

La relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze e i dati sulla realtà del sistema dei servizi in Italia 1

#### AREA EPIDEMIOLOGICA

Analisi retrospettiva dei trattamenti svolti nei pazienti consumatori di cocaina  
G. Mate, G. Zita, L. Guglielmino,  
P. Marzorati, P. Vigezzi, E. Cozzolino 6

#### AREA STUDI E RICERCHE

Disintossicazione e astinenza dall'alcol. Il ruolo del GHB  
C. Rotondo, A. Prastaro,  
M.L. Attilia, M. Ceccanti 13

#### DOCUMENTI

Azienda Notte: un progetto e una sfida per la qualità e l'innovazione nel mondo dei giovani e del divertimento 21

Valutazione del protocollo operativo in atto tra il Dipartimento delle Dipendenze dell'Asl di Bergamo e i Dipartimenti di Salute Mentale delle tre Aziende ospedaliere provinciali. 2000-2007  
E. Beato, L. Colombo, P. Donadoni,  
M. Riglietta, L. Tidone 30

#### AREA PREVENZIONE

Progetto "Overnight" di Trieste. Un progetto di prevenzione selettiva e di riduzione dei rischi  
Roberta Balestra 23

#### RECENSIONI 18-26-59

#### AREA CLINICA

Uno studio osservazionale sul decorso clinico del paziente affetto da un disturbo di dipendenza da oppiacei con comorbidità psichiatrica  
M.C. Pieri, A. Del Re, F. Saracino,  
V. Guidotti, P. Petrosomolo, C.A. Comaschi 50

#### FEDERSERD/ORGANIZZAZIONE

Stati generali e Assemblea nazionale Milano 5 giugno 2007 61

Regolamento per l'elezione dei nuovi organismi nazionali di FeDerSerD 62

#### FEDERSERD/DALLE REGIONI

Congresso regionale FeDerSerD Liguria 63

#### NOTIZIE IN BREVE

CEREF - Corso di perfezionamento in clinica delle dipendenze 63

FeDerSerD Informa, n. 6 63

#### FEDERSERD/FORMAZIONE

Primo Congresso FeDerSerD Regione Calabria 61

#### COMMENTI

A chi se lo è scordato 64

# Mission

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



## La relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze e i dati sulla realtà del sistema dei Servizi in Italia

La presentazione della relazione al Parlamento prevista dalla legge relativa ai dati dell'anno 2006 è stata occasione per puntualizzare la realtà del sistema dei Servizi per le Tossicodipendenze in Italia.

Già nelle celebrazioni della Giornata Mondiale contro l'abuso e il traffico illecito di sostanze stupefacenti il 26 giugno FeDerSerD - CNCA e FICT avevano insieme evidenziato con chiarezza e dettagliate relazioni la sofferta realtà dei servizi pubblici e del privato sociale. E in tale occasione si è discussa con i ministeri della solidarietà sociale, della salute e della pubblica istruzione la contraddizione tra l'evidenza di fenomeni in espansione e la diminuzione delle forze in campo per contrastarli.

Veniamo ai contenuti specifici della relazione al Parlamento (pubblicata in luglio a cura del Ministero della Solidarietà Sociale) per questo segmento di attività, seguendo la traccia delle note ministeriali commentate.

Le persone in trattamento presso i Ser.T., considerando solo i soggetti che si rivolgono ai Servizi per uso di sostanze illegali (quindi escluse le persone in trattamento per abuso e dipendenza da alcol, psicofarmaci, ecc. che possiamo stimare attualmente in almeno 50.000) nei 544 Servizi pubblici attivi nel 2006 sono state 176.000.

Se si rapporta il numero dei soggetti in carico in ogni anno alla popolazione residente di età compresa tra i 15 e i 54 anni d'età, nel 2006 tale rapporto si attesta su 55 persone ogni 10 mila residenti, in costante aumento negli anni.

L'utenza dei Ser.T. è composta per il 14% da soggetti che effettuano una domanda di trattamento per la prima volta nel corso del 2006, mentre l'86% dei casi sono soggetti che proseguono o riprendono un trattamento attivato in anni precedenti. In realtà il turn over supera il 25% delle persone in carico nell'anno.

Nell'87% dei casi l'utenza è costituita da soggetti di genere maschile. Sia tra la popolazione maschile che femminile si osserva che la classe di età maggiormente rappresentata è

Allegato a questo numero il programma del III Congresso nazionale FeDerSerD "Ser.T., sistema dei servizi, Dipartimenti delle dipendenze. Risorsa di scienza, cultura e impegno sociale per l'Italia", 28-31 ottobre 2007 Centro Congressi Hilton Sorrento Palace - Sorrento (Napoli)

# Mission

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

**FrancoAngeli**

**ANNO VI, 2007 - N. 21**

Fe Der Ser D

**Proprietà: Fe Der Ser D**

**Sede legale**

Via Giotto 3, 20144 Milano

**Comitato di Direzione**

Roberta Balestra, Emanuele Bignamini,  
Alessandro Coacci, Bernardo Grande,  
Alfio Lucchini, Luciana Bacci,  
Roberto Cataldini, Antonio d'Amore,  
Pietro Fausto D'Egidio, Donato Donnoli,  
Maurizio D'Orsi, Maurizio Fea,  
Guido Faillace, Claudio Leonardi,  
Raffaele Lovaste, Ezio Manzato,  
Norberto Pentiricci, Roberto Pirastu,  
Edoardo Polidori, Gianna Sacchini,  
Giorgio Serio

**Direttore scientifico**

Alfio Lucchini

**Comitato di Redazione**

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

**Sede operativa e Redazione Mission**

Via Martiri della Libertà 21,  
20066 Melzo (Mi), tel. 3356612717  
[misiondirezione@virgilio.it](mailto:misiondirezione@virgilio.it)

**Direttore responsabile:** Franco Angeli

**Progetto grafico:** Elena Pellegrini

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

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

Chiuso in redazione il 30 luglio 2007

Edizione fuori commercio  
Tiratura: 6.500 copie



## EDITORIALE

quella compresa tra 35 e 44 anni. Di dimensioni quasi pari è il collettivo di età compresa tra 25 e 34 anni, con il 36,7% dei maschi ed il 33,7% delle femmine.

Rispetto ad un'età media complessiva di quasi 35 anni, si osserva che i nuovi casi hanno un'età media inferiore, pari a 30 anni.

Il 73% dei soggetti in trattamento per disturbi correlati al consumo problematico di sostanze psicoattive illegali ha come sostanza primaria nell'uso gli oppiacei (eroina o altri oppiacei), seguita dalla cocaina, nel 16% degli stessi, e dalla cannabis nel 9,4%; tra i casi nuovi assume rilevanza nettamente superiore la quota di soggetti consumatori problematici di cocaina (28%) e di quelli presi in carico per disturbi correlati all'uso di cannabis (20%).

L'analisi della modalità di assunzione della sostanza "primaria" evidenzia che l'uso iniettivo si riscontra nel 74% degli utilizzatori di oppiacei e nell'8% delle persone che usano cocaina.

Sono i consumatori di cannabis coloro che presentano l'età media riferita di primo uso più bassa (19 anni), anche se questo dato è di gran lunga superiore a quello ipotizzato da media, opinione pubblica e ricerche sulla popolazione studentesca. Le persone in trattamento per problemi legati al consumo di oppiacei hanno un'età media di "iniziazione" all'eroina di 22 anni mentre per i cocainomani è di 23 anni.

Il numero di anni che intercorre tra il primo utilizzo della sostanza e la prima presa in carico al Ser.T., non differisce significativamente tra gli utilizzatori di oppiacei e di cannabis (pari a 6 anni), mentre è leggermente superiore per la cocaina (7 anni).

La differenza tra età media di prima presa in carico ed età attuale sta globalmente a significare la durata media del periodo "emerso" (successivo alla prima presa in carico) delle persone in trattamento; essa è elevata per i consumatori problematici di eroina - 8 anni in media - che rappresentano da molti anni il core-business dell'utenza dei Ser.T. e bassa per i consumatori problematici di cocaina - 3 anni in media - divenuti utenti dei Ser.T. nella stragrande maggioranza solo in anni recenti ed esposti a maggiori problemi di ritenzione in trattamento. Il valore basso tra i consumatori di cannabis (2 anni) potrebbe piuttosto riflettere la durata media più breve dei programmi specifici e una più alta prevalenza di dimissioni a termine.

Nell'anno in corso si evidenzia che, tra i nuovi utenti il canale di invio si presenta diversificato se si distingue in base alla sostanza per cui i soggetti risultano in trattamento: per l'eroina nel 63% la scelta è spontanea, per la cocaina nel 41%, per la cannabis nel 15%.

La maggior parte degli utenti in carico (61%) dichiara di avere un livello di istruzione medio-inferiore, il 12% ha frequentato al massimo le scuole elementari e il 26% ha un elevato livello di istruzione.

La maggior parte degli utenti (60%) risulta occupata, il 30% dei soggetti in carico è disoccupato e il rimanente 10% è economicamente non attivo.

L'utenza di nazionalità straniera rappresenta il 6% dei complessivi soggetti in carico, oltre il 90% di essi è di sesso maschile, si rivolgono ai Servizi in modo percentualmente maggiore degli italiani per consumo problematico di cocaina (27% contro 20%) e cannabis (13% contro 6%).

*La relazione si sofferma sulla realtà degli utenti delle Comunità Terapeutiche:* il 77% di essi è costituito da casi prevalenti mentre il rimanente 23% è costituito da nuovi utenti. L'84% dei soggetti è di sesso maschile e il 16% è costituito da femmine; tale proporzione mostra una maggior presenza femminile rispetto all'utenza non residenziale. Si differenzia anche la composizione per età dei due gruppi di utenti: 33 anni in media gli utenti in trattamento residenziale, contro i 35 anni di coloro in trattamento non residenziale.

Per quanto riguarda la sostanza "primaria", tra l'utenza residenziale è maggiore la proporzione di soggetti in trattamento per uso di oppiacei (83%) rispetto a coloro in trattamento non residenziale (72%); a fronte di una minor rappresentazione dei soggetti in trattamento per cocaina (13% contro 16%).

L'elevato numero di utenti residenziali utilizzatori di oppiacei comporta la presenza di una più consistente quota di soggetti che assume la sostanza per via iniettiva (76% del collettivo complessivamente analizzato).

Confrontando i due gruppi risulta più che doppia la probabilità di essere inviati in CT se si è consumatori per via iniettiva.

Le caratteristiche socio-demografiche dei soggetti in trattamento residenziale risultano differenti se si distinguono gli utenti in base alla tipologia di sostanza per la quale risultano in trattamento. Gli utenti inviati in CT hanno una "iniziazione" molto più precoce rispetto ai soggetti in trattamento non residenziale; 3 anni in meno per cannabis, 4 anni in meno per oppiacei ed 1 anno in meno per cocaina (19, 23 e 22 anni rispettivamente); tale dato è correlato da tutta la letteratura di settore ad un profilo di maggiore gravità.

Anche l'età di prima presa in carico risulta sensibilmente più bassa rispetto ai soggetti in trattamento non residenziale; per i consumatori di cannabis 24 anni contro 25, 28 anni contro

30 per gli utilizzatori di oppiacei e 30 anni contro 31 per i cocainomani.

#### *Veniamo alla realtà della assistenza in Carcere.*

Da 7 anni l'assistenza sanitaria in carcere dovrebbe essere ubiquitariamente garantita, anche per i tossicodipendenti, dal SSN. Alla rilevazione effettuata al 30 giugno 2006 (in data precedente agli effetti dell'indulto), risultavano presenti 16.145 tossicodipendenti di cui quasi il 21% stranieri (nella maggior parte dei casi – 67% – originari dei paesi dell'Africa). Il 93% dei soggetti è di sesso maschile, l'età media è di poco superiore ai 34 anni. L'81% dei soggetti seguiti in carcere è in trattamento da più anni, il 19% ha iniziato un trattamento per la prima volta nel 2006, i nuovi casi stranieri (38%) sono il doppio di quelli italiani (18%). Rispetto alla sostanza "primaria" che ha determinato il trattamento, per il 51% dei soggetti si tratta di cocaina (con una notevole sovra rappresentazione rispetto al 16% dei soggetti in trattamento nei Ser.T. per uso primario di tale sostanza), per il 43% eroina e per il 6% cannabis. Il 60% dei soggetti che vengono seguiti in carcere per abuso di sostanze è un poliutilizzatore.

Gli interventi di counselling risultano effettuati al 20% dell'utenza trattata in carcere, psicoterapia individuale (1%) psicoterapia di gruppo 3%, sostegno psicologico 10%, gruppi di autoaiuto 1%. Gli interventi di servizio sociale rappresentano il 26% degli interventi. Disaggregando gli utenti sottoposti a trattamenti farmacologici in base al tipo di farmaco somministrato si osserva che la maggioranza relativa (19%) è destinataria di trattamenti con farmaci non specifici; solo il 18% con metadone e il 2% con buprenorfina, valori bassi anche in presenza di una prevalenza di consumatori problematici di cocaina.

Un indicatore epidemiologico della diffusione nel tempo dell'uso di sostanze psicoattive è costituito dal numero di persone che ogni anno iniziano ad assumere sostanze e che negli anni futuri avranno le caratteristiche di essere eleggibili al trattamento presso i Servizi per le Tossicodipendenze; persone, cioè, che cominciano nell'anno ad avere un rapporto con la sostanza che nel futuro, problematizzandosi, li porterà a chiedere un trattamento ai Servizi. La relazione stima in 29.624 i nuovi assuntori di eroina e in 9.583 (tasso per 10.000 residenti di età tra i 15 e i 64 anni pari a 7.6) i nuovi assuntori di cocaina (tasso pari a 2.5).

I 30.000 "nuovi consumatori" di eroina che si problematizzeranno vanno confrontati con i 128.000 in trattamento nei Ser.T. per eroina nell'anno e con i 210.000 eleggibili al trattamento per eroina nello stesso anno; i 9.600 "nuovi consumatori" di cocaina che si problematizzeranno con i 28.000 in trattamento nei Ser.T. per cocaina come sostanza "primaria", che rappresentano solo il 20% scarso degli eleggibili al trattamento per consumo primario di tale sostanza nell'anno (147.000).

#### *Analizziamo la rete del sistema di intervento.*

Nei 544 Servizi pubblici (Ser.T.) attivi sul territorio nazionale il "carico di lavoro" medio, inteso come rapporto tra utenti in carico e personale impiegato, nel 2006 varia da meno di 21 utenti per singolo operatore, registrato in Valle d'Aosta, Molise, Piemonte, Basilicata, Trentino-Alto Adige, Emilia-Romagna e Liguria, a più di 27 in Campania, Lombardia, Marche ed Abruzzo, ad oltre 30 in altre Regioni.

Le 575 strutture diagnostico/terapeutico/riabilitative semiresidenziali e residenziali del privato sociale censite evidenziano, rispetto all'Atto di Intesa Stato Regioni del 1999, in 130 casi una realtà non inseribile nelle tipologie previste, in 18 casi classificate nella tipologia "accoglienza", in 284 casi come strutture afferenti all'area terapeutico-riabilitativa, in 42 casi come strutture di trattamento specialistico (pressoché tutte al Nord), e infine 101 come strutture dell'area pedagogico-riabilitativa.

Vi sono anche 39 strutture diagnostico/terapeutico/riabilitative residenziali e semiresidenziali a conduzione pubblica.

#### *Quali trattamenti si effettuano nelle strutture pubbliche e private?*

Circa 67.000 soggetti (il 38% dell'utenza trattata nei Ser.T.) sono sottoposti a trattamenti diagnostico-terapeutico-riabilitativi non farmacologicamente assistiti, composti nello specifico da terapie psicosociali e/o riabilitative. I trattamenti di tipo psico-sociale e/o riabilitativi consistono per lo più in interventi psicoterapeutici individuali (37%), counselling (30%) e sostegno psicologico (25%); effettuati generalmente insieme a interventi di servizio sociale (32,5%) e di monitoraggio; il 6% sono invece terapie familiari o di gruppo ed il 2% inserimenti in gruppi di auto-mutuo-aiuto. Agli utenti eroinomani sono somministrati prevalentemente interventi psicoterapeutici e di sostegno psicologico; counselling; interventi di servizio sociale o lavorativo. Chi fa uso di cocaina come sostanza "primaria" risulta in trattamento con interventi psicoterapeutici e di sostegno psicologico in 4 casi su 10; e in misura minore interventi di servizio sociale o di inserimento lavorativo, monitoraggio e counselling.

Nel caso degli utilizzatori di cannabis la maggioranza riceve interventi di servizio sociale o lavorativi (4/10); e in misura minore interventi psicoterapeutici individuali, counselling e monitoraggio.

I pazienti sottoposti a trattamenti farmacologicamente assistiti nel 2006 sono circa 109.000, corrispondenti al 62% dell'utenza in carico nei Ser.T., secondo quanto rilevato attraverso il sistema di monitoraggio del Ministero della Salute. La metà dei trattamenti farmacologici vengono integrati con terapie di tipo psico-sociale e/o riabilitative, mentre il restante 50% è rappresentato da trattamenti esclusivamente farmacologici; la maggior parte (93%; 101.000 persone) è destinatario, in modo assolutamente congruo con le indicazioni della letteratura scientifica internazionale, di trattamenti con oppioagonisti; per il 68% con metadone (74.000 soggetti), per il 20% buprenorfina (22.000 soggetti) e nel 4% dei casi sia dell'uno che dell'altro farmaco (in periodi differenti dello stesso anno). Meno di un decimo (7%) di tali utenti ha in atto trattamenti che non prevedono la somministrazione di oppioagonisti ma di altre tipologie di farmaci.

Vi sono alcune differenze tra il collettivo di soggetti a cui vengono somministrati soltanto trattamenti farmacologici rispetto a coloro che seguono terapie farmacologiche integrate; nel secondo gruppo risulta maggiore la proporzione di utenti in trattamento per uso di sostanze diverse dagli oppiacei; inoltre i soggetti con trattamenti non integrati risultano mediamente più anziani (36 anni contro 34); al polo opposto si osserva però una leggera preponderanza di nuovi utenti tra coloro che ricevono trattamenti non integrati (13% contro 11%).

Come prima detto si possono stimare complessivamente circa 96.000 persone in trattamento nel 2006 con oppioagonisti; è la seconda coorte complessiva al mondo dopo quella USA. In base alla durata dei trattamenti si osserva che i trattamenti con metadone a lungo termine costituiscono poco più della metà (il 53%) dei trattamenti con metadone; anche la buprenorfina è somministrata a lungo termine in poco più della metà dei casi (54%).

Nella categoria dei trattamenti integrati si osserva che l'integrazione di tipo psico-sociale e/o riabilitativo consiste prevalentemente in: counselling (42%), sostegno psicologico (27%), interventi psicoterapeutici (31%) ed interventi di servizio sociale (41%).

I soggetti sottoposti a trattamenti sostitutivi sono maschi nell'86% dei casi, hanno un'età media di 35 anni ed in maggioranza sono pazienti prevalenti; in misura minore rispetto alla proporzione nell'utenza globale sono casi nuovi (11%). Un caso "nuovo" ha circa il 25% di probabilità in meno di un caso "vecchio" di ricevere un trattamento "sostitutivo". Nel 65% dei casi si tratta di persone afferite ai Ser.T. spontaneamente/volontariamente; solo il 5% dei casi sono presi in carico in seguito ad invio da parte delle Prefetture ed il 16% da parte di strutture socio-sanitarie.

Per quanto riguarda la piccola quota di soggetti che è trattata con altri farmaci, si tratta di farmaci non sostitutivi per lo specifico trattamento delle dipendenze (72,5% dei soggetti), a cui segue l'utilizzo del naltrexone (23%) e di altri farmaci non sostitutivi per il trat-

tamento di patologie correlate (11%); vi è infine una piccola parte di utenti che riceve altri farmaci quali il disulfiram (5,7%), il gammaidrossibutirrato (3,6%) e la clonidina (2,3%).

L'8% degli utenti in carico nei Ser.T. risulta essere stato trattato in strutture terapeutiche residenziali. Di tale collettivo il 54% dei soggetti riceve, ad integrazione della terapia d'ambiente di base, trattamenti farmacologicamente assistiti integrati con terapie psicosociali e/o riabilitative, mentre il rimanente 46% è sottoposto a trattamenti aggiuntivi esclusivamente di carattere psicosociale e/o riabilitativo non farmacologicamente assistito.

*Vi è un'altra sezione della Relazione al Parlamento di grande interesse per il lavoro dei Servizi, ed è riferita ai correlati sociali e sanitari del consumo problematico di sostanze e alla riduzione del danno e limitazione dei rischi.*

Il 7% degli utenti dei Ser.T. non ha una fissa dimora; cresce la prevalenza di consumatori di sostanze psicoattive illegali tra i disoccupati; i giovani con meno di 16 anni che hanno abbandonato/non hanno proseguito gli studi utilizzano più dei loro coetanei studenti tutte le sostanze psicoattive legali ed illegali; tuttavia il rischio è maggiore in modo statisticamente significativo solo per l'esposizione all'uso di cannabis.

L'uso di alcol, tabacco, farmaci senza prescrizione medica e altre droghe illegali nella popolazione genera un'ampia e variegata serie di conseguenze di tipo sanitario, sociale ed economico.

Per le sostanze illegali sono valutati in € 1.743.000.000 i costi socio sanitari; in € 1.932.000.000 i costi legati alla perdita di produttività a seguito dell'uso di droghe, in € 2.798.000.000 i costi per tutto il sistema di contrasto applicativo delle leggi, in € 3.980.000.000 i costi sostenuti dalle persone per l'acquisto delle sostanze.

In sintesi i costi sociali rapportati alla spesa delle famiglie residenti arrivano all'1,2% del PIL.

*Nel 2006 i decessi per overdose in Italia sono stati 517.*

L'andamento temporale del fenomeno evidenzia che, dopo il picco massimo toccato nel 1996 (con 1.556 deceduti), si è registrata una progressiva diminuzione dei decessi fino al 2003 (517 decessi) a cui ha fatto seguito una inversione di tendenza nel biennio 2004-2005 (dato annuale attestato intorno alle 650 unità) ed una nuova riduzione nel 2006, di circa il 20%, rispetto all'anno precedente.

La mortalità acuta droga correlata è un fenomeno prevalentemente maschile (11,4% di donne nel 2006).

La classificazione delle Regioni in base ai tassi di mortalità acuta e di consumatori problematici, colloca il Lazio e la Liguria tra le aree che, rispetto alle altre, presentano coerentemente valori particolarmente elevati di entrambi i tassi, a cui seguono, con analogha coerenza, Campania e Marche. A fronte di un elevato impatto della mortalità per overdose, l'Umbria ha invece una posizione intermedia relativamente alla prevalenza stimata di utilizzatori problematici di sostanze, mentre in Toscana si rileva una situazione inversa.

Dal 2001 l'età relativa al decesso è progressivamente aumentata: se all'inizio del periodo considerato circa il 36% dei decessi era costituito da over 35enni, nel 2006 tale quota sfiora il 50%. Relativamente costanti, invece, rimangono le morti per intossicazione acuta tra gli under 19enni che, nell'intero periodo, costituiscono circa il 2-3% dei casi (< 20 casi/anno). Nel 48% dei casi rilevati nel 2006 la causa di morte non è stata riconducibile con ragionevole sicurezza ad alcuna sostanza precisa, mentre nel 41% e nel 9% dei decessi questa è stata attribuita rispettivamente all'eroina ed alla cocaina. Dal 2001 la quota di morti attribuite ad intossicazione da eroina rimane sostanzialmente costante, mentre quella riconducibile alla cocaina è passata, nello stesso lasso temporale, da circa il 2% al 9%; ciò significa, riferendosi ai dati assoluti, un incremento di circa 3 volte.

Nella metà dei casi attribuiti all'effetto di una specifica sostanza, il decesso è avvenuto presso l'abitazione.

Lo studio VEdeTTE ha dimostrato come restare in trattamento (trattamenti prolungati) presso un Ser.T. protegga dal rischio di morte per overdose di ben 11 volte. Inoltre, se il 36,8% dei decessi è stato cau-

sato da overdose, seguono l'AIDS e le cause violente che rappresentano rispettivamente il 20% e il 15,8% delle cause di morte nei tossicodipendenti.

*Per quanto riguarda i decessi correlati alle sostanze legali per l'alcol ogni anno in Italia si hanno circa 24.000 decessi associati e riguardano 17.000 uomini e 7.000 donne. Le condizioni che presentano la più elevata frequenza di mortalità alcol-attribuibile sono la cirrosi epatica e gli incidenti. Per i decessi da cirrosi epatica, il 47,7% per i maschi e il 40,7% per le donne sono attribuibili all'alcol; analogamente, il 26,3% e l'11,4 % di tutti i decessi che riconoscono la causa di morte in un incidente sono alcol-correlati. Il 5,3% di tutti i tumori maligni maschili ed il 3% di quelli femminili è attribuibile all'alcol.*

Ottantamila sono i decessi attribuibili al fumo ogni anno, pari a circa il 14% di tutte le morti. Più del 34% di tutte le cause di morte attribuibili al fumo di sigaretta colpisce soggetti di 35-69 anni. Inoltre, coloro che muoiono a causa del tabacco perdono in media 13 anni di speranza di vita. Sono numerose le patologie associate al fumo di tabacco. La principale è il carcinoma polmonare, la patologia più temuta per chi fuma: provoca circa 30mila morti l'anno. Negli uomini il fumo è responsabile del 91% di tutte le morti per cancro al polmone e nelle donne nel 55% dei casi.

In Italia muoiono attualmente ogni anno in seguito ad incidente stradale circa 6.000 persone. Per ogni morto in incidente stradale ci sono poi 2-3 invalidi molto gravi, 20 ricoverati, più di 250 accessi al Pronto Soccorso. Il problema degli incidenti stradali coinvolge particolarmente il mondo giovanile: più di un decesso su tre riguarda soggetti con meno di 30 anni; più della metà dei ragazzi deceduti a 18 anni muore a seguito di incidente stradale; l'incidente stradale è la prima causa di invalidità grave dei giovani. Tra le molteplici cause di questo fenomeno, alla guida in stato di ebbrezza viene attribuito circa il 30% degli incidenti stradali gravi o mortali.

*Altra attività significativa del sistema dei Servizi è la limitazione dei rischi: prevenzione dell'overdose, delle malattie infettive droga correlate e dell'incidentalità stradale.*

Le politiche volte a ridurre la mortalità per intossicazione acuta da sostanze non sono omogenee e spesso non attuate con la dovuta attenzione nel Paese. I Servizi pubblici rimangono i principali contesti in cui si informa circa la capacità a riconoscere l'overdose e al come gestirla, seguiti dalle Unità di strada e dai Servizi a bassa soglia, e dai luoghi più propriamente giovanili come la scuola ed i locali notturni. L'importanza di tali luoghi di aggregazione giovanile si è evidenziata anche in quanto nel 2006 il 44,4% dei Dipartimenti delle Dipendenze ha affermato la disponibilità di specifico materiale informativo indirizzato a gestori e personale dei locali notturni. Collegata alla gestione dell'overdose vi è un'altra misura preventiva, relativa all'affidamento domiciliare del naloxone, attuato in più della metà dei Dipartimenti delle Dipendenze, sia ai pazienti in carico che ai loro familiari. Nell'ambito della prevenzione dei decessi per intossicazione acuta da sostanze psicoattive effettuata dai Dipartimenti, spiccano le attività effettuate all'interno del processo di presa in carico dell'utente, quali la somministrazione di trattamenti con agonisti e la valutazione del rischio individuale. Le altre attività più frequentemente svolte sono gli interventi di consulenza che precedono la scarcerazione (come consulenze sull'aumento dei rischi a inizio o prosecuzione di trattamenti sostitutivi) e di educazione al rischio e alla capacità di risposta in situazione di emergenza (riconoscere l'overdose, rispondere in maniera adeguata riguardo alla posizione da assumere in caso di emergenza): rispettivamente, il 46 e il 36% circa dei Dipartimenti hanno dichiarato di aver svolto spesso tali attività nel corso del 2006. Il materiale informativo è stato nel 2006 per lo più strumento di prevenzione secondaria, disponibile presso luoghi ad alta concentrazione di soggetti potenzialmente esposti ad episodi di overdose, come i Servizi pub-

blici per le tossicodipendenze, le unità per la disintossicazione ed in misura minore negli altri servizi a bassa soglia (il 54% circa dei Servizi/Dipartimenti ha indicato la disponibilità in tale setting), ma anche di prevenzione primaria, essendo disponibile presso scuole, discoteche, feste, rave e festival, nonché su specifici siti internet.

I Servizi per le Tossicodipendenze eseguono le vaccinazioni per l'epatite B ed altre profilassi per le malattie infettive. In base a quanto rilevato attraverso il Progetto SIMI@Italia il 15,8% dell'utenza risulta vaccinata per l'epatite B, in parte per intervento attivo dei Servizi/Dipartimenti ed in parte per effetto dell'introduzione dell'obbligatorietà nel 1991. Per quanto riguarda la distribuzione di siringhe e/o materiale sterile, di profilattici e di materiale informativo, le iniziative di distribuzione di siringhe risultano essere attive nel 30% dei Dipartimenti come materiale disponibile e nel 36% con modalità di distribuzione proattiva. La distribuzione di profilattici è presente in percentuale maggiore per quanto riguarda la modalità proattiva (40%). La distribuzione di materiale informativo è il metodo più diffuso (circa 80%). Complessivamente il 44% dei Dipartimenti/Servizi effettua la distribuzione di siringhe e/o materiale sterile, il 28% utilizzando entrambe le modalità ed il 16% utilizzando un solo metodo (rispettivamente l'8% la modalità proattiva e l'8% la disponibilità del materiale). Simile andamento si osserva per quanto riguarda la distribuzione dei profilattici ed il modo in cui viene effettuata. Tra i Dipartimenti che distribuiscono siringhe il 67% distribuisce anche profilattici.

Interventi specificatamente rivolti alla riduzione dell'incidentalità stradale correlata all'uso di sostanze psicoattive legali ed illegali sono quelli delle Unità di strada destinate alla limitazione dei rischi della notte altrimenti definite Unità di Strada Giovani, censite provvisoriamente in 26 sul territorio nazionale; presso tali Unità di strada vengono svolte differenti attività, dalla misurazione dell'alcol nell'aria espirata con etilometro, alla promozione di strategie di salvaguardia come l'individuazione a turno del guidatore "designato" che non berrà alcolici nella serata, all'organizzazione di modalità di trasporto collettivo sicuro con "safety bus/train/car", ad interventi di promozione della salute e di informazione sui rischi.

I Servizi di Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi (RDD e LDR) censiti sono una cinquantina, concentrati nel Nord del Paese, e vanno dalle Unità di strada per la riduzione del danno da droghe, a quelle per la limitazione dei rischi della notte, ai drop-in diurni, ai dormitori specializzati per le dipendenze patologiche.

### **Quali ulteriori commenti?**

*La relazione appare innovativa nella struttura e nei principi ispiratori: apertura a settori inesplorati, dai costi sociali alla percezione dei fenomeni. Vi è attenzione a considerare le sostanze per le loro caratteristiche e non solo per il criterio della legalità. Certamente l'orizzonte più largo crea maggiori difficoltà nel reperimento di dati certi e completi, e la relazione ne soffre.*

*Il Ministro Paolo Ferrero si è distinto anche nella occasione della presentazione della relazione per riconoscere l'importanza strategica del ruolo dei Ser.T. e del lavoro dei professionisti. Bisogna riconoscere che è l'unico politico con rilevanti compiti esecutivi che non si vergogna di dirlo in modo chiaro, senza se e senza ma!. Ha pure evidenziato quella famosa "forbice", 1 operatore ogni 24 assistiti contro i 13 previsti dalla legge in vigore, con Regioni in cui il rapporto è oltre 30 a 1.*

*D'altro canto recentemente uno studio di Cittadinanzattiva/ Tribunale per i diritti del malato, condotto con la collaborazione anche di FeDerSerD, ha evidenziato le carenze strutturali e logistiche dei Ser.T. (rimandiamo al numero 6 della news FeDerSerD Informa – [www.federserd.it](http://www.federserd.it) – per una dettagliata analisi del rapporto).*

*Sulla analisi della realtà e specialmente sul che fare, per non sembrare sempre "difensori del pubblico" si possono riprendere le pro-*

*poste che FeDerSerD, CNCA e FICT, unite nel Tavolo di Alta Integrazione delle Comunità e dei Ser.T., hanno lanciato il 26 giugno a Roma, in occasione della Giornata mondiale contro l'abuso e il traffico illecito di sostanze stupefacenti; analisi e proposte che sono clamorosamente in linea con la lettura dei dati della relazione al Parlamento 2006.*

*"Il sistema delle dipendenze versa in una grave situazione di crisi. La responsabilità va ricercata nella mancata applicazione delle leggi e – più ancora – nello scarso investimento che Governo, Regioni e Aziende sanitarie hanno fatto sul fronte droghe in questi ultimi anni. L'organico dei Servizi pubblici per le dipendenze è, in media, ridotto al 50% di quanto previsto nel dpr. 309/90. Il numero delle persone prese in cura è in continuo aumento e presenta livelli di gravità e complessità sempre maggiori. Oggi circa 6.500 operatori del pubblico e 6.000 operatori del privato sociale devono curare e assistere 180mila persone prese in carico dal sistema. Al nord Italia il 50% dei nuovi soggetti in cura presenta un abuso primario di cocaina. Il 40% delle persone in carico ai servizi lo è, in varie fasi, da più di dieci anni. Da 4 anni è stato cancellato il Fondo nazionale di lotta alla droga, con la conseguenza che il 25% di quel fondo che doveva essere impiegato per le sperimentazioni nazionali non è più disponibile, mentre il 75% assegnato alle Regioni non è più vincolato nella destinazione ed è stato speso dalle Amministrazioni regionali e locali anche per interventi sociali non rivolti alle dipendenze. Le Regioni spendono per il settore dipendenze, in media, una cifra pari allo 0,8% del Fondo sanitario nazionale, contro una media europea dell'1,5%. Per quanto riguarda le Comunità, si riscontrano clamorose differenze tra una Regione e l'altra: le rette possono andare dai 40 euro a persona, al giorno, in alcune Regioni fino agli 80 euro in altre. Si registra una mancata valorizzazione degli interventi "di prossimità" (drop in e lavoro di strada), pur in presenza di una loro comprovata efficacia. I Servizi, per fare fronte all'aumento della domanda di cura soprattutto di cocainomani, senza abbandonare i pazienti in trattamento da più tempo, rischiano di abbassare pericolosamente gli standard di assistenza già molto risicati e peggiorare la qualità delle cure.*

*Il Tavolo di Alta Integrazione delle Comunità e dei Ser.T. avanza tre proposte fondamentali per mettere il sistema in grado di curare e assistere con la qualità e l'efficacia necessarie e uscire da un'impasse causata anche dal fatto che sulle droghe molto si parla, ma poco si investe.*

*La prima proposta riguarda l'implementazione del sistema delle dipendenze così come previsto nell'Atto di Intesa Stato-Regioni del 1999: occorre costituire un Tavolo di coordinamento e monitoraggio nazionale, analoghe strutture regionali, i Dipartimenti per le Dipendenze in ogni ASL (esistono in meno di metà delle Regioni italiane).*

*La seconda proposta riguarda le risorse. Occorre superare la situazione di disinvestimento nei confronti del settore che ha caratterizzato sia il precedente Governo sia quello in carica, almeno finora, ripristinando un Fondo nazionale separato per le dipendenze – le cui risorse, quindi, non possono essere usate dalle Regioni per altri settori e che permetta anche le sperimentazioni a livello nazionale. Inoltre, le Regioni devono impegnarsi a raggiungere, nell'arco di qualche anno, uno stanziamento per le dipendenze pari all'1,5% del fondo sanitario di loro competenza. Tali risorse possono essere attinte, come già in più occasioni proposto, dalla fiscalità ordinaria derivante dai proventi del gioco d'azzardo e dalla vendita di alcolici e sigarette, senza costi aggiuntivi per la collettività.*

*Infine, è necessario che in tutte le Regioni italiane vengano stabilizzati gli interventi di prossimità sia nel campo delle gravi marginalità, sia rispetto ai contesti del loisir e dei consumi giovanili, ora costretti a sopravvivere solo come progetti eventualmente rinnovabili".*

**Quindi è giunta l'ora di passare dalle parole ai fatti!**

# Analisi retrospettiva dei trattamenti svolti nei pazienti consumatori di cocaina

G. Mate\*, G. Zita\*\*, L. Guglielmino\*\*, P. Marzorati\*\*, P. Vigezzi\*\*, E. Cozzolino\*\*\*

## SUMMARY

■ *Everywhere cocaine use is increasing, in Italy, in Europe and all over the world. More and more are the incoming cocaine consuming patients that are arriving to the Drug Addiction Centre, (Ser.T.). In our centre we effectuated a retrospective study to evaluate the treatment effectiveness for cocaine patients from January 2000 to June 2005. In overall the period 290 treatments were submitted to 185 patients: 138 patients showed cocaine dependence, 37 abuse and 10 problematic use. 51% was the percentage of polydrug abusers, mostly for alcohol and/or cannabinoids. 109 patients were sent by public institutions while 76 patients arrived to the centre spontaneously; most of patients declared affective or familiar or relational problems at their arriving at the centre. 48,6% resulted the overall retention rate.*

*Statistical different outcomes resulted between psychological-psychotherapeutical therapies and socio-educational ones: the former completed and dropped out more than the latter. Single treatments and spontaneous ones dropped out more than combined and forced therapies, respectively.*

*Even though the data aren't complete to observe and evaluate the incoming cocaine patients "phenomenon", however, relevant and interesting data were showed considering both the absence of a valid pharmacological treatment and the cocaine studies scarcity. Moreover, this situation of lacking knowledge urged us to draw a new observational prospective study to collect more and more complete and exhaustive data about cocaine consuming patients to better know the "cocaine phenomenon". ■*

**Keywords:** cocaine dependence, treatments effectiveness, polydrug abusers.

**Parole chiave:** dipendenza da cocaina, efficacia dei trattamenti, politossicomania.

## Introduzione

La sempre crescente diffusione del consumo e abuso di cocaina anche in Italia (1) ha visto nel periodo 2002-2003 il 12 per mille circa della popolazione fra i 15 e i 34 anni fare uso di cocaina nell'ultimo anno, portando così l'Italia al 4° posto nella graduatoria europea (2); ciò ha determinato un incremento di prese in carico da parte dei Servizi Pubblici per le Tossicodipendenze (Ser.T.) di pazienti cocainomani, anche se, peraltro, tale afflusso sembra corrispondere ad una percentuale molto bassa (< 10%) dei soggetti consumatori di cocaina (3).

Anche nel nostro Servizio si è registrato un andamento simile (vedi figg. 1 e 2).

\* Dirigente Psicologo.

\*\* Dirigente Medico.

\*\*\* Direttore - E-mail: ecozzolino@asl.milano.it.

Ser.T. - Via delle Forze Armate e Via Boifava - Dipartimento Dipendenze - Asl Città di Milano.

Fig. 1 - Pazienti cocainomani incidenti per anno

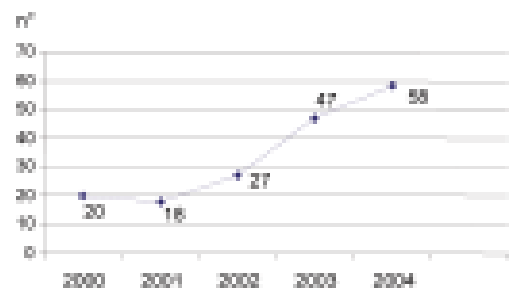
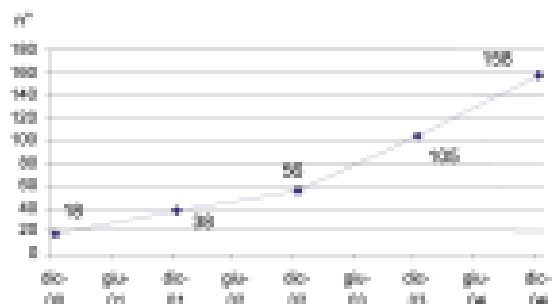


Fig. 2 - Trattamenti in corso per anno



Al fine di inquadrare meglio il fenomeno e le caratteristiche dei pazienti in esso coinvolti, in primo luogo abbiamo svolto un'indagine retrospettiva dal 2000 al giugno 2005 analizzando i diversi approcci terapeutici offerti a questi pazienti. Nel contempo abbiamo anche provveduto ad allestire un protocollo di studio per svolgere una più approfondita analisi conoscitiva dei pazienti incidenti in trattamento, a partire dal gennaio 2006, che, a tutt'oggi, risulta in fase di realizzazione.

Nella presente esposizione ci soffermeremo a descrivere gli elementi rilevanti dell'indagine retrospettiva svolta, ripromettendoci poi, in un futuro nuovo lavoro, di descrivere i risultati e le indicazioni che potranno emergere dall'analisi in corso sui pazienti incidenti, con l'opportunità di potersi avvalere di dati di maggiore rilievo dal punto di vista della ricerca clinica, in quanto è stata prevista una migliore definizione del percorso diagnostico e della valutazione degli indicatori degli esiti che si verranno ad ottenere.

## Materiali e Metodi

### Popolazione

L'analisi del software ministeriale (fornito dal Ministero per la Salute, al fine di raccogliere i dati sui pazienti afferenti al Ser.T.), sui pazienti cocainomani primari (cioè con una diagnosi di dipendenza, abuso o consumo problematico, anche in copresenza di altre sostanze sempre in posizione di secondo piano per rilevanza clinica) ha fornito la rilevazione schematizzata in tab. 1.

Sempre facendo riferimento a quanto inserito nel suddetto software abbiamo poi considerato le varie tipologie di trattamento eseguite, gli esiti, le sostanze secondarie d'abuso e così via (tab. 2).

Tab. 1 - Descrittiva generale popolazione cocainomane afferente al Ser.T.

	N.	%
Utenti contattati 2000-giugno 2005	229	
Utenti contattati non seguiti da terapia	44	19
Utenti trattati	185	81
Maschi	160	86,5
Femmine	25	13,5
Età media	33 ± 10 a.	
<b>Scolarità</b>		
Elementare	19	10,3
Media inferiore	124	67
Media superiore	29	15,6
Laurea	4	2,2
Non rilevato	9	4,9
<b>Professione</b>		
Occupati	69	37,3
Disoccupati	82	44,3
Sottoccupati	8	4,3
Inoccupati	14	7,6
Non rilevato	12	6,5

Gli utenti afferivano al servizio volontariamente o inviati da enti terzi (magistratura, prefettura...) e svolgevano una fase di accoglienza costituita da un colloquio di ascolto della domanda e prima raccolta anamnestica, seguita da una prima visita di valutazione sanitaria globale e specifica per le sostanze d'abuso. Il primo colloquio veniva condotto da un operatore in turno tra Psicologi, Assistenti Sociali ed Educatori; il secondo effettuato da un Medico con l'ausilio di un Infermiere. Successivamente, nella

Tab. 2 - Tipologie di prestazioni secondo il software ministeriale per la rilevazione dei dati

	Codice Ministero
<b>Prestazioni dell'area psicologica:</b>	
• Sostegno psicologico	P100
• Colloqui di consultazione psicologica	P101
• Sostegno psicologico alla famiglia	P102
• Psicoterapia di coppia	P200
• Psicoterapia individuale	P201
• Psicoterapia di gruppo	P202
• Psicoterapia familiare	P203
<b>Prestazioni dell'area sociale:</b>	
• Intervento di servizio sociale	P300
• Prestazione socio-assistenziale	P301
• Sostegno socio-educativo	P302
• Inserimento lavorativo	P303
• Formazione professionale	P304
<b>Prestazioni dell'area sanitaria:</b>	
• Altri farmaci non sostitutivi	F203
• Altri farmaci più in generale	F300

prima riunione d'equipe multidisciplinare si approntava un percorso di approfondimento valutativo e di presa in carico, con la possibilità di poter definire un programma terapeutico individualizzato, in cui si integravano i diversi interventi terapeutici secondo le necessità e le complessità cliniche del caso.

Successive verifiche potevano consentire ulteriori modifiche del programma precedentemente stabilito.

Un caso a parte era rappresentato dagli utenti in carcere che richiedevano intervento da parte del Ser.T. In questo caso un operatore psico-sociale eseguiva in carcere una prima valutazione che poi, elaborata in equipe portava alla definizione del programma terapeutico personalizzato, che veniva restituito al paziente con la possibilità di venire condiviso ed accettato, o viceversa, rifiutato.

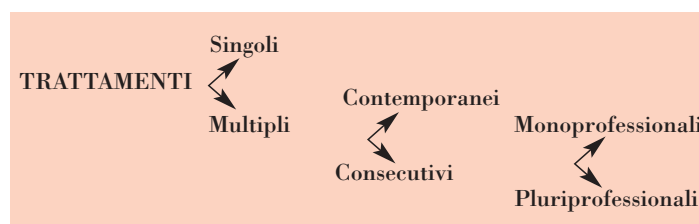
### Tipologia dei trattamenti

Nell'ambito del programma ministeriale per la cura delle dipendenze vengono individuate prestazioni professionali che, per le loro caratteristiche, possono essere ricondotte ad interventi focalizzati o trattamenti terapeutici. Tali prestazioni sono state tutte prese in considerazione e sono riconducibili a tre aree nelle quali si situano gli interventi/trattamenti erogati ai pazienti.

Tali prestazioni sono state erogate territorialmente presso il Ser.T. di via Boifava e sono state qui suddivise a seconda dell'ambito professionale a cui appartengono.

Siamo partiti dal presupposto di considerare come trattamenti tutte le prestazioni indipendentemente dal fatto che si collocassero all'interno di un intervento focalizzato o di un trattamento terapeutico. La necessità di analisi ex-post delle tipologie di trattamento e dei relativi esiti ci ha spinto ad individuare una ampia e complessa gamma di trattamenti rappresentata dalla tab. 3.

Tab. 3 - Tipologie dei trattamenti



Abbiamo differenziato i trattamenti in singoli e multipli, differenziando questi ultimi in contemporanei e consecutivi.

Per trattamenti contemporanei abbiamo inteso lo svolgimento di più trattamenti nello stesso periodo temporale, mentre la definizione di trattamenti consecutivi è stata attribuita a quelli effettuati dal paziente nell'arco di alcuni anni, con più prese in carico distanti fra loro almeno sei mesi.

Infine abbiamo distinto i trattamenti consecutivi in mono-professionali o pluri-professionali a seconda che siano stati svolti dalla stessa o da diverse figure professionali.

### Esiti degli interventi/trattamenti

1. Ancora in trattamento.
2. Interruzione: dopo una sospensione dal trattamento da almeno 15 gg.
3. Rifiuto di programma.
4. Trasferimento ad altri Servizi: Ser.T., Comunità...
5. Interruzione per carcerazione.
6. Completati.
7. Exitus.
8. Carcere.

### Statistica

È stata effettuata una statistica descrittiva generale, considerando sesso, età, età di inizio e di dipendenza, indice di ritenzione in trattamento. Per la valutazione statistica dei risultati ottenuti ci siamo avvalsi dell'ausilio di test del chi quadro, del t-Student effettuati su Software Microsoft Windows Office Excel 2000.

## Risultati

### Dati generali:

**Diagnosi:** 138 pazienti dipendenza, 37 abuso e 10 uso problematico.

I criteri adottati per definire tali tipologie sono quelli illustrati dal DSM IV, (4) e per uso problematico abbiamo inteso una condizione che non soddisfa i criteri previsti per l'abuso né quelli per la dipendenza.

129 pazienti riferivano uso cocaina sniffata, 30 per via orale (fumata), 3 uso endovenoso e 23 uso per via inalatoria e orale.

**Frequenza d'uso:** 14 uso plurigiornerio, 104 uso giornaliero, 47 uso plurisettimanale, 5 monosettimanale, 9 uso occasionale e 6 non rilevato.

**Poliabuso:** 93 pazienti riferivano poliabuso: 23 con alcool, 20 con alcool + cannabinoidi, 23 solo con cannabinoidi, 8 cannabinoidi ed altro, 5 con alcool ed altro, mentre 14 poliabuso con sostanze diverse da alcool e cannabinoidi.

**Accesso:** 76 pazienti si sono presentati al Ser.T. spontaneamente mentre 109 sono stati inviati dal tribunale ordinario (88%), prefettura (6%) o dal tribunale dei minori (6%).

**Motivazioni addotte all'ingresso accessi spontanei:** 41 pazienti riferivano problemi affettivi, relazionali o familiari, 8 difficoltà socio-lavorative, 6 disturbi psicopatologici non legati alla sostanza, 12 effetti indesiderati legati direttamente all'uso della sostanza, 8 evidenziavano molteplici motivazioni senza fornire una priorità.

**Tipologia dei trattamenti:** 114 sono stati singoli, cioè effettuati una volta sola da un solo professionista. 176 sono stati i trattamenti multipli: 118 sono risultati contemporanei mentre 58 sono stati consecutivi, eseguiti da professionisti ma in fasi differenti e separate da almeno sei mesi.

Dei 114 trattamenti mono-professionali, il 34% sono stati svolti da assistenti sociali, 34% da educatori professionali e 32% da psicologi psicoterapeuti.

Dei 58 trattamenti consecutivi, 43% sono risultati pluri-professionali mentre il 57% sono risultati mono-professionali.

127 trattamenti sono risultati di area psicologica, 154 di area socio-educativa mentre 9 sono farmacologici.

La durata media dei trattamenti è risultata di 293 giorni (IC 95% 256-330).

48.6% è risultata la ritenzione in trattamento generale, 41,1% la ritenzione riferita ai trattamenti di area psicologica e 56.8% la ritenzione per i trattamenti di area socio-educativa.

Gli esiti dei trattamenti socio-educativi sono risultati significativamente differenti rispetto a quelli psicologici-psicoterapeutici ( $\chi^2 = 0.00013$ ): in particolare i trattamenti socio educativi sono risultati in maggior numero ancora in corso ( $\chi^2 = 0.011$ ) mentre quelli psicologici-psicoterapeutici sono stati completati in un maggior numero di casi ( $\chi^2 = 0.0054$ ) (vedi Fig. 5).

Fig. 3 - Abbinamenti professionali relativa ai 118 trattamenti contemporanei

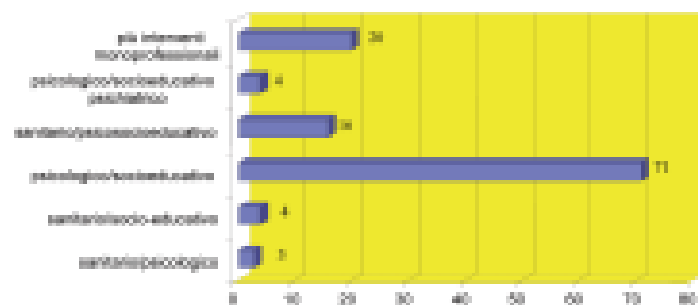


Fig. 4 - Esiti dei trattamenti

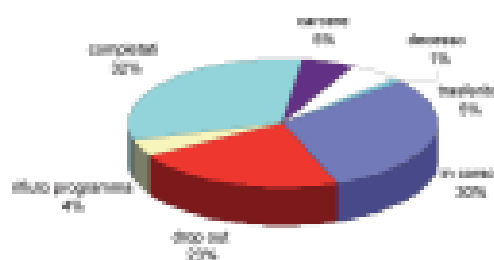
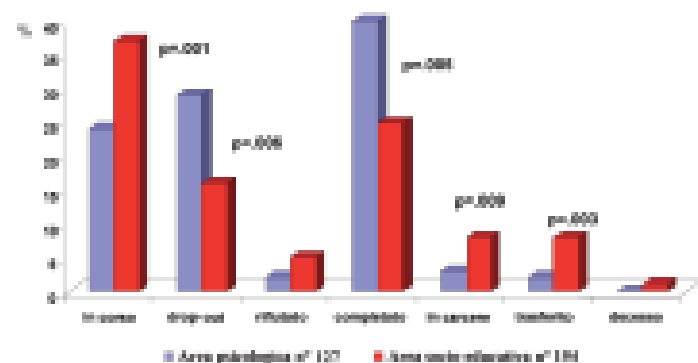


Fig. 5 - Esiti trattamenti psico-socio-educativi





I trattamenti singoli hanno evidenziato esito significativamente diverso rispetto a quelli multipli (contemporanei e consecutivi) ( $\chi^2 = 0.017$ ), ed in particolare i trattamenti multipli si sono completati maggiormente rispetto a quelli singoli ( $\chi^2 = 0.005$ ). Infine i trattamenti svoltisi in seguito ad accesso spontaneo sono risultati significativamente differenti rispetto a quelli con accesso non spontaneo ( $\chi^2 = 0.00027$ ): in particolare i trattamenti spontanei sono stati soggetti a maggiore abbandono ( $\chi^2 < 0.0001$ ) ma esitano significativamente meno in carcere ( $\chi^2 = 0.005$ ).

### Discussione

Considerando l'elevato numero di pazienti afferenti ai Ser.T., ed i compiti istituzionali di questi ultimi (non orientati alla ricerca, bensì alla prevenzione e all'intervento terapeutico-riabilitativo multidisciplinare) un'analisi retrospettiva, relativa ai trattamenti di pazienti cocainomani su 5 anni, si presenta di non facile e scontata elaborazione.

A prescindere dai risultati ottenuti, emergono subito alcune osservazioni di particolare interesse.

Come emerso dallo Studio Multicentrico Europeo (5), anche nella casistica da noi analizzata, molto importante risulta il fenomeno del poliabuso. Inoltre, come riportato relativamente al gruppo "ambiente di intrattenimento" (5), anche nella nostra casistica il poliabuso era caratterizzato prevalentemente dall'associazione con alcool o THC, o ancora, con entrambi. Relativamente all'indice di ritenzione in trattamento dei pazienti cocainomani afferenti al Ser.T., tale valore non appare sostanzialmente molto differente da quello riscontrato nei trattamenti sostitutivi per i soggetti eroinomani (6,7), e riveste particolare importanza considerando il lungo periodo di osservazione retrospettiva e l'assenza di efficaci interventi farmacologici per il trattamento della dipendenza da cocaina. A nostro parere tutto ciò è indicativo del fatto che la relazione terapeutica con i professionisti del Ser.T., se correttamente gestita e utilizzata, consente di influenzare pesantemente la ritenzione in trattamento in modo quasi indipendente dalla disponibilità di un trattamento farmacologico elettivo (un conto è dire che un farmaco efficace determina, di per sé, buoni o alti valori di ritenzione in trattamento, un altro è dire che, in assenza di un farmaco efficace, è impossibile una buona ritenzione in trattamento). Analoghe conclusioni e considerevoli miglioramenti per il funzionamento personale complessivo, sono dedotte dal lavoro di Higgins (8) dove la possibilità di condurre trattamenti multipli, nel caso specifico venivano annoverati terapia comportamentale con integrazione di iniziative di tipo comunitario e di terapia familiare, tratteneva più pazienti in trattamento e produceva esiti più favorevoli.

Rilevante appare l'alta percentuale di ritenzione in trattamento nei pazienti ad accesso non spontaneo; ciò suggerisce la considerazione di un'efficace azione svolta dalla magistratura nel favorire una cura dei soggetti tossicomani, cura che altrimenti sarebbe impedita dalla carcerazione o dalla permanenza nella dipendenza attiva di soggetti instabili in quanto non trattati.

Ad una prossima ulteriore verifica di follow-up, sarà importante valutare il consolidamento dei risultati terapeutici ottenuti in soggetti con trattamento alternativo a pene detentive.

Di non secondaria importanza, non diversamente da quanto riscontrato nei soggetti eroinomani, è il rilievo sulla migliore ritenzione in trattamento dei pazienti con trattamento multiplo (contemporaneo e/o consecutivo) rispetto a quelli con terapia singola. Tale riscontro pone ancora una volta in risalto l'efficacia dell'intervento multidisciplinare rispetto all'intervento singolo; la valutazione e l'intervento sull'insieme dei vari aspetti problematici, sia individuali che di vita del paziente dipendente, appaiono indubbiamente favorire il trattamento dei soggetti cocainomani.

Infine, va sottolineato che l'indice di ritenzione in trattamento non può essere considerato l'indicatore unico del successo del trattamento stesso tanto è vero che, laddove si è riscontrata una

ritenzione in trattamento inferiore (vedi trattamenti psicologici - psicoterapeutici), si è nel contempo ottenuto un numero maggiore di programmi terapeutici completati e non interrotti.

### Conclusioni

Fermo restando quanto già descritto nella discussione, riteniamo importante sottolineare due considerazioni a nostro parere di primaria importanza

- Il trend in costante aumento dell'accesso di pazienti cocainomani ai Ser.T., associato al sempre più rilevante quantitativo di cocaina sequestrata dalle Forze dell'Ordine, ci fa prevedere un consistente aumento di questi pazienti all'interno dei Servizi. Ciò finirà, ma sta già accadendo oggi, per spostare gradualmente l'asse d'intervento verso i cocainomani (anche a fronte di una progressiva lenta riduzione del numero di eroinomani nei Servizi).

Non si può escludere la possibile ripresa delle prese in carico di pazienti abusatori di eroina, ma, con grande probabilità e alla luce di quanto già stiamo osservando, si tratterebbe prevalentemente di soggetti molto giovani consumatori di eroina fumata.

Tutto ciò deve spingere i Servizi ad attrezzare le proprie organizzazioni alla gestione di casi clinici "nuovi" rispetto a quelli "storici" indipendentemente dalla sostanza utilizzata.

- In un contesto di sfida verso problematiche d'abuso in continuo cambiamento riteniamo che le capacità d'aggancio e di ritenzione in trattamento legate alle caratteristiche relazionali ed empatiche dei professionisti e delle équipes siano, oggi come nel passato, fulcro fondamentale per un efficace percorso di cura.

**Note:** Si ringraziano Fabio Di Cosmo e Rosa Cassano, infermieri professionali del Ser.T., per la preziosa collaborazione prestata nello svolgimento dello studio.

### Bibliografia

- 1) Risultati dello studio nazionale 2004 sull'uso di droga e di altre sostanze psicoattive nella popolazione generale (IPSA) e nella popolazione giovanile secolarizzata (EPSAD), sezione di epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari, Istituto di fisiologia Clinica, Consiglio Nazionale delle Ricerche.
- 2) Handbook of survey on drug use among the general population - EMCDDA Project C.T.99E.P.08.B, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- 3) Rapporto al Parlamento sulle tossicodipendenze, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento nazionale per le politiche antidroga, giugno 2005.
- 4) American Psychiatric Association (1996), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4<sup>th</sup>*, (Washington, DC, American Psychiatric Association).
- 5) Preinzele M. et al., "Cocaine use in Europe - A multicenter Study: patterns of use in different groups", *European Addiction Research*, 2004, 10:147-155.
- 6) Cozzolino E., Guglielmino L., Vigezzi P., Marzorati P., Silenzio R., De Chiara M., Corrado F., Cocchi L., "Buprenorphine Treatment: A Three-Year Prospective Study Conducted on Patients Addicted of Opioids at a State Run, Public Out-Patients' Addiction-Centre in Milan", *American Journal on Addictions* 2006, 15 (3) pp. 246-251.
- 7) Vigezzi P., Guglielmino L., Marzorati P., Silenzio R., De Chiara M., Corrado F., Cocchi L., Cozzolino E., "Multimodal Drug Addiction Treatment. A Field Comparison of Methadone and Buprenorphine Among Heroin and Cocaine Dependent Patients", *Journal of Substance Abuse Treatment*, July 2006, vol. 31, n. 1, pp. 3-7.
- 8) Higgins S., Delaney D., Budney A., Nickel W., Hughes J., Foerg F., Fenwick J., "A behavioral approach to achieving initial cocaine abstinence", *American Journal of Psychiatry*, 1991, 148, pp. 1218-1224.







# Disintossicazione e astinenza dall'alcol. Il ruolo del GHB

C. Rotondo, A. Prastaro, M.L. Attilia, M. Ceccanti\*

## SUMMARY

■ *The aim of our study was to verify the role of GHB (gamma-hydroxybutyric acid) in the alcohol addiction. Two studies valued two different groups of patients: the first study (GATE 1) verifies in the phase of alcohol withdrawal syndrome the GHB efficacy versus benzodiazepine (oxazepam). The second study (GATE 2) verifies the efficacy in medium term treatment of alcohol dependence. These parameters have considered: for the GATE 1 CIWA- Ar for symptoms intensity; breath test for alcohol; VAS for craving intensity and LCRR 1 for craving frequency and common markers for alcohol dependence; for the GATE 2 CAD (accumulate abstinence duration) during 6 months of treatment and 6 months after treatment, markers and tests. Moreover, we make use of Lesch scale for evidence the different tipology of alcoholists: these subtypes can be indicators of vulnerability and severity and can condition the results of treatment. ■*

**Keywords:** GHB, acute alcohol withdrawal syndrome, alcohol dependence.

**Parole chiave:** GHB, astinenza da alcol, alcolodipendenza.

A differenza di altre patologie, il trattamento della dipendenza da alcol richiede tempi molto lunghi, e dà risultati, ancor oggi, molto variabili, con una probabilità di successo che è difficilmente valutabile e spesso frustrante per gli operatori del settore. Un approccio che possa avere delle possibilità di successo nel caso di una patologia multifattoriale e multidimensionale quale è quella della dipendenza da alcol, richiede che venga posta la massima attenzione a quei fattori che, a vario titolo, possono partecipare al processo riabilitativo. Tra questi fattori va sempre più trovando riscontri la risposta individuale alla terapia farmacologica che, pur tra mille difficoltà, comincia a far intravedere tutte le sue potenzialità nel trattamento della dipendenza da alcol che, da un punto di vista didattico, può essere distinto nelle seguenti fasi:

1. disintossicazione
2. valutazione psico-fisica-sociale;
3. trattamento psicologico e/o farmacologico
4. prevenzione della ricaduta e il suo trattamento.

La componente farmacologica è importante per la gestione delle fasi 1, 3 e 4. Nella disintossicazione i farmaci vengono impiegati per una corretta gestione della Sindrome di Astinenza (SAA) che si sviluppa nel momento in cui la sospensione della sostanza provoca l'insorgenza di una più o meno marcata sintomatologia astinenziale. Il fine del loro impiego è quello di alleviare le sofferenze e prevenire le complicanze della SAA, garantendo con ciò una maggiore compliance con il trattamento.

\* Centro di Riferimento Alcolologico Regione Lazio, Università La Sapienza, Roma.

Nella seconda e terza fase i farmaci sono utilizzati per diminuire/eliminare il craving per la sostanza e, quindi, diminuire il più possibile l'eventualità di una ricaduta. Questa, è uno dei problemi principali del trattamento della dipendenza da alcol: a volte rappresenta un momento vissuto in modo drammatico dal paziente e dai suoi familiari. La gestione della ricaduta è di estrema importanza in quanto consente all'utente di riprendere o meno un percorso atto a eliminare l'alcol e i suoi effetti nocivi. Ove non si riesca ad intervenire rapidamente ed efficacemente nei confronti della ricaduta, c'è il rischio che s'interrompa il "contatto terapeutico" e il paziente venga perso al trattamento per molto tempo, anche per anni. Il craving è una componente rilevante (non certo l'unica) che favorisce la ricaduta; si ripresenta periodicamente, con intensità e frequenza variabili, soprattutto nei momenti di debolezza delle capacità interne ed esterne del paziente. Normalmente debbono essere messe in atto tutta una serie di strategie per prevenirla che possono essere di tipo psicologico e/o farmacologico. Per questo motivo, negli ultimi anni, accanto alla maggiore attenzione ai trattamenti psicologici atti a sostenere la scelta della sobrietà, si è cercato d'individuare i trattamenti farmacologici che potessero, con varie modalità d'azione, attenuare il craving per l'alcol e consentire di aumentare l'adesione al trattamento (compliance) stimolando:

- un bilancio tra stato attuale (gratificazione attuale) e potenziale beneficio futuro;
- lo studio dei sintomi fisici di astinenza (soprattutto durante la disintossicazione acuta);
- la valutazione del craving (soprattutto nel periodo iniziale dell'astinenza prolungata).

## L'Acido gamma idrossibutirrico (GHB) nel trattamento della dipendenza da alcol

L'attenuazione dei sintomi acuti di astinenza e del craving, in modo da riuscire ad ottenere rapidi benefici percepiti come tali dal soggetto è una delle principali priorità da perseguire nel trattamento della fase acuta. Tra i vari farmaci impiegabili, l'acido gamma-idrossibutirrico (GHB) si è dimostrato particolarmente utile a questi fini. È un acido grasso che, grazie alle sue piccole dimensioni (è una sostanza con una catena a 4 atomi di carbonio, sintetizzato a partire da un metabolita intermedio del catabolismo del GABA tramite la semialdeide succinico reduttasi), è in grado di attraversare la barriera ematoencefalica. Nel cervello umano i livelli più alti di GHB sono stati trovati nell'ipotalamo e nel talamo, i più bassi nella corteccia. Tale sostanza è in grado di interferire con l'attività di molti sistemi neurotrasmettitoriali: esercita una attività dopaminergica sopramolecolare; interferisce con il sistema degli oppioidi endogeni; antagonizza gli effetti degli amminoacidi eccitatori<sup>[1]</sup>.

Il GHB presenta molte affinità con il profilo farmacologico dell'etanolo. Nel trattamento della disintossicazione e dell'astinenza agisce influenzando il meccanismo di gratificazione che risponde all'alcol ed equilibrando lo sbilanciamento recettoriale glutamatergico<sup>[2-8]</sup>. In alcuni studi è stata dimostrata l'efficacia di tale farmaco nel ridurre il consumo di etanolo e nel sopprimere la sindrome di astinenza da alcol nei ratti. Studi a breve termine, in cui veniva somministrato GHB agli uomini, hanno dimostrato che può bloccare la sindrome di astinenza da alcol con efficacia simile alle benzodiazepine<sup>[9-10]</sup>. Altri lavori dimostrano che in seguito alla somministrazione di GHB aumenta la percentuale di giorni di astensione dall'assunzione di bevande alcoliche e si riduce il craving per l'alcol<sup>[11]</sup>.

Il farmaco è ben tollerato, anche nella somministrazione a lungo termine (6-12 mesi). Sono stati riportati solo rari casi di sviluppo di dipendenza o astinenza dalla sostanza durante il trattamento controllato; l'abuso è stato osservato nel 2,5% dei pazienti trattati. Non determina, inoltre tossicità epatica o disturbi cognitivi ed alterazione della memoria.

Da vari anni il GHB è entrato a far parte della farmacopea della dipendenza da alcol in Italia: i numerosi studi clinici effettuati con l'impiego del GHB<sup>[12-19]</sup> hanno riportato risultati convergenti, ma finora non completamente conclusivi. Ciò può essere dovuto sia ad una ridotta dimensione del campione negli studi effettuati, sia ad un disegno sperimentale solo raramente ben controllato, sia all'eterogeneità dell'alcolismo, delle ricerche e delle dosi impiegate.

Nella consapevolezza di questo, l'azienda che commercializza Alcover in Italia (Lab. Farm. CT), intende proporre studi che siano in grado di valutare con rigorosi criteri scientifici le potenzialità di impiego del GHB nelle varie tipologie di alcolismo.

## Sperimentazioni in corso sul GHB

Attualmente sono in corso due studi multicentrici e multinazionali sul GHB: il primo (**Gate 1**) nella fase di intossicazione acuta (che valuta l'efficacia del farmaco in esame rispetto al trattamento standard con benzodiazepine) ed il secondo (**Gate 2**) nella fase di promozione dell'astinenza a medio termine.

### GATE 1

Valutazione in doppio cieco dell'efficacia del GHB (Alcover®) nella disintossicazione dall'alcol in pazienti con diagnosi di dipendenza, rispetto al trattamento standard con benzodiazepine (Oxazepam) e monitoraggio del rischio di dipendenza dalla sostanza nei due gruppi di trattamento.

Questa prima fase dello studio si propone due obiettivi:

1. valutare il decorso dell'intensità dei sintomi attraverso la somministrazione del CIWA-Ar (tremori, iperidrosi, nervosismo ed ansietà);
2. monitoraggio di:
  - Trasferrina desialata (CDT).
  - Alcolemia (Breath Test).
  - Intensità e frequenza del craving.
  - Natura e gravità degli eventi avversi.
  - Segni vitali ed esami emato-chimici.
  - Test cognitivi (FAIR Test e Benton Test).
  - Desiderio per il farmaco somministrato (LCRR).

### Numerosità del campione e protocollo di trattamento

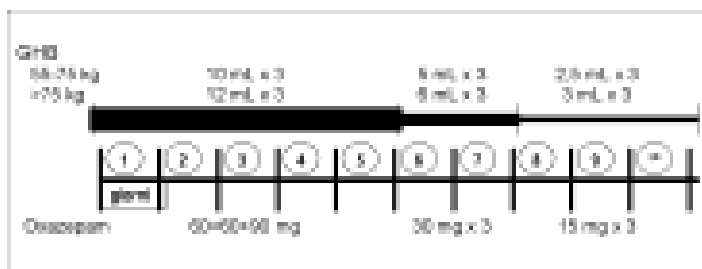
È previsto l'arruolamento di 208 (104 uomini + 104 donne) pazienti di età compresa tra 21 e 75 anni, con diagnosi di Dipendenza secondo i criteri del DSM-IV e dell'ICD-10; classificati in quattro gruppi attraverso la scala Lesch.

Tali pazienti sono sottoposti a 10 giorni di trattamento farmacologico, seguito da 10 giorni di osservazione, allo scopo di valutare l'evoluzione dell'intensità dei sintomi (CIWA-Ar). La posologia del GHB varia in base al peso corporeo

1. peso corporeo compreso tra 55-75 kg: 10 ml x 3 nei primi 5 giorni; 5 mL x 3 il 6° e 7° giorno; 2,5 mL x 3 dall'8° al 10° giorno;
2. peso maggiore di 75 kg: 12 mL x 3; 6 ml x 3; 3 mL x 3.

La somministrazione dell'oxazepam, invece, segue questo schema: 60 mg + 60 mg + 90 mg nei primi 5 giorni; 30 mg x 3 il 6° e 7° giorno; 15 mg x 3 dall'8° al 10° giorno (fig. 1).

Fig. 1 - Dosaggio dei farmaci nella fase GATE 1



### GATE 2

Valutazione in doppio cieco dell'efficacia del GHB (Alcover®) contro placebo nel mantenimento dell'astinenza dopo la disintossicazione acuta.

Gli obiettivi previsti da questo secondo studio sono:

1. monitoraggio della durata cumulativa dell'astinenza (CAD) durante i 6 mesi di trattamento e successivamente nei 6 mesi di osservazione;
2. variabili considerate:
  - numero di casi di drop-out;
  - CAD durante il periodo di trattamento;
  - CAD durante il periodo di osservazione;

- proporzione di pazienti astinenti alla fine dei 6 mesi di trattamento ed al termine dell'intero periodo di osservazione;
- intensità e frequenza del craving (LCRR);
- marcatori di abuso alcolico:  $\gamma$ GT, MCV, CDT % durante il trattamento ed al termine dell'osservazione;
- alcolemia;
- frequenza, natura e gravità delle reazioni avverse;
- segni vitali ed esami emato-chimici;
- rischio di sviluppare dipendenza dal farmaco.

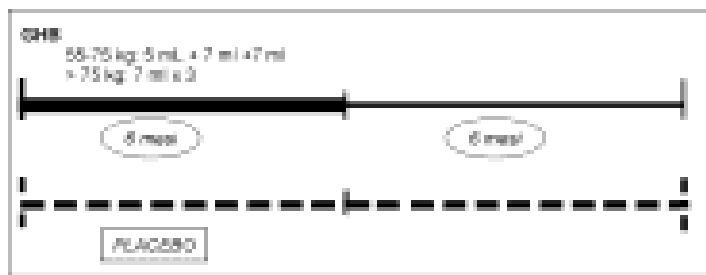
### Numerosità del campione e protocollo di trattamento

Si prevede di arruolare 320 (160 uomini + 160 donne) pazienti che hanno terminato con successo un percorso di disintossicazione dall'alcol, strutturato in 10 giorni di trattamento e successivi 10 giorni di osservazione.

Tali pazienti sono sottoposti ad un periodo di trattamento con Alcover o Placebo della durata di 6 mesi, seguito da altri 6 mesi di osservazione. La dose di farmaco somministrato anche in questa seconda fase varia a seconda del peso corporeo. Per i pazienti con peso corporeo compreso tra 55-75 kg si somministrano giornalmente: 5 mL + 7 ml + 7 ml. Per coloro che presentano un peso superiore a 75 kg la dose aumenta: 7 ml x 3 (fig. 2).

L'obiettivo primario è la durata cumulativa in astinenza durante i 6 mesi di trattamento (CAD).

Fig. 2 - Dosaggio dei farmaci nella fase GATE 2



Questa posologia è stata studiata nel protocollo per definire un criterio rigido e restrittivo di osservazione, pur sapendo che nella pratica clinica comune, possono essere impiegate anche dosi superiori (sino a 100 mg/kg, come indicato nel Riassunto Caratteristiche del Prodotto approvato), che equivalgono anche a 30-40 ml giornalieri a seconda del peso corporeo.

### Primi dati e considerazioni

Allo scopo di approfondire la conoscenza delle caratteristiche del campione e solo al fine di rendere più comprensibili le potenzialità conoscitive di questi studi, riportiamo qui solo alcuni dati delle variabili prese in esame.

### Pazienti arruolati

Per il **GATE 1**, tra il 7 Febbraio 2001 e il 20 giugno 2006, 8 Centri hanno arruolato 65 pazienti (26,3% donne) sui 208 previsti; per il **GATE 2**, tra il 23 luglio 2001 e il 24 novembre 2006, 8 Centri hanno reclutato 174 pazienti (28,7% donne) sui 320 previsti.

### Età

L'età media al momento dello screening era per le donne di 46,4  $\pm$  12,5 anni nel GATE 1 e di 48,1  $\pm$  13,7 nel GATE 2, mentre per gli uomini era di 44,9  $\pm$  10,3 anni nel GATE 1 e di 49,2  $\pm$  10,8 nel GATE 2, mostrando sempre una distribuzione normale.

### Indice di Massa Corporea

L'indice di massa corporea (IMC), rapporto tra peso in kg ed altezza al quadrato, era di 23,9 o 24,4 per le donne e 25,4 o 26,6 per gli uomini; evidenziando una tendenza al basso peso corporeo, maggiormente riscontrabile nel sesso femminile, in accordo con la teoria di Lieber sulle Calorie "vuote". Secondo questo autore, la degradazione dell'alcol da parte del sistema MEOS non dà luogo alla formazione di complessi energetici utili all'organismo<sup>[20-22]</sup> (fig. 3).

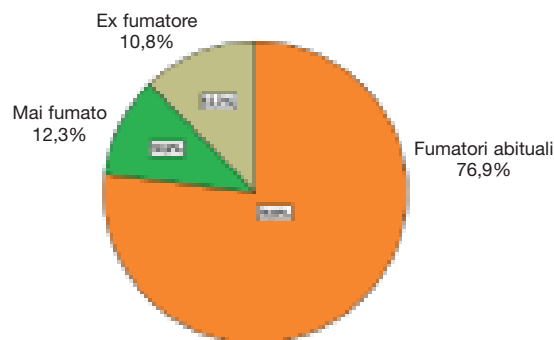
Fig. 3 - Età ed IMC nei pazienti studiati

		Pazienti previsti	Pazienti arruolati	Età	IMC (kg/m <sup>2</sup> )
<b>GATE 1</b>	Donne	104	17	46,4 $\pm$ 12,5	23,9 $\pm$ 5,2
	Uomini	104	48	44,9 $\pm$ 10,3	25,4 $\pm$ 3,6
<b>GATE 2</b>	Donne	160	50	48,1 $\pm$ 13,7	24,4 $\pm$ 4,9
	Uomini	160	124	49,2 $\pm$ 10,8	26,6 $\pm$ 3,4

### Fumo

Il 76,9% dei pazienti arruolati presenta dipendenza da nicotina; il 10,8% riferisce di essere ex-fumatore ed il 12,3% non ha mai fumato. L'alta percentuale di pazienti fumatori avvalorla la teoria dell'Addictive Brain (cervello dipendente): generica predisposizione alle dipendenze, sia da sostanze (alcol, eroina, cocaina, thc...), che a livello comportamentale (gioco d'azzardo, shopping, iperfagia...)<sup>[23]</sup>.

Fig. 4 - Distribuzione dei pazienti che fumano

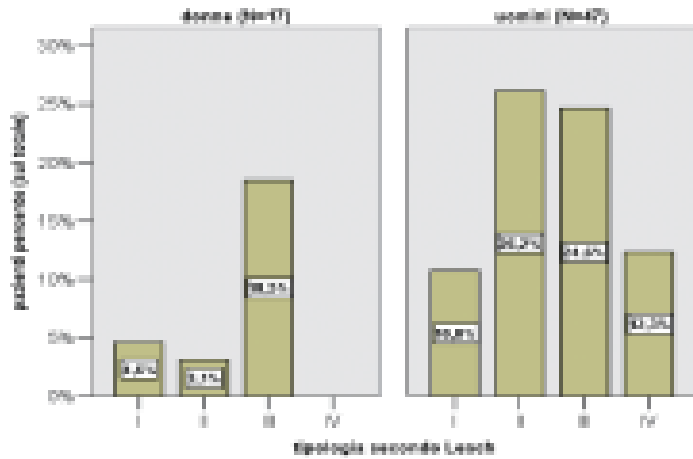


### Scala di Lesch

Nella classificazione secondo la scala Lesch si evidenziano quattro sottogruppi di pazienti alcolisti, che riflettono le diverse interazioni tra gli effetti dell'alcol e la vulnerabilità primaria dei pazienti.

Nel **GATE 1**, il 26,2% degli uomini appartiene al gruppo II, essi utilizzano l'alcol come una strategia per risolvere situazioni conflittuali (il suo effetto ansiolitico ed ipnoinducente<sup>[24]</sup> migliora lo stile della comunicazione: senza di esso questi soggetti sono eccessivamente controllati, hanno la tendenza ad essere passivi, solitamente vivono con un partner dominante, tendono a sviluppare comportamenti aggressivi, specie nei confronti della famiglia); in questi pazienti sono molto rare sia la sindrome astinenziale che le malattie secondariamente indotte dall'alcol. Un ruolo molto importante in questo tipo di dipendenza è svolto dal sistema serotoninergico.

Fig. 5a - Classificazione secondo la scala di Lesch nei pazienti del GATE 1



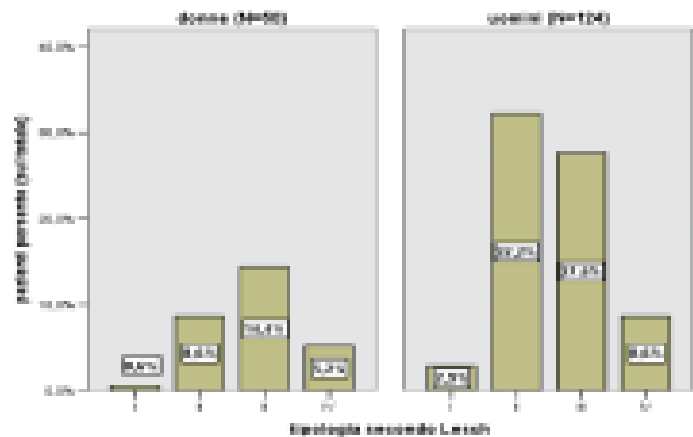
Il 24,6% degli uomini appartiene al gruppo III, caratterizzato da pazienti con alterazioni degli equilibri familiari e frequentemente affetti da disturbi del sonno (l'alcol viene assunto come "auto-medicazione", ma non fa che aggravare la situazione, alterando ulteriormente la qualità del sonno); questi disturbi cronobiologici sono a rapida risoluzione alla sospensione dell'uso di alcol.

Tuttavia, poiché tali disturbi si possono manifestare ciclicamente (particolarmente in primavera ed in autunno) e solo piccole quantità di alcol sono sufficienti per ristabilire una dipendenza, le ricadute sono di fatto frequenti se non si provvede ad un supporto psico-farmacologico. Sono inoltre frequenti in questa tipologia di pazienti tendenze suicidarie (uso di automedicazioni per un sottostante disturbo psicopatologico). La connessione tra depressione ed effetti dell'alcol è correlata ai sistemi noradrenergico, serotoninergico e colinergico.

Tra le donne le percentuali più alte si registrano nel gruppo III (18,5%) (fig. 5a).

Risultati sovrapponibili si riscontrano nel GATE 2 (donne: 14,4% nel gruppo III; uomini: 32,2% nel gruppo II e 27,6% nel gruppo III)<sup>251</sup> (fig. 5b).

Fig. 5b - Classificazione secondo la scala di Lesch nei pazienti del GATE 2



### Gravità della dipendenza

Attraverso lo studio della dipendenza nel GATE 1 con varie modalità di riferimento (ICD-10, DSM-IV, CAGE e MALT) si nota che non c'è una sostanziale differenza tra i due sessi del campione in esame (fig. 6a e 6b).

Fig. 6a - Criteri di valutazione per definire la dipendenza. L'ICD-10 si pone attraverso 10 domande, il DSM-IV valuta il grado di dipendenza attraverso 8 quesiti, il CAGE attraverso 4 punti

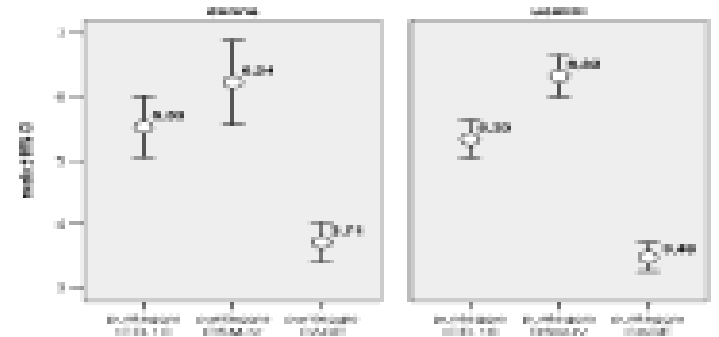
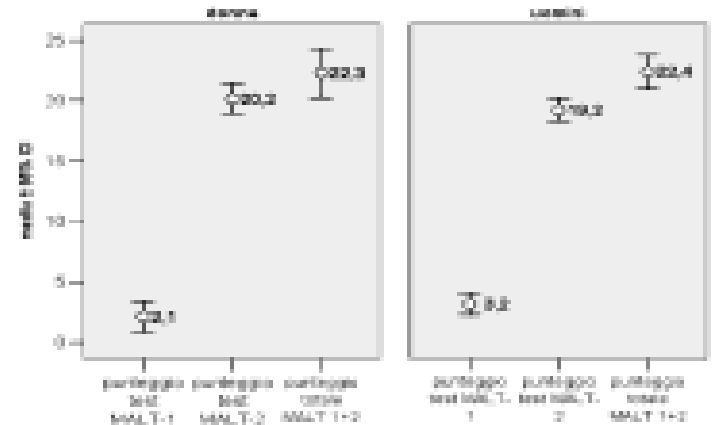


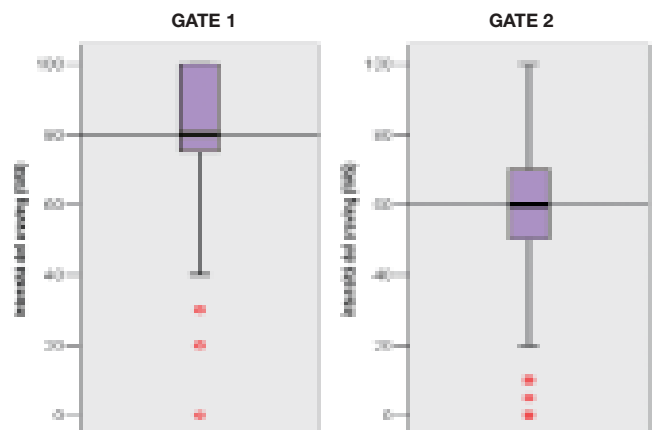
Fig. 6b - Il MALT valuta più approfonditamente lo stato psichico del paziente attraverso 27 quesiti (3 nel MALT-1 e 24 nel MALT-2)



### Intensità del craving

L'intensità del craving, valutata attraverso la Scala Analogico Visiva (VAS), è risultata più elevata nel GATE 1 (80 mm su 100 mm) rispetto al GATE 2 (60 mm su 100 mm) come già ci si poteva aspettare considerando i diversi momenti in cui vengono misurati (fig. 7).

Fig. 7 - Desiderio di bere

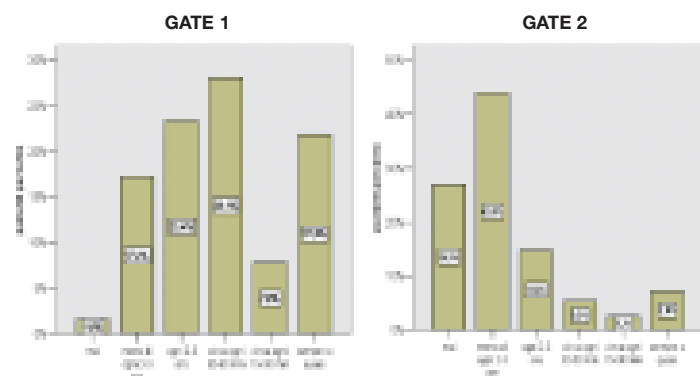




## Frequenza del craving

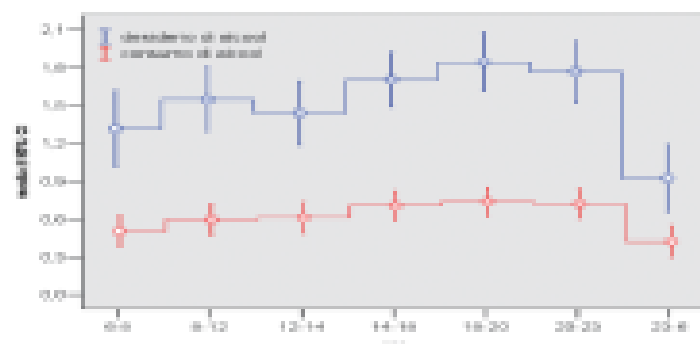
La frequenza del craving, invece, misurata attraverso l'LCRR-1 (voce 2), per il GATE 1 presenta un picco per la risposta "ogni 30-60 minuti" (28,1%), segue "ogni 2-3 ore" (23,4%) e "sempre o quasi" (21,9%). Nella seconda parte dello studio, il picco di frequenza (43,9%) si ha nella voce "meno di ogni 2-3 ore", seguita da "mai" (26,9%) (fig. 8).

Fig. 8 - Frequenza del craving nelle due fasi dello studio, si vede come diminuisce nel tempo il desiderio riferito di bere



Nel complesso la forza del craving, misurata con il punteggio totale dell'LCRR, è di circa 14,5 nel GATE 1 e 6,5 nel GATE 2. Osservando l'andamento del desiderio si evince che non sempre la voglia di bere è seguita dall'azione: naturalmente queste differenze sono attribuibili anche al fatto che nella prima fase dello studio sono ancora presenti effetti legati direttamente all'uso della sostanza (fig. 9).

Fig. 9 - Si evidenzia la differenza fra desiderio di bere e bere effettivo



## Conclusioni

Da questa breve rassegna si può comprendere come questi studi potranno apportare nuove conoscenze sul trattamento farmacologico della dipendenza da alcol e potranno dirimere alcune questioni importanti che in questi anni hanno penalizzato l'utilizzo del GHB e dei farmaci in generale. Infatti, le numerose variabili introdotte e il numero di pazienti arruolati consentirà d'individuare gruppi diversi con diversa risposta al trattamento<sup>[27]</sup>. Infatti, dopo il 2001, anno in cui si riteneva di dover abbandonare la via farmacologica per il trattamento dell'alcolismo, numerosi studi hanno dimostrato che la dipendenza da alcol è solo il "fenotipo" che noi vediamo e che riconosce cause biologiche diverse. È chiaro ormai a tutti che un trattamento ade-

guato si potrà avere solo nel momento in cui avremo la possibilità di comprendere quali siano le vere cause che conducono all'assunzione di alcol. Il GATE 1 e il GATE 2 si inseriscono in questo filone di studi e permetteranno di conoscere meglio il GHB e di identificare il profilo di popolazione per la quale può essere di massimo beneficio, consentendo di ottimizzare il trattamento e ridurre i rischi di effetti negativi.

Inoltre, proprio a causa della somiglianza tra il meccanismo d'azione del GHB e quello dell'alcol è stato segnalato un rischio potenziale d'abuso, confermato da varie indagini cliniche, nelle quali è stata trovata una stretta correlazione tra gli effetti euforigeni della sostanza e lo sviluppo di craving soprattutto in alcolisti sottoposti a disintossicazione e tendenti ad auto-aumentarsi il dosaggio del GHB<sup>[26]</sup>. La vera prevalenza di questo rischio è ancora del tutto sconosciuta: gli studi in corso, soprattutto il GATE 2, saranno certamente in grado di dare una dimensione reale a questo problema e consentiranno di scegliere l'intervento anche in base a criteri obiettivi di costo/beneficio, successo terapeutico/nuova dipendenza.

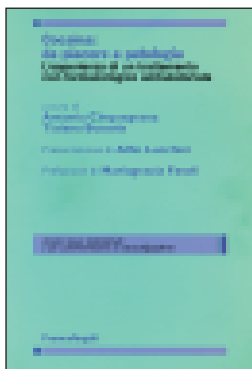
Gli studi GATE 1 e GATE 2 sono attualmente in corso e, pur avendo avuto ritardi nel reclutamento, e nelle necessarie autorizzazioni alla sperimentazione per i singoli centri (si tratta di sostanza classificata come stupefacente e quindi sottoposta a particolari autorizzazioni), si prevede che entro il 2008 si possano concludere le fasi di trattamento di tutti i soggetti.

## Bibliografia

- [1] Doherty J.D., Hattox S.E., Snead O.C., 1978, "Identification of endogenous gamma-hydroxybutyrate in human and bovine brain and its regional distribution in human, guinea-pig and rhesus monkey brain", *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 207: 130-39.
- [2] Follesa P., Biggio F., Mancuso L., Cabras S., Caria S., Gorini G., Manca A., Orru A., Biggio G., 2004, "Ethanol withdrawal-induced up-regulation of the alpha2 subunit of the GABA receptor and its prevention by diazepam or gamma-hydroxybutyric acid", *Brain Res Mol Brain Res*, 120: 130-137.
- [3] Agabio R., Colombo G., Loche A., Lobina C., Pani M.L., Reali R., Gessa G.L., 1998, "Gamma-hydroxybutyric acid reducing effect on ethanol intake: evidence in favour of a substitution mechanism", *Alcohol Alcohol*, 33: 465-474.
- [4] Colombo G., Agabio R., Lobina C., Loche A., Reali R., Gessa G.L., 1998, "High sensitivity to gamma-hydroxybutyric acid in ethanol-preferring sP rats", *Alcohol Alcohol*, 33: 121-125.
- [5] Maitre M., 1997. The gamma-hydroxybutyrate signalling system in brain: organization and functional implications. *Progress in Neurobiology* 51: 337-361.
- [6] Cash C.D., 1994, "Gamma-hydroxybutyrate: an overview of the pros and cons for it being a neurotransmitter and/or a useful therapeutic agent", *Neurosci Biobehav Rev Summer*, 18(2): 291-304.
- [7] Fadda F., Mosca E., Colombo G., Gessa G.L., 1989, "Suppression by gamma-hydroxybutyric acid of ethanol withdrawal syndrome in rats", *Alcohol and Alcoholism*, 24: 447-451.
- [8] Poldrugo F., Snead O.C. 3rd., 1984, "1,4 Butanediol, gamma-hydroxybutyric acid and ethanol: relationships and interaction", *Neuropharmacology*, Jan; 23(1): 109-113.
- [9] 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 Sciences*, 32: 1471-1477.
- [10] Gessa G.L., Agabio R., Carai M.A., Lobina C., Pani M., Reali R., Colombo G., 2000, "Mechanism of the antialcohol effect of gamma-hydroxybutyric acid", *Alcohol Review* 20(3): 271-6.
- [11] Nimmerrichter A.A., Walter H., Gutierrez-Lobos K.E., Lesch O.M., 2002, "Double-blind controlled trial of gamma-hydroxybutyrate and clomethiazole in the treatment of alcohol withdrawal", *Alcohol Alcohol*, 37(1): 67-73.

- [12] Gallimberti L., Ferri M., Ferrara S.D., Fadda F., Gessa G.L., 1992, "Gamma-Hydroxybutyric acid in the treatment of alcohol dependence: a double-blind study", *Alcohol Clin Exp Res*, 16(4): 673-6.
- [13] Addolorato G., Calducci G., Capristo E., Attilia M.L., Taggi F., Gasbarrini G., Ceccanti M., 1999, "Gamma-hydroxybutyric acid (GHB) in the treatment of alcohol withdrawal syndrome: a randomized comparative study versus benzodiazepine", *Alcohol Clin Exp Res*, 23: 1596-1604.
- [14] Nimmerrichter A.A., Beckmann E., Gázsó E., Mader R., Marx B., Plech A., Puchinger H., Saletu M., Lesch O.M., 1997, "Double blind controlled trial of GHB in two dosages and chlormethiazole in the treatment of alcohol withdrawal syndrome", *Alcoholism: Clin. Exp. Res.*, 21 (suppl.), 32A.
- [15] Di Bello M.G., Gambassi F., Mugnai L., Masini E., Mannaioni P.F., 1995, "Gamma-hydroxybutyric acid induced suppression and prevention of alcohol withdrawal syndrome and relief of craving in alcohol dependent patients", *Alcologia*, 7, 9-16.
- [16] Addolorato G., Caputo F., Stefanini G.F., Gasbarrini G., 1997, "Gamma-hydroxybutyric acid in the treatment of alcohol dependence: possible craving development for the drug", *Addiction*, 92: 1041-1042.
- [17] Gallimberti L., Canton G., Gentile N., Cibir M., Ferri M., Ferrara S.D., Fadda F., Gessa G.L., 1989, "Gamma-hydroxybutyric acid for the treatment of alcohol withdrawal syndrome", *Lancet*, ii: 787-789.
- [18] Addolorato G., Castelli E., Stefanini G.F., Casella G., Caputo F., Marsigli L., Bernardi M., Gasbarrini G., 1996, "An open multicentric study evaluating 4-hydroxybutyric acid sodium salt in the medium-term treatment of 179 alcohol dependant subjects. GHB Study Group", *Alcohol Alcohol*, 31: 341-345.
- [19] Gallimberti L., Ferri N., Ferrara S.D., Fadda S., Gessa G.L., 1992, "Gamma-hydroxybutyric acid in the treatment of alcohol dependence: a double-blind study", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 16: 673-676.
- [20] Lieber C.S., 1997, "Ethanol metabolism, cirrhosis and alcoholism", *Clin Chim Acta*, 257: 59-84.
- [21] Lieber C.S., 1988, "Biochemical and molecular basis of alcohol-induced injury to liver and other tissues", *NEJM*, 319: 1639-1650.
- [22] Lieber C.S., 1997, "Cytochrome P-4502E1: its physiological and pathological role", *Physiol Rev*, 77: 517-544.
- [23] Blum K., Payne J.E., "Alcohol and the addictive brain. New hope for alcoholics from biogenetic research", Ed. italiana a cura di M. Ceccanti, Ed. Mediserve, 1994.
- [24] Meyer R.E., 1986, "Anxiolytics and the alcoholic patient", *Journal of Studies on Alcohol*, 47: 269-273.
- [25] Lesch O.M., 1991, "Chronic alcoholism: subtypes useful for therapy and research", in Norman-Palmer T. (ed): *Alcoholism: A molecular perspective. Nato Asi Series A: Life Sciences*, vol. 206, Plenum Press, New York, pp. 353-356.
- [26] Galloway G.P., Frederick S.L., Staggers F.E., Gonzales M., Stalcup S.A., Smith D.E., 1997, "Gamma-hydroxybutyrate: an emerging drug of abuse that causes physical dependence", *Addiction*, 92: 89-96.
- [27] Babor T.F., Hoffmann M., Del Boca F.K., Hesselbrock V., Meyer R.E., Dolinsky Z.S., Rounsaville B., 1992, "Types of alcoholics, I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity", *Archives of General Psychiatry*, 49(8): 599-608.

## RECENSIONE



Antonia Cinquegrana  
Tiziana Bussola (a cura di)

### COCAINA: DA PIACERE A PATOLOGIA L'esperienza di un trattamento non-farmacologico ambulatoriale

Collana: Clinica delle dipendenze e dei  
comportamenti di abuso/Quaderni  
direttore scientifico: Alfio Lucchini  
pp. 224, € 22,50 - Cod. 231.1.34 (V)

Secondo le stime più recenti circa 9 milioni di europei hanno fatto uso di cocaina almeno una volta nella vita. Preoccupante è che l'aumento dei consumi si accompagni alla crescita dell'uso patologico di questa sostanza tanto più che, dal punto di vista della clinica, la realtà del trattamento farmacologico del cocainismo è, ad oggi, insoddisfacente.

Se, come scrive Alfio Lucchini, il compito del professionista è individuare le diverse tipologie di consumatori in modo da determinare la scelta terapeutica più appropriata, questo testo è un valido esempio di come si possano attuare efficaci interventi strutturati per pazienti tradizionalmente poco inclini ad accedere ai Ser.T., purché alla professionalità si sappia associare anche una certa

flessibilità, necessaria per costruire percorsi terapeutici personalizzati.

A partire dai numerosi studi che supportano l'efficacia di trattamenti non farmacologici, le curatrici presentano l'esperienza condotta con il progetto N.I.Co.D.E.Mo - attuato presso il Ser.T. di Brescia e rivolto a 100 cocainomani "inseriti socialmente" - che ha visto il coinvolgimento di diversi professionisti, impegnati nella ricerca di una strategia di intervento specifica, fondata sulla psicoterapia cognitivo-comportamentale e su quella supportivo-espressiva.

Il volume - che si arricchisce di due saggi introduttivi sull'approccio cognitivo-comportamentale nel cocainismo e sull'uso dello screening nel trattamento - come scrive Mariagrazia Fasoli "non è un manuale per il trattamento del cocainismo, ma il tentativo di comunicare un'esperienza professionale a chi una professionalità in questo settore ce l'ha già: alcuni colleghi hanno trattato con successo pazienti cocainomani e hanno accettato di spiegare come hanno fatto. Io credo che possa essere una lettura interessante".

Antonia Cinquegrana, medico internista e psicoterapeuta, è direttore del Ser.T. I/Brescia - Dipartimento Dipendenze - ASL della Provincia di Brescia. Ha ideato e diretto il progetto N.I.Co.D.E.Mo.

Tiziana Bussola, psicologa e psicoterapeuta, è coordinatore dell'attività di psicoterapia per pazienti cocainomani del Ser.T. I/Brescia - Dipartimento Dipendenze - ASL della Provincia di Brescia.





# Azienda Notte: un progetto e una sfida per la qualità e l'innovazione nel mondo dei giovani e del divertimento

**Iniziativa comunitaria Equal II fase**  
**Progetto settoriale - Misura 2.2**  
**Codice progetto: IT-S2-MDL-189**

# AZIENDA NOTTE

Azienda Notte è un progetto realizzato nell'ambito dell'iniziativa europea Equal, avviato a luglio 2005 che terminerà a dicembre 2007, e intende promuovere azioni innovative e supportare l'impresa sociale nel loisir, nel divertimento, nella cultura giovanile, attraverso l'incontro strutturato tra mondo dell'intervento sociale (prevenzione, presa in carico, organizzazione di eventi ecc.), mondo dell'autoproduzione (spazi sociali e giovani produzioni) e mondo imprenditoriale (locali, organizzazione di eventi, sicurezza, lavoratori del loisir) sperimentando nuove forme "etiche" di imprenditorialità sociale e /o profit.

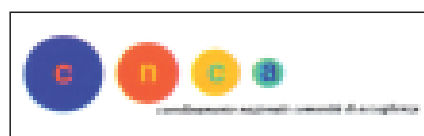
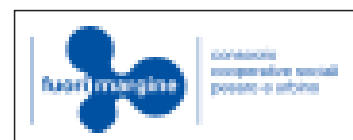
Il progetto, a titolarità del Comune di Varese, vede la partecipazione di altri 11 partners italiani (CNCA Coordinamento Nazionale delle Comunità di Accoglienza; CNND Coordinamento Nazionale Nuove Droghe; Consorzio Fuori Margine; Onlus Nova Consorzio per l'innovazione sociale, anche con le sperimentazioni condotte dalle consociate Cooperativa Parsec, Associazione On The Road, Cooperativa Oasi 2, Cooperativa Utopia; Cooperativa Lotta Contro L'Emarginazione coop. sociale onlus; Eclettika, FeDerSerD; Fondazione Arezzo Wave Italia; Consorzio Impresa a Rete; Silb - Fipe Sindacato Italiano Locali da Ballo; Università di Firenze- Dipartimento di Psicologia.

Attraverso questa qualificata partnership, il progetto intende validare nuove e buone pratiche di intervento e promozione nell'ambito degli interventi rivolti ai giovani e nel mondo del divertimento.

Azienda Notte ha scelto di lavorare prioritariamente su due aspetti, ovvero l'imprenditoria sociale e l'imprenditoria giovanile in un settore del mercato centrato sul mondo del divertimento, supportando l'impresa sociale attraverso formazione e accompagnamento mirato rispetto ai diversi temi che riguardano il settore dell'imprenditoria giovanile nel mondo del loisir.

Scopo del progetto è quindi la creazione di servizi innovativi nell'ambito del loisir e della comunicazione, capaci di integrare gli interessi imprenditoriali con il valore sociale di questi ambiti, attraverso la qualificazione di operatori dell'impresa sociale e la promozione della partecipazione diretta dei giovani nella gestione di tali servizi. Si intende cioè promuovere un nuovo ambito di sviluppo del lavoro dell'impresa no-profit, che in questo settore deve necessariamente trovare accordi e strategie di sviluppo condivise con il settore profit che investe sul loisir. Ulteriore supporto alla strategia di sviluppo e implementazione sarà il coinvolgimento degli enti locali nella creazione di accordi a livello territoriale in modo da consentire una miglioramento occupazionale degli operatori ed una maggiore qualità e varietà dei servizi rivolti ai giovani. Investire in questo settore significa valorizzare un ambito impotante della socialità e del futuro dei giovani, attuando azioni specifiche di sicurezza e prevenzione dei rischi e valorizzando tutte quelle risorse e proposte

## I PARTNER DEL PROGETTO



artistiche, espressive e comunicative che spesso rimangono ad uno stadio embrionale o relegate solitamente ai circuiti "underground", mentre rappresentano potenziali di innovazione culturale e al contempo riteniamo possano rappresentare nuove frontiere per la creazione di lavoro e occupazione. La strategia di intervento prevede una contaminazione e un'integrazione delle risorse imprenditoriali e umane del settore profit e quello no-profit. L'idea guida che sostiene l'architettura del progetto è "trasformazione":

- la trasformazione del lavoro di strada come promotore di risorse e di opportunità, superando il tema della riduzione del danno e della prevenzione;
- la trasformazione del tema della notte e del divertimento, da stereotipo socialmente deviante e negativo alla proposta di realizzazione di eventi consapevoli;
- la trasformazione degli eventi del loisir da un problema di sicurezza a eventi concertati tra gli attori.

La struttura del progetto prevede l'individuazione di cinque territori (Varese, Roma, costiera abruzzese, Trani, Milazzo) dove sono operative nell'ambito del loisir e del mondo della notte cinque imprese sociali (Cooperativa Lotta contro l'emarginazione, Cooperativa Parsec, Associazione On The Road, Cooperativa Oasi 2, Cooperativa Utopia) che sperimenteranno un modello di sostegno alla creazione o all'implementazione di nuove forme di impresa sociale giovanile nell'area del divertimento.

Il progetto è inoltre sostenuto da azioni a carattere nazionale (la ricerca, la formazione, le pubblicazioni, il sito) finalizzate alla condivisione e alla definizione di linee guida di un modello di "divertimento" consapevole, in sicurezza, che vede i giovani promotori e non semplici fruitori.

Tra gli eventi già realizzati, si menziona il seminario "Alcool e mondo della notte" ospitato nell'ambito del congresso tematico di alcoologia organizzato da FederSerD nel settembre 2006.



### I prossimi appuntamenti

Gli appuntamenti e gli eventi previsti per i mesi estivi sono stati pensati come qualificati momenti di mainstreaming sia per i partners di progetto che per tutti gli operatori e operatrici del pubblico e del privato che operano nell'ambito degli interventi rivolti alla popolazione giovanile nel mondo della notte, e che desiderano confrontarsi su nuove linee strategiche di intervento.

### 17 luglio 2007 ad Italia Wave - Sesto Fiorentino

**Seminario** di presentazione dei dati emersi dalle due ricerche condotte nell'ambito del progetto. Una prima area di ricerca ha inteso leggere il profilo psicosociale dei giovani che frequentano il mondo della notte, attraverso la somministrazione di circa 1200 questionari nei 5 territori interessati dalle sperimentazioni

di impresa e con la realizzazione di focus group e interviste qualitative a operatori sociali, referenti della pubblica amministrazione e imprenditori del profit.

La seconda area di ricerca ha analizzato l'impatto socio-economico delle diverse tipologie di imprese che gestiscono "luoghi" del divertimento (discoteche, night, centri sociali) con focus sui territori di sperimentazione del progetto (a cura della Facoltà di psicologia dell'Università di Firenze, dei consorzi Impresa a Rete e Fuori Margine e del Silb).

I dati delle ricerche saranno correlati alla presentazione del panorama nazionale ed europeo delle attuali tendenze e delle culture giovanili.

Al seminario sono stati invitati il Ministero della Solidarietà Sociale e della Salute.

**Workshop** sulla linee guida e sulla creazione del marchio di qualità per il divertimento, a confronto con i modelli di intervento nella notte, a cura di Cooperativa Lotta contro l'emarginazione, onlus Nova consorzio per l'innovazione sociale, CNND. L'obiettivo strategico è quello di costruire un marchio che non abbia solo una specificità territoriale ma possa essere esportabile in altre realtà e acquisire la valenza di **buona pratica a livello nazionale**.

### Italia Wave 18-22 luglio 2007

In collaborazione con il più grande festival italiano, partner di Azienda Notte, presso lo stand del progetto nell'area Social Wave, saranno presentate le sperimentazioni imprenditoriali e i modelli di intervento nella notte, a cura di Cooperativa Lotta contro l'emarginazione e le consociate di Onlus Nova consorzio per l'innovazione sociale (cooperativa Parsec, Cooperativa Oasi 2, cooperativa Utopia, Associazione on The Road).

**Le prossime giornate di formazione** (è in corso la definizione dei programmi):

- Roma, 24-25 settembre 2007, I nuovi fondi europei e le nuove progettazioni;
- Lacchiarella (Milano), 4-5 ottobre 2007, Consumi e sicurezza: dall'allarme cocaina verso una nuova strategia;
- Milano, 15 ottobre 2007, I nuovi fondi europei e le nuove progettazioni;
- Bologna, 6-8 ottobre 2007, La sicurezza nei contesti della quotidianità e del divertimento;
- Sesto San Giovanni (Milano), La sicurezza partecipata nei territori.



**Per informazioni sul progetto, sugli eventi, sui programmi delle giornate formative: [aziendanotte@email.it](mailto:aziendanotte@email.it).**

# Progetto "Overnight" di Trieste

## Un progetto di prevenzione selettiva e di riduzione dei rischi

Roberta Balestra\*

### SUMMARY

■ *The project taking place in Triest is about prevention and harm reduction and that is dedicated to the young (people) who spend their spare time in discoteques, pubs and musical events.*

*It includes a free bus service during the summer time from Triest to Sistiana and back on Saturday nights (Sistiana is a place by the sea 20 kms far away from Triest, where there is an open-air discoteque and many meeting places where some like 4.000 people gather in the week-ends). Three "overnight" bus lines are activated between 22.30 p.m. and 4.30 a.m.*

*An operator is inside the bus to receive, help and explain the aim of the project.*

*Apart from the bus service, an information stand is placed inside the discoteque and it is ran by five operators from the Addiction's Department and from the non profit organisations.*

*The stand works on the bookings of the ticket back to Triest, offers counseling, condoms and measures the alcohol's level.*

*The strenght point of the project consists in the mixed competences of the team and operative methodology.*

*The first objective is to convince young people not to drive if drunk or tired.*

*The team works with the security staff and the discotheque owners.*

*Last year this experience met a large public approval: 500 persons on average every night carried by bus; 200 contacts at the stand; many parents involved; early diagnosis of drug addiction and alcoholism. ■*

**Keywords:** *integration, selective prevention, harm reduction.*

**Parole chiave:** *integrazione, prevenzione selettiva, riduzione dei rischi.*

### Introduzione

Si tratta di un progetto dedicato alla fascia giovanile che frequenta locali di ritrovo, eventi musicali, discoteche.

L'idea è nata all'inizio della stagione estiva 2006 all'interno di uno dei gruppi di discussione con ragazzi dell'associazione Etnoblog, condotti dagli operatori del Dipartimento delle Dipendenze (DDD): eterogeneo, il gruppo comprendeva studenti delle scuole superiori di Trieste, universitari, breakers e altri ragazzi attivi nell'organizzazione di feste ed eventi riguardanti la musica elettronica.

L'obiettivo dei lavori di gruppo era progettare una possibile campagna informativa o interventi specifici per prevenire o ridurre i danni connessi all'abuso di alcol e sostanze stupefacenti durante particolari momenti di aggregazione.

Vista l'imminente apertura dei locali notturni presenti nella baia di Sistiana (località sita a circa 20 km da Trieste, dove nei fine settimana d'estate si concentra un flusso di giovani stimato in circa 4-5.000 presenze a sera), il gruppo ha proposto l'idea di un

pullman navetta gratuito, per portare i ragazzi dal centro città alla baia ed inoltre la presenza sul luogo di educatori esperti, per svolgere attività di informazione e consulenza, per aiutare i ragazzi a vivere le notti con meno rischi.

Era difatti apparso paradossale il dato che a fronte della dichiarata preoccupazione di prevenire "le stragi del sabato sera" non fosse stato organizzato un servizio con mezzi di trasporto pubblico in orario notturno.

Il progetto era entusiasmante: permetteva infatti di coniugare la proposta di un mezzo sicuro, di immediato ed indubbio gradimento da parte di ragazzi e famiglie, con la possibilità per gli operatori di inserirsi in un contesto di divertimento giovanile, molto frequentato, realizzando attività di informazione, prevenzione e riduzione dei rischi.

Il tempo a disposizione era però molto breve per realizzare un intervento così articolato, con molteplici difficoltà organizzative, con costi che nessuno dei soggetti coinvolti poteva sostenere; d'altronde rimandare all'anno successivo significava frustrare le aspettative dei ragazzi, perdere una occasione sfidante e motivante per tutti, confermare l'immagine negativa e stereotipata di servizi ottusamente lenti nel dare risposta ai bisogni ed alle proposte dei più giovani.

\* *Psichiatra, direttore Dipartimento Dipendenze, ASL Trieste.*

Si è deciso di provare ed il "coraggio" è stato premiato con una serie di circostanze positive: la Provincia di Trieste e l'Azienda Provinciale Trasporti di Gorizia hanno accettato la collaborazione, così come due cooperative sociali ed altre associazioni della città. Si è riusciti a reperire le risorse e le competenze necessarie in tempi strettissimi tra i partner: ASS 1, Provincia, cooperativa "la Quercia", cooperativa "Duemilauno Agenzia Sociale", APT di Gorizia, associazione culturale giovanile "Etnoblog".

## Il progetto

Nel dettaglio, il progetto ha previsto l'offerta di un **servizio bus navetta** gratuito, di andata e ritorno tra Trieste e Sistiana durante i sabato notte estivi, con corse a partire da una piazza centrale della città, e di un banchetto informativo e di pronta consultazione, collocato all'interno della discoteca. Due bus "Overnight" hanno circolato nella fascia oraria tra le 22.30 e le 4.30, con a bordo un operatore (in genere un educatore), con il compito di spiegare l'iniziativa, somministrare il questionario di rilevazione, promuovere le attività del "banchetto", iniziare il dialogo coi ragazzi. Nel bus ha giocato un ruolo importantissimo anche l'autista, che ha lavorato in coppia con l'operatore, al fine di gestire il flusso di passeggeri, di prevenire comportamenti inadeguati, di affrontare situazioni impreviste.

La **postazione informativa**, allestita in modo da attrarre ed incuriosire, utilizzando tecnologie multimediali e gadget, è stato il luogo strategico dell'iniziativa. Gestita ogni serata da un gruppo multidisciplinare misto "pubblico-privato", ha offerto il servizio di prenotazione del biglietto di ritorno in bus, numerosi materiali informativi, consulenze individuali e di gruppo, ha proposto misurazioni dell'alcolemia con l'etiltest. È stata anche il luogo di riferimento per riposarsi, per dialogare su temi centrali in adolescenza, quali le sostanze, la sessualità, l'affettività, le patologie a trasmissione sessuale, i servizi a disposizione (spazio giovani dei consultori, ricreatori, educativa di strada, associazioni).

Il banchetto è stato collocato all'interno dello spazio della discoteca, in accordo con il gestore del locale e del personale della sicurezza.

## L'équipe

Punto di forza dell'iniziativa è stato il gruppo di lavoro, costituito per scelta da un'équipe integrata con operatori del Dipartimento delle Dipendenze (3 infermieri, 6 educatori a turno), delle cooperative "La Quercia" e "Duemilauno Agenzia Sociale" (3 educatori di strada), dell'associazione giovanile culturale "Etnoblog" (tecnici esperti nell'allestimento di spettacoli e nell'uso di apparecchiature multimediali), del progetto "Stella Polare" (donne volontarie con un'attenzione particolare alle problematiche femminili). Il coordinamento è stato svolto da una psicologa del DDD, in collaborazione con la responsabile della struttura. Si è partiti con un certo timore ma con molta curiosità, consapevoli di esporsi agli imprevisti di una vera sperimentazione sul campo, che poteva non essere compresa nelle finalità dall'opinione pubblica, iper-sensibilizzata dai media.

Fondamentale è stato l'approccio metodologico fondato su continue verifiche e modifiche in corso d'opera, flessibilità e creatività, per affrontare situazioni e richieste non previste.

Per esempio, dopo la prima serata, che ha registrato un afflusso eccezionale, si è riusciti a predisporre con i partner corse di bus aggiuntive, a prolungare di alcuni sabati la durata del progetto.

Tutte le decisioni sono state condivise dal gruppo, in tempo reale, a partire dalle osservazioni raccolte sul campo, nel rispetto delle diverse competenze. Per il Ser.T. è risultato strategico lavorare con l'associazione Etnoblog, che ha fatto da tramite con gli operatori della notte ed ha continuamente rappresentato le esigenze dei consumatori.

## Obiettivi

Il progetto ha perseguito **obiettivi generali** preventivi e di riduzione dei rischi.

L'**obiettivo operativo** più immediato è stato quello di convincere i frequentatori della discoteca, con l'offerta di una concreta alternativa di trasporto, a non mettersi alla guida di mezzi, se troppo stanchi o in stato di alterazione, al fine di prevenire situazioni pericolose per sé e per gli altri.

Al tempo stesso si è avviata un'opera di sensibilizzazione per aumentare la consapevolezza dei più giovani sulle proprie reali capacità di gestire situazioni a rischio effettive o ipotetiche.

Stando al banchetto si è riusciti ad agganciare centinaia di giovani, si sono fatti interventi sanitari di assistenza per alcune persone in situazioni di malessere. La "scena" del consumo e del divertimento più frequentata della città è stata osservata con attenzione, ricavandone dati più precisi ed idee per il progetto. Si è stretta una forte alleanza con gli operatori della sicurezza e con la loro società, che ha poi consentito di organizzare un vero e proprio corso di formazione/qualificazione con ENAIP.

## Materiali

Sono stati distribuiti numerosi materiali informativi sui servizi sociosanitari della città, cartoline sulle più comuni sostanze d'abuso, profilattici, gadget per l'aggancio.

I materiali informativi sono stati studiati con lo stesso gruppo di ragazzi di Etnoblog, realizzati con parole semplici e con un linguaggio "corrente", a tratti gergale, proprio del target prescelto. Si tratta di cartoline ed opuscoli che riportano effetti e rischi connessi al consumo delle diverse sostanze, nonché alcuni consigli basilari per prevenire o ridurre le conseguenze negative e più pericolose dovute ad un abuso non accorto. I materiali informativi sono stati anche proiettati sugli schermi allestiti al banchetto, insieme ad altri video sul tema, per creare un ambiente al contempo gradevole e stimolante.

È stato inoltre creato un blog sul servizio, per offrire la possibilità di discutere liberamente in internet dell'iniziativa.

Nel corso delle serate sono stati effettuati numerosi etiltest, che hanno fornito lo spunto per consulenze informative specifiche.

Per valutare il gradimento dell'iniziativa e raccogliere suggerimenti, è stato somministrato un questionario durante il viaggio di andata verso Sistiana, appositamente ideato.

## Risultati anno 2006

L'iniziativa ha avuto un grande successo di pubblico:

- media di 500 persone trasportate con i bus ogni sabato A/R tra Trieste/Sistiana, con punte di 600;
- si è passati da 1 a 2 bus in servizio A/R dalla seconda serata;
- numerosi sono stati i contatti al banchetto (200 contatti a serata per informazioni, consulenze, etiltest, altro materiale di prevenzione);



- numerosi i familiari coinvolti, che hanno accompagnato o atteso al capolinea del bus i propri figli, manifestando apprezzamento nei confronti dell'iniziativa;
- ha offerto una occasione di aggancio e diagnosi precoce di alcune situazioni di disagio, che sono state presentate ai servizi competenti per una opportuna presa in carico;
- sensibilizzazione dell'opinione pubblica sui temi degli stili di consumo dei giovani, grazie all'attivazione dei mass media locali;
- lancio di un "brand" (Overnight), che è diventato sinonimo della campagna di prevenzione dei rischi dell'Azienda sanitaria.

Dall'analisi dei questionari (577 questionari compilati, 544 analizzati) sono emersi alcuni dati significativi:

- più del 90% degli intervistati consiglierebbe il servizio offerto da Overnight ad un amico, come riportato nella fig. 1;
- il 40% dei passeggeri ha preferito usare il bus, pur possedendo un proprio mezzo di trasporto e la assoluta maggioranza ha risposto di volerlo usare ancora, come dimostra il grafico della fig. 2;
- è stato proposto di sviluppare il servizio bus (più giornate, più corse nella singola serata);
- è stata espressa la richiesta di proseguire l'esperienza, anche durante la stagione invernale.

L'iniziativa ha favorito una formazione sul campo degli operatori del gruppo sui temi collegati al mondo del divertimento notturno, sulle sue regole e mode, sugli stili di consumo dei giovani e dei giovanissimi, sui loro bisogni più comuni, sui comportamenti a rischio più diffusi.

Fig. 1 - Domanda 4: lo consiglieresti ai tuoi amici?

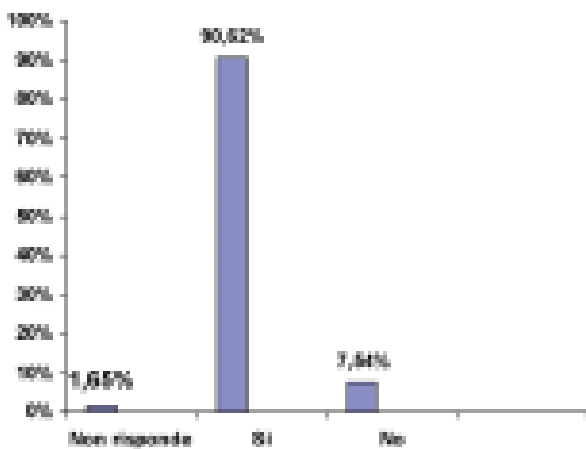
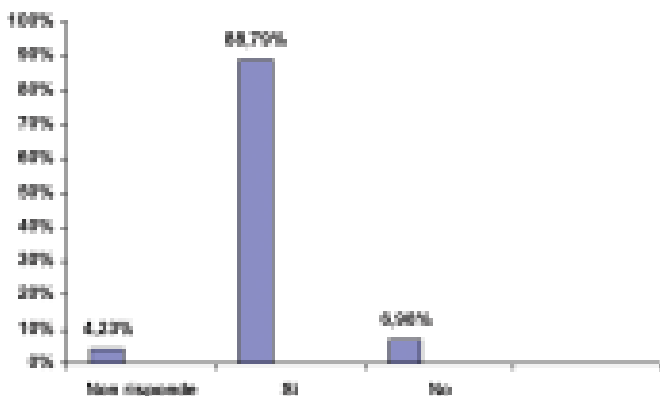


Fig. 2 - Domanda 3: pensi di utilizzarlo ancora nei prossimi sabati?



Per quanto riguarda le bevande alcoliche, si è potuto verificare un consumo molto diffuso e rischioso, per quantità assunte (binge drinking ovvero il bere per ubriacarsi); il 57% degli etiltest eseguiti era superiore al limite consentito dal codice della strada di 0,5 g/litro, come riportato nella tab. 1.

Tab. 1 - Distribuzione dei valori dell'etiltest rispetto al limite legale compatibile con la guida (0,0176 once per litro): percentuali

Alcolemia	≤ 0.5	> 0.5	Totale	N
% test	42.71%	57.29%	100%	481

La tab. 1 riporta in sintesi i valori riscontrati all'etiltest divisi in inferiori e superiori al limite di alcolemia compatibile con la guida previsto per legge. Come si vede c'è una prevalenza percentuale dei test che hanno superato tale soglia. La tab. 2 riporta con maggior dettaglio i risultati ottenuti all'etiltest durante le serate del progetto.

Tab. 2 - Distribuzione dei valori dei test: percentuali

Alcolemia	≤ 0.5	> 0.5 e ≤ 1	> 1 ≤ 2	> 2	Totale	N
% test	42.71%	28.12%	26.67%	2.5%	100%	481

Altri risultati ottenuti dall'osservazione sul campo:

- frequente la tendenza al policonsumo;
- scarsa consapevolezza dello stato di alterazione indotto dalle sostanze psicoattive e dei rischi connessi (soprattutto nei più giovani);
- bisogno/carenza informativa su tematiche specifiche (caratteristiche delle differenti sostanze, sessualità, contraccezione, malattie infettive sessualmente trasmesse, normativa, tipologia e funzionamento dei servizi sociosanitari);
- significativa presenza di giovanissimi (dai 13 ai 18 anni);
- significativa presenza di ragazze (48% nel bus), con richieste più sbilanciate su temi della sessualità, della relazione di coppia ed affettiva (soprattutto le più giovani);
- presenza di stili di consumo più rischiosi indotti dal gruppo (forme di bullismo);
- disponibilità al contatto/dialogo con l'adulto competente;
- numerosi contatti con giovani adulti, dotati di propri mezzi di trasporto e sensibili all'offerta di un mezzo di trasporto alternativo.

#### Sperimentazione di nuove metodologie di intervento

- gruppo di lavoro misto che garantisce maggiore competenza e maggiore efficacia;
- esigenza di un diverso approccio con singoli e gruppi, con giovanissimi e giovani adulti, con maschi e femmine
- necessità di operare in collaborazione con gli operatori della notte, con i gestori dei locali;
- necessità di investire risorse su questi nuovi interventi, perché solo così si avvicinano giovani a rischio, policonsumatori, che non arriverebbero spontaneamente ai servizi;
- necessità di collaborare con i mass media in progetti di prevenzione (circa il 25% degli intervistati è venuto a conoscenza dell'iniziativa dai giornali e dalla TV);
- opportunità di coinvolgere come operatori in questi programmi anche giovani preventivamente formati;
- necessità di aggiornamento continuo.

## Progetto 2007

Durante la **stagione invernale** le attività sono continuate con modalità diverse, mancando a Trieste locali in grado di ospitare grandi aggregazioni di giovani. Sono stati contattati numerosi gestori di pub, bar, piccole discoteche, per promuovere un tavolo di discussione sui temi del divertimento sicuro, dei reali rischi associati con stili di consumo deregolamentati, dell'importanza dell'integrazione.

Si è raggiunto un primo accordo con una sorta di "codice di autoregolamentazione", che pone l'accento su alcuni punti irrinunciabili:

- presenza di acqua fresca corrente nei bagni durante la serata (si è rilevato infatti che molti gestori chiudevano e del tutto l'erogazione dell'acqua o lasciavano scorrere solo la calda);
- prezzi differenziati tra bibite analcoliche ed alcoliche;
- riduzione del volume della musica in fine serata;
- messa a disposizione di caffè e di alcuni generi di conforto nelle prime ore della mattina, a chiusura del locale;
- collaborazione con Overnight sui temi della campagna;
- esigenza di formazione congiunta e di riqualificazione.

Le uscite sono state effettuate sempre da un'équipe composta da operatori del DDD e del privato sociale. Si è utilizzato un camper itinerante, che ha potuto spostarsi nella notte e raggiungere i diversi locali collaboranti.

### La stagione estiva

Quest'anno viene riproposto il programma, secondo il canovaccio della scorsa estate, con i bus e la presenza presso la discoteca di Sistiana. La Provincia ha concesso al Dipartimento delle Dipendenze un finanziamento di 15.000 euro, come contributo per il personale e per produrre alcuni materiali.

Il numero delle serate è stato incrementato (dal 16 giugno all'8 settembre), come richiesto dai giovani intervistati.

La prima serata ha avuto un enorme successo di pubblico, tanto che dalla seconda verranno utilizzati tre bus anziché due.

Il Ser.T. coordina l'intero progetto ed amplia la propria équipe (5 infermieri, 8 educatori, 5 volontari del servizio civile a turno), le cooperative confermano i propri educatori di strada, così come l'associazione Etnoblog i tecnici. Ulteriori contributi sono

assicurati da alcune associazioni e da altri servizi dell'ASS, che iniziano a condividere l'attività (consultori familiari, Dipartimento di prevenzione). Complessivamente il gruppo di lavoro di ogni serata comprende 8 operatori, 3 a bordo dei bus e 5 al banchetto.

Il programma di quest'estate prevede azioni più incisive nei confronti dell'uso di alcolici e della riduzione dei rischi correlati.

Verrà riproposto un questionario di rilevazione.

La stampa sta dando molto risalto all'iniziativa, che trova consensi anche nei familiari dei ragazzi coinvolti, negli operatori della scuola.

## Conclusioni

Nell'ambito delle attività del Dipartimento delle dipendenze questo progetto sta rivestendo una grande importanza, sia per quanto riguarda i risultati ottenuti con il gruppo target, sia per quanto riguarda il **clima organizzativo e la motivazione del personale**. Infatti nonostante la oggettiva difficoltà di reperire le risorse necessarie e di coordinare i molteplici impegni istituzionali con le nuove sperimentazioni, si è verificato in tutti un forte interesse a condividere tappe del percorso e a sperimentare le nuove metodologie di intervento di strada.

Molto stimolante risulta il gruppo di lavoro misto, che integra operatori del servizio pubblico e del privato sociale nonché ragazzi o giovani.

Il lavoro già svolto dimostra la necessità per il servizio pubblico di:

- operare in collaborazione con gli operatori della notte, con i gestori dei locali;
- investire nuove risorse su questi interventi, perché solo così si avvicinano giovani a rischio, policonsumatori, che non arriverebbero mai spontaneamente ai servizi;
- collaborare di più con i mass media in progetti di prevenzione (circa il 25% degli intervistati è venuto a conoscenza dell'iniziativa dai giornali e dalla TV);
- coinvolgere come operatori in questi programmi anche giovani preventivamente formati;
- formazione continua, in considerazione dei continui mutamenti della scena.

## RECENSIONE

Gaetano Liguori, Barbara Testa, Caterina Siesto

### IL SILENZIO DELLE PAROLE Percorsi di vita e di cura in un Servizio per le tossicodipendenze

Collana: Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso/Quaderni direttore scientifico: Alfio Lucchini pp. 144, € 14,50 – Cod. 231.1.33 (V)

In queste pagine l'operatore racconta se stesso e l'utente: i dubbi e le riflessioni, ma anche la continua ricerca di percorsi innovativi, di procedure e protocolli efficaci che vadano oltre il reale governo clinico per calibrare ogni programma sulla soggettività di ogni "caso". Nel susseguirsi di momenti di lavoro, di sacrificio e di ascolto si percepisce la sofferenza di G., il rammarico di S., l'angoscia di R., il riscatto di T., la speranza di M.

... Così che dalla voce autentica dell'esperienza vissuta emergano pensieri ed emozioni e le parole non siano mai più silenziose.

**Gaetano Liguori**, medico psicoterapeuta, è responsabile dell'U.O. Ser.T. Servizio tossicodipendenze ed alcolismo di Sant'Antimo, Distretto 63/64, ASL Napoli 3.

**Barbara Testa**, psicologa psicoterapeuta, è incaricata dei percorsi psicologici riabilitativi presso il Ser.T. di Sant'Antimo, Distretto 63/64, ASL Napoli 3.

**Caterina Siesto**, assistente sociale esperta, è incaricata dei percorsi sociali integrativi presso l'U.O. del Ser.T. di Sant'Antimo, Distretto 63/64 ASL Napoli 3.

Leggendo questo testo ci si imbatte in una storia di lotta quotidiana: la lotta di chi, silenziosamente ma tenacemente, opera all'interno di quel mondo escluso dal mondo che è il Ser.T.

Questo libro non vuole essere un atto di accusa o un rimprovero alle istituzioni, ma l'urlo silenzioso di un gruppo di uomini, professionisti, che vivono la loro quotidianità al servizio di chi soffre.







# Valutazione del protocollo operativo in atto tra il Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL di Bergamo e i Dipartimenti di Salute Mentale delle tre Aziende Ospedaliere provinciali 2000-2006

Elvira Beato, Lucio Colombo, Paolo Donadoni, Marco Riglietta, Laura Tidone\*

## SUMMARY

■ *Dual diagnosis: evaluation of 6 years formal protocol among Department of Addictive Behaviour and Psychiatric Departments in Bergamo Province.*

*In order to the increased incidence of dual diagnosis patients, we defined 6 years ago a formal co-operation protocol among the department of Addictive behaviour and the Psychiatric Departments in Bergamo province. We describe the most significant results deduced from services data. These data show that a better co-operation increases the number of dual diagnosis meanwhile the reciprocal sending property grows. We can see that the increased sending to the Drug Addiction Services improves the psychiatrist's correct diagnosis in the addiction field. We can confirm that the prevalence of alcohol abuse and dependence with psychiatric disorder is higher than with illegal drugs abuse and dependence. The formal co-operation is useful to improve integrated treatments and represents the indispensable basis to manage therapies and researches, to define policies and practices. ■*

**Key words:** addiction, dual diagnosis, psychiatry.

**Parole chiave:** dipendenza, doppia diagnosi, psichiatria.

## Premessa

La presenza di morbilità psichiatrica nei soggetti con Disturbo da uso di sostanze sembra costituire più una regola che un'eccezione, oltre a rappresentare naturalmente un fattore aggravante il decorso della dipendenza.

La valutazione della compresenza delle due forme di malattia ha portato ad evidenziare alcuni quadri psico-patologici che sembrano associarsi più facilmente ai Disturbi da uso di sostanze con frequenze significative e forse non casuali (gravi disturbi di personalità).

Il progressivo aumento negli anni del numero di pazienti con disturbi psichiatrici correlati ai disturbi di addiction (Disturbi da Uso di Sostanze, DUS), accompagnato da un incremento del grado di complessità assistenziale, hanno reso necessaria la definizione di un protocollo operativo fra il Dipartimento delle Dipendenze e quelli di Salute Mentale (DSM) delle tre Aziende Ospedaliere della provincia di Bergamo.

La finalità del protocollo era quella di facilitare e migliorare la gestione terapeutica e operativa di questi pazienti nei diversi servizi.

In particolare esso si poneva come obiettivi la definizione di chiarire e regolamentare:

- ruoli e funzioni di entrambi i Dipartimenti;
- modalità di invio reciproco e di restituzione degli esiti delle valutazioni diagnostiche;
- vie d'accesso dedicate nei relativi Servizi;
- identificazione del Servizio responsabile della gestione del caso clinico (case management) sulla base degli indicatori diagnostici.

Il protocollo è attivo dall'anno 2000; dal monitoraggio e dalla verifica della sua applicazione sono emersi i dati che vengono presentati in questo report.

I dati oggetto di studio sono riferiti al periodo 2000-2004 e riportano sia l'incidenza di tali pazienti sul totale dell'utenza in carico, sia le loro caratteristiche (sesso, classi di età, sostanza d'abuso primaria, diagnosi di addiction/psichiatrica, tipologia di trattamento ambulatoriale/residenziale). Per l'anno 2005 saranno invece presentati dati cumulativi.

I dati sono stati raccolti nei Ser.T. dell'ASL della provincia di Bergamo ed elaborati dall'Osservatorio delle Dipendenze del Dipartimento.

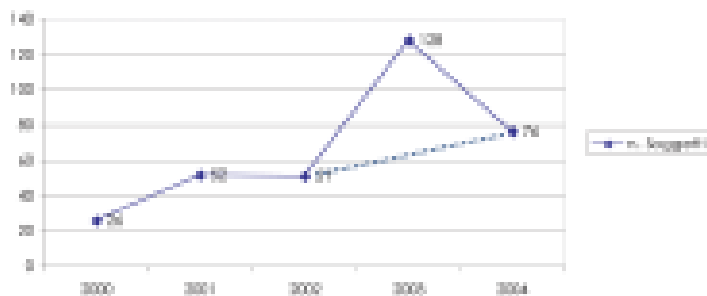
## Andamento degli invii negli anni 2000-2004

Il graf. 1 e la tab. 1 si riferiscono ai soggetti che, già in carico ad un Ser.T. o ad un Servizio psichiatrico, hanno soddisfatto i criteri per una diagnosi di comorbilità da parte dell'altro servizio specialistico.

\* Dipartimento delle Dipendenze, ASL di Bergamo.

<http://www.asl.bergamo.it/web/intsert.nsf/pages/HomePage>.

Graf. 1 - Soggetti inviati reciprocamente Ser.T./Servizi psichiatrici - Valori assoluti - Serie storica 2000-2004



Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

Tab. 1 - Nuovi soggetti con ipotizzata doppia diagnosi e conferma della stessa dopo l'invio - Valori assoluti e percentuale di conferma - Serie storica 2001-2004

Anno	Soggetti con sospetta doppia diagnosi	Soggetti con confermata diagnosi di doppia diagnosi	%
2001	52	44	84,6
2002	51	48	94,1
2003	128	121	94,5
2004	76	74	97,4

Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

Il numero dei nuovi soggetti che dal 2000 (anno di avvio del protocollo operativo) al 2004 sono stati sottoposti ad una valutazione diagnostica da parte dei due dipartimenti, per sospetta coesistenza di disturbo di addiction e disturbo psichiatrico, è andato progressivamente aumentando.

Il dato relativo all'anno 2003 costituisce, con ogni probabilità, una sovrastima, legata al fatto che a partire da quell'anno la richiesta dati alle sedi Ser.T. è stata impostata su record nominativi e con una maggiore articolazione di informazioni, a differenza degli anni precedenti in cui il dato veniva fornito in forma aggregata su poche variabili. Si ritiene pertanto utile, nella lettura del trend, considerare con le dovute cautele il dato dell'anno 2003.

L'anno 2004 conferma la tendenza in crescita, con un aumento rispetto all'anno 2002 pari al 45%.

L'aumento, negli anni considerati, della percentuale di corrispondenza tra il sospetto di una doppia diagnosi e la conferma dello stesso, dato che riguarda indistintamente entrambi i Servizi inviati, dimostra, oltre ad una sempre più fine capacità di cogliere la presenza dello specifico disturbo, una maggiore appropriatezza degli invii.

Le tabb. 2 e 3 sono relative ai nuovi soggetti con comorbilità afferenti ai Ser.T. I servizi di psichiatria hanno incrementato, numericamente e percentualmente, gli invii ai Ser.T. portando ad un aumento del numero di pazienti con diagnosi di comorbilità nei Servizi per le dipendenze.

A partire dall'anno 2001 gli invii ai Ser.T. da parte della psichiatria sono infatti passati dal 29% nel 2001 al 62% nel 2004.

Non considerando l'anno 2003, per i motivi citati nel testo, si evidenzia un lieve incremento dell'incidenza nell'anno 2004 rispetto al 2002.

Tab. 2 - Nuovi soggetti con Doppia Diagnosi suddivisi per tipologia di servizio inviante - Valori assoluti e percentuali di riga - Serie storica 2001-2004

Anno	Servizio inviante			
	Ser.T.		Servizio psichiatrico	
2001	31	71%	13	29%
2002	24	47%	27	53%
2003	58	48%	63	52%
2004	28	38%	46	62%

Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

Tab. 3 - Nuovi soggetti con Doppia Diagnosi sul totale dell'utenza in carico ai Servizi del Dipartimento delle Dipendenze - Valori assoluti e percentuali di riga - Serie storica 2001-2004

Anno	Totale utenza	Nuovi soggetti con Doppia Diagnosi	% sul totale dell'utenza in carico
2001	3.327	44	1,3
2002	3.801	48	1,3
2003	3.789	121	3,1
2004	4.384	74	1,7

Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

## Analisi dettagliata sui soggetti reciprocamente inviati nel 2004

I dati non costituiscono una misurazione esaustiva della presenza di doppia diagnosi nell'utenza in carico. La rilevazione della prevalenza di soggetti con comorbilità psichiatrica tra l'utenza dei Ser.T. richiederebbe, infatti, di inviare tutti i pazienti (o un campione rappresentativo di essi) ai DSM per rilevare la presenza e la gravità una diagnosi psichiatrica. Gli strumenti attualmente in uso verranno ridiscussi e condivisi con i DSM nel corso della prossima revisione del protocollo.

La descrizione si riferisce in prima analisi ai soggetti ai quali è stata diagnosticata una "doppia diagnosi" nell'anno considerato e successivamente a tutti i soggetti con "doppia diagnosi" in carico ai Ser.T. nell'anno 2004, indipendentemente dall'anno in cui la comorbilità psichiatrica è stata diagnosticata.

### Caratteristiche dei nuovi soggetti

Il numero di soggetti che nel 2004 hanno avuto accertata una doppia diagnosi è pari a 74. Il 68,9% dei soggetti è di sesso maschile, con un rapporto M/F pari a 2,3 (tab. 4).

Il 50% dei soggetti ha un'età compresa fra i 30 e i 44 anni. La fascia d'età maggiormente rappresentata è quella dai 35-39 anni (21,6%). Il 7,4% ha un'età compresa fra i 15-29 anni, e

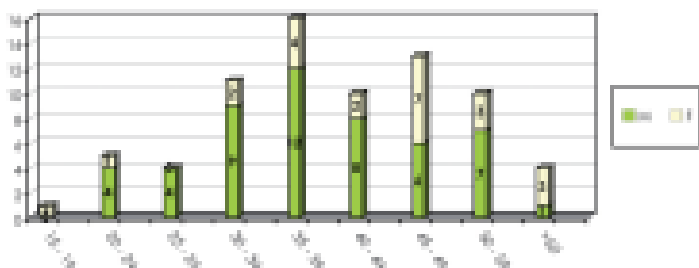
Tab. 4 - Nuovi soggetti con Doppia Diagnosi suddivisi secondo la variabile sesso - Valori assoluti e percentuali di colonna - Anno 2004

Sesso	Soggetti con Doppia Diagnosi	%
Maschi	51	68,9
Femmine	23	31,1
Totale	74	100,0

Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

il 21,6% è rappresentata da pazienti appartenenti alla fascia di età 45-oltre 60 (tab. 5, graf. 2). Non è possibile effettuare il confronto con l'utenza complessiva in carico ai Ser.T. poiché i dati a disposizione riferiti all'anno 2004 sono dati cumulativi disponibili in forma aggregata secondo classi di età diverse tra l'area della tossicodipendenza e dell'alcoldipendenza. A tal proposito nelle tabb. 6 e 7 si osserva una maggiore incidenza dei pazienti in doppia diagnosi tra la categoria di soggetti alcol dipendenti, rispetto alle altre tipologie di pazienti in carico ai Ser.T. In tale confronto sono esclusi i pazienti tabagisti.

Graf. 2 - Nuovi soggetti con Doppia Diagnosi suddivisi per sesso e fasce d'età - Valori assoluti - Anno 2004



Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

Tab. 5 - Nuovi soggetti con Doppia Diagnosi suddivisi per fasce d'età e sesso - Valori assoluti - Anno 2004

Sesso	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-59	>60	Totale
M	0	4	4	9	12	8	6	7	1	51
F	1	1	0	2	4	2	7	3	3	23
Totale	1	5	4	11	16	10	13	10	4	74

Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

Tab. 6 - Nuovi soggetti con Doppia Diagnosi sul totale dei soggetti trattati dai Ser.T. suddivisi per tipologia di diagnosi di addiction - Valori assoluti e percentuali di riga - Anno 2004

Area	Soggetti in carico nel 2004	Nuovi soggetti con Doppia Diagnosi
Tossicodipendenza	3.309	22
Alcoldipendenza	699	42
Disturbi del comportamento alimentare	192	9
Gioco d'azzardo patologico	42	1
Totale	4.242	74

Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

Tab. 7 - Nuovi soggetti con Doppia Diagnosi suddivisi per tipologia di diagnosi di addiction - Valori assoluti e percentuali di colonna - Anno 2004

Diagnosi di dipendenza	Diagnosi Psichiatrica							Schizofrenia	Sindromi deliranti	Tot.	%
	Disturbo d'ansia	Disturbo dell'umore e primario	Disturbo dell'umore e secondario all'uso di sostanze	Disturbo di personalità	Disturbo di personalità grave	Disturbo psicotico indotto da sostanze					
Alcoldipendenza	3	19	2	8	3	0	2	5	42	56.7	
Tossicodipendenza	2	7	4	2	1	5	1	0	22	29.7	
Altre dipendenze		2	0	1	2	0	1	4	10	13.6	
Totale	5	28	6	11	6	5	4	9	74		

Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

La categoria più rappresentata è infatti quella degli alcol dipendenti (56,7%), seguita da quella dei tossicodipendenti (29,7%) mentre il 12,1% è costituito da pazienti con disturbi del comportamento alimentare (DCA).

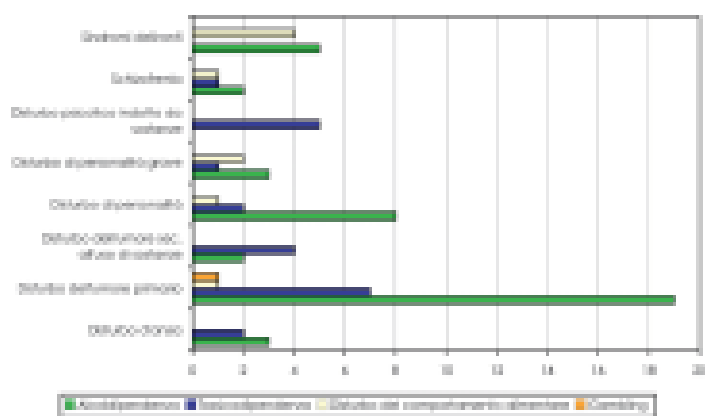
Se si considera che nell'anno 2004 la prevalenza di alcol dipendenti sul totale dell'utenza trattata è pari al 15,9%, quella riferita alla tossicodipendenza rappresenta il 75,5% mentre quella dei soggetti con DCA è pari al 4,4%, si può ipotizzare una correlazione particolarmente marcata tra alcol dipendenza e disturbo psichiatrico.

Un altro dato significativo riguarda il Servizio inviante: il 71,4% degli alcolisti e il 77,8% dei soggetti con disturbi del comportamento alimentare (DCA) provengono dai Servizi psichiatrici.

Nel graf. 3 si evidenziano i nuovi pazienti con comorbilità suddivisi per tipologia di diagnosi psichiatrica. Le tipologie di patologia indicate sono quelle previste nel protocollo.

Pur considerando la bassa numerosità dei casi (<50) e quindi la scarsa rilevanza statistica si può comunque osservare che, sia complessivamente sia all'interno delle singole categorie (alcol dipendenza e tossicodipendenza), la diagnosi di disturbo dell'umore primario è la prevalente seguita, nel caso dell'alcol dipen-

Graf. 3 - Nuovi soggetti con Doppia Diagnosi suddivisi per tipologia di diagnosi - Valori assoluti - Anno 2004



Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

denza, dai disturbi di personalità e nella tipologia dei tossicodipendenti, da disturbi psichiatrici indotti dall'uso di sostanze

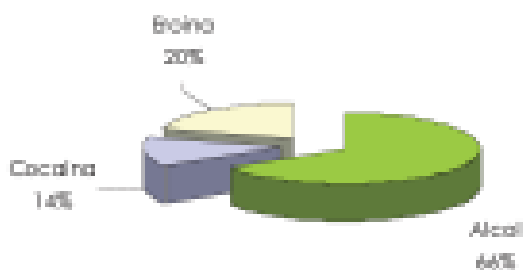


(disturbo dell'umore secondario all'uso di sostanze e disturbo psicotico indotto da sostanze). (Dei 74 soggetti considerati 64 presentavano un disturbo da uso di sostanze (DUS)).

Prendendo in esame i 64 soggetti con diagnosi di abuso o dipendenza da sostanze e con diagnosi di disturbo psichiatrico accertate nell'anno 2004 si evidenzia che il 65,6% di questi ha quale sostanza d'abuso primaria l'alcol, il 20,3% l'eroina e il 14,1% la cocaina (graf. 4).

La presenza di patologie psichiatriche sul totale dei soggetti in carico per abuso o dipendenza, suddivisi per sostanza d'abuso primaria, è responsabile dell'incidenza di nuovi soggetti con doppia diagnosi pari al 6% fra gli alcolodipendenti, all'1,3% fra i cocainomani e allo 0,6% fra gli eroinomani come evidenziato dalla tab. 8.

**Graf. 4 - Nuovi soggetti tossicodipendenti o alcolodipendenti con Doppia Diagnosi suddivisi secondo la tipologia di sostanza d'abuso primaria - Percentuali - Anno 2004**



Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

**Tab. 8 - Nuovi soggetti tossicodipendenti o alcolodipendenti con Doppia Diagnosi suddivisi per diagnosi psichiatrica e tipologia di sostanza d'abuso primaria - Valori assoluti e percentuali di colonna - Anno 2004**

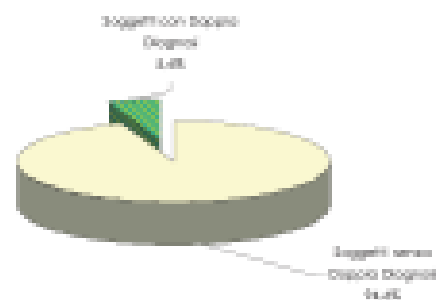
Diagnosi psichiatrica	Alcol	Cocaina	Eroina	Totale
Disturbo d'ansia	3	1	1	5
Disturbo dell'umore primario	19	2	5	26
Disturbo dell'umore secondario all'uso di sostanze	2	0	4	6
Disturbo di personalità	8	1	1	10
Disturbo di personalità grave	3	1	0	4
Disturbo psicotico indotto da sostanze	0	4	1	5
Schizofrenia	2	0	1	3
Sindromi deliranti	5	0	0	5
Totale	42	9	13	64
Totale soggetti in carico suddivisi per sostanza d'abuso primaria	699	675	2.003	3.377
Incidenza	6,0	1,3	0,6	1,9

Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

### Prevalenza di soggetti con doppia diagnosi tra l'utenza in carico ai Ser.T. nell'anno 2004

I dati seguenti (graf. 5) si riferiscono al numero complessivo di soggetti con doppia diagnosi in carico ai Ser.T. nell'anno 2004 (nuovi o già in carico dagli anni precedenti) indipendentemente dall'anno in cui la comorbilità psichiatrica è stata diagnosticata. Come già affermato nelle premesse, il 5,4% dei pazienti con concomitante diagnosi psichiatrica sul totale non evidenzia il dato corretto sulla presenza di doppia diagnosi nell'utenza in carico, ma solo la percentuale di soggetti in carico ai quali è stata confermata una co-morbilità. Il graf. 6 evidenzia, in percentuale, gli invii reciproci tra Servizi: l'invio più consistente è effettuato dai Servizi di psichiatria.

**Graf. 5 - Prevalenza dei soggetti con Doppia Diagnosi sul totale dei soggetti trattati dai Ser.T. - Percentuali - Anno 2004**



Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

**Graf. 6 - Soggetti con Doppia Diagnosi in carico nel 2004, suddivisi per tipologia di Servizio inviante - Valori percentuali - Anno 2004**



Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

La tab. 9 mostra la prevalenza dei pazienti comorbili sul totale dell'utenza dei Ser.T. suddivisa per aree di trattamento: i dati evidenziano una maggior presenza di soggetti con doppia diagnosi tra gli alcolodipendenti (il 13,7% ha una diagnosi di comorbilità contro il 4,3% dei soggetti con altre dipendenze e il 3,7% dei soggetti tossicodipendenti). Dal totale dei pazienti in carico sono esclusi i tabagisti e tale considerazione si estende anche alle tabelle successive. La tab. 10 mostra la prevalenza dei pazienti comorbili sul totale dell'utenza distinta per le sei U.O. dei Ser.T. della provincia di Bergamo. Le percentuali evidenziano differenze tra i Ser.T., si va da un minimo del 3,9% di Ponte San Pietro e all'8,6% e 8,5% di Martinengo e Treviglio.

**Tab. 9 - Prevalenza di soggetti con Doppia Diagnosi sul totale dell'utenza trattata dai Ser.T. suddivisa per aree di trattamento - Valori assoluti e percentuali di riga - Anno 2004**

Tipologia	Soggetti in carico	Soggetti Doppia Diagnosi	%
<b>Tossicodipendenza</b>			
Nuovi	866	10	1,15
Già in carico	2443	109	4,9
Totale	3.309	119	3,5
<b>Alcolodipendenza</b>			
Nuovi	287	33	11,50
Già in carico	412	66	16
Totale	699	96	13,7
<b>Altre dipendenze</b>			
Gioco d'azzardo patologico	Nuovi 29	1	
Disturbi Comportamento Alimentare	Nuovi 112	7	
Già in carico	235	8	
Totale	376	16	
Totale utenza	4.242	231	5,4

Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

La tab. 11 indica la prevalenza dei pazienti comorbili sul totale dell'utenza tossicodipendente distinta per unità operative, mentre la tab. 12 indica lo stesso dato ma raffrontato all'utenza alcolodipendente.

Tab. 10 - Prevalenza di soggetti con Doppia Diagnosi sul totale dell'utenza trattata da ogni Ser.T. - Valori assoluti e percentuali - Anno 2004

Ser.T.	Utenti in carico	Di cui con Doppia Diagnosi	Prevalenza
Bergamo	2.206	98	4,4
Gazzaniga	467	28	6,0
Lovere	178	9	5,1
Martinengo	386	33	8,5
Ponte San Pietro	507	20	3,9
Treviglio	498	43	8,6
Totale	4.242	231	5,4

Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

Tab. 11 - Prevalenza di soggetti con Doppia Diagnosi sul totale dell'utenza tossicodipendente trattata da ogni Ser.T. - Valori assoluti e percentuali - Anno 2004

Ser.T.	Utenti in carico	Di cui con Doppia Diagnosi	Prevalenza
Bergamo	1.695	48	2,83
Gazzaniga	357	14	3,92
Lovere	140	9	6,43
Martinengo	306	12	3,92
Ponte San Pietro	403	7	1,74
Treviglio	408	29	7,11
Totale	3.309	119	3,60

Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

Tab. 12 - Prevalenza di soggetti con Doppia Diagnosi sul totale dell'utenza alcolodipendente trattata da ogni Ser.T. - Valori assoluti e percentuali di riga - Anno 2004

Ser.T.	Utenti in carico	Di cui con Doppia Diagnosi	Prevalenza
Bergamo	312	36	11,5
Gazzaniga	90	14	15,6
Lovere	38	0	0
Martinengo	80	20	25
Ponte San Pietro	97	13	13,4
Treviglio	82	13	15,8
Totale	699	96	13,7

Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

Tab. 13 - Utenti in trattamento nei Ser.T. - utenza senza doppia diagnosi e con doppia diagnosi - suddivisi per sesso - Valori assoluti e percentuali di riga - Anno 2004

	M		F		Totale
	N.	%	N.	%	
Solo diagnosi di addiction	3293	82,1	718	17,9	4011
Doppia diagnosi	169	73,2	62	26,8	231

Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

### Alcune caratteristiche

Dal confronto tra la distribuzione percentuale riferita all'utenza con sola diagnosi di comportamento di addiction (esclusi i tabagisti) e quella con doppia diagnosi si evidenzia una percentuale maggiore di femmine nel gruppo con doppia diagnosi rispetto a quello con solo disturbo di addiction. Nella tab. 14 sono confrontati i dati relativi al sesso distinti per tipologia di pazienti con diagnosi di addiction siano essi comorbili oppure no.

Il rapporto Maschi-Femmine riferito con doppia diagnosi risulta essere maggiormente a favore delle femmine rispetto a quello riferito ai soggetti con sola diagnosi di addiction (2,73 maschi ogni 1 femmina vs 4,6) con significative differenze all'interno delle diverse categorie.

Sul totale dell'utenza con doppia diagnosi in carico nel 2004 il 93,1% è costituito da soggetti con DUS (stupefacenti o alcol) contro il 91,4 dell'utenza in generale). In particolare la tab. 15 ed il graf. 7 mostrano le differenze in base alle fasce di età dei pazienti tossicodipendenti.

Tab. 14 - Confronto del rapporto maschi/femmine tra utenza senza doppia diagnosi e con doppia diagnosi, suddiviso per area di trattamento - Valori assoluti e percentuali e tassi - Anno 2004

Tipologia	Senza doppia diagnosi			Con Doppia Diagnosi		
	M	F	Rapp. M/F	M	F	Rapp. M/F
Tossicodipendenti	2.780	410	6,8	105	14	7,50
Alcolodipendenti	474	129	3,7	60	36	1,67
Gioco d'azzardo	31	9	3,4	1	1	1,00
Disturbi del comportamento alimentare	8	170	0,04	3	11	0,27
Totale	3.293	718	4,6	169	62	2,73

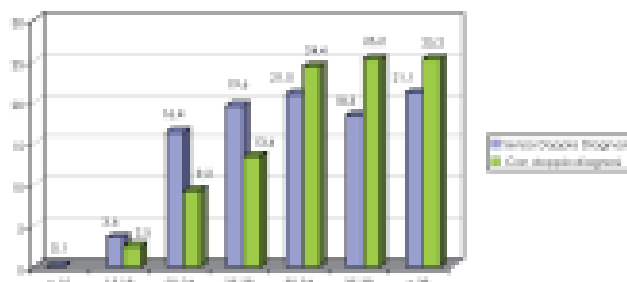
Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

Tab. 15 - Confronto tra utenza tossicodipendente senza doppia diagnosi e con doppia diagnosi - Valori assoluti - Anno 2004

Tossicodip.	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	>39	Totale
Senza Doppia Diagnosi	2	114	522	625	669	585	673	3.190
Con Doppia Diagnosi	0	3	11	16	29	30	30	119
Totale	2	117	533	641	698	615	703	3.309

Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

Graf. 7 - Confronto tra utenza tossicodipendente senza doppia diagnosi e con doppia diagnosi - Valori percentuali - Anno 2004



Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

Dal confronto dei due gruppi emerge che le fasce d'età maggiormente interessate alla presenza di comorbidità psichiatrica sono quelle superiori ai 30 anni (75% circa), il 91,5% di questi è costituito da utenti già in carico ai Ser.T. Il 12,5% di questi ha avuto diagnosticata una comorbidità nell'anno, il restante 87,5% risulta in trattamento come soggetto con doppia diagnosi dagli anni precedenti. La tab. 16 ed il graf. 8 mostrano le differenze per fasce di età nei soggetti alcolodipendenti.

Le differenze fra i due gruppi sono meno evidenti che nel caso della tossicodipendenza; a differenza di quest'ultima si evidenzia uno scarto pari a +0,7% a favore dei soggetti con doppia diagnosi nella fascia 20-29 anni e di +4,7% sempre a favore dei soggetti con doppia diagnosi nella fascia 30-39 anni. Tra questi soggetti di età compresa tra 20-39 anni, 14 su 34 sono in trattamento per la prima volta nell'anno 2004 (non conosciuti prima dal Ser.T.) e costituiscono il 41% di quelli con comorbidità presi in carico per la prima volta dal Ser.T. nel 2004.

Mentre nel gruppo dei soggetti con sola diagnosi di Disturbo da uso di sostanze la sostanza d'abuso primaria è l'eroina, in quello con doppia diagnosi la sostanza d'abuso primaria maggiormente presente è l'alcol, seguita dall'eroina (tab. 17 e graf. 9).

I dati che seguono si riferiscono alla distribuzione dei 231 soggetti DUS più gamblers + DCA) per tipologia di diagnosi psichiatrica. Nel graf. 10 è possibile osservare la suddivisione della diagnosi secondo l'asse I o l'asse II del DSM IV nei pazienti con doppia diagnosi nell'anno 2004.

Le diagnosi di comorbidità dei 231 soggetti si collocano nel 63,2% dei casi sull'Asse I e nel restante 36,8% sull'Asse II e si distribuiscono come indicato nella tab. 18.

Da evidenziare la alta percentuale (87,1%) di coincidenza tra il sospetto diagnostico e la sua conferma suggestiva di una sempre più fine capacità di cogliere la presenza di un disturbo correlato da parte dei Servizi di entrambi i dipartimenti.

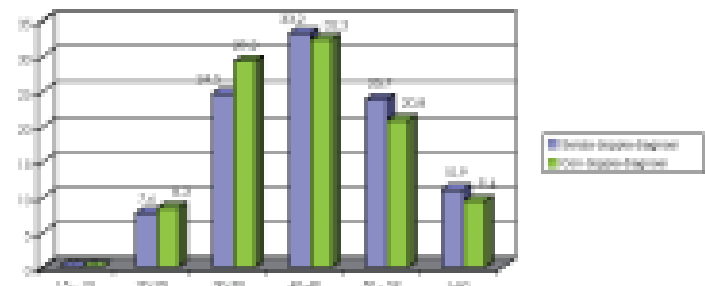
La tab. 18 e il graf. 11 ci indicano l'incrocio tra diagnosi di disturbo di addiction e diagnosi psichiatrica afferente agli Assi I o II del DSM IV.

Tab. 16 - Confronto tra utenza alcolodipendente senza doppia diagnosi e con doppia diagnosi - Valori assoluti - Anno 2004

Tipologia	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	>60	Totale
Senza Doppia Diagnosi	0	46	148	200	143	66	603
Doppia Diagnosi	0	8	28	31	20	9	96
Totale	0	54	176	231	163	75	699

Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

Graf. 8 - Confronto tra utenza alcolodipendenti senza doppia diagnosi e con doppia diagnosi - Valori percentuali - Anno 2004



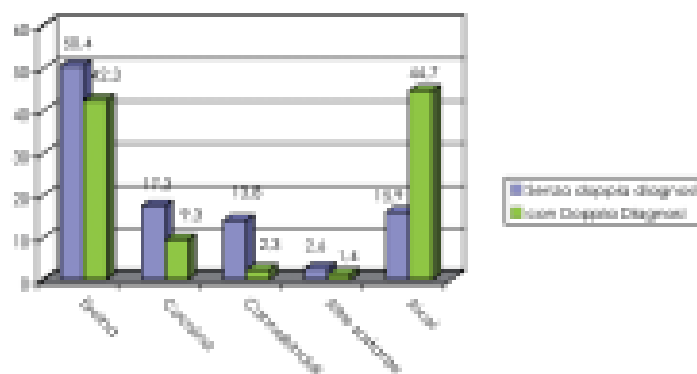
Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

Tab. 17 - Prevalenza della sostanza d'abuso primaria tra utenza con DUS (tossicodipendenti e alcolodipendenti) senza doppia diagnosi e con doppia diagnosi - Valori assoluti - Anno 2004

Sostanza	Senza Doppia Diagnosi	Con Doppia Diagnosi	Totale
Eroina	1.912	91	2.003
Cocaina	655	20	675
Cannabinoidi	525	5	530
Altre sostanze	98	3	101
Alcol	603	96	699
Totale	3.793	215	4.008

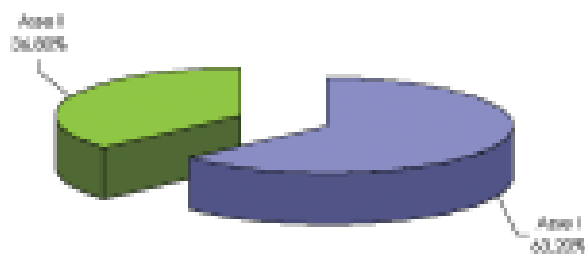
Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

Graf. 9 - Prevalenza della sostanza d'abuso primaria tra utenza con DUS (tossicodipendenti e alcolodipendenti) senza doppia diagnosi e con doppia diagnosi - Valori percentuali - Anno 2004



Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

Graf. 10 - Soggetti con Doppia Diagnosi suddivisi per Asse I-II del DSM IV - Valori Percentuali - Anno 2004



Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

Tab. 18 - Incrocio tra diagnosi di addiction e diagnosi psichiatrica e distribuzione all'interno dell'Asse I e II del DSM IV. Valori assoluti e percentuali di colonna - Anno 2004

	Abuso o dipendenza da sostanze stupefacenti	Abuso o dipendenza da alcol	Disturbi del comportam. alimentare (DCA)	Gambling	Totale	%
Asse 1	73	63	9	1	146	63,2
Asse 2	46	33	5	1	85	36,8
Totale	119	96	14	2	231	100

Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

Tab. 19 - Distribuzione del campione dei soggetti con doppia diagnosi per tipologia di diagnosi psichiatrica - Valori assoluti e percentuali - Anno 2004

Diagnosi	N.	%
Disturbo d'ansia	8	3,5
Disturbo dell'umore primario	60	26,0
Disturbo dell'umore secondario all'uso di sostanze	8	3,5
Disturbo di personalità	85	36,8
Disturbo psicotico	3	1,3
Disturbo psicotico indotto da sostanze	20	8,7
Schizofrenia	23	10,0
Sindrome delirante	19	8,2
Episodio psicotico	2	0,9
Disturbi del comportamento alimentare	3	1,3
Totale	231	100,0

Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

Tab. 20 - Soggetti tossicodipendenti o alcolodipendenti con Doppia Diagnosi suddivisi per diagnosi psichiatrica e tipologia di sostanza d'abuso primaria - Valori assoluti - Anno 2004

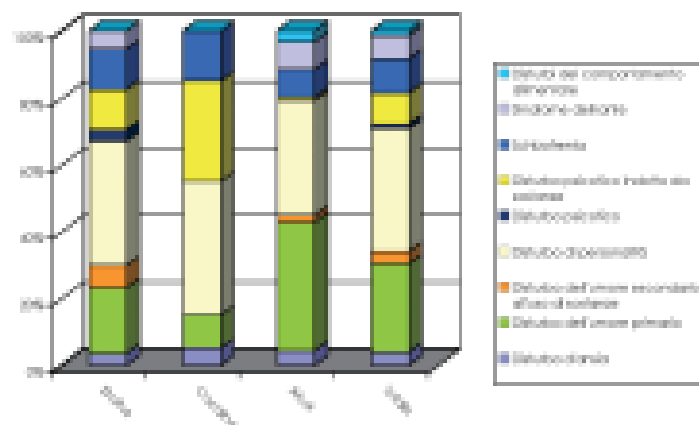
Diagnosi	Eroina	Cocaina	Canna- binoidi	BDZ	Alcol	Totale
Disturbo d'ansia	3	1	0	0	4	8
Disturbo dell'umore primario	18	2	0	0	37	57
Disturbo dell'umore secondario all'uso di sostanze	6	0	0	0	2	8
Disturbo di personalità	34	8	2	2	33	79
Disturbo psicotico	3	0	0	0	0	3
Disturbo psicotico indotto da sostanze	11	6	1	1	1	20
Schizofrenia	11	3	0	0	8	22
Sindrome delirante	5	0	2	0	8	15
Disturbi del comportamento alimentare	0	0	0	0	3	3
Totale	91	20	5	3	96	215

Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

Sembrirebbe che le diagnosi psichiatriche prevalenti siano quelle di disturbo di personalità (36,8%) e disturbo dell'umore primario (26%) (tab. 19). Si evidenzia la distribuzione percentuale delle diverse sostanze d'abuso primaria all'interno di ogni diagnosi. Gli istogrammi sono riferiti alle diagnosi con una numerosità di soggetti pari o superiore a 20.

Il graf. 12 mette in risalto una correlazione tra disturbi dell'umore, primario e di personalità, con i disturbi da utilizzo di alcol, come sostanza d'abuso primaria; per quanto riguarda l'eroina le diagnosi maggiormente associate sono i disturbi di personalità, seguita dal disturbo dell'umore primario e disturbo psicotico indotto da sostanze e dalla schizofrenia. Nel gruppo con disturbi da utilizzo di cocaina prevalenti sono i disturbi di personalità e il disturbo psicotico indotto da sostanze seguito dalla schizofrenia. All'interno dei tre gruppi il disturbo psicotico indotto da sostanze e il disturbo d'ansia sembrano interessare di più i cocainomani, mentre il disturbo dell'umore secondario all'uso di sostanze gli eroinomani. I disturbi dell'umore primario e la sindrome delirante i soggetti con sostanza d'abuso primaria l'alcol. La tab. 21 ed il graf. 13 si riferiscono alla tipologia (secondo le

Graf. 12 - Soggetti tossicodipendenti o alcolodipendenti con Doppia Diagnosi suddivisi per diagnosi psichiatrica e tipologia di sostanza d'abuso primaria - Valori percentuali di colonna - Anno 2004



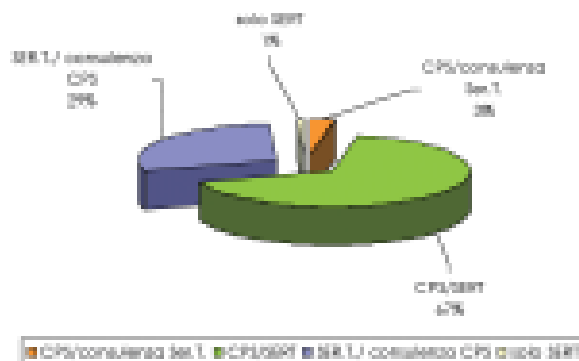
Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

Tab. 21 - Soggetti con Doppia Diagnosi suddivisi per tipologia di presa in carico e di trattamento (ambulatoriale o residenziale) - Valori assoluti - Anno 2004

Tipologia	CPS/ consulenza Ser.T.	CPS/Ser.T.	Ser.T./solo consulenza CPS	Ser.T.	Totale
Ambulatoriale	4	121	51	2	178
Residenziale	3	34	16	0	53
Totale	7	155	67	2	231

Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

Graf. 13 - Soggetti con Doppia Diagnosi suddivisi per tipologia di presa in carico - Valori percentuali - Anno 2004



Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

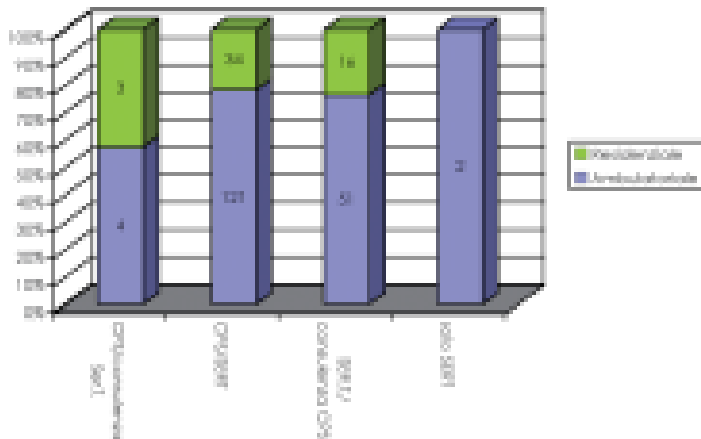
categorie definite dal protocollo) di presa in carico attuata dai Servizi verso i pazienti comorbili.

I graf. 14 e 15 sono invece relativi alla distinzione tra trattamenti ambulatoriali o residenziali nei pazienti con doppia diagnosi, distinti anche per tipologia di presa in carico.

Le tabb. 22 e 23 indicano le diverse prevalenze dei trattamenti residenziali nei pazienti con e senza doppia diagnosi.

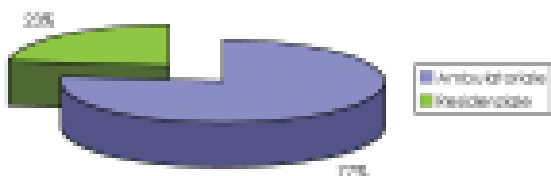
Prevalente risulta essere il trattamento ambulatoriale rispetto a quello residenziale, ma il ricorso a quest'ultimo è significativamente maggiore all'interno del gruppo di soggetti con doppia diagnosi rispetto a quello dei soggetti con sola diagnosi di addiction (tab. 21 e graf. 13).

Graf. 14 - Soggetti con Doppia Diagnosi suddivisi per tipologia di presa in carico e di trattamento (ambulatoriale o residenziale) - Valori percentuali - Anno 2004



Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

Graf. 15 - Soggetti con Doppia Diagnosi suddivisi per tipologia di presa in carico e di trattamento (ambulatoriale o residenziale) - Valori percentuali - Anno 2004



Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

Tab. 22 - Prevalenza del trattamento residenziale tra l'utenza senza doppia diagnosi e con doppia diagnosi. Utenza complessiva - Valori assoluti e percentuali di riga - Anno 2004

	Totale	In trattamento residenziale	%
Solo diagnosi di addiction	4.011	360	9
Doppia diagnosi	231	53	22,9

Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

Tab. 23 - Prevalenza del trattamento residenziale tra l'utenza con DUS senza doppia diagnosi e con doppia diagnosi - Valori assoluti e percentuali di riga - Anno 2004

	Totale	In trattamento residenziale	%
Solo diagnosi di addiction	3.793	360	9,5
Doppia diagnosi	215	53	24,6

Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

Tab. 24 - Soggetti con Doppia Diagnosi suddivisi per tipologia di trattamento residenziale - Valori assoluti e percentuali di colonna - Anno 2004

Trattamento residenziale	N.	%
Specialistico	15	28,3
Pedagogico o terapeutico-riabilitativo	38	71,7
Totale	53	100,0

Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

Quest'ultima tipologia di trattamento ha interessato solo soggetti con DUS (tossicodipendenti e alcolodipendenti).

Se si considerano solo tossicodipendenti e alcolodipendenti, gli unici per i quali è possibile autorizzare l'inserimento in una struttura residenziale accreditata nell'area della tossicodipendenza, la prevalenza all'interno del gruppo con comorbilità psichiatrica cresce ulteriormente, come evidente nella tab. 23. La tab. 24 mostra invece la suddivisione dei trattamenti residenziali per i pazienti con comorbilità.

La tipologia di servizio alla quale si è ricorsi è solo nel 28% dei casi un servizio specialistico accreditato nell'area della psichiatria o accreditato nell'area delle dipendenze per il trattamento di pazienti con co-morbilità. La tab. 25 mostra la suddivisione per tipologia di trattamento residenziale nei soggetti con doppia diagnosi. Dei 15 soggetti inseriti in strutture residenziali specialistiche 13 erano in carico sia al Ser.T. sia al Servizio Psichiatrico.

Tab. 25 - Soggetti con Doppia Diagnosi con trattamento residenziale specialistico suddivisi per tipologia di servizio - Valori assoluti - Anno 2004

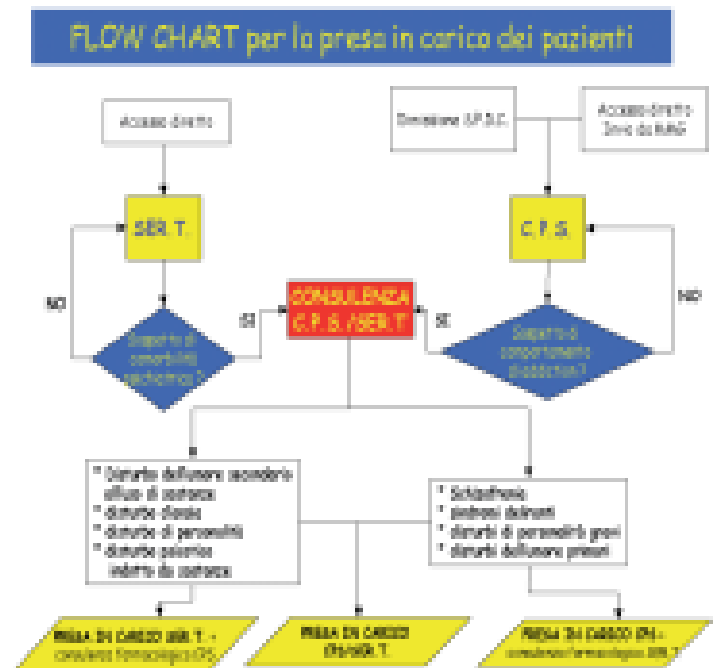
Trattamento residenziale specialistico	N.
Servizio accreditato area dipendenze	11
Servizio accreditato area psichiatria	4
Totale	15

Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

### Diagnosi e tipologia di presa in carico

In questa sessione verranno confrontate tipologie di diagnosi psichiatrica e di presa in carico attuata in riferimento a quanto previsto (grado di).

Per facilitare la lettura delle considerazioni successive si presenta la flow chart inserita nel protocollo che evidenzia i percorsi di invio e i criteri di presa in carico reciproci dei pazienti.



- Diagnosi F10-19 il paziente rimane in carico al Ser.T. Lo psichiatra provvederà al trattamento farmacologico degli eventuali aspetti comportamentali di sua competenza.

- Diagnosi F20-29 la presenza di schizofrenia rende quasi certo che l'uso di sostanze possa essere accessorio alla malattia psichiatrica per la quale il paziente sarà preso in carico al CPS, con eventuale consulenza del Ser.T. per quanto di competenza.
- Diagnosi F30-48: per disturbi dell'umore e/o sindromi nevrotiche e somatoformi il CPS fornirà consulenza per eventuale terapia farmacologica.
- Diagnosi F60-61 disturbi di personalità: è la categoria che sicuramente raccoglie i casi più complessi e di più difficile attribuzione ad un Servizio piuttosto che all'altro. In questi casi, come previsto dai protocolli interni dei CPS per la presa in cura secondo spettri diagnostici, e mantenendo la collaborazione con il Ser.T., il paziente sarà seguito con periodiche visite psichiatriche di controllo clinico e/o farmacologico e, se ritenuto necessario, con colloqui psicologici.

La tab. 26 mostra la tipologia di presa in carico dei pazienti a seconda della diagnosi psichiatrica prevista dal protocollo.

Il protocollo siglato dai due Dipartimenti prevede, quale tipologia di presa in carico indicata:

- per il gruppo 1 (Disturbo dell'umore secondario all'uso di sostanze, Disturbo d'ansia, Disturbo di personalità, Disturbo psicotico indotto da sostanze) la consulenza del CPS e la presa in carico da parte del Ser.T.

I dati evidenziano come solo nel 46% dei casi ciò sia avvenuto (scostamento 54%), in un altro 47% la presa in carico risulta essere congiunta Ser.T./CPS. Di questi ultimi, in totale 45 soggetti (15 alcoldipendenti, 29 tossicodipendenti e 1 soggetto con DCA), 35 presentavano una diagnosi di dipendenza;

- per il gruppo 2 (Schizofrenia, Sindromi deliranti, Disturbo di personalità grave, Disturbo dell'umore primario) la consulenza del Ser.T. e la presa in carico da parte del CPS.

I dati evidenziano come solo nel 2,2% dei casi ciò sia avvenuto (scostamento 97,8%), nell'80% dei casi la presa in carico è stata congiunta Ser.T./CPS e in un altro 17% la presa in carico è stata solo del Ser.T. con la semplice consulenza del CPS. Un caso ha visto la sola presa in carico da parte del Ser.T. Di questi 109 soggetti in totale (60 alcoldipendenti, 39 tossicodipendenti, 9 soggetti con DCA e 1 gambler) il 79,8% presentava una diagnosi di dipendenza.

Complessivamente lo scostamento dai criteri definiti dal protocollo in uso è pari al 79,9% con una prevalenza maggiore nel secondo gruppo. Nel 67% dei casi la presa in carico è stata congiunta Ser.T./CPS e nel 79% di questi (122 su 154) si associa alla presenza di una diagnosi di dipendenza; in particolare nel 71,3 dei pazienti la presa in carico congiunta avviene quando alla dipendenza si associa una diagnosi psichiatrica grave (Schizofrenia, Sindromi deliranti, Disturbo di personalità grave, Disturbo dell'umore primario).

Tab. 26 - Incrocio tra diagnosi e tipologia di presa in carico secondo i criteri indicati dal protocollo e percentuale di scostamento - Valori assoluti e percentuali - Anno 2004

Gruppo diagnosi psichiatrica Prevista da protocollo	N.	Tipologia di presa in carico INDICATA dal protocollo	tipologia di presa in carico attuata			SCOSTAMENTO (rapporto percentuale tra il valore della prima e della seconda colonna)
		PRESA IN CARICO SERT + Consulenza farmacologica CPS	PRESA IN CARICO CPS + consulenza SERT	PRESA IN CARICO SERT + PRESA IN CARICO CPS	PRESA IN CARICO SERT	
1. Disturbo dell'umore secondario all'uso di sostanze Disturbo d'ansia Disturbo di personalità Disturbo psicotico indotto da sostanze	95	44	4	45	2	54%
Gruppo diagnosi psichiatrica Prevista da protocollo	N.	Tipologia di presa in carico prevista dal protocollo	tipologia di presa in carico attuata			SCOSTAMENTO
		PRESA IN CARICO CPS + consulenza SERT	PRESA IN CARICO SERT + Consulenza farmacologica CPS	PRESA IN CARICO SERT + PRESA IN CARICO CPS	PRESA IN CARICO SERT	
2. Schizofrenia Sindromi deliranti Disturbo di personalità grave Disturbo dell'umore primario	134	3	23	109	1	97,8%

Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

## Analisi dei dati 2005: utenza con diagnosi DUS e diagnosi psichiatrica in asse I o II trattata dai Ser.T.

Mentre i dati riferiti agli anni precedenti riguardano esclusivamente i soggetti valutati da entrambi i servizi (Ser.T. e CPS) ossia inviati reciprocamente, quelli di seguito riportati e riferiti all'anno 2005 comprendono anche soggetti le cui diagnosi di comorbilità psichiatrica in asse 1 o 2 sono state effettuate dai medici dei Ser.T. I dati raccolti fino al 2004 sono serviti per quantificare il problema della comorbilità, ma la loro rilevazione era maggiormente utilizzata per avere dati finalizzati alla verifica del protocollo con la psichiatria: era certa quindi una sottostima dei soggetti in carico con doppia diagnosi. I dati 2005, pur non essendo comparabili da un punto di vista statistico con quelli degli anni precedenti, confermano alcune indicazioni già emerse.

Le tabb. dal numero 27 al numero 35 mostrano i dati relativi all'anno 2005 raccolti con le modalità esposte. Il dettaglio delle informazioni raccolte è migliore rispetto agli anni precedenti, come si evidenzia dai dati riportati. Le tabb. 30 e 31 sono relative solo ai pazienti tossicodipendenti, le tabb. 32 e 33 solo ai pazienti alcoldipendenti, mentre le tabb. 34 e 35 sono relative ai pazienti con altri disturbi di addiction.

Tab. 27 - Prevalenza dei soggetti con comorbilità psichiatrica sul totale dell'utenza trattata dai Ser.T. - Anno 2005. Valori assoluti - Anno 2005

Anno	Totale soggetti trattati	Di cui con comorbilità psichiatrica	%
2005	3.761	693	18,4

Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

Tab. 28 - Prevalenza dei soggetti con comorbilità psichiatrica suddivisa per tipologia d'utenza trattata dai Ser.T. - Anno 2005 - Valori assoluti

Tipologia di utenza	Totale soggetti	Di cui con comorbilità psichiatrica		%
Tossicodipendenti	2.750	asse 1	177	15,3
		asse 2	245	
Alcoldipendenti	741	asse 1	125	27,3
		asse 2	77	
Altre dipendenze	270	asse 1	30	25,6
		asse 2	39	
Totale	3.761		693	18,4

Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

Tab. 29 - Soggetti con comorbilità psichiatrica suddivisi per tipologia d'utenza trattata dai Ser.T. distinta per Asse I e II - Anno 2005 - Valori assoluti

Con comorbilità psichiatrica	Tossicodipendenti		Alcoldipendenti			Altre dipendenze			Totale		
	Asse 1	Asse 2	Con comorbilità psichiatrica	Asse 1	Asse 2	Con comorbilità psichiatrica	Asse 1	Asse 2	Con comorbilità psichiatrica	Asse 1	Asse 2
422	177	245	202	125	77	69	30	39	693	332	361
	6,4	8,9		16,9	10,4		11,1	14,4		47,9	52,1

Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

Tab. 30 - Utenti tossicodipendenti - Incrocio tra diagnosi asse di abuso o dipendenza da sostanze stupefacenti e disturbo psichiatrico di Asse I

Asse I in	Intossicazione o altri Disturbi Psich.	Disturbi Depressivi	Disturbi Bipolari	Disturbi d'Animo	Disturbi dell'Identità sessuale	Disturbi del Controllo degli Impulsi	Disturbi dell'Adattamento	Disturbi di Fobia con Agorafobia	Disturbi di Fobia Specifica	Disturbi di Ansia Generalizzata	Disturbi del Sonno	Totale
nessuna diagnosi di abuso o dipendenza da sostanze stupefacenti	0	0		0						1		1
Intossicazione da Oppioidi												0
Abuso di Oppioidi	0	0		1			0					1
Dipendenza da Oppioidi	0	0	0	0		0	0	1	0	0		0
Intossicazione da Alcol		1								1		2
Intossicazione da Cannabis												0
Abuso di Cannabis	0	1			0							1
Dipendenza da Cannabis	0	0										0
Abuso di Soliti Agenti e Altri				1							0	1
Dipendenza da Soliti Agenti												0
Intossicazione da Cocaina												0
Intossicazione da Cocaina con AI												0
Abuso di Cocaina	0	0	0	0		0				1		1
Dipendenza da Cocaina	0	0	0	0		0						0
Intossicazione da Amfetamine												0
Abuso di Amfetamine												0
Intossicazione da Amfetamine												0
Abuso di Sostanze Eterogenee												0
Dipendenza da Sostanze Eterogenee												0
Dipendenza da Sostanze Eterogenee												0
Totale complessiva	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	3

Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

Tab. 31 - Utenti tossicodipendenti - Incrocio diagnosi asse di abuso o dipendenza da sostanze stupefacenti e disturbo psichiatrico di Asse 2

Asse 1a	Non presente	Disturbo Paranoide di Personalità	Disturbo Ossessivo Compulsivo di persona	Disturbo di Personalità non altrimenti	Disturbo Schizofrenico di Personalità	Disturbo Schizotipico di Personalità	Disturbo Antisociale di Personalità	Disturbo Borderline di Personalità	Disturbo Narcisistico di Personalità	Disturbo Evitante di Personalità	Disturbo Dipendente di Personalità	Totale
Necessità di diagnosi di abuso o dipendenza da sostanze stupefacenti				1				1	5		1	8
Intossicazione da Oppiacei								1				1
Misura di Oppiacei	1							1		1		1
Dipendenza da Oppiacei		18	1	26	7	2	26	61	2	11	9	114
Assistenza da Oppiacei												1
Intossicazione da Cannabis										1		1
Misura di Cannabis				1				1				2
Dipendenza da Cannabis	1							1				2
Misura di Psichedeli (psicofisi) e Ansi								1				1
Dipendenza da Psichedeli (psicofisi)												0
Intossicazione da Cocaina												0
Intossicazione da Cocaina con MI												0
Misura di Cocaina	1	2		3	1	1		7	2	1	1	21
Dipendenza da Cocaina			1	1			1	7	1	1	1	11
Assistenza da Cocaina												0
Intossicazione da Anfetamine												0
Misura di Anfetamine												0
Assistenza da Anfetamine												0
Misura di Sostanze Illegali (tossici)									1			1
Dipendenza da poli Sostanze												1
Dipendenza da Sostanze Illegali							1					1
Totale	2	18	2	31	9	3	31	96	3	28	11	215

Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

Tab. 32 - Utenti alcolodipendenti - Incrocio diagnosi di abuso o dipendenza da alcol e disturbo psichiatrico di Asse 1

Asse 1a	Schizofrenia e altri Disturbi Psici	Disturbi Depressivi	Disturbi Bipolari	Disturbi di Ansia	Disturbi dell'Alimentazione	Disturbi del Sonno	Disturbi del Controllo degli Impulsi	Disturbi dell'Adattamento	Disturbi di Personalità con Aggravabilità	Disturbi di Personalità con Aggravabilità	Disturbi di Ansia Generalizzata	Totale
Intossicazione Alcolica												
Misura di Alcol	7	28	2				2	2	1	1		39
Dipendenza da Alcol	14	45		3	1	1	4				1	71
Totale	21	73	2	3	2	2	6	2	1	1	2	110

Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

Tab. 33 - Utenti alcolodipendenti - Incrocio diagnosi di abuso o dipendenza da alcol e disturbo psichiatrico di Asse 2

Asse 1a	Disturbo Paranoide di Personalità	Disturbo di Personalità non altrimenti	Disturbo Schizofrenico di Personalità	Disturbo Schizotipico di Personalità	Disturbo Antisociale di Personalità	Disturbo Borderline di Personalità	Disturbo Narcisistico di Personalità	Disturbo Dipendente di Personalità	Totale
Intossicazione Alcolica		1							1
Misura di Alcol	1	7		1		10	1	1	19
Dipendenza da Alcol	7	17	2	1	2	11	1	7	48
Totale	8	25	2	2	2	21	2	8	68

Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

Tab. 34 - Utenti con altre dipendenze - Incrocio diagnosi di altra dipendenza e disturbo psichiatrico di Asse 1

Asse 1a	Schizofrenia e altri Disturbi Psici	Disturbi Depressivi	Disturbi Bipolari	Disturbi di Ansia	Disturbi dell'Alimentazione	Disturbi del Controllo degli Impulsi	Disturbi di Personalità con Aggravabilità	Disturbi di Ansia Generalizzata	Disturbi Ossessivo Compulsivi	Totale
Necessità di diagnosi Asse 1a					12	4				16
Dipendenza da Nicotina	1		1	1			1		1	6
Assistenza Nicotina		1								1
Disturbi dell'Alimentazione PAB			1		1			1	1	4
Glossofaringite Patologica	1			1		1				3
Totale	2	1	2	2	14	5	1	1	2	28

Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.



Tab. 35 - Utenti altre dipendenze - Incrocio diagnosi di altra dipendenza e disturbo psichiatrico di Asse 2

Asse I a	Numero diagnosi Asse 2	Disturbo Ossessivo- Compulsivo di tipo	Disturbo di Personalità non altre	Disturbo Borderline di Personalità	Disturbo Lirico-narcisista di Personalità	Disturbo Narcisista di Personalità	Disturbo Dipendente di Personalità	Totale
Severità diagnosi Asse I a	16		2	0			1	20
Dipendenza da Sostanza	121	1		1				123
Ansiosità Nervosa	15	0		2		1	1	19
Malattia Psicosa	12	1		0	1	2	2	18
Disturbo dell'Alimentazione DSM	05		1	0	1		0	7
Disturbo dell'Identità di Genere	19		2				0	21
Totale	201	2	3	3	2	3	4	218

Fonte: ASL di Bergamo - Ser.T.

### Alcuni dati riferiti agli studi riscontrabili in letteratura (tabb. 36 e 37)

Il primo dato che si evince dalla letteratura è che non vi è un'univocità nella definizione del termine "doppia diagnosi". Alcuni autori tendono a limitarla alla compresenza del Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) e di un disturbo psicotico. Altri autori vi comprendono anche i soggetti con grave disturbo borderline di personalità.

Una quota ancora esclude decisamente i disturbi dell'Asse I. I medici dei Ser.T. (gli studi lo confermano) tendono ad un'accezione più ampia includendovi anche i disturbi di personalità.

Questa mancanza di univocità nella definizione del termine è uno degli elementi che caratterizza la diversità degli studi.

"Ci sono pochi dati disponibili su ciascuna delle definizioni di comorbidità utilizzate all'interno dei Servizi in Italia o sulla prevalenza di comorbidità (...) i dati qualitativamente e quantitativamente disponibili sono limitati (...). C'è in Italia un problema legato alla generale insufficienza dell'approccio diagnostico che

non mira ad una completa valutazione delle condizioni del paziente (...)" Annual Report EMCDDA 2004.

Nonostante gli studi clinici si siano intensificati a ciò non è seguito un maggior accordo sulla definizione diagnostica e sulle implicazioni strumentali della diagnosi.

Non sono attualmente riscontrabili nella letteratura scientifica nazionale ed internazionale dati concordi sulla quantificazione della prevalenza di soggetti con comorbidità psichiatrica associata alle patologie di addiction e neppure alla sola diagnosi di dipendenza da sostanze, in quanto diverse sono le popolazioni selezionate negli studi e diversi gli strumenti e le modalità diagnostiche utilizzate all'interno di essi. È in ogni caso riconosciuta la presenza di una percentuale di soggetti dipendenti da sostanze psicoattive che presenta una comorbidità psichiatrica per disturbi dell'Asse I del DSM IV, nelle aree dell'umore, dell'ansia, della psicosi, dell'alimentazione, del controllo degli impulsi ed è, inoltre, segnalata anche un'elevata compresenza di tratti o disturbi di personalità, in particolare appartenenti al cluster B dell'Asse II del DSM IV (antisociale, borderline e narcisistico).

Tab. 36 - Studi internazionali sulla prevalenza di doppia diagnosi (disturbo da uso di sostanze e disturbo psichiatrico)

Studi internazionali	Anno	Campione	Risultati
Ronsaville e Kosten	1982	Eroinomani in trattamento	87% soddisfa i criteri per diversi disturbi mentali
Regier <i>et al.</i> (National Institute of mental Health)	1990	Soggetti con diagnosi di schizofrenia o di disturbo schizofreniforme	47% diagnosi di dipendenza da sostanze (33,7% alcol e 13,3% altre sostanze)
Vokov e coll.	1995	Tossicodipendenti	41-43% presenta disturbi di personalità (tra gli eroinomani 32% distimia e 59% disturbi antisociali)
Hambrech e coll.	1996	Schizofrenici cronici	Fino al 60% presentano abuso di alcol o di droghe
Brooker <i>et al.</i>	1997	Tossicodipendenti	47% comorbidità psichiatrica di cui 25,1 disturbi antisociali e 15,8%

Tab. 37 - Studi italiani sulla prevalenza di doppia diagnosi (disturbo da uso di sostanze e disturbo psichiatrico)

Studi italiani	Anno	Campione	Risultati	
			Disturbi psichiatrici maggiori	Disturbi di personalità
Carrà e Clerici	1989	226 tossicodipendenti comunità terapeutica area di Milano	30%	59%
Pani e coll.	1991	106 tossicodipendenti in trattamento MTD	53,80%	44,30%
Carrà e Clerici	1996	606 eroinomani in trattamento c/o Ser.T. lombardi	26,40%	55,80%
Gerra e coll.	2003	265 tossicodipendenti in trattamento MTD a mantenimento	32,8% (19% depressione, 8% disturbo d'ansia, 5,8% psicosi)	37,70%
Gerra e coll.	2004	76 tossicodipendenti in trattamento BPN	23,70%	35,40%
Berto e coll.	2005	Tossicodipendenti carcerati	50,80%	45,80%

## Conclusioni

Il numero di soggetti reciprocamente inviati dal 2000 (data di applicazione del Protocollo operativo) è andato progressivamente aumentando.

Progressivamente migliore è anche stata la corrispondenza tra il sospetto di presenza di una doppia diagnosi e la conferma della stessa, cui consegue una sempre maggiore appropriatezza degli invii e una più fine capacità di cogliere la presenza dello specifico disturbo (di dipendenza o psichiatrico).

A partire dall'anno 2001 il numero degli invii ha riguardato sempre di più i Servizi Psichiatrici. Gli invii ai Ser.T. da parte della psichiatria sono passati dal 29% nel 2001 al 62% nel 2004.

La categoria di pazienti più rappresentata è quella degli alcol-dipendenti, seguita da quella dei tossicodipendenti e da ultimo da persone con disturbi del comportamento alimentare (DCA). La maggiore significatività numerica dei soggetti doppia diagnosi con patologia di abuso o dipendenza da alcol conferma i dati di letteratura ed invita ad approfondire percorsi clinici specifici.

È verosimile che in futuro, poiché l'incidenza di cocaina quale sostanza primaria è stata del 40% nel 2006 (superando tutte le altre sostanze), i flussi di pazienti subiranno sostanziali modifiche.

Prevale il trattamento ambulatoriale rispetto a quello residenziale, ma il ricorso a quest'ultimo è significativamente maggiore all'interno del gruppo di soggetti con doppia diagnosi rispetto a quello dei soggetti con sola diagnosi di addiction.

La tipologia di servizio alla quale si è ricorsi è solo nel 28% dei casi un servizio specialistico accreditato nell'area della psichiatria o accreditato nell'area delle dipendenze per il trattamento di pazienti con comorbidità.

Le ipotesi che sottendono al basso ricorso al trattamento specialistico possono essere le seguenti:

- la presenza, da un punto di vista clinico, di un buon compenso psichiatrico, tale da non richiedere interventi specialistici in regime residenziale, ma trattamenti presenti in servizi terapeutici o pedagogico-riabilitativi;
- l'urgenza, per cui si tende a privilegiare il servizio che offra prima un'accoglienza;
- la presenza di una maggior complessità da un punto di vista delle procedure amministrative relativamente alla richiesta di autorizzazione (la richiesta di autorizzazione nelle strutture specialistiche accreditate per soggetti con comorbidità richiede la certificazione congiunta Ser.T. e CPS) e, sempre più spesso, al vincolo posto dalle strutture accreditate nell'area delle dipendenze di avere una un'integrazione della retta da parte del Dipartimento di salute mentale;
- scarsa differenza (al di là degli standard formali) tra l'offerta di un Servizio pedagogico o terapeutico riabilitativo e uno specialistico per soggetti con comorbidità psichiatrica.

I nodi relativi ai trattamenti residenziali difficilmente posso trovare soluzione a livello locale: l'appartenenza dei servizi ad assessorati e ad aziende diverse, la bassa remunerazione dei servizi specialistici, la specializzazione spesso solo "formale" delle strutture incidono pesantemente sull'appropriatezza degli interventi. La presenza di un protocollo formalizzato risulta ineludibile in quanto migliora il livello di collaborazione reciproca, come dimostra l'andamento numerico dei dati presentati, e riduce il livello di conflittualità eventualmente presente su quali debbano essere le competenze reciproche.

Il tutto in una prospettiva che sempre di più riconosca abuso e dipendenza quali patologie da trattare insieme al disturbo psichico sia preesistente o indotto.

## Prospettive

La verifica del protocollo in atto si rende necessaria, oltre come atto dovuto ai fini della valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prassi sottoscritte, anche e soprattutto alla luce dei cambiamenti della domanda e dell'offerta in entrambi gli ambiti.

Gli obiettivi da raggiungere possono essere riassunti nei seguenti punti in ordine di importanza:

1. Formazione continua e congiunta tra i diversi servizi.
2. Definizione di protocolli diagnostici condivisi (strumenti e modalità) e standardizzati, volti a classificare in maniera omogenea le patologie, oltre che a rilevare e monitorare i livelli di *complessità*.
3. Adesione a linee guida terapeutiche condivise orientate alle evidenze scientifiche.
4. Integrazione protocollo DD/DSM.
5. Attenta rilevazione dei dati epidemiologici e necessità di approfondimenti a partire dall'utilizzo di flussi istituzionali disponibili (es. SDO) e/o ipotizzando studi ad hoc.
6. Definizione di "Doppia Diagnosi" omogenea e concordata a livello regionale o almeno locale tra i servizi accreditati e i servizi dei DSM.

## Bibliografia

- American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed., Author, Washington, DC (1994). Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S. et al. (1990), "Co-morbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuses", *Journal of American Medical Association*, 264: 2511-2518.
- Aa.Vv. (1998), *DSM IV*, Masson, Milano.
- Biondi F., Dimauro P. (2001), "La doppia diagnosi in una prospettiva istituzionale", *Bollettino delle Farmacodipendenze e Alcolismo*, XXIV (4).
- Clerici M. et al. (2000), "La comorbidità per uso di sostanze nei disturbi psicotici e nella schizofrenia", *Noos*, 2, 133-15.
- Hambrecht M. et al. (1996), "Substance abuse and onset of schizophrenia", *Biology of Psychiatry*, Dec. 1; 40 (10): 1104-7.
- Maremmani et al. (2000), "Tossicodipendenza e comorbidità per i disturbi dell'umore", *Noos, aggiornamenti in psichiatria*, 2,111-132.
- Margaron H., *Doppia diagnosi: Nuova entità nosografica o esigenza organizzativa?*, Terza Conferenza nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle Sostanze, Genova, 28-30 nov. 2000.
- Mercier C., Brochu S., Girard M. et al. (1992), Profiles of alcoholics according to the SCL-90-R: A confirmative study, *International Journal of Addiction*, 27: 1267-1282.
- Regier D.A., et al. (1990), "Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) study", *Journal of American Medical Association*, 264: 2511-18.
- Riglietta M., Beato E., Colombo L., Tidone L. (2006), "Drugs and Psychosis in Italy: historical overview and recent perspectives", in *Comorbidity: perspectives across Europe*, a cura di Baldacchino A., Corkery J., Londra, edizioni ECCAS, 165-185.
- Rounsaville B.J., Anton S.F., Carroll K., Budde D., Prusoff B.A., Gawin F. (1991), "Psychiatric diagnosis of treatment seeking cocaine abusers", *Archivie General Psychiatry*, 48: 43-51.
- Solomon J. (1996), "Doppia diagnosi", *Personalità/Dipendenze*, 2, 279-289.
- Vukov J. et al. (1995), Personality dimensions of opiate addicts, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91: 103-107.

















Questo lavoro è stato premiato nel corso del 2006 al terzo posto ex equo del concorso nazionale indetto da FeDerSerD con supporto della ditta Molteni "L'utilizzo del metadone nel trattamento dei pazienti con doppia diagnosi". La commissione giudicatrice, composta dall'Ufficio di presidenza nazionale e dal Coordinamento del Comitato scientifico nazionale di FeDerSerD, ha espresso il seguente giudizio. "L'elaborato presenta una casistica discreta; la metodologia utilizzata per la raccolta e la presentazione dei dati è perfettibile, l'approccio statistico è valido; sufficiente appare la ricaduta sui servizi. Punteggio finale 12/20".

## Uno studio osservazionale sul decorso clinico del paziente affetto da un disturbo di dipendenza da oppiacei con comorbidità psichiatrica in trattamento con sostitutivo (metadone, buprenorfina) e antipsicotico atipico (olanzapina)

Chiara Pieri Maria\*, Arfedele Del Re\*, Francesca Saracino<sup>o</sup>, Valentina Guidotti<sup>^</sup>, Paola Petrosecolo\*\*, Claudio Antonio Comaschi<sup>oo</sup>

### SUMMARY

■ *The aim of our study carried out in the drug addiction treatment centre (Ser.T. Est) in Bologna was to verify the following two clinical hypotheses: 1) the effectiveness of olanzapine in patients treated with methadone and 2) the serious difference between patients treated with methadone and those treated with buprenorfine.*

*Thirty-two patients using methadone and 13 using buprenorfine were divided into three groups of 12 patients and evaluated every two months for a period of six months. The first group using methadone started using olanzapine after the first evaluation (T<sub>0</sub>), the second using methadone and the third buprenorfine.*

*At this point all the patients had been tested with MMPI-II and the SCID-II. From the reference doctor of the centre, two scales were given for assessment of the bipolar spectrum symptom to T<sub>0</sub>, T<sub>1</sub>, T<sub>2</sub>, T<sub>3</sub> (BRMES, BRMAS). The compliance of the patients was good (all patients finished the study throughout the six-month period).*

*The collateral effect most disturbing was weight increase while significant metabolic alterations did not occur. The hypothesis that buprenorfina may be prescribed to less critical subjects has thus been confirmed. In fact, the patients who assumed buprenorfina were young, better educated and with a reasonable or totally absent psycho-pathologic context. The negative outcome of urine tests to six months in the entire group selected allows us to suppose that constant care and monitoring of these subjects, the greater interest manifested by the team with respect to the patients and increased sharing between the study group workers are all important factors for group motivation towards therapeutic targets. ■*

**Key words:** addiction, mental disorder, bipolar disorder, antipsychotic drug, dual diagnosis.

**Parole chiave:** dipendenza, disturbo mentale, disturbo bipolare, terapia antipsicotica, doppia diagnosi.

La comorbidità psichiatrica è diventata una questione centrale nel trattamento della popolazione che affrisce ai servizi per le dipendenze patologiche.

Il termine doppia diagnosi, introdotto dalla psichiatria statunitense (De Leon & Solomon 1996), indica la copresenza di un grave disturbo mentale e di un disturbo da uso di sostanze e ha

una valenza categoriale. Non sempre i sintomi che presentano i nostri pazienti sono sufficienti per ottenere una diagnosi con il DSM IV. Gli aspetti dimensionali della patologia psichica e della dipendenza coprono un'area più vasta della doppia diagnosi in senso stretto. Nel progressivo miglioramento delle conoscenze e degli strumenti terapeutici, si è evidenziata l'importanza della cura dei sintomi e dei segni patologici, anche se non permettono di costruire un profilo diagnostico in Asse I.

Frequentemente non è possibile evidenziare un quadro psicopatologico dai confini definiti e il concomitante uso di sostanze è

\* Dirigente medico, <sup>o</sup> Psichiatra libero prof., <sup>^</sup> Psicologa, \*\* Psichiatra specializzanda, <sup>oo</sup> Responsabile - AUSL Bologna, Ser.T. Est.

in grado di cambiare la patomorfosi e la pervasività del disturbo psichiatrico (Di Petta 2005), compromettendo la gestione complessiva del paziente e la riuscita del trattamento farmacologico con sostitutivo. L'assunzione di sostanze psicoattive, sia in modo acuto che in modo cronico può precipitare un quadro psicopatologico; la sospensione o la disassuefazione da una sostanza può mimare o evidenziare una patologia psichiatrica.

La letteratura internazionale evidenzia come la comorbilità psichiatrica sia un fenomeno clinico sempre più osservato che comporta una prognosi peggiore rispetto al singolo problema psichiatrico o tossicomane: il paziente è meno aderente ai trattamenti farmacologici, le ricadute sono più frequenti, i ricoveri più numerosi e prolungati, i periodi *drug free* più rari e brevi.

Negli ultimi anni sono stati svolti diversi studi clinici sull'utilizzo degli psicofarmaci nei pazienti con doppia diagnosi, ma sono dati preliminari che devono essere confermati da ulteriori ricerche prima che possano essere delineate adeguate linee guida per il trattamento di tali pazienti. In Italia sono ancora pochi i dati relativi alla prevalenza e alla terapia dei soggetti con comorbilità psichiatrica. Sono quindi necessari altri studi per una migliore conoscenza dei legami tra uso di sostanze e disturbi psichiatrici e per definire in modo più accurato l'intervento terapeutico.

In letteratura è stata osservata una scarsa risposta al trattamento con antipsicotici convenzionali nei pazienti con doppia diagnosi: alcuni reports indicano che tali farmaci possono indurre o peggiorare un disturbo da uso di sostanze (Green 2005). I neurolettici tradizionali, inoltre, sono associati con un'elevata incidenza di effetti collaterali extrapiramidali, che possono essere il motivo di un'aumentata ricerca di sostanze d'abuso. Al contrario, gli antipsicotici atipici si sono dimostrati efficaci nel ridurre il craving per diverse sostanze d'abuso nei pazienti schizofrenici (Sattar 2003) (Hutchinson 2004) (Green 2005). Tali osservazioni cliniche sono supportate dal meccanismo d'azione dei farmaci antipsicotici a livello dei recettori dopaminergici cerebrali, infatti i circuiti mesolimbici dopaminergici rivestono un ruolo fondamentale nella regolazione dei meccanismi che portano alla *drug addiction*. I neurolettici tradizionali inibiscono con elevata selettività i recettori D2, mentre gli antipsicotici atipici sono solo parzialmente selettivi per tale classe di recettori.

Diversi studi preliminari hanno riportato che la clozapina riduce l'uso di sostanze, migliora la sintomatologia psicotica e aumenta i livelli di funzionamento nei soggetti con schizofrenia e disturbo schizoaffettivo (Zimmet 2000) (Noordsy 2003). In uno studio retrospettivo (Green 2003), condotto su 41 pazienti schizofrenici che utilizzavano alcol e cannabinoidi, è stato evidenziato che vi è una migliore risposta alla clozapina piuttosto che al risperidone nel determinare la diminuzione del craving. Tuttavia, tale farmaco è poco maneggevole in soggetti che non aderiscono pienamente al trattamento, perché necessita di prelievi ematici ricorrenti dato il rischio di agranulocitosi.

La quetiapina è risultata utile nel migliorare la sintomatologia psichica e nel diminuire il craving per la cocaina in un gruppo di pazienti con disturbo bipolare (Brown 2002).

Il risperidone si è dimostrato efficace nel ridurre il craving e le ricadute in soggetti schizofrenici cocaino-dipendenti (Smelson & Tsuang 2002), ma la sua efficacia era inferiore rispetto a quella della clozapina (Green 2005). Secondo Grabowski (Grabowski 2000), invece, il risperidone si sarebbe mostrato insoddisfacente per il trattamento della dipendenza da cocaina, sulla base dei risultati di uno studio condotto su 193 soggetti per 12 settimane. È stato riportato che tale farmaco è sicuro ed efficace anche nei soggetti con disturbo bipolare ed uso di sostanze (Albanese 2004).

L'aripripazolo, un farmaco antipsicotico di recente introduzione in Italia, agonista parziale dei recettori D2, è risultato efficace nel migliorare la sintomatologia psichiatrica e nel ridurre l'uso di sostanze ed il craving in un gruppo di pazienti con disturbo bipolare (Brown 2005).

L'olanzapina ha dato buoni risultati nei soggetti con schizofrenia e abuso di sostanze, refrattari ad altre terapie (Hutchinson 2004) (Green 2005). Case reports e studi non controllati hanno anche mostrato come tale farmaco diminuisca il craving e l'uso di cocaina, quando somministrato a soggetti con schizofrenia (Longo 2002). Sattar (Sattar 2003), valutando tre pazienti dipendenti da sostanze con diagnosi di disturbi affettivi, ha osservato come l'olanzapina sia efficace nel ridurre l'uso di sostanze psicoattive anche in soggetti non psicotici, a basse dosi e per brevi periodi di tempo, in modo tale da minimizzare gli effetti collaterali. Nel confronto con gli antipsicotici tradizionali si è osservato che l'olanzapina è efficace quanto l'aloiperidolo nel trattamento dei disturbi psicotici indotti da cannabis, ma è associata con un minor tasso di effetti collaterali extrapiramidali e dunque con un miglior profilo di tollerabilità (Berk 1998) e che l'olanzapina è più efficace della clorpromazina nel trattamento dei sintomi d'astinenza dei soggetti eroino-dipendenti (Chaudhry 2002).

Altri studi hanno dimostrato che l'olanzapina è in grado, associata al metadone, di ridurre o bloccare il consumo di cocaina nel 53% dei pazienti trattati (Bano 2001), con percentuali di remissione totale anche del 70% in soggetti trattati solo con olanzapina per 12 mesi (Littrell 2001). La sua efficacia sarebbe legata alla capacità di produrre una riduzione non specifica del comportamento compulsivo (Meil 1997), come dimostra anche il fatto che l'olanzapina riduca l'impulso ad assumere alcool (Hutchinson 2001). Non mancano, però, dati contrastanti: Kampman (Kapman 2003) ha condotto uno studio a doppio cieco su trenta pazienti cocaino-dipendenti, che hanno ricevuto o il placebo o l'olanzapina e, in questo caso, la conservazione del trattamento era leggermente, ma significativamente, migliore nei soggetti trattati con placebo, che erano più portati ad essere astinenti durante l'esperimento rispetto a quelli trattati con olanzapina, sulla base degli esami delle urine. In uno studio prospettico (Sayers 2005) non sono state evidenziate differenze né rispetto agli effetti collaterali, né rispetto al craving, nel trattamento con olanzapina piuttosto che con aloiperidolo in due gruppi di pazienti schizofrenici cocainomani. Secondo uno studio condotto da MacCabe (MacCabe e coll. 2002), invece, i pazienti schizofrenici con abuso di cocaina risponderebbero più all'olanzapina che all'aloiperidolo. Questo perché l'olanzapina, come anche la clozapina e la quetiapina, non induce disforia come l'aloiperidolo, è più efficace sui sintomi negativi e migliora il tono dell'umore, data la sua moderata affinità per i recettori 5-HT<sub>3</sub> (Potvin 2003).

La maggiore attenzione dei servizi alle problematiche di gestione di un paziente complesso, quale è il soggetto con doppia diagnosi, e l'inizio di un processo di integrazione tra i presidi per le dipendenze patologiche e i servizi psichiatrici determinano la necessità di acquisire maggiori conoscenze sull'uso concomitante dei trattamenti con sostitutivo e delle terapie più specificatamente psichiatriche. In presenza di dati di letteratura suggestivi ma per il momento ancora limitati, il nostro studio si propone di fornire un'osservazione clinica sulle terapie combinate. In base all'osservazione che i disturbi psichici sottosoglia appesantiscono il lavoro dei servizi per le dipendenze patologiche, abbiamo scelto di utilizzare l'olanzapina perché, avendo un ampio profilo di azione sia nei disturbi psicotici, sia nei disturbi dell'umore, è in grado di ridurre l'instabilità emotiva, l'aggressività, l'ideazione paranoide,

l'ansia e la tensione, tutti sintomi che molto frequentemente si riscontrano in questa categoria di pazienti. In base all'osservazione clinica dei medici del servizio, abbiamo osservato che i pazienti che assumono metadone come sostitutivo sono più gravi ed impegnativi rispetto a quelli che utilizzano buprenorfina.

Il nostro studio, svolto presso il Ser.T. Est di Bologna, si pone, dunque, due obiettivi:

- verificare l'efficacia dell'olanzapina, quando somministrata a pazienti che assumono il metadone, come farmaco sostitutivo;
- verificare la differenza di gravità tra pazienti che assumono metadone e pazienti che assumono buprenorfina.

## Materiali e metodi

L'arruolamento dei pazienti è avvenuto tra l'1 e il 15 marzo 2005, periodo in cui si sono recati al Ser.T. per visita medica 73 pazienti, dei quali 52 assumevano un farmaco sostitutivo (36 metadone e 16 buprenorfina). A questi 52 è stato proposto di partecipare alla nostra ricerca, più precisamente a coloro che assumevano metadone è stato proposto di associare alla loro terapia anche un altro farmaco (olanzapina), mentre a coloro che assumevano buprenorfina è stato proposto solo di collaborare nell'esecuzione di test psicometrici. Hanno accettato 32 dei pazienti a metadone e 13 di quelli a buprenorfina. Abbiamo, pertanto, deciso di costituire tre gruppi da 12 pazienti, scegliendoli con metodologia statistica tra quelli che avevano accettato. I tre gruppi sono stati valutati ogni due mesi per un periodo complessivo di sei mesi:

- un primo gruppo di soggetti che assumevano metadone cloridrato e a cui, dopo la prima valutazione ( $T_0$ ), è stata somministrata l'olanzapina;
- un secondo gruppo di soggetti che assumevano terapia sostitutiva con metadone cloridrato;
- un terzo gruppo di soggetti che assumevano terapia sostitutiva con buprenorfina.

I criteri di inclusione erano:

- paziente in carico al Ser.T. che effettua una visita medica tra l'1 e il 15 marzo 2005;
- assunzione di metadone o buprenorfina;
- consenso a partecipare ad una ricerca con la possibilità di usare un nuovo farmaco (olanzapina) per coloro che assumevano metadone e non buprenorfina;
- assunzione di contraccettivo orale;

e i criteri di esclusione erano:

- diabete conclamato;
- obesità;
- gravidanza o allattamento.

L'età non è stata presa in considerazione, in quanto tra i pazienti afferenti al Ser.T. non ci sono anziani, per i quali il farmaco è controindicato.

Al  $T_0$  a tutti i pazienti sono stati somministrati, da una psicologa e da due psichiatri in formazione:

- l'MMPI-II (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), questionario di personalità ad ampio spettro composto da 567 items a doppia alternativa di risposta ("vero" o "falso");
- la SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorder), intervista semistrutturata costituita da 112 domande a risposta chiusa ("vero" o "falso") a cui segue un approfondimento degli items a cui il soggetto ha risposto affermativamente.

Da parte del medico di riferimento del Ser.T. sono state somministrate al  $T_0$ , al  $T_1$ , al  $T_2$  e al  $T_3$  due scale per la valutazione dei sintomi dello spettro bipolare:

- la BRMES (Beck Rafaelsen Melancholia Scale), per la valutazione della sintomatologia depressiva;
- la BRMAS (Beck Rafaelsen Mania Scale), per la valutazione della sintomatologia maniacale.

Durante il periodo di osservazione sono stati effettuati controlli non programmati dei metaboliti urinari dell'eroina, della cocaina e dei cannabinoidi.

## Risultati

Ogni gruppo era costituito da 12 pazienti, pari al 33,33% dell'intero campione.

Il campione era costituito da 25 maschi e da 11 femmine (fig. 1), così ripartiti nei tre gruppi:

- il primo gruppo era composto da 10 maschi (40% dei maschi) e 2 femmine (18% delle femmine);
- il secondo da 7 maschi (28% dei maschi) e 5 femmine (45% delle femmine);
- il terzo da 8 maschi (32% dei maschi) e 4 femmine (36% delle femmine).

L'età media era:

- nel primo gruppo 38,9 anni (deviazione standard 6.47), con un range di età compreso tra i 25 e i 47 anni;
- nel secondo gruppo 36,0 anni (deviazione standard 7.90), con un range di età compreso tra i 25 e i 49 anni;
- nel terzo gruppo 33,2 anni (deviazione standard 8.20), con un range di età compreso tra i 21 e i 49 anni.

Suddividendo il campione in due fasce di età (21-35 anni e 36-49 anni), si può osservare che i pazienti erano così distribuiti (fig. 2):

- nella fascia di età 21-35 anni: 3 pazienti (pari al 25%) del primo gruppo, 5 (pari al 41,67%) del secondo gruppo e 10 (pari all'83,33%) del terzo gruppo;
- nella fascia di età 36-49 anni: 9 pazienti (pari al 75%) del primo gruppo, 7 (pari al 58,33%) del secondo gruppo e 2 (pari al 16,67%) del terzo gruppo.

Fig. 1 - Sesso

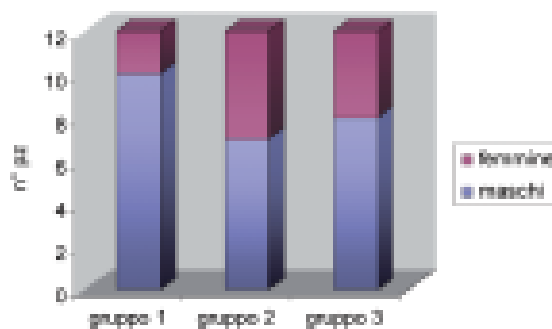


Fig. 2 - Età in classi

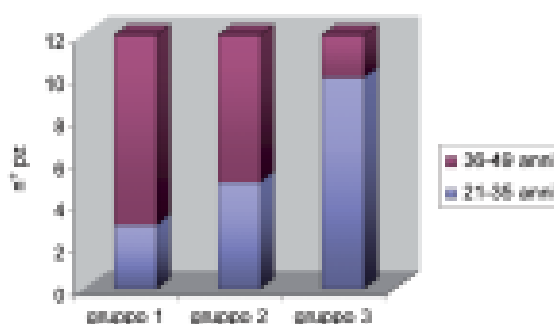
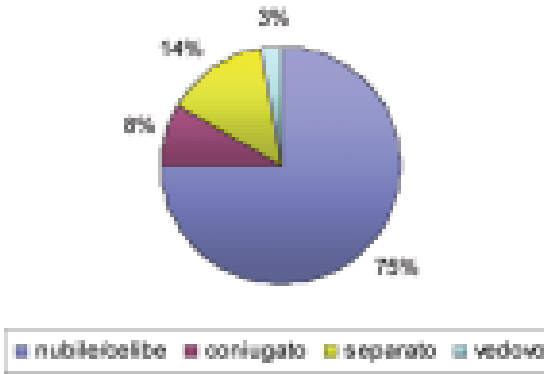


Fig. 3 - Stato civile



Lo stato civile del campione (fig. 3) era così ripartito: 27 soggetti (75%) erano celibi/nubili, 3 (8,33%) erano coniuati, 5 (13,89%), separati e un paziente era vedovo.

Il domicilio del campione (fig. 4) era: 21 (58,33%) vivevano in famiglia, 2 (5,56%) abitavano da soli, 2 (5,56%) domiciliati presso una comunità terapeutica ed i restanti 11 (30,56%) avevano un'altra situazione abitativa.

La scolarità del campione (fig. 5) era: 3 soggetti (8,33%) avevano conseguito il diploma elementare, 19 (52,78%) avevano completato le scuole medie inferiori, 12 (33,33%) le medie superiori e 2 erano laureati.

Lo stato occupazionale del campione (fig.6) era: 14 pazienti (38,89%) erano disoccupati, 6 (16,67%) operai, 4 (11,11%) impiegati, 1 (2,78%) libero professionista, 2 (5,56%) avevano una borsa lavoro e 9 (25%) erano studenti.

Dalla valutazione dell'uso *lifetime* delle sostanze psicoattive è emerso che:

- 36 (100%) erano dipendenti da oppiacei;
- 16 (44,44%) facevano uso di sostanze stimolanti;
- 20 (55,56%) di cocaina e 6 (16,67%) ne erano diventati dipendenti;
- 12 (33,33%) di allucinogeni;
- 22 (61,11%) di cannabinoidi;
- 14 (38,89%) presentavano un abuso di alcol;
- 9 (25%) di benzodiazepine.

La maggior parte del campione (29 soggetti, pari all'80,55%) riportava un uso *lifetime* di diversi tipi di sostanze (poliassuntori). Se osserviamo i tre gruppi (fig. 7) si evidenzia che:

- nel primo: 12 soggetti usavano oppiacei, 3 stimolanti, 8 cocaina, 1 allucinogeni, 6 cannabinoidi, 2 benzodiazepine e 3 alcol; 9 di questi erano poliassuntori;
- nel secondo: 12 soggetti usavano oppiacei, 4 stimolanti, 9 cocaina, 3 allucinogeni, 7 cannabinoidi, 3 tranquillanti e 6 alcol; 10 di questi erano poliassuntori;
- nel terzo: 12 soggetti usavano oppiacei, 9 stimolanti, 9 cocaina, 8 allucinogeni, 9 cannabinoidi, 4 tranquillanti e 5 alcol; 10 di questi erano poliassuntori.

Per quanto riguarda i controlli dei metaboliti urinari dell'eroina, della cocaina e dei cannabinoidi, si è osservata una negativizzazione al tempo T<sub>3</sub> nell'intero campione.

Sono state osservate variazioni di peso corporeo nel gruppo 1 nel 50% dei casi (6 pazienti), in particolare 2 pazienti hanno presentato un aumento inferiore al 5% del loro peso corporeo iniziale, 3 tra il 5 ed il 15% ed uno tra il 15 ed il 30%.

La somministrazione dell'intervista semistrutturata SCID-II al tempo T<sub>0</sub> ha rivelato la presenza di almeno un disturbo di personalità in 26 pazienti (72,2% dell'intero campione). I disturbi maggiormente rappresentati (fig. 8) sono risultati essere quelli

Fig. 4 - Scolarità

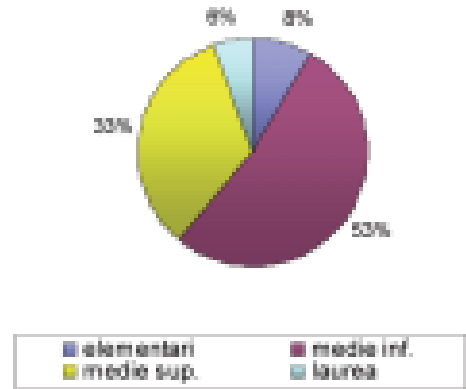


Fig. 5 - Domicilio

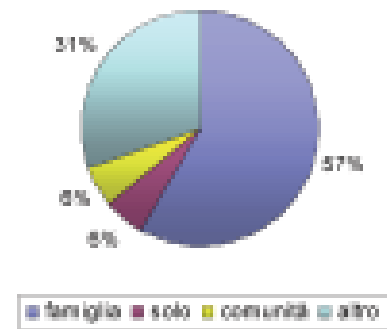


Fig. 6 - Occupazione lavorativa

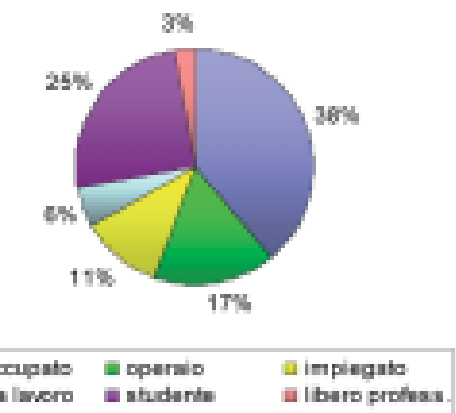
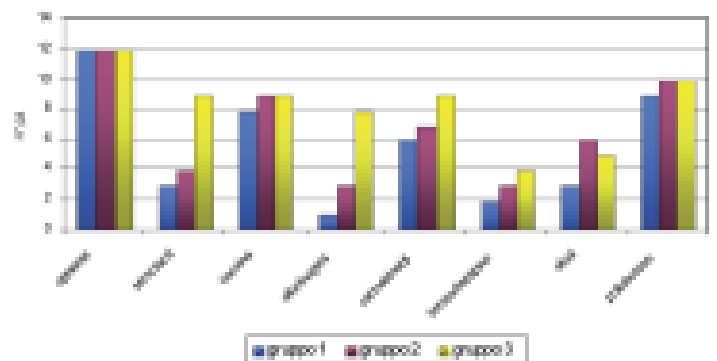
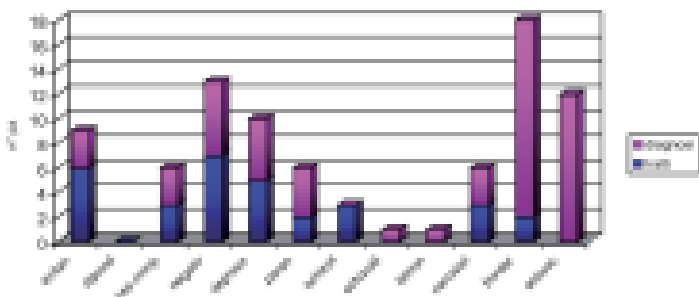


Fig. 7 - Uso di sostanze



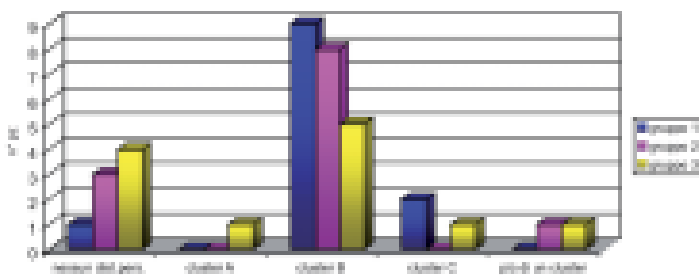
(Saracino)

Fig. 8 - Disturbi di personalità nell'intero campione



(Saracino)

Fig. 9 - Disturbi di personalità nei tre gruppi



(Saracino)

del cluster B, diagnosticati in 22 pazienti (61,1%) e, in particolare, il disturbo antisociale (12 pazienti, pari al 33,3%) e il disturbo borderline (16 pazienti, pari al 44,4%).

Confrontando i tre gruppi (fig. 9) si osserva che:

- nel primo gruppo: un soggetto non presentava alcun disturbo di personalità, 9 presentavano un disturbo di cluster B e 2 un disturbo di cluster C;
- nel secondo gruppo: 3 soggetti non presentavano alcun disturbo di personalità, 8 presentavano un disturbo di cluster B e in un soggetto sono risultati soddisfatti i criteri per più di un disturbo di personalità di cluster diversi;
- nel terzo gruppo: 4 soggetti non presentavano alcun disturbo di personalità, 5 presentavano un disturbo di cluster B, 1 un disturbo di cluster A, 1 un disturbo di cluster C e in un soggetto sono risultati soddisfatti i criteri per più di un disturbo di personalità.

La somministrazione dell'MMPI ha rivelato che i tre gruppi si differenziavano principalmente per quanto riguarda il numero di soggetti che hanno ottenuto punteggi  $\geq$  a 65 (valore che rappresenta il *cut-off* oltre al quale si evidenzia una tendenza patologica) nelle Scale di Base, nelle Scale Supplementari e in quelle di Contenuto. I risultati mostrano, infatti, che il numero più alto di soggetti che hanno raggiunto la soglia dei 65 punti e oltre, si trova nel gruppo 2 e il più basso nel gruppo 3. Il gruppo 1 si colloca in una posizione intermedia, più vicina a quella occupata dal gruppo 2.

I tre gruppi sono simili per quanto concerne il bassissimo numero di soggetti che hanno ottenuto punteggi elevati ( $\geq$  a 65) alle Scale MF (mascolinità - femminilità), Si (introversione sociale), O - H (ostilità ipercontrollata), Sod (disagio sociale) e, al contrario per l'altissimo numero di soggetti che hanno ottenuto punteggi elevati ( $\geq$  a 65) nella Scala AAS (scala di ammissione di tossicodipendenza).

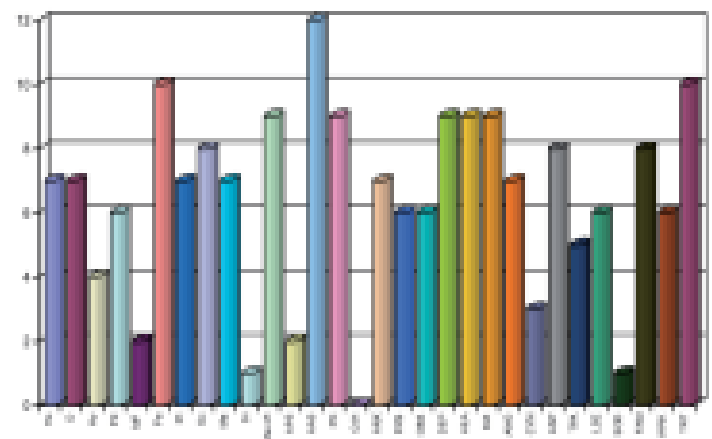
In particolare, confrontando i tre gruppi si osserva che nel primo gruppo (fig. 10):

- 12 soggetti su 12 hanno ottenuto punteggi  $\geq$  a 65 nella Scala AAS (scala di ammissione di tossicodipendenza);
- 10 soggetti su 12 hanno ottenuto punteggi  $\geq$  a 65 nelle Scale Pa (paranoide) e TRT (indicatori di difficoltà di trattamento);
- 9 soggetti su 12 hanno ottenuto punteggi  $\geq$  a 65 nelle Scale Mac - R (scala Mac Andrew di alcolismo rivista), PK (scala di disturbo post-traumatico da stress), DEP (depressione), HEA (preoccupazione per la propria salute), BIZ (ideazione bizzarra);

nel secondo gruppo (fig. 11):

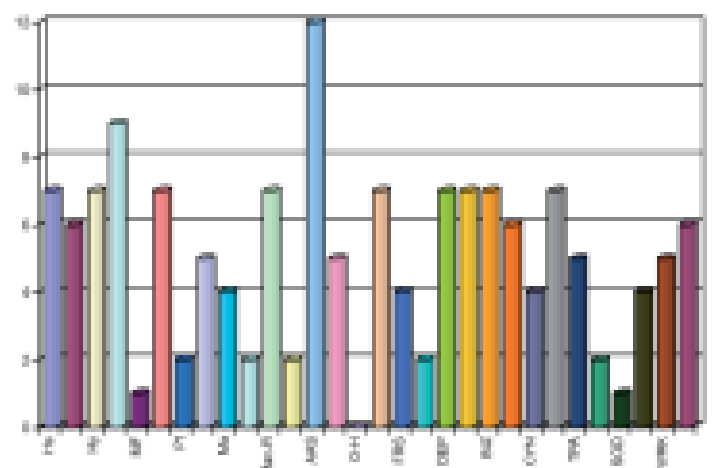
- 12 soggetti su 12 hanno ottenuto punteggi  $\geq$  a 65 nella Scala AAS (scala di ammissione di tossicodipendenza);
- 9 soggetti su 12 hanno ottenuto punteggi  $\geq$  a 65 nella Scala Pd (deviazione psicopatica);
- 7 soggetti su 12 hanno ottenuto punteggi  $\geq$  a 65 nelle Scale Hs (ipocondria), Hy (isteria), Pa (paranoide), Mac - R (scala Mac Andrew di alcolismo rivista), ANX (ansia), DEP (depressione), HEA (preoccupazione per la propria salute), BIZ (ideazione bizzarra), ASP (comportamenti antisociali);

Fig. 10 - Gruppo 1



(Guidotti)

Fig. 11 - Gruppo 2



(Guidotti)

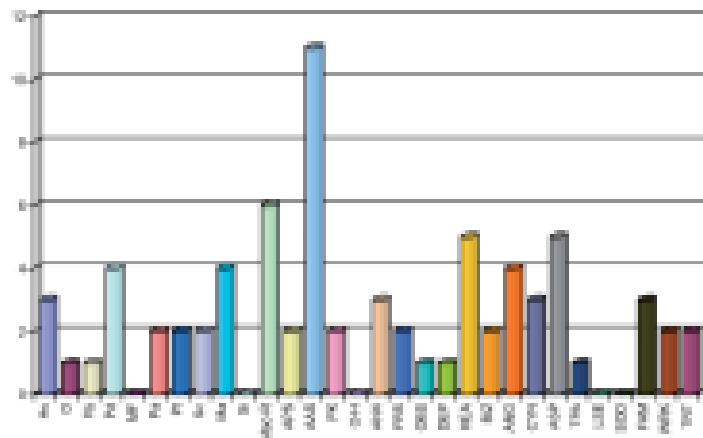
infine, nel terzo gruppo (fig. 12):

- 11 soggetti su 12 hanno ottenuto punteggi  $\geq$  a 65 nella Scala AAS (scala di ammissione di tossicodipendenza);
- 6 soggetti su 12 hanno ottenuto punteggi  $\geq$  a 65 nella Scala Mac-R (scala MacAndrew di Alcolismo rivista).

In base ai risultati della **BRMES** (fig. 13) e della **BRMAS** (fig. 14) si evince che nell'intero campione vi è stato un generale miglioramento sia negli aspetti depressivi (da un punteggio medio di 10.3 al T<sub>0</sub> si è passati ad un valore medio di 6.4 al T<sub>3</sub>), sia in quelli maniacali (da un punteggio medio di 6.7 al T<sub>0</sub> si è passati ad un valore medio di 4.6 al T<sub>3</sub>).

In particolare nel primo gruppo (fig. 15 e 16), al quale è stata somministrata l'associazione metadone cloridrato e olanzapina, tale miglioramento è stato più marcato.

Fig. 12 - Gruppo 3



(Guidotti)

Fig. 13 - Come migliorare la compliance dei pazienti tossico-dipendenti con comorbilità psichiatrica. Melancholia Scale - Punteggio totale

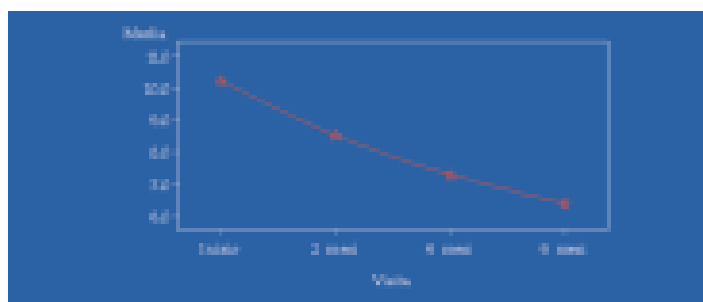
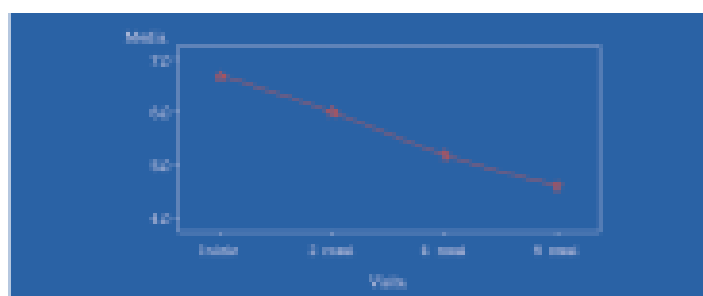


Fig. 14 - Come migliorare la compliance dei pazienti tossico-dipendenti con comorbilità psichiatrica. Mania Scale - Punteggio totale



(Pieri)

Fig. 15 - Come migliorare la compliance dei pazienti tossico-dipendenti con comorbilità psichiatrica. Melancholia Scale - Punteggio totale. Terapia

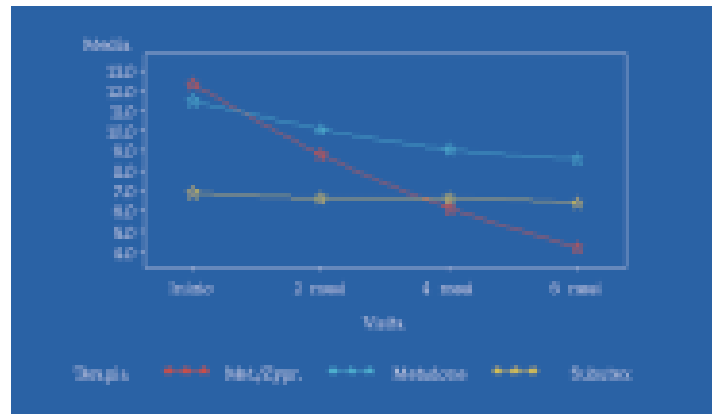
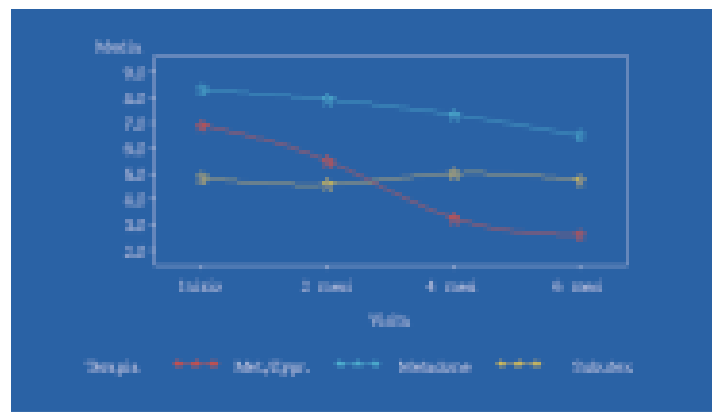


Fig. 16 - Come migliorare la compliance dei pazienti tossico-dipendenti con comorbilità psichiatrica. Mania Scale - Punteggio totale. Terapia



(Pieri)

## Analisi statistica

I punteggi totali ottenuti con la BRMES dopo il tempo iniziale T<sub>0</sub>, già al tempo T<sub>1</sub> mostrano una differenza statisticamente significativa (p = 0,006) e nel tempo globale, 6 mesi, l'analisi della varianza (ANOVA) dimostra una variazione statisticamente significativa p = 0,0012 (tab. 1).

Per quanto attiene ai punteggi dei vari item della scala BRMES si evidenziano differenze statisticamente significative già a 2 mesi, cioè al tempo di valutazione T<sub>1</sub> (tab. 2.3) per l'ansia (p = 0,0104) (tab. 2.5) per l'umore depresso (p = 0,0016) (tab. 2.8) per i disturbi del sonno (p = 0,0063) (tab. 2.10) il lavoro e gli interessi (p = 0,0104).

Al tempo di valutazione T<sub>3</sub> (6 mesi) mostrano una differenza significativa gli item: attività motoria (p = 0.0318) (tab. 2.0), attività verbale (p = 0.0104) (tab. 2.1), rallentamento (p = 0.0029) (tab. 2.2), ansia (p < 0.0001) (tab. 2.3), umore depresso (p = 0.0005) (tab. 2.5), ritiro emotivo (p = 0.0187) (tab. 2.7), disturbi del sonno (p = 0.0027) (tab. 2.8), stanchezza e dolori (p = 0.0031) (tab. 2.9), lavoro e interessi (p = 0.0015) (tab. 2.10).

Dal confronto fra i tre gruppi di pazienti al tempo iniziale  $T_0$  si nota come i pazienti che assumono buprenorfina siano meno gravi di quelli che assumono metadone cloridrato e metadone cloridrato associato a Olanzapina.

Con l'analisi della varianza per misurazioni ripetute abbiamo osservato le variazioni nel tempo dei punteggi totali dei pazienti rispetto ai punteggi al tempo  $T_0$  (Univariate Tests of Hypotheses for Within Subject Effects), si è evidenziata una variazione statisticamente significativa nelle visite di controllo ( $p < 0,0001$ ).

L'interazione significativa ( $p < 0,0001$ ) visite \* trattamento mette in evidenza un diverso comportamento dei trattamenti e in particolare i confronti (contrast) Metadone + Olanzapina (differenza a 6 mesi = -8.17) verso Metadone (differenza a 6 mesi = -2.92  $p < 0,0001$ ) e Buprenorfina (differenza a 6 mesi = -0.5  $p < 0,0001$ ) mostrano un comportamento statisticamente diverso per Metadone + Olanzapina.

Il confronto Metadone verso Buprenorfina non risulta significativo ( $p = 0,1018$ ).

Il dato veramente importante e che presenta una grande rilevanza è la migliore risposta dei pazienti in trattamento con Metadone + Olanzapina rispetto a quelli in trattamento con solo il Metadone. Analizzando le risposte della BRMES come standardizzazione dei punteggi totali, si evidenzia una variazione nelle visite statisticamente significativa ( $p = 0,0205$ ) delle frequenze dei punteggi standardizzati, variazione sovrapponibile a quella evidenziata con l'analisi della varianza.

Il chi-square mostra una variazione delle frequenze statisticamente significativa per il gruppo 1 e non per gli altri due gruppi. I punteggi totali ottenuti con la BRMAS dopo il tempo iniziale  $T_0$  già al tempo  $T_1$  mostrano una differenza statisticamente significativa ( $p = 0,0164$ ) e nel tempo globale, 6 mesi, l'analisi della varianza (ANOVA) dimostra una variazione statisticamente significativa ( $p < 0,0001$ ).

Per quanto attiene ai punteggi dei vari item della scala BRMAS si evidenziano differenze statisticamente significative già a 2 mesi, cioè al tempo di valutazione  $T_1$  (tab. 3.1.4) per l'item ostilità/distruittività ( $p = 0,0063$ ); si segnala una variazione dei punteggi significativa nell'arco dei 6 mesi per gli item: attività motoria (tab. 3.3.0), fuga delle idee (tab. 3.2), sonno (tab. 3.8) e lavoro (tab. 3.10).

Al tempo iniziale non ci sono differenze di gravità fra i gruppi di pazienti attribuiti ai vari trattamenti.

Con l'analisi della varianza per misurazioni ripetute abbiamo osservato le variazioni nel tempo dei punteggi totali dei pazienti rispetto ai punteggi al tempo  $T_0$  (Univariate Tests of Hypotheses for Within Subject Effects) e si è evidenziata una variazione statisticamente significativa nelle visite ( $p < 0,0001$ ).

L'interazione significativa ( $p < 0,0001$ ) visite \* trattamento mette in evidenza un diverso comportamento dei trattamenti e in particolare i confronti (contrast) Metadone + Olanzapina (differenza a 6 mesi = -4,33) verso Metadone (differenza a 6 mesi = -1,83  $p < 0,0012$ ) e Buprenorfina (differenza a 6 mesi = -0.5  $p < 0,0001$ ) mostrano un comportamento statisticamente diverso per Metadone + Olanzapina.

Il confronto Metadone verso Buprenorfina non risulta significativo ( $p = 0,068$ ).

Analizzando le risposte della BRMAS come standardizzazione dei punteggi totali, non si evidenziano variazioni statisticamente significative.

Tab. 1 - Risultati BRMES sul campione totale

	N	Melancholia Scale (totale)				(Diff. totale)		
		Mean	STD	Min	Max	Mean	STD	p
<b>Inizio</b>	36	10.25	4.999	3	26			
<b>2 mesi</b>	36	8.528	3.738	3	20	-1.722	2.732	0.0006
<b>4 mesi</b>	36	7.306	4.111	2	20	-2.944	4.042	0.0001
<b>6 mesi</b>	36	6.398	4.002	0	18	-3.861	4.981	<0.0001

Tab. 2.0 - BRMES: item attività motoria sull'intero campione

	N	Melancholia Scale (totale)				(Diff. totale)		
		Mean	STD	Min	Max	Mean	STD	p
<b>Inizio</b>	36	0.361	0.543	0	2			
<b>2 mesi</b>	36	0.278	0.454	0	1	-0.083	0.280	0.0831
<b>4 mesi</b>	36	0.194	0.401	0	1	-0.167	0.447	0.0318
<b>6 mesi</b>	36	0.194	0.401	0	1	-0.167	0.447	0.0318

Tab. 2.1 - BRMES: item attività verbale sull'intero campione

	N	Melancholia Scale (totale)				(Diff. totale)		
		Mean	STD	Min	Max	Mean	STD	p
<b>Inizio</b>	36	0.528	0.696	0	2			
<b>2 mesi</b>	36	0.444	0.607	0	2	-0.083	0.280	0.0831
<b>4 mesi</b>	36	0.306	0.577	0	2	-0.222	0.485	0.0093
<b>6 mesi</b>	36	0.278	0.566	0	2	-0.250	0.554	0.0104

Tab. 2.2 - BRMES: item rallentamento sull'intero campione

	N	Melancholia Scale (totale)				(Diff. totale)		
		Mean	STD	Min	Max	Mean	STD	p
<b>Inizio</b>	36	1.028	0.941	0	3			
<b>2 mesi</b>	36	0.889	0.889	0	3	-0.139	0.487	0.0960
<b>4 mesi</b>	36	0.722	0.722	0	3	-0.306	0.624	0.0058
<b>6 mesi</b>	36	0.639	0.639	0	3	-0.389	0.728	0.029

Tab. 2.3 - BRMES: item ansia sull'intero campione

	N	Melancholia Scale (totale)				(Diff. totale)		
		Mean	STD	Min	Max	Mean	STD	p
<b>Inizio</b>	36	1.417	0.732	0	2			
<b>2 mesi</b>	36	1.167	0.655	0	2	-0.250	0.554	0.0104
<b>4 mesi</b>	36	1.000	0.676	0	2	-0.417	0.649	0.0005
<b>6 mesi</b>	36	0.778	0.637	0	2	-0.639	0.833	<0.0001

Tab. 2.4 - BRMES: item impulso suicida sull'intero campione

	N	Melancholia Scale (totale)				(Diff. totale)		
		Mean	STD	Min	Max	Mean	STD	p
<b>Inizio</b>	36	0.306	0.624	0	2			
<b>2 mesi</b>	36	0.194	0.401	0	1	-0.111	0.319	0.0438
<b>4 mesi</b>	36	0.194	0.401	0	1	-0.111	0.319	0.0438
<b>6 mesi</b>	36	0.111	0.319	0	1	-0.194	0.577	0.0507



Tab. 2.5 - BRMES: item umore depresso sull'intero campione

	Melancholia Scale (totale)					(Diff. totale)		
	N	Mean	STD	Min	Max	Mean	STD	p
<b>Inizio</b>	36	1.278	0.741	0	3			
<b>2 mesi</b>	36	1.028	0.696	0	3	-0.250	0.439	0.0016
<b>4 mesi</b>	36	0.972	0.810	0	3	-0.306	0.525	0.0013
<b>6 mesi</b>	36	0.861	0.833	0	3	-0.417	0.649	0.0005

Tab. 2.6 - BRMES: item autosvalutazione e senso di colpa sull'intero campione

	Melancholia Scale (totale)					(Diff. totale)		
	N	Mean	STD	Min	Max	Mean	STD	p
<b>Inizio</b>	36	1.000	0.717	0	2			
<b>2 mesi</b>	36	0.861	0.639	0	2	-0.139	0.424	0.0576
<b>4 mesi</b>	36	0.778	0.637	0	2	-0.222	0.540	0.0187
<b>6 mesi</b>	36	0.806	0.577	0	2	-0.194	0.624	0.0700

Tab. 2.7 - BRMES: item ritiro emotivo sull'intero campione

	Melancholia Scale (totale)					(Diff. totale)		
	N	Mean	STD	Min	Max	Mean	STD	p
<b>Inizio</b>	36	0.667	0.894	0	3			
<b>2 mesi</b>	36	0.583	0.732	0	2	-0.083	0.368	0.1834
<b>4 mesi</b>	36	0.528	0.696	0	2	-0.139	0.351	0.0231
<b>6 mesi</b>	36	0.444	0.652	0	2	-0.222	0.540	0.0187

Tab. 2.8 - BRMES: item disturbi del sonno sull'intero campione

	Melancholia Scale (totale)					(Diff. totale)		
	N	Mean	STD	Min	Max	Mean	STD	p
<b>Inizio</b>	36	1.306	1.142	0	4			
<b>2 mesi</b>	36	1.111	1.036	0	3	-0.194	0.401	0.0063
<b>4 mesi</b>	36	0.944	0.924	0	3	-0.361	0.683	0.0031
<b>6 mesi</b>	36	0.833	0.878	0	3	-0.472	0.878	0.0027

Tab. 2.9 - BRMES: item stanchezza e dolori sull'intero campione

	Melancholia Scale (totale)					(Diff. totale)		
	N	Mean	STD	Min	Max	Mean	STD	p
<b>Inizio</b>	36	1.000	0.793	0	3			
<b>2 mesi</b>	36	0.944	0.715	0	3	-0.056	0.232	0.1602
<b>4 mesi</b>	36	0.833	0.737	0	3	-0.167	0.447	0.0318
<b>6 mesi</b>	36	0.694	0.749	0	3	-0.306	0.577	0.0031

Tab. 2.10 - BRMES: item lavoro e interessi sull'intero campione

	Melancholia Scale (totale)					(Diff. totale)		
	N	Mean	STD	Min	Max	Mean	STD	p
<b>Inizio</b>	36	1.000	1.014	0	3			
<b>2 mesi</b>	36	0.750	0.806	0	3	-0.250	0.554	0.0104
<b>4 mesi</b>	36	0.639	0.723	0	3	-0.361	0.683	0.0031
<b>6 mesi</b>	36	0.556	0.809	0	3	-0.444	0.773	0.0015

Tab. 3 - BRMAS: item attività motoria sull'intero campione

	Melancholia Scale (totale)					(Diff. totale)		
	N	Mean	STD	Min	Max	Mean	STD	p
<b>Inizio</b>	36	0.306	0.577	0	2			
<b>2 mesi</b>	36	0.306	0.525	0	2	0.000	0.239	1.0000
<b>4 mesi</b>	36	0.194	0.401	0	1	-0.111	0.319	0.0438
<b>6 mesi</b>	36	0.139	0.351	0	1	-0.167	0.447	0.0318

Tab. 3.1 - BRMAS: item attività verbale sull'intero campione

	Melancholia Scale (totale)					(Diff. totale)		
	N	Mean	STD	Min	Max	Mean	STD	p
<b>Inizio</b>	36	0.611	0.728	0	2			
<b>2 mesi</b>	36	0.583	0.692	0	2	-0.028	0.167	0.3242
<b>4 mesi</b>	36	0.583	0.692	0	2	-0.028	0.506	0.7440
<b>6 mesi</b>	36	0.500	0.697	0	2	-0.111	0.575	0.2538

Tab. 3.2 - BRMAS: item fuga delle idee sull'intero campione

	Melancholia Scale (totale)					(Diff. totale)		
	N	Mean	STD	Min	Max	Mean	STD	p
<b>Inizio</b>	36	0.611	0.871	0	3			
<b>2 mesi</b>	36	0.528	0.774	0	3	-0.083	0.368	0.1834
<b>4 mesi</b>	36	0.389	0.688	0	3	-0.222	0.540	0.0187
<b>6 mesi</b>	36	0.361	0.683	0	3	-0.250	0.554	0.0104

Tab. 3.3 - BRMAS: item tono della voce sull'intero campione

	Melancholia Scale (totale)					(Diff. totale)		
	N	Mean	STD	Min	Max	Mean	STD	p
<b>Inizio</b>	36	0.333	0.632	0	2			
<b>2 mesi</b>	36	0.306	0.525	0	2	-0.028	0.291	0.5710
<b>4 mesi</b>	36	0.306	0.577	0	2	-0.028	0.167	0.3242
<b>6 mesi</b>	36	0.306	0.525	0	2	-0.028	0.291	0.5710

Tab. 3.4 - BRMAS: item ostilità/distruttività sull'intero campione

	Melancholia Scale (totale)					(Diff. totale)		
	N	Mean	STD	Min	Max	Mean	STD	p
<b>Inizio</b>	36	0.889	0.854	0	2			
<b>2 mesi</b>	36	0.694	0.710	0	2	-0.194	0.401	0.0063
<b>4 mesi</b>	36	0.694	0.710	0	2	-0.194	0.525	0.0328
<b>6 mesi</b>	36	0.583	0.692	0	2	-0.306	0.668	0.0095

Tab. 3.5 - BRMAS: item umore (sentimenti di benessere) sull'intero campione

	Melancholia Scale (totale)					(Diff. totale)		
	N	Mean	STD	Min	Max	Mean	STD	p
<b>Inizio</b>	36	0.500	0.854	0	3			
<b>2 mesi</b>	36	0.444	0.735	0	2	-0.056	0.232	0.1602
<b>4 mesi</b>	36	0.417	0.692	0	2	-0.083	0.368	0.1834
<b>6 mesi</b>	36	0.417	0.692	0	2	-0.083	0.368	0.1834

Tab. 3.6 - BRMAS: item autostima sull'intero campione

	Melancholia Scale (totale)					(Diff. totale)		
	N	Mean	STD	Min	Max	Mean	STD	p
<b>Inizio</b>	36	0.528	0.560	0	2			
<b>2 mesi</b>	36	0.556	0.607	0	2	0.028	0.377	0.6611
<b>4 mesi</b>	36	0.528	0.560	0	2	0.000	0.338	1.0000
<b>6 mesi</b>	36	0.472	0.506	0	1	-0.056	0.475	0.4873

Tab. 3.7 - BRMAS: item contatto sull'intero campione

	Melancholia Scale (totale)					(Diff. totale)		
	N	Mean	STD	Min	Max	Mean	STD	p
<b>Inizio</b>	36	0.556	0.969	0	3			
<b>2 mesi</b>	36	0.528	0.910	0	3	-0.028	0.446	0.7111
<b>4 mesi</b>	36	0.500	0.878	0	3	-0.056	0.232	0.1602
<b>6 mesi</b>	36	0.444	0.843	0	3	-0.111	0.465	0.1602

Tab. 3.8 - BRMAS: item sonno sull'intero campione

	Melancholia Scale (totale)					(Diff. totale)		
	N	Mean	STD	Min	Max	Mean	STD	p
<b>Inizio</b>	36	0.917	0.967	0	3			
<b>2 mesi</b>	36	0.778	0.866	0	3	-0.139	0.424	0.0576
<b>4 mesi</b>	36	0.694	0.889	0	3	-0.222	0.422	0.0032
<b>6 mesi</b>	36	0.611	0.838	0	3	-0.306	0.525	0.0013

Tab. 3.9 - BRMAS: item interesse sessuale sull'intero campione

	Melancholia Scale (totale)					(Diff. totale)		
	N	Mean	STD	Min	Max	Mean	STD	p
<b>Inizio</b>	36	0.278	0.566	0	2			
<b>2 mesi</b>	36	0.250	0.554	0	2	-0.028	0.167	0.3242
<b>4 mesi</b>	36	0.222	0.422	0	1	-0.056	0.232	0.1602
<b>6 mesi</b>	36	0.250	0.439	0	1	-0.028	0.292	0.5710

Tab. 3.10 - BRMAS: lavoro

	Melancholia Scale (totale)					(Diff. totale)		
	N	Mean	STD	Min	Max	Mean	STD	p
<b>Inizio</b>	36	0.861	1.073	0	3			
<b>2 mesi</b>	36	0.722	0.914	0	3	-0.139	0.424	0.0576
<b>4 mesi</b>	36	0.472	0.696	0	3	-0.389	0.766	0.0044
<b>6 mesi</b>	36	0.389	0.688	0	3	-0.472	0.696	0.0003

## Conclusioni e prospettive

Il nostro campione comprende poche diagnosi di Asse I; un numero maggiore di soggetti presenta una sintomatologia psichiatrica sottosoglia, mentre un numero significativo presenta disturbi di personalità del cluster B. La dipendenza da un comportamento, in questo caso di assunzione di una sostanza, in genere è correlata ad un deficit di autostima, ad un'ele-

vata impulsività, ad una ricerca di forti sensazioni. Sono persone che fanno fatica ad aspettare, non tollerano il dolore sia fisico che mentale, preferiscono l'azione al pensiero, l'umore è labile. Le deflessioni dell'umore possono spesso essere intollerabili per il quantum di sofferenza che comportano. Piccoli contrattempi quotidiani diventano il motore di reazioni rabbiose. L'assenza è coniugata alla colpa e questa, con frequenza, scissa e proiettata. Non sempre questi quadri sintomatologici hanno tutti i criteri necessari per una diagnosi con il DSM-IV.

In questo studio abbiamo voluto verificare se il bisogno di contenimento di reazioni d'ansia, di spunti interpretativi e proiettivi, di variazioni dell'umore incontrollate e imprevedute potesse giovare di un farmaco. L'olanzapina, con le sue caratteristiche di farmaco ad ampio spettro, si sarebbe potuta rivelare utile: in effetti, è migliorata la sintomatologia depressiva alla BRMES e, in modo più evidente, quella riferibile all'unico caso di mania. Se osserviamo i vari item della BRMES e della BRMAS, questi ci forniscono un quadro di disturbi che indicano un'alterazione del rapporto tra l'io e il corpo e tra l'io e il mondo, suggestivo di una deflessione del tono dell'umore che non necessariamente porta ad un quadro conclamato di depressione maggiore o di mania, ma sicuramente conduce ad un deterioramento della qualità di vita e al conseguente impulsivo tentativo di recupero attraverso la sostanza. Verosimilmente l'olanzapina ha avuto, in questi casi, un effetto di "stabilizzazione dell'instabilità".

Ci sono evidenze nella letteratura internazionale (Littrell & Hutchinson 2001) (Longo 2002) (Sattar 2003) che l'olanzapina sia efficace nel ridurre il craving per le sostanze d'abuso e quindi otteniamo la riduzione di un importante fattore di rischio di reazioni impulsive e di comportamenti inadeguati. Ci proponiamo di approfondire questi aspetti in ulteriori studi.

Nel nostro campione la compliance dei pazienti è stata buona (tutti hanno terminato lo studio a sei mesi). L'effetto collaterale più disturbante è stato l'aumento di peso. In particolare, due soggetti hanno presentato reazioni di difficile accettazione della variazione del peso corporeo. I vantaggi ottenuti dalla terapia hanno rappresentato un fattore di protezione della compliance, ma nel lungo periodo (dopo i sei mesi) riteniamo che le difficoltà possano aumentare.

Ha trovato conferma l'ipotesi che la terapia con buprenorfina sia prescritta a soggetti più giovani, più istruiti e con un quadro psicopatologico assente o lieve.

La negativizzazione delle urine a sei mesi nell'intero campione fa supporre che l'accudimento e il monitoraggio costante di questi soggetti, insieme al maggiore interesse manifestato dall'equipe curante nei confronti dei pazienti e all'occasione di condivisione e confronto tra gli operatori scaturita dallo studio, siano fattori importanti nell'aumentare l'adesione dei pazienti al trattamento con sostitutivo e quindi all'astinenza dalle sostanze. Tra l'altro questa osservazione, se confermata da ulteriori studi, risulta particolarmente importante in un periodo storico in cui i pazienti che afferiscono ai servizi per le dipendenze patologiche sono in costante aumento, le risorse stabili e il tempo che gli operatori riescono a dedicare a ciascun paziente progressivamente erosi.

Quanto emerso da questo studio osservazionale ci spinge a cercare di ampliare la ricerca in un nuovo studio con un campione più ampio, con un follow-up più prolungato e con la valutazione di ulteriori item (ad esempio craving, screening metabolico, qualità di vita e soddisfazione degli operatori).

## Bibliografia

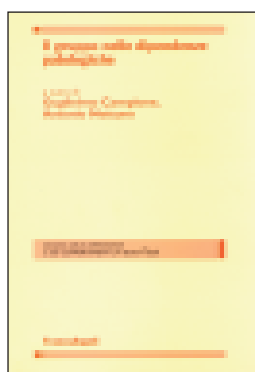
- Albanese M.J., Pies R. (2004), "The bipolar patient with comorbid substance use disorder. Recognition and management", *Central Nervous System Drugs*, 18, 586-596.
- Bano M.D., Micò J.A., Agujetas M., Lopez M.L., Guillen J.L. (2001), "Eficacia del antipsicotico olanzapina en el tratamiento del abuso de cocaina en pacientes en mantenimiento con metadona. Interracción en los niveles plasmáticos", *Actas Espanolas Psiquiatricas*, 29, 215-220.
- Berk M., Brook S., Trandafir A. (1999), "A comparison of olanzapine with haloperidol in cannabis-induced psychotic disorder: a double-blind randomized controlled trial", *International Clinical Psychopharmacology*, 14, 177-180.
- Brown E.S., Jeffress J., Liggin J.D., 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., Nejtek V.A., Perantie D.C., Bobadilla L. (2002), "Quetiapine in bipolar disorder and cocaina dependence", *Bipolar Disorders* 4, 406-11.
- Chaudrhy H.R. et al. (2002), "The comparative effects of olanzapine and chlorpromazine in the detoxification of heroin dependents", *European Neuropsychopharmacology*, suppl. 3, S390.
- De Leon G. (1989), "Psychopathology and substance abuse and psychiatric disorders: what is being learned from research in therapeutic community", *Journal of Psychoactive Drugs*, 21, 177-188.
- Di Petta G. (2005), "Tossicomania e psicopatologia: la presa in carico integrate nell'UO di Doppia Diagnosi", *Mission*, 13, 13-17.
- Grabowski J., Rhoades H., Silverman P., Schitz J.M., Stotts A., Creson D., Bailey R. (2000), "Risperidone for the treatment of cocaine dependence: a randomized, double-blind trial", *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 20, 305-310.
- Green A.I., Burgess E.S., Dawson R., Zimmet S.V., Strous R.D. (2003), "Alcohol and cannabis use in schizophrenia: effects of clozapine vs. risperidone", *Schizophrenia Reserche*, 60, 81-85.
- Green A.I. (2005), "Schizophrenia and comorbid substance use disorder: effects of antipsychotics", *Journal of Clinical Psychiatry*, 66 (suppl. 6), 21-26.
- Hutchison K.E., Rutter M.C., Niaura R., Swift R.M., Pickworth W.B., Sobick L. (2004), "Olanzapine attenuates cue-elicited craving for tobacco", *Psychopharmacology*, 175, 407-413.
- Hutchison K.E., Swift R., Rohsenow D., Monti P.M., Davidson D., Almeida A. (2001), "Olanzapine reduces urge to drink after drinking cues and a priming dose of alcohol", *Psychopharmacology*, 155, 27-34.
- Kampman K.M., Pettinati H., Lynch K.G., Sparkman T., O'Brien C. (2003), "A pilot trial of olanzapine for the treatment of cocaine dependence", *Drug Alcohol Dependence*, 70, 265-273.
- Littrell K., Petty R., Hilligoss N.M., Peabody C.D., Johnson C. (2001), "Olanzapine treatment for patients with schizophrenia and substance abuse", *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21, 217-221.
- Longo L.P. (2002), "Olanzapine for cocaine craving and relapse prevention in 2 patients", *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 595-596.
- MacCabe J.H., Marks I.M., Murray R. (2002), "Olanzapine treatment for patients with schizophrenia and cocaine abuse", *Journal of Clinical Psychiatry*, 63,12.
- Meil W.M., Schechter M.D. (1997), "Olanzapine attenuates the reinforcing effects of cocaine", *European Journal of Pharmacology*, 340, 17-26.
- Noordsy D.L., Green A.I. (2003), "Pharmacotherapy for schizophrenia and co-occurring substance us disorders", *Current Psychiatry Report*, 5, 340-346.
- Potvin S., Stip E., Roy J.Y. (2003), "Clozapine, quetiapine and olanzapine among addicted schizophrenic patients: towards testable hypotheses", *International Clinical Psychopharmacology*, 18, 121-132.
- Sattar S.P., Bhatia S. (2003), "Olanzapine for cocaine cravings and relapse prevention", *International Clinical Psychopharmacology*, 64:8.
- Sattar S.P., Grant K., Bhatia S., Petty F. (2003), "Potential use of olanzapine in treatment of substance dependence disorders", *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 23, 413-415.
- Sayers S.L., Campbell E.C., Kondrich J., Mann S.C., Cornish J., O'Brien C., Caroff S.N. (2005), "Cocaine abuse in schizophrenic patients treated with olanzapine versus haloperidol", *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 193, 379-386.
- Smelson D.A., Losonczy M.F., Davis C., Kaune M., Williams J., Ziedonis D. (2002), "Risperidone decrease craving and relapse in individuals with schizophrenia and cocaine dependence", *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 671-675.
- Solomon J. (1996), "Doppia diagnosi", *Personalità/dipendenze*, 2, 279-289.
- Tsuang J., Eckman T., Marder S., Tucker D. (2002), "Can risperidone reduce cocaine use in substance abusing schizophrenic patients?", *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 22, 629-630.
- Zimmet S.V., Strous R.D., Burgess E.S., Kohnstamm S., Green A. (2000), "Effects of clozapine on substance use in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder: a retrospective survey", *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 20, 94-98.

## RECENSIONE

Guglielmo Campione  
Antonio Nettuno (a cura di)

### IL GRUPPO E LE DIPENDENZE PATOLOGICHE

Collana: Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso/Quaderni direttore scientifico: Alfio Lucchini  
pp. 304, € 25,50 – Cod. 231.4 (V)



Qual è l'efficacia del gruppo terapeutico nella cura delle dipendenze patologiche? A questa domanda cercano di dare una risposta i contributi qui presentati, fondati sull'osservazione e sull'esperienza clinica di diversi autori che operano sia nel pubblico sia nel privato.

Sebbene i curatori, nella loro operatività, siano particolarmente vicini alla conduzione del gruppo così come intesa da Bion e da Corrao, nel volume si propongono anche differenti prospettive teoriche, che gli conferiscono un pensiero clinico plurale e sfaccettato.

Dai diversi contributi emerge che lo spazio grupppale si configura come un luogo fisico e mentale che promuove l'attivazione di diversi fattori terapeutici e consente di accedere a funzioni mentali riorganizzatrici dell'esperienza cognitiva ed emotiva compromessa dal comportamento patologico; il gruppo terapeutico permette quindi la costruzione di uno "spazio" in cui le risonanze fra le esperienze dei pazienti favoriscono nuovi processi di pensiero, promuovendo il dialogo e contenendo l'ansia attraverso il mutuo sostegno.

Il testo rappresenta uno strumento di lavoro e un'occasione di confronto scientifico per tutti i professionisti che, a vario titolo, operano nel campo dell'intervento sulle dipendenze patologiche.

**Guglielmo Campione**, medico psichiatra e psicoterapeuta, è responsabile del Ser.T. di Rozzano; tra le sue pubblicazioni per i nostri tipi ricordiamo: *La psicoterapia delle tossicodipendenze e dell'abuso di sostanze* (2000) e *La consulenza psichiatrica nei servizi sociosanitari per pazienti affetti da Hiv e Aids* (2002).

**Antonio Nettuno**, psicoanalista di gruppo, è psicologo del Ser.T. di Desio-Carate; docente presso l'IIPG di Milano e autore di diverse pubblicazioni scientifiche nell'ambito della psicoanalisi di gruppo, per i nostri tipi ha già pubblicato: *Psicoterapia delle tossicodipendenze* (2000), *La figura dell'alcolologo* (1999), *Il lavoro terapeutico di gruppo* (2003).



## **Il 5 giugno si sono tenuti a Milano gli Stati Generali di FeDerSerD**

Obiettivo della giornata di lavoro ridefinire il ruolo della Federazione dopo l'avvio dei lavori delle varie commissioni tecniche ministeriali e approvare le linee del III Congresso nazionale che si terrà a Sorrento del 28 al 31 ottobre 2007.

Hanno preso parte ai lavori i membri dell'ufficio di presidenza, del direttivo nazionale, del comitato scientifico nazionale, i presidenti delle federazioni regionali, i presidenti di associazioni pattanti, i presidenti dei comitati scientifici regionali, i delegati della Federazione in tavoli e consulte (Cartello Non incarcerate il nostro Crescere, Consulta Società scientifiche e professionali, FISM, Tavolo di Alta Integrazione, Laboratorio delle Regioni), i membri iscritti alla Federazione di commissioni dei ministeri della salute (commissione Dipendenze, commissione AIDS, commissione Carcere/Medicina penitenziaria) e della solidarietà sociale (comitato scientifico Osservatorio, consulta Esperti dpr 309, consulta Alcol).

La giornata, introdotta dal Presidente nazionale che ha illustrato le attività della Federazione e i prossimi impegni, ha visto numerose brevi relazioni dei dirigenti presenti sul lavoro istituzionale, con la messa in evidenza di luci ed ombre.

Di spessore i contributi presentati e la discussione generale, che ha permesso di calibrare l'impegno complessivo della Federazione.

Sono state decise forme di consultazione permanente tra i colleghi, per una conoscenza sempre più completa delle attività associative e istituzionali.

Inoltre sono stati approvati alcuni comunicati stampa.

## **L'Assemblea nazionale di FeDerSerD ha approvato alcune modifiche allo statuto nazionale**

L'Assemblea nazionale di FeDerSerD, riunita a Milano il 5 giugno 2007, approvato il regolamento elettorale e recepite le indicazioni del Direttivo nazionale su nuove linee di indirizzo per il governo della Federazione, ha approvato alcune modifiche allo statuto nazionale, incaricando l'Ufficio di presidenza nazionale di procedere alla redazione coordinata delle stesse e alla registrazione delle variazioni relative allo statuto.

Ecco in sintesi le variazioni più significative:

- Diventa compito della assemblea nazionale dei soci proclamare eletti i componenti del Direttivo Nazionale, il Presidente Nazionale, il Vice Presidente Nazionale, il Segretario Esecutivo Nazionale.
- Il Collegio di garanzia è composto da tre membri ed è presieduto dal Past president.

I membri del collegio sono proposti al Direttivo nazionale dal Presidente e non possono ricoprire cariche direttive a livello nazionale, né essere soci proponenti di lista elettorale. Possono anche non essere soci.

- L'Ufficio di presidenza nazionale è composto da 7 membri.
- Nello statuto nazionale viene richiamato un "regolamento" che disciplini meglio i rapporti con le Federazioni regionali, partendo dal principio di autonomia, ma definendo analiticamente i diritti e di doveri reciproci sulla base del principio di responsabilità.

### **Primo Congresso FeDerSerD Regione Calabria**

#### **USO ABUSO DIPENDENZA TRA SCENARI ATTUALI E IPOTESI FUTURE**

**Martedì 9 ottobre 2007 - ore 9.00 - 17.00 - Hotel Caposuvèro - Gizzeria Lido (CZ)**

\* Sessione I - Focus sull'alcoldipendenza

(L'integrazione dei trattamenti: diagnosi e percorsi riabilitativi nella pratica clinica alcologica dei Servizi. Trattamento farmacologico della dipendenza da alcol).

\* Sessione II - Focus sulla terapia della dipendenza da oppiacei

(Il Ruolo della terapia sostitutiva nel trattamento farmacologica del poliabuso. Trasferimento da alte dosi di metadone a buprenorfina: aspetti clinici e pratici. Trattamento della tossicodipendenze in carcere).

\* Lo scenario nazionale per una ridefinizione del Sistema di Intervento

*Accreditato ECM per le figure professionali operanti nei Servizi.*

Al termine riunione Assemblea Soci FeDerSerD Regione Calabria.

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA: EXPO POINT - Organizzazione Congressi Eventi - Via Matteotti, 3 - 22066 Mariano Comense (Co)  
- Telefono 031 748814 - Fax 031 751525- e-mail [federserd@expopoint.it](mailto:federserd@expopoint.it) - [www.federserd.it](http://www.federserd.it)

# Regolamento per la elezione dei nuovi organismi nazionali della Federazione

*Nel settembre 2006 l'ufficio di presidenza nazionale ha proposto al direttivo nazionale, riunito a Sanremo, alcune linee per la definizione del regolamento elettorale utile per il III Congresso nazionale di FeDerSerD dell'ottobre 2007 a Sorrento.*

*Il direttivo nazionale ha deliberato come segue " Il direttivo nazionale nomina una apposita commissione con il compito di elaborare un regolamento elettorale da sottoporre alla approvazione della assemblea di bilancio annuale 2007. Nomina componenti della commissione: Pietro Fausto D'Egidio, Roberta Balestra, Bernardo Grande. Il mandato affidato è quello di definire un regolamento elettorale che rispecchi i criteri di democraticità nella possibilità di scelta dei componenti degli organi statutari, garantisca la rappresentanza regionale e delle figure professionali, promuova le pari opportunità".*

*La commissione ha iniziato subito i lavori preparatori. Dopo alcuni step, nella riunione del 4 giugno 2007 a Milano dell'ufficio di presidenza la commissione ha consegnato una proposta.*

*Dopo i lavori dell'ufficio di presidenza il testo è stato proposto nella stessa giornata al direttivo nazionale e il 5 giugno alla approvazione dell'assemblea nazionale sempre riunita a Milano.*

*Il seguente testo, già pubblicato sul sito [www.federserd.it](http://www.federserd.it), esposto nelle sedi delle Federazioni regionali, inviato via mail agli iscritti, viene pubblicato sul primo numero utile della rivista Mission. La proposta è stata assunta con voto unanime dall'assemblea nazionale di FeDerSerD.*

## Criteri generali

La lista dei candidati per il direttivo nazionale si forma con la aggregazione spontanea dei soci aventi diritto e deve rispettare i seguenti criteri:

Indica: il presidente nazionale, il vice presidente nazionale, il segretario esecutivo nazionale, e gli altri membri, secondo la seguente composizione:

- non meno di 15 regioni rappresentate
- n. 1 rappresentante delle seguenti categorie professionali (se non già rappresentate): medico, psicologo, infermiere, assistente sociale, educatore, altre professioni, per un massimo di 5.

Le 4 regioni che 30 giorni prima della presentazione delle liste risultino avere il maggior numero di iscritti (il dato verrà adeguatamente pubblicizzato a cura del presidente nazionale) hanno diritto ad un secondo candidato in lista.

Quindi la lista può avere un massimo di 32 rappresentanti così distribuiti: presidente nazionale (1), vicepresidente nazionale (1), segretario esecutivo nazionale (1), rappresentanti regionali (20), rappresentanti di figure professionali non già rappresentate nella lista (5), rappresentante per ciascuna delle 4 regioni con maggior numero di iscritti (4).

La lista dei candidati deve essere corredata con la firma e il curriculum dei candidati.

La lista può essere supportata dalla presentazione di linee programmatiche.

La lista dei candidati viene presentata alla commissione elettorale, nei modi stabiliti e pubblicizzati, almeno 60 giorni prima della votazione, da almeno 50 iscritti aventi diritto al voto, che non siano candidati. Ciascun iscritto può

firmare per la presentazione di una sola lista dei candidati. La lista dei candidati viene pubblicizzata, dopo la formale certificazione di regolarità da parte della commissione elettorale, almeno 30 giorni prima delle elezioni. Vengono pubblicate le liste sul sito appena ammesse dalla commissione elettorale.

Ci si può candidare in una sola lista. Se un socio firma per la presentazione di più liste la firma apposta sulle liste pervenute dopo viene annullata. Se ci si candida in due liste il socio viene escluso da entrambe le liste.

I candidati al direttivo possono essere dei nuovi soci ammessi entro l'ultimo direttivo valido prima delle elezioni. L'ufficio di presidenza accoglie entro trenta giorni dal congresso nazionale eventuali nuovi soci dell'anno per la ratifica del direttivo nazionale.

Gli iscritti non in regola con la quota associativa possono farlo fino a 30 giorni prima delle elezioni. Se ci sono annualità arretrate da regolarizzare, si deve pagare quella corrente e almeno la precedente.

Fanno parte, senza diritto di voto, del direttivo nazionale i presidenti delle Federazioni Regionali e Interregionali.

Complessivamente i componenti del direttivo nazionale debbono essere per almeno il 20% donne.

Il direttivo uscente nomina 3 componenti della commissione elettorale e 2 supplenti.

*L'Assemblea Nazionale di FeDerSerD*

*Milano, 5 giugno 2007*

Venerdì 29 giugno 2007 si è tenuto a Genova il primo Congresso regionale di FeDerSerD Liguria. Al termine della intensa giornata scientifica, che ha visto la partecipazione di un centinaio di professionisti liguri, gli iscritti alla Federazione hanno costituito la Federazione regionale e nominato gli organismi dirigenti. Il presidente nazionale Alfio Lucchini ha introdotto i lavori della assemblea ricordando il senso dell'associazionismo e invitando a scegliere gli organismi dirigenti basandosi sulle esigenze operative e la realtà regionale, in totale autonomia.

*Sono risultati eletti nel direttivo regionale ligure:*


Giancarlo Ardisson (Ser.T. Sanremo - Presidente Regionale),  
Riccardo Tavelli (Crescita Comunitaria - segretario e tesoriere),  
Ivo Ghiglione (Ser.T. Imperia - addetto alla comunicazione e al marketing editoriale),  
Donatella Garaccioni (Ser.T. Ventimiglia),  
Nadia Gibello (Ser.T. Albenga),  
Bruno Federico (Ser.T. Genova),  
Paolo Morello (Ceis Genova),  
Chiara Munzi (Ser.T. Finale Ligure),  
Walter Barillaro (Ser.T. Sanremo/Associazione Ancora).

*Sono risultati eletti nel comitato tecnico scientifico regionale ligure:*

Franco Badii (Ser.T. Savona - Presidente),  
Laura Franceschini (Ser.T. Imperia),  
Marco Boeri (Ceis Sanremo),  
Alina Cirillo (Ser.T. Ventimiglia),  
Rosangela Rivera (Ser.T. Genova).

*In una nota agli eletti il presidente nazionale si è congratulato segnalando in particolare due aspetti positivi: l'ampia rappresentanza femminile e la presenza di professionisti delle realtà del privato sociale e dell'associazionismo.*

**NOTIZIE IN BREVE**

È disponibile il n. 6, giugno 2007, di 

**IN OCCASIONE DELLA GIORNATA MONDIALE CONTRO L'ABUSO E IL TRAFFICO ILLECITO DI SOSTANZE STUPEFACENTI**

- Pietro Fausto D'Egidio - Una giornata del sistema di intervento professionale in Italia
- Alfio Lucchini - I Ser.T. aperti ai cittadini e alla valutazione dei pazienti: un percorso di trasparenza essenziale per FeDerSerD
- Claudio Leonardi - Commento al Report INSERT di CITTADINANZATTIVA - Tribunale per i Diritti del Malato
- Roberta Balestra - Il coinvolgimento dei medici di medicina generale nella cura dei pazienti tossicodipendenti a Trieste: un progetto di lavoro di rete finalizzato alla continuità assistenziale
- Pietro Fausto D'Egidio - La collaborazione tra Ser.T. e medici di medicina generale nella cura del malato da eroina a Pescara. I perché di una collaborazione con i medici di medicina generale e le farmacie
- Bernardo Mazzocca, Teresa Petrangolini, Giacomo Milillo - Alcune dichiarazioni sul Report INSERT
- Comunicato della presidenza di FeDerSerD - Droga: per una efficace diagnosi precoce nei giovani e una cura a misura dei pazienti utilizziamo bene le risorse esistenti.
- Comunicato dell'assemblea nazionale di FeDerSerD

Scaricabile dal sito: [www.federserd.it](http://www.federserd.it)



**CEREF - Centro Ricerca e Formazione**  
Via Udine 6 - Padova - e-mail: [formazione@ceref.it](mailto:formazione@ceref.it) - sito: [www.ceref.it](http://www.ceref.it)

**CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN CLINICA  
DELLE DIPENDENZE  
"Focus sul Cocainismo" - 2ª Edizione**

*Corso di formazione ECM per Medici e Psicologi*

Docenti dr. Felice Nava e dr.ssa Claudia Passudetti

**I Modulo**

27, 28 settembre 2007:  
Aspetti Neurobiologici e Clinici;  
Costo: € 250,00 (+ iva se dovuta) - 15 Crediti ECM

**II Modulo**

29, 30 novembre e 1 dicembre 2007:  
La Clinica del Cocainismo: Valutazione e Trattamento;  
Costo: € 350,00 (+ iva se dovuta) - 19 Crediti ECM

**IL POLIABUSO:  
INQUADRAMENTO E TRATTAMENTO**

*Corso di formazione ECM per Medici e Psicologi*

Docenti dr. Ezio Manzato e dr. Felice Nava

16, 17 novembre 2007:  
Costo: € 200,00 (+ iva se dovuta) - 15 Crediti ECM

Per informazioni: Ceref: tel. 049-880482 - fax 049-8803646  
e.mail: [formazione@ceref.it](mailto:formazione@ceref.it)

Ringraziamo Gaetano Liguori, Barbara Testa e Caterina Siesto, curatori del volume "Il Silenzio delle Parole" nonché la Casa Editrice FrancoAngeli, per la concessione alla pubblicazione della postfazione.

## A chi se lo è scordato

Il lavoro di Gaetano Liguori e del Ser.T. di Sant'Antimo mi è noto e caro e questo volume ricorda a chi non ha memoria cosa significa lavorare nelle relazioni di aiuto con persone in grave difficoltà. Si tratta di un documento prezioso, che rischia di essere non solo un grido isolato ma prossimo all'affievolimento e alla fine al silenzio. La realtà che descrivono Liguori e i suoi colleghi è quella di una piccola realtà, di una piccola équipe, in un contesto difficile del nostro Paese.

A chi se lo è scordato voglio ricordare che la dimensione territoriale è stata una delle ragioni fondanti della costituzione dei Ser.T. in Italia. Favorire l'incontro nella realtà di vita, favorire una accoglienza calda e qualificata, affrontare una patologia a forte rilevanza sociale in un tessuto intenso di rapporti, tra servizi sanitari e sociali, e di costruzione di opportunità. Antonio D'Amore nella prefazione segnala molto bene la crisi del sistema in Italia ed anche in Campania e la necessità per una riscossa. Necessità da tempo conosciute, presentate ai decisori politici, ma neglette. Spesso gli atti legislativi esistono in Italia, ma senza alcun rapporto con la declinazione applicativa. E allora mi rivolgo a chi ha creduto in un intervento multiprofessionale ed integrato nelle dipendenze, a chi ha affermato che il sistema italiano fatto di servizi pubblici e comunità terapeutiche fosse il migliore del mondo, anche perché imbevuto di quel misto di volontarismo proprio dell'incontro dei fecondi filoni della cultura laica e cattolica. Un sistema capace di essere flessibile e di svilupparsi in interventi innovativi, come quelli di strada e di riduzione del danno.

*Perché allora non parlate più?*  
*Perché non riuscite a pronunciare la parola Ser.T.?*  
*Perché inseguite frasi fatte, sociologie a buon mercato, "tendenze del giorno" poco credibili, interessi improvvisi basati sul niente?*  
 Mi rivolgo a voi: politici, ministri, direttori di vario livello, preti, giornalisti, medici, opinion leader. Non mi rivolgo certo a chi pronuncia la parola Ser.T. per insultare i professionisti che vi operano, definendoli cottimisti e di fatto ruba stipendio. Non mi rivolgo a chi pensa che dalla droga si esce proponendo un lavaggio rapido o imponendo una sofferenza lunga. Accogliere cittadini con problemi attivi e costruire insieme percorsi praticabili per qualcuno è diventato evidentemente un torto!

*I professionisti dei Ser.T. devono sapere e sanno chi non si è dimenticato.*

I professionisti dei Ser.T. sono attenti ad ogni iniziativa che possa far tornare la parola ai silenti, che possa far comprendere una realtà ovvia: parlare e agire in questo settore significa guardare al futuro di questa nostra società. Ben venga allora il Piano di Azione Nazionale Droga, se significherà un punto fermo per reali politiche cen-

trali e regionali di prevenzione, cura e reinserimento sociale. Se significherà per tutti, Stato, Regioni e Comuni, vincolare fondi per fare azioni concrete. Se non sarà così, sarà solo carta che si aggiungerà alla tanta già prodotta.

*Bisogna essere ottimisti.*  
 Finché avremo forza parteciperemo a risvegliare l'interesse sano di chi decide, lavoreremo con chi vuole cambiare, perché questa è la premessa per sperare in una evoluzione del vissuto sociale dei cittadini verso le persone con problemi di tossicodipendenza. A colleghi come gli autori e gli attori di questo volume dobbiamo chiedere di resistere sul loro posto di lavoro. A chi si è dimenticato infatti non piace ammettere che operare con cittadini tossicodipendenti richiede doti speciali, vissuti profondi, avere momenti di difficoltà ed anche sconforto. Ma difficilmente si potrà capire questo nel salotto di "Porta a porta", forse lo si capirebbe di più visitando qualche Ser.T. di provincia, magari quello di Sant'Antimo.

(Alfio Lucchini)

### 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 2007 - 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 2007
  - Di rinnovare l'iscrizione in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2007
- a **FeDerSerD - Federazione degli Operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze**

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2007 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 \_\_\_\_\_



aderente a:



Sede legale: Via Giotto 3, 20144 Milano

#### Presidente Onorario

Rita Levi Montalcini

#### Direttivo Nazionale

Alfio Lucchini (Presidente),  
 Guido Faillace (Vicepresidente),  
 Pietro Fausto D'Egidio (Segretario esecutivo),  
 Alessandro Coacci (Past president),  
 Luciana Bacci, Roberta Balestra, Emanuele Bignamini,  
 Roberto Cataldini, Antonio d'Amore, Donato Donnoli,  
 Maurizio D'Orsi, Maurizio Fea, Bernardo Grande,  
 Claudio Leonardi, Raffaele Lovaste, Ezio Manzato,  
 Norberto Pentiricci, Roberto Pirastu,  
 Edoardo Polidori, Gianna Sacchini, Giorgio Serio

#### Comitato Scientifico Nazionale

Claudio Leonardi (coordinatore),  
 Ezio Manzato (coordinatore),  
 Giorgio Serio (coordinatore),  
 Bruno Aiello, Franco Badii, Clara Baldassarre, Roberto Calabria, Cesare Di Carlo, Renato Durello, Michele Ferdico, Gilberto Gerra, Fabio Mariani, Vincenzo Marino, Antonio Mosti, Felice Nava, Pier Paolo Pani