _____ CELL. _____

E-MAIL (per invio news e comunicazioni) _____

TITOLO DI STUDIO _____

DATA CONSEGUIMENTO TITOLO DI STUDIO _____

SPECIALIZZAZIONE _____

POSIZIONE PROFESSIONALE ATTUALE _____

INDIRIZZO (lavorativo) _____

TEL. _____ FAX _____ CELL. _____ E-MAIL _____

PUBBLICAZIONI / ESPERIENZE CURRICOLARI DA SEGNALARE / PROGETTI SCIENTIFICI
 IN CORSO / AREE DI INTERESSE SCIENTIFICO / INTERESSI CULTURALI

Chiedo

- Di essere iscritto in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2014
 - Di rinnovare l'iscrizione in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2014
- a FeDerSerD - Federazione degli Operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze

_____ 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 _____