

Editoriale  
Pietro Fausto D'Egidio 1

**SAGGIO**

L'epatite da virus A nelle popolazioni marginali (tossicodipendenti, carcerati e homeless). Il ruolo della vaccinazione  
Fabio Lugoboni 17

**AREA TOSSICOLOGICA  
E MEDICO LEGALE**

Review sui cannabinoidi sintetici  
L. Rivalta, M. Tallarico, E. Vitale, F. Onorato,  
S. Gratteri, E. De Matteis, F. Bonacci 23

**AREA STUDI E RICERCHE**

La Recidiva tossicomana post comunitaria. Analisi di follow up degli inserimenti in C.T. 2004-2014 di pazienti con diagnosi di dipendenza da sostanze noti ai Ser.D. trentini  
Valentina Molin, Gabriele Pellegrini,  
Roberta Ferrucci, Raffaele Lovaste 63

**AREA CLINICA**

Cambiamento: vincolo o risorsa?  
Patrizia Cuomo, Cristiana Di Giovanni,  
Antonella Grandinetti, Francesco Grieco 74

**AREA PREVENTIVA**

Kryptonite - Progetto di prevenzione sul consumo di sostanze psicoattive e comportamenti a rischio incentrato sulla persona  
Anna Paola Lacatena, Cosimo Buccolieri,  
Giulia Armento, Vincenza Ariano 81

**LE RUBRICHE**

Ad maiora  
Raffaele Lovaste 6

Contaminazioni  
Maurizio Fea 9

Che cosa so di...  
Comitato Scientifico Nazionale FeDerSerD  
Trapianti e dipendenze: uno scenario complesso  
D. Pini, L. Giordanengo, A. Gramoni, E. De Vivo,  
D. Aguilar Marucco, M. Bellinato, G. Desantis,  
S. Quaglia, D. Zeme, E. Bignamini  
per il gruppo MIND 11

La critica delle idee  
Alfio Lucchini 62

**NOTIZIE IN BREVE** 2, 8

**RECENSIONI** 5, 10, 16, 30

**FeDerSerD/DOCUMENTI**

Position paper di FeDerSerD sul gioco d'azzardo 3

**FeDerSerD/FORMAZIONE** 91

Congresso Regionale FeDerSerD Sicilia  
I percorsi di presa in carico e di riabilitazione del detenuto consumatore di sostanze: problematicità e prospettive

# Mission

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



La contrazione delle risorse per l'assistenza sanitaria incide sempre più sulla qualità delle cure che possiamo erogare ai nostri pazienti.

I provvedimenti legislativi e le iniziative di ogni direttore generale incideranno, non so in quale misura, nel razionalizzare le spese e ridurre gli sprechi, ma sicuramente ridurranno i diritti alle cure.

Pensiamo a quanti dei nostri pazienti non possono curare l'infezione da HCV per le poche risorse che ogni ASL destina all'acquisto dei farmaci.

Pensiamo al livello di compromissione del setting terapeutico per l'eccessivo numero di pazienti in carico a ciascuno operatore.

FeDerSerD in questi mesi sta impegnando tutte le energie disponibili per difendere i diritti alle cure dei nostri pazienti in ogni sede: dal DPA, nelle Regioni e nelle ASL.

Ma non solo.

È compito di una società scientifica proporre le proprie considerazioni e le proprie riflessioni su temi tecnici: rimettendo in discussione anche i postulati di attività che si svolgono da decenni, come abbiamo pensato di fare con il congresso di ottobre sulla diversione e il misuse dei farmaci, come abbiamo pensato di fare con il documento che qui presentiamo sul gioco d'azzardo.

La esplosione della patologia da gioco d'azzardo favorita dalla attuale disciplina legislativa sulla legalizzazione dei giochi ha visto FeDerSerD impegnata a tutto campo, e prima tra tutte le società scientifiche a trovare risorse e ad intervenire con attività rigorose pensando ed attivando le azioni di giocare responsabile ([www.giocaresponsabile.it](http://www.giocaresponsabile.it)).

Ci siamo trovati in questi ultimi 5 anni a scontare i ritardi della sanità nell'attivare strutturalmente servizi di cura specialistici affidando ai Ser.D. le risorse necessarie; in un

- **L'Europa tra culture del bere e politiche di controllo alcolico**  
*Allaman Allamani, Fabio Voller, Pasquale Pepe*
- **La continuità assistenziale ospedale/territorio nella cura dei problemi alcol e fumo correlati**  
*Alessandro Vegliach, Rosanna Ciarfeo Purich*
- **La terapia farmacologia dell'alcolismo: i farmaci anti-alcol vecchi e nuovi e l'integrazione con gli interventi psicologici nella pratica clinica. Parte I**  
*Ezio Manzato, Felice Nava, Gisella Manzato, Sara Rosa*

Newsletter "Clinica dell'Alcolismo", Anno V, n. 20

# Mission

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

**FrancoAngeli**

ANNO XII, 2015 - N. 44

Fe Der Ser D

**Proprietà: Fe Der Ser D**

**Sede legale**

Via Giotto 3, 20144 Milano

**Comitato di Direzione**

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

**Direttore scientifico**

Alfio Lucchini

**Comitato di Redazione**

Maurizio Fea, Raffaele Lovaste, Vincenzo Marino, Cinzia Assi

**Sede operativa e Redazione Mission**

Via Mazzini 54,  
20060 Gessate (Mi), tel. 3356612717  
[missiondirezione@tiscali.it](mailto:missiondirezione@tiscali.it)

**Direttore responsabile:** Stefano Angeli

**Progetto grafico:** Elena Pellegrini

**Stampa:** Geca Industrie Grafiche

Via Monferrato 54, 20098 San Giuliano Milanese

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

Chiuso in redazione il 2/10/2015

Edizione fuori commercio

Tiratura: 5.000 copie

ISSN 2037-4798



panorama in cui sono pressoché mancate le iniziative del privato sociale per l'assenza di norme e di risorse che le ASL potevano destinare a specifiche convenzioni.

E abbiamo assistito ad un fiorire di posizioni tese a discutere, prendere posizione, auspicare iniziative e soluzioni partendo da presupposti etici, religiosi, spesso pseudo-scientifici, caratterizzati da categoricità, intransigenze, riduzionismo, spesso tesi a definire una identità.

Abbiamo allora ritenuto utile e necessario proporre in questo position paper di FeDerSerD sul gioco d'azzardo le nostre considerazioni sull'argomento.

Posizioni che andremo a mettere in discussione e arricchire nel congresso nazionale tematico del 10 a 11 novembre a Milano.

Aspettiamo le considerazioni e i suggerimenti di tutti coloro che fossero interessati indirizzati a [redazione@federserd.it](mailto:redazione@federserd.it).

Il Presidente

*Pietro Fausto D'Egidio*

## NOTIZIE IN BREVE

### Relazione annuale al Parlamento 2015 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia

Presentata a settembre la annuale relazione al Parlamento, ai sensi del TU 309/90. Un documento importante, rivolto in primis ai parlamentari e curato dal Dipartimento Politiche Antidroga.

L'attesa era notevole, con la speranza di una nuova spinta in metodologia e contenuti. Sicuramente dal testo appaiono incoraggianti aspetti: la relazione è stata costruita con una ampia partecipazione istituzionale e dei portatori di interessi, la discussione è stata interessante e approfondita.

Il prodotto, assai corposo, offre sicuramente il senso della complessità delle politiche antidroga.

Rimandando alla lettura ([www.federserd.it](http://www.federserd.it)) mi permetto di dire che il testo appare come una agenda di temi da analizzare e gestire.

Numerosi sono i problemi che rimangono aperti, cito ad esempio i criteri di raccolta dei dati dei servizi di cura, ancora inadeguati in qualità e quantità, come appare dalla relazione.

Piace concludere questa nota riportando quanto affermato a pagina 379, nella parte III, dedicata agli interventi sanitari e sociali.

"Tra i temi emergenti dell'intervento nel settore FeDerSerD propone:

- La necessaria precocità nell'intervento.
  - La cronicità e la continuità assistenziale.
  - I minori e le funzioni genitoriali.
  - L'intervento di prossimità e di ascolto.
  - Le urgenze sanitarie e le gravità estreme.
  - Il tema droghe e povertà.
  - La riduzione del danno e dei rischi.
  - Il rapporto con i medici di medicina generale (MMG) e la rete delle cure primarie in genere.
  - La complessità di interpretazione del fenomeno Gap (Gioco d'Azzardo patologico)".
- Ora alla politica battere un colpo, in vista anche della Conferenza nazionale che attendiamo da quasi 7 anni.

*(Alfio Lucchini)*

## Position paper di FeDerSerD sul gioco d'azzardo

La voglia di giocare d'azzardo è un archetipo, ovvero una forma preesistente e primitiva di pensiero e di conseguente comportamento, e come tale va trattato, altrimenti si corre il rischio di ridurre tutti i problemi degli attuali eccessi del gioco d'azzardo, ad una questione di regole, controlli, di condotte più o meno lecite, di malattia sociale o di malattia individuale, ma non si comprende come mai così tante persone in tutto il mondo giochino d'azzardo, considerandolo un comportamento del tutto normale e legittimo.

La necessità di conoscere e di controllare il futuro, sono tratti caratteristici dell'umano, profondamente inscritti nella sua natura di animale che ha imparato a pensare mentre cercava di sopravvivere in condizioni difficili, le cui caratteristiche di imprevedibilità e rischio elevato hanno plasmato e strutturato biologicamente, il nostro apparato psichico, per migliorarne l'efficienza e la capacità predittiva. Fare congetture, valutare le probabilità, e sulla base di queste agire o non agire, sono i pilastri del processo decisionale e la matrice degli apprendimenti.

Questa è la prima ragione per cui il gioco d'azzardo è un archetipo, la seconda ragione porta una maggiore impronta culturale, seppure abbia anche lei un robusto fondamento biologico, ed è la propensione al gioco come strumento fondamentale e precoce per gli apprendimenti, che condividiamo almeno in parte con altri animali, che pure non hanno sviluppato un apparato psichico come il nostro. Gioco e azzardo sono dunque un binomio, naturalmente scindibile e capace di vita propria in entrambe le sue componenti, che tuttavia hanno trovato nella storia umana, fin dai suoi esordi neolitici, felici e frequenti combinazioni e sinergie. Sono numerose le testimonianze fossili rinvenute negli insediamenti primitivi, che mostrano la presenza di forme rudimentali di giochi di sorte e di apparati più o meno complessi per le arti divinatorie, così come sono da lungo tempo noti e ben descritti sia in arte che in letteratura, i rischi connessi con gli eccessi di queste forme di azzardo. Sono stati trovati esempi di tutti e 10 i sintomi del DSM-IV per il gioco d'azzardo patologico nei sermoni dei secoli 18° e 19°.

Dunque parliamo di archetipo, non solo nella accezione junghiana di forma universale di pensiero ad elevato valore simbolico, ma di vero e proprio modello di lavoro psichico, operante in una molteplicità di situazioni della vita ordinaria, e non solo davanti ad un gratta e vinci o una slot machine. "Azzardare una ipotesi" è considerata per lo più una azione meritoria nel campo della ricerca, ma anche in molti altri campi del sapere e più genericamente dei comportamenti umani. Azzardare è un valore positivo, quando è sostenuto da competenze cognitive che supportano, guidano e controllano il processo, potendone regolare il rischio e governarne gli esiti.

Le capacità divinatorie che per secoli hanno dato ampia prova di sé, nel guidare scelte e decisioni anche di notevolissimo rilievo per i corsi della storia, ed i cui esiti non sempre sono stati all'altezza delle attese, hanno progressivamente lasciato parzialmente il posto a strumenti e tecnologie sofisticate, che tuttavia non hanno affatto saturato le domande di certezza e rassicurazione espresse dai più, né il desiderio innato e in talune persone molto prepotente, di "giocarsela" sempre e comunque, anche in situazioni di grande incertezza o di forte rischio.

La funzione simbolica del linguaggio svolge una parte importante nel costruire metafore, giochi di parole, che talora mascherano la relazione tra gioco e azzardo, talora la rendono esplicita, talora costituiscono dei veri imbrogli semantici. "Giocarsi il futuro" è il prototipo di tutto ciò che è possibile giocarsi in una vita, ma ciascuno può declinare in vario modo la propria idea di futuro e articolare il personale concetto di gioco. In questo mondo metaforico si annidano le numerose possibilità combinatorie del linguaggio e delle rappresentazioni mentali e sociali sul gioco d'azzardo, a conferma che gioco, probabilità, azzardo sono dei fili importanti e onnipresenti della trama del nostro quotidiano, ma proprio per questa ragione è importante vagliare con attenzione critica associazioni lessicali, metafore, giochi di parole che propongono visioni riduttive e semplificate del problema, illudendoci di contenere anche la soluzione al problema stesso. Ne abbiamo avuto ampia dimostrazione nel campo delle droghe, dove per anni hanno dominato le metafore del tunnel, della morte, delle semplificate contrapposizioni tra sistemi valoriali, che come è noto, non hanno prodotto alcun risultato positivo per la riduzione dei rischi e dei consumi di droghe.

È critica l'associazione tra gioco, azzardo, malattia, che sebbene abbia legittimità e fondatezza scientifica, può tuttavia creare cortocircuiti linguistici e mentali con implicazioni rilevanti sia sulla comprensione del fenomeno che sulle risposte ai problemi che questa associazione solleva. Numerosi test e criteri diagnostici per stabilire se vi è patologia e di quale gravità, discriminano convenzionalmente ciò che appare come disturbo e possibile fonte di sofferenza individuale, da ciò che viene, sempre convenzionalmente, ritenuto un comportamento che potrebbe generare problemi. Analogie robuste, sostenute da evidenze neuroscientifiche, con i comportamenti di abuso di sostanze psicotrope, hanno facilitato il processo di assimilazione della dipendenza da gioco d'azzardo alla dipendenza da sostanze e quindi alla malattia. Tuttavia si tende molto spesso a confondere e ritenere quasi interscambiabili il modello della malattia cronica ad andamento recidivante utilizzato nella clinica delle dipendenze, con il modello epidemico di malattia utilizzato nella visione di salute pubblica. Questa abituale interscambiabilità dei due modelli, teoricamente impropria, per la diversità dei riferimenti concettuali, ha facilitato l'uso comune e sempre più diffuso del termine "malattia da gioco" e "malati di gioco", diventati dei descrittori sia metaforici che letterali, con importanti implicazioni e ricadute sulle rappresentazioni sociali del fenomeno e sugli approcci politici al problema.

### Punto uno

*Riteniamo che la relazione tra gioco d'azzardo e malattia, sia un tema da approfondire nella sua validità di costruito teorico, per le sue implicazioni nel compito dei servizi di cura, nelle pratiche di prevenzione, con il ruolo dello stato nelle politiche di gestione del gioco, con la percezione sociale del fenomeno che sembra essere fortemente influenzata dalla metafora della malattia.*

Se la diffusione del gioco d'azzardo è soprattutto un problema di malattia, quasi a carattere epidemico, allora è logico che sia investito il sistema sanitario per fronteggiarne la patologia e per ridurre i rischi. Ci sono tuttavia buone ragioni per circoscrivere

la fondatezza di un assunto così impegnativo, che è stato fatto oggetto di una disinvoltata ed eccessiva generalizzazione. Se si trattasse di malattia contagiosa, allora andrebbe eradicata la fonte del contagio, isolati i malati, e contenuto il suo potenziale di diffusione verso i soggetti esposti e vulnerabili, ma se non fosse così allora è necessario fare riferimenti anche ad altri saperi disciplinari, attivare altre competenze e altri i soggetti che devono intervenire per contrastare la diffusione di comportamenti ritenuti dannosi ma adottati da un numero considerevole di persone, anche non vulnerabili. Il punto è che, come per altri comportamenti che possono creare dipendenza, buona parte dei fattori di rischio rilevanti sono costituiti da una costellazione di cause che attengono, oltre che ai profili psico biologici individuali, alle matrici socio culturali ed economiche della società in cui viviamo, su cui i servizi socio sanitari hanno poca influenza, ma che andrebbero governate e modificate da politiche lungimiranti capaci di influire sui costumi, le aspettative, i comportamenti delle persone, che come per tutte le epidemie, costituiscono uno dei fattori cruciali per il loro contenimento ed augurabile estinzione.

Il biasimo sociale ad esempio, potrebbe essere un buon deterrente, ma rischia di essere fortemente depotenziato dalla visione patologizzante del comportamento che tende a ridurre la responsabilità personale delle scelte: se è malattia allora ci deve essere cura e la malattia difficilmente può essere biasimata e tantomeno i malati.

Regole restrittive sul mercato del gioco d'azzardo sarebbero utili a condizione che il soggetto promotore e regolatore, ossia lo stato, sia disposto a rinunciare ad una consistente risorsa fiscale, a rivedere le regole di un mercato articolato e gestito da una pluralità di imprese, a ridurre drasticamente l'offerta e controllare rigorosamente la possibile espansione del mercato illegale o extraterritoriale.

Il sistema regolatorio dei giochi, fino ad ora totalmente centralizzato in virtù di leggi dello stato emanate anni fa, allo scopo anche di controllare potenziali derive illegali, è stato recentemente eroso dalle amministrazioni periferiche (regioni e comuni) forti della responsabilità sanitaria sulla comunità, e di una maggior sensibilità ai bisogni dei cittadini. Ma è necessario trovare un accordo tra soggetti che rappresentano molteplicità di interessi (stato – concessionari – gestori – enti locali – associazioni di categoria – associazioni capaci di rappresentare la sensibilità sociale e gli interessi dei cittadini). A meno di dichiarare illecita ogni forma e modalità di gioco d'azzardo, con conseguenze seriamente difficili da prevedere, l'alternativa è di perseguire strategie di contenimento e riduzione della offerta e delle modalità di distribuzione, con processi gradualmente controllati, utilizzo intensivo e intelligente della tecnologia, moratorie alla introduzione di nuove forme e modalità di gioco, graduale rinuncia alla fiscalità derivata, contestualmente alla messa in atto di serie misure per il trattamento e la protezione delle derive patologiche.

#### **Punto due**

*È assolutamente necessario che vengano sostenuti e sviluppati con il concorso di tutti i portatori di interesse, studi, ricerche, analisi che riescano a comprendere e descrivere il fenomeno nella sua complessità, a disegnare scenari realistici, a fornire dati validi per supportare ipotesi di riorientamento del mercato, a indicare strategie volte a sviluppare contesti e climi culturali meno avidi di fortuna e più ansiosi di competenze e capacità, a indurre capacità di resilienza nella popolazione attualmente coinvolta nel gioco d'azzardo.*

#### **Punto tre**

*È illusorio pensare che sia possibile invertire o anche solo modificare in breve tempo, questo intreccio radicato e profondo, tra condizioni biologiche strutturate come il piacere del gioco e l'inevitabilità dell'azzardo, con le tendenze economiche dei mercati a sfruttare i tratti dell'umano orientati al successo e a migliorare la propria condizione, mediato dalla debolezza e dalla miopia dei decisori politici che spesso non sanno o non vogliono prevedere gli esiti a medio e lungo termine delle loro politiche. Dunque servono metodo scientifico, rigore, prudenza, lungimiranza da parte di tutti i soggetti interessati a ridurre gli impatti negativi che gli eccessi di questi ultimi anni hanno prodotto sulle relazioni sociali, le capacità economiche, la salute dei cittadini.*

#### **Proposta**

È dunque con questo atteggiamento che proponiamo di affrontare in un convegno tematico sul gioco d'azzardo, la molteplicità degli aspetti elencati, chiamando al confronto tutti i soggetti che ritengono di poter e dover contribuire con onestà intellettuale, desiderio di confronto, idee innovative e competenze, alla definizione di strategie e processi di cambiamento reali, sapendo che solo un rigoroso e preciso lavoro di conoscenza e messa in comune di competenze, potrà essere efficace e produttivo.

### **Requisiti che riteniamo fin da ora importanti per le policy**

*Non essendo dato sapere quali indirizzi il governo o il parlamento vorranno dare, avendo rinunciato ad usare il meccanismo della delega fiscale, riteniamo comunque che*

***Sia necessaria la moratoria totale alla pubblicità di due anni con duplice finalità:***

- *produrre ricerche specifiche sugli effetti differenziati dell'azione pubblicitaria sul pubblico eterogeneo dei giocatori, in modo da poter decidere su basi documentate e non solamente emotive, quali siano i limiti più efficaci ed eventualmente selettivi per la comunicazione commerciale, dopo aver chiarito e condiviso quali referenti teorici in materia di scienze cognitive, mercato pubblicitario, effetti sulla salute, giustificano le scelte e le decisioni;*
- *consentire il confronto con le normative europee senza incorrere nel rischio di sanzioni.*

***Sia necessario legittimare la capacità di intervento degli enti locali.***

*L'autonomia rivendicata e praticata con modalità eterogenee, per ora ha prodotto differenze tra regioni e tra comuni, ha dato una forte spinta anche culturale oltretutto politica, legittimando una atmosfera di contrasto sociale nei confronti del gioco d'azzardo, ampiamente giustificata dalla deriva incontrollata permessa dallo stato centrale. Tuttavia è evidente che devono funzionare regole uguali per tutto il paese e questo non può che essere compito dello stato e di un accordo con le regioni, che definisca precisi ambiti di regolazione locale, che non sono solo le distanze dai luoghi sensibili o gli orari di funzionamento, ma una **ricalibratura e riduzione complessiva delle offerte di gioco**, che preveda la contestuale messa in atto di studi mirati a valutare l'efficacia delle misure che si intendono adottare o che già sono state adottate, differenziati per contesti (metropoli non è uguale a città di 10 mila abitanti, regioni del sud non hanno gli stessi rischi e capacità di controllo sulla criminalità di altre regio-*

ni) e modalità di gioco(a terra o da remoto sono controllabili e gestibili con strumenti diversi) e tipologie di giochi a maggiore o minore potenziale di rischio.

**Sia necessario il riconoscimento sostanziale, ovvero con risorse, del ruolo dei servizi delle dipendenze** come strumento di realizzazione dell'impegno pubblico a tutela della salute dei cittadini.

**Sia necessario potenziare le collaborazioni e le sinergie di programmazione, ricerca, regolazione tra stato, imprese, enti di ricerca, società scientifiche, portatori di interessi della società civile, consumatori, al fine di individuare le migliori e più effi-**

*caci strategie per la salvaguardia della salute e degli equilibri sociali della comunità.*

**Sia necessario l'impegno dei decisori** verso un atteggiamento che fondi scelte importanti su basi scientificamente documentate, precedute da rigorose analisi dei possibili benefici e dei costi che la comunità potrebbe sostenere e seguite da valutazioni di efficacia delle misure che si intendono prendere.

Settembre 2015

(Redatto dal gruppo nazionale Gambling e assentito dal Consiglio Direttivo Nazionale della Federazione)

## RECENSIONE



Mirella Zanobini, Paola Viterbori,  
Alda Scopesi

### LE DIFFICOLTÀ E I DISTURBI DEL LINGUAGGIO ATTRAVERSO LE LENTI DELL'ICF

pp. 176, € 22,00  
Collana: Psicologia della disabilità  
e dei disturbi dello sviluppo  
Codice: 1248.3  
Editore: FrancoAngeli

ma è anche un individuo con caratteristiche ed esperienze peculiari, che lo distinguono dagli altri.

Nel libro si esplorano le ragioni di tali differenze, mettendo a confronto limiti e risorse connessi al funzionamento individuale con i fattori ambientali utili a promuovere od ostacolare le traiettorie di sviluppo. L'obiettivo è suggerire strategie operative volte a integrare approcci e metodi in un'ottica attenta alla valutazione e all'intervento non solo sul deficit specifico ma anche sui fattori personali e di contesto.

Il testo si rivolge agli studenti, futuri professionisti nel campo dell'assessment, della riabilitazione e dell'educazione; ma può essere strumento di approfondimento teorico e applicativo anche per psicologi, insegnanti, educatori e logopedisti.

*Mirella Zanobini* è professore ordinario di Psicologia dello sviluppo e Psicologia delle disabilità presso il Dipartimento di Scienze della Formazione dell'Università di Genova. Si occupa di temi relativi allo sviluppo linguistico tipico e atipico e all'inclusione scolastica.

*Paola Viterbori* è ricercatore di Psicologia dello sviluppo presso il Dipartimento di Scienze della Formazione dell'Università di Genova. Insegna Psicologia dell'apprendimento scolastico e si occupa di temi relativi sviluppo linguistico tipico e atipico e alle funzioni esecutive in età prescolare.

*Alda Scopesi* è professore ordinario di Psicologia dello sviluppo presso il Dipartimento di Scienze della Formazione dell'Università di Genova. Si occupa di temi relativi allo sviluppo comunicativo e linguistico e ai processi di mentalizzazione.

Il volume intende introdurre il lettore all'ottica valutativa dell'*International Classification of Functioning (ICF)*, applicata alle difficoltà linguistiche. Si parte dalle definizioni dei quadri clinici e delle situazioni di potenziale problematicità, descrivendone le principali caratteristiche e ricorrendo a esemplificazioni che permettano di collegare i codici dell'ICF a situazioni concrete in cui gli individui si confrontano con le loro difficoltà e potenzialità.

La letteratura internazionale, in particolare nell'ambito della riabilitazione, ha molto dibattuto i vantaggi dell'utilizzo dell'ICF, evidenziando come tale approccio abbia favorito una riflessione critica sulla modalità standard di valutazione e di intervento clinico, incentrata spesso quasi esclusivamente sul deficit. Viceversa, la ricerca sulle differenze individuali si è rivolta soprattutto a popolazioni non cliniche.

L'ICF suggerisce che un bambino con un determinato disturbo non solo appartiene a una popolazione clinica che ha certe specificità,

## Ad maiora

Raffaele Lovaste

### La gravità nella patologia da dipendenza

#### Definizione

**La Gravità nella patologia da dipendenza è una caratteristica attribuita ad una situazione clinica da un'equipe multidisciplinare a seguito della conoscenza progressiva del paziente e del contesto ambientale.**

**La valutazione multidisciplinare disegna la fotografia data dell'equilibrio dinamico tra fattori favorenti e protettivi ad una certa data.**

**La gravità è una caratteristica che varia nel tempo.**

**La gravità è correlata ad una previsione di prognosi e di esito della malattia da dipendenza.**

La gravità è correlata:

- al decorso della malattia da dipendenza;
- al rapporto con la sostanza/e o comportamenti che sostengono la dipendenza;
- alla intensità e qualità della sofferenza presentata dal paziente;
- alla possibile minaccia per l'integrità della sua persona compreso il pericolo di morte;
- al grado di compromissione socio relazionale (familiare, lavorativo, abitativo, ecc.) che la malattia da dipendenza provoca;
- alla possibilità o meno di attivare risorse personali favorenti la stabilizzazione del sintomo o il possibile cambiamento dei comportamenti correlati alla dipendenza;
- alla possibilità o meno di attivare risorse familiari/amicali o di rete favorenti la stabilizzazione del sintomo e il possibile cambiamento dei comportamenti correlati alla dipendenza.

La valutazione di gravità complessiva comprende quindi elementi che non sono esclusivi del rapporto con le sostanze e che non sono solo di tipo sanitario quindi è possibile affermare che **la gravità osservata è influenzata dal terreno culturale, neurobiologico, psicologico e socio relazionale in cui si sviluppa la patologia da dipendenza.**

**I fattori che compromettono l'alleanza terapeutica e che influiscono negativamente sulla trattabilità sono quelli che, in definitiva, determinano maggiormente la gravità complessiva della situazione clinica in oggetto.**

La gravità della patologia da dipendenza va distinta dalle complicanze: queste ultime, infatti, rendono più articolato e complesso il trattamento e possono anche determinare esiti peggiori o infausti, ma non rendono più grave in sé la malattia da dipendenza.

Le complicanze influenzano la gravità della situazione quando compromettono la possibilità di un trattamento.

**La gravità**, essendo il prodotto di una progressiva valutazione diagnostica multidisciplinare, **va storicizzata** in quanto cambia a seconda delle informazioni reperite, degli strumenti attivati e delle possibilità operative di cura.

La gravità inoltre è influenzata dai parametri di giudizio di "normalità" e di "tollerabilità" interiorizzati da chi valuta, quindi è **un concetto relativo**.

La relatività della gravità dipende anche da:

- omissione o manipolazione delle informazioni che vengono fornite al valutatore;

- scrupolo del valutatore nella raccolta, nel confronto e nella integrazione delle informazioni che ottiene;
- competenza e capacità del valutatore nel raccogliere e comprendere gli elementi significativi.

In definitiva **la valutazione di gravità dipende dalla "cultura" e dalle informazioni di cui dispone il valutatore.**

#### Cosa si deve necessariamente indagare per una valutazione di gravità

1. L'oggetto della dipendenza: la/le sostanze o i comportamenti che sostengono la sintomatologia della dipendenza.
2. La dinamica della dipendenza: la modalità di insorgenza, la durata, la velocità di sviluppo, il grado di coinvolgimento con la/le sostanze o con il comportamento dipendente correlato alla particolare dipendenza.
3. Struttura psichica: la strutturazione della personalità in grado di influenzare i comportamenti dipendenti.
4. La situazione di salute, antecedente, conseguente o concomitante il comportamento dipendente: patologie infettive, interistiche, psichiatriche, ecc.
5. La situazione sociale: famiglia, convivenza, situazione economica, condizioni di vita, ecc.
6. La situazione giuridica: pendenze penali, possibilità di delinquere ecc.
7. La situazione affettiva e relazionale: possibilità di supporto familiare, amicale ecc.

La fase di motivazione al cambiamento del paziente non è necessariamente un elemento di gravità.

La motivazione, infatti, non è una caratteristica **solo** del paziente ma è una caratteristica della relazione terapeuta-ambiente-paziente: è modificabile attraverso specifici interventi tecnici, e il paziente può essere accompagnato attivamente nel suo progresso motivazionale.

Condizioni motivazionali sfavorevoli (precontemplazione, contemplazione) sono solo la condizione di partenza che richiede specifici interventi tecnici, ma non indicano di per sé una condizione "più grave".

È solo un paziente più difficile da trattare.

Da ricordare anche che la motivazione al cambiamento non è generale, cioè non riguarda allo stesso modo tutte le problematiche che interessano il paziente ad esempio, il paziente può essere disponibile al cambiamento per l'uso di eroina ma non per l'uso di cannabis o di alcool.

1. **L'oggetto della dipendenza:** il grado di vicinanza culturale / accettazione della sostanza o del comportamento nel contesto socio - culturale di appartenenza influenza sia il paziente sia il valutatore sulla gravità da assegnare alla situazione clinica complessiva. Il tipo di sostanza non necessariamente è correlata alla gravità della dipendenza tuttavia si deve considerare che:

- l'alcol è una sostanza particolarmente tossica e pericolosa dal punto di vista biologico;
- l'eroina e la cocaina sono sostanze particolarmente disadattative per lo status che hanno assunto nella cultura generale;
- LSD e altri allucinogeni, anche se non determinano una vera dipendenza, quando utilizzati in modo continuativo, possono determinare effetti stabili, continuativi o discontinui, simil psicotici;
- i cannabinoidi sono generalmente percepiti come "normalizzati".

2. **La dinamica della dipendenza:** età e durata della patologia da dipendenza vanno correlate tra loro:

- l'età definisce una ipotetica posizione sociale (adolescente, adulto, anziano) in cui teoricamente si trova il paziente;
- la durata della patologia fornisce informazioni sull'età di esordio (e quindi sulla condizione neuro-psicosociale del paziente al momento del suo imprinting tossico manico, sulla durata del legame che il paziente ha stretto con la/le sostanze o sul comportamento.

Logicamente, sono fattori aggravanti il quadro clinico:

- la precocità dell'esordio, in particolare prima dei 20/25 anni (SNC non ancora maturo);
- la continuità dell'assunzione di sostanza o del comportamento senza intervalli liberi;
- la non richiesta di aiuto o la persistenza del comportamento nonostante gli interventi terapeutici;
- la lunga durata dell'assunzione di sostanza o del comportamento;
- la pervasività del comportamento tossicomane nei diversi ambiti di vita.

3. **Gli effetti psichici:** l'assenza di fattori protettivi "sani" da sostenere e da utilizzare come elementi protettivi di un comportamento dipendente rappresentano evidenti elementi di gravità. Particolare importanza va data alle caratteristiche della relazione terapeuta-paziente in particolare, va verificata l'accettazione della relazione contrattuale e il riconoscimento del terapeuta.

4. **La situazione di salute:** tutte le patologie associate complicano il quadro clinico complessivo, richiedendo l'organizzazione di interventi più articolati e coordinati anche tra Servizi diversi, tuttavia un vero aumento della gravità è determinato essenzialmente dagli aspetti psicopatologici/relazionali che, in modo diretto, rendono più difficile la relazione terapeutica con il paziente.

Tutti i disturbi di personalità e in particolare, per la loro frequenza nei pazienti dipendenti, quelli del cluster B del DSM (borderline, antisociale, narcisistico e istrionico) e il funzionamento mentale perverso (concetto psicodinamico, non ripreso nel DSM) costituiscono seri impedimenti al trattamento, tali da determinare un aumento di gravità.

5. **La situazione sociale:** la condizione della famiglia di origine (conviventi/separati) e il rapporto instaurato con i componenti della famiglia possono influire pesantemente sulla gravità.

Normalmente genitori separati e conflittuali, o genitori accudenti e anaffettivi sono fattori di gravità.

La convivenza con soggetti anch'essi dipendenti da sostanze può costituire un ulteriore fattore aggravante del quadro clinico. Altro elemento di gravità è nella cultura familiare: quando è strutturata in senso antisociale (ad esempio il misurare il valore della persona solo dal denaro e ritenere che qualsiasi mezzo sia lecito per procurarselo), rende non fruibile dal paziente buona parte dell'intervento terapeutico, in quanto sempre fondato su presupposti valoriali (legalità, onestà, tutela della vita) anche quando non è giudicante.

La cultura della famiglia, quindi, può costituire un fattore di gravità.

Una situazione economica precaria o insufficiente per il sostentamento minimo è sicuramente un elemento di gravità come una condizione di emarginazione sociale e relazionale.

Uno stile di vita strutturato attorno alla necessità di procurarsi denaro per mantenere il comportamento dipendente, soprattutto se porta a comportamenti antisociali (spaccio, prostituzione, truffe e reati contro il patrimonio) è un fattore di gravità del quadro clinico. Tali modalità di procurarsi denaro radicalizzano la dipendenza del paziente, facendogli perdere contatto con la "normalità" e assorbire come "naturale" modalità patologiche di vita.

Nel caso di una strutturazione egosintonica, il paziente si opporrà agli sforzi terapeutici che mettono in discussione il suo stile di vita. Nel caso di una strutturazione egodistonica, il paziente interiorizza una immagine di sé svalutata e disprezzata, compromettendo l'autostima necessaria per potersi progettare diversamente.

6. **La situazione giuridica:** in linea di massima può essere espressione di una maggiore gravità, in quanto la malattia da dipendenza ha introdotto il paziente nel circuito penale anche se gli effetti di una restrizione carceraria possono anche essere positivi per lo sviluppo di una relazione terapeutica per cui nella distanza ridurre la gravità della situazione clinica.

7. **La situazione affettiva:** se il rapporto emotivo-affettivo tra il paziente e un eventuale partner di riferimento anch'esso dipendente è molto intenso, se si ha di fronte un legame simbiotico, agito sia in modo amoroso-fusionale sia in modo aggressivo-conflittuale, la regressione psicologica del paziente rende il quadro di dipendenza più radicale e più maligno. Non si tratta in questa situazione di una complicazione, ma di un vero e proprio elemento di gravità significativo.

## Bibliografia

- Bonazzi G. (2000), *Storia del pensiero organizzativo*, FrancoAngeli.
- Borgonovi E. (1973), *L'economia aziendale negli istituti pubblici territoriali*, Giuffrè.
- Bortignon E., Frati P., Tacchini R. (1998), *Medici e Manager*, Edizione Medico Scientifico.
- Brenna A. (1999), *Manuale di Economia Sanitaria*, CIS Editore.
- Caccia C., Longo F. (1995), *L'applicazione di modelli organizzativi "evoluti" al sistema socio sanitario pubblico*.
- Cartoccio A., Fabbro M. (1992), "Complessità organizzativa e sviluppo manageriale", *Sviluppo e Organizzazione*, n. 131.
- Ciatto S. (1996), *Screening in medicina*, Il Pensiero Scientifico Editore.
- Cochrane A.L. (1999), *Efficienza ed efficacia*, Il Pensiero Scientifico Editore.
- EMCDDA (2000), *Key Epidemiological Indicator: demand for treatment by drus users*, EMCDDA, dicembre.
- Focarile F. (1998), *Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria*, Centro Scientifico Editore.
- Froman B. (1998), *Il manuale della qualità*, FrancoAngeli.
- Galbraith J. (1997), *Organization design*, Addison-Wesley, Reading.
- Grilli R., Penna A., Liberati A. (1995), *Migliorare la pratica clinica*, Il Pensiero Scientifico Editore.
- Hronec S.M. (1995), *Segni vitali: come utilizzare gli indicatori di qualità, tempo e costo per tracciare il futuro della vostra azienda*, FrancoAngeli.
- Mintzberg H. (1985), *Le strutture organizzative*, Il Mulino.
- Nonis M., Braga M., Guzzanti E. (1998), *Cartella clinica e qualità dell'assistenza: passato, presente e futuro*, Il Pensiero Scientifico Editore.
- ONU (2000), *World Drug report 2000*, United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention.
- Rachele U., Perrone V., *Modelli per la gestione del cambiamento organizzativo*, Economia & Management.
- Wienand U., Cinotti R., Prandi F. (1999), *Il miglioramento continuo delle aziende sanitarie*, Centro Scientifico Editore.

## Una bella giornata

Ci siamo ritrovati in 200 al Centro Intergenerazionale del Comune di Gorgonzola (e a molti colleghi abbiamo dovuto dire che non c'era posto) il 24 settembre per il IX Convegno Dipartimentale della ASL Milano 2.

Ma quest'anno l'evento aveva un significato in più: partire da un "anniversario", i 30 anni di apertura del Ser.T. di Gorgonzola, per fare il punto sulle azioni territoriali nell'ambito delle Dipendenze.

È stato questo l'obiettivo del convegno, che ha preso, infatti, spunto dalla lunga storia di intervento nel territorio dell'Adda Martesana: un territorio composto da 28 Comuni e 320.000 abitanti, ora parte importante della ASL Milano 2, che vede attualmente l'impegno nel Dipartimento delle Dipendenze di due Servizi per le Dipendenze, un Servizio per Alcol e Dipendenze Comportamentali, una Comunità Terapeutica, un Appartamento di reinserimento, una Unità mobile giovani, e tante sperimentazioni con un ruolo spesso rilevante dei Comuni.

Quattro relatori assai noti a livello nazionale, Fabio Mariani, Francesco Maisto, Fausto D'Egidio e Leopoldo Grosso hanno trattato gli sviluppi, con

le luci e le ombre, di 4 settori cruciali per le politiche antidroga: l'epidemiologia, la legge, la clinica, la riabilitazione.

Bello è stato vedere la presenza di molti sindaci del territorio, della direzione strategica della ASL, di molti attori pubblici e privati e di chi ha favorito, sia in ambito scientifico che manageriale, lo sviluppo dell'intervento sulle dipendenze.

Il convegno, partendo dalla esperienza, ha guardato al futuro, ai percorsi utili e necessari per un costante impegno dei servizi e del territorio, anche con una tavola rotonda finale con i capi dipartimento delle ASL vicine.

Uno spettacolo teatrale ha riportato ai problemi che i giovani si trovano ad affrontare in una società così "dipendente".

*Che dire: anche in momenti difficili, come quelli che stiamo vivendo in Lombardia per il riconoscimento del nostro lavoro, riusciamo ancora a stupirci e direi a commuoverci per la grande ricchezza scientifica ed umana del nostro impegno verso i pazienti.*

(Alfio Lucchini)



## Contaminazioni

Maurizio Fea

### La pancia e la cultura

Ne ho contati 12, senza fare alcuna ricerca specifica, semplicemente prendendo nota delle informazioni e promozioni pubblicitarie apparse su quotidiani e settimanali in questi tre/quattro mesi.

Parlo dei festival culturali, alcuni di consolidata tradizione, altri più recenti almeno per la loro promozione.

Si va dai festival disciplinari di filosofia, economia, scienze, letteratura, a quelli che propongono un tema sul quale si fanno convergere più saperi – c'è anche il festival dei saperi – portati da esperti italiani e stranieri, generalmente di notevole competenza, che intrecciano punti di osservazione e sguardi sapienziali di approfondimento o di divulgazione per pubblici curiosi e desiderosi di conoscere.

Scorrendo i programmi, c'è un punto che li accomuna tutti indistintamente: la totale assenza di qualsiasi contenuto che faccia riferimento al concetto di dipendenza, di qualsiasi genere, affettiva, chimica, economica, biologica, culturale, religiosa, politica. Per esempio nonostante il gran parlare che si fa del gioco d'azzardo in questi tempi, non ho trovato alcun riferimento, neanche marginale, eppure si parla di temi come probabilità, creatività, fantasia, capacità di calcolo dei polli e via discorrendo.

Sembra proprio che non solo la politica, ma in generale la cultura, non trovi il tempo e la voglia di provare ad approfondire e magari divulgare in forme meno semplificate di quello che avviene abitualmente sui mezzi di comunicazione, il tema del dipendere, quando questo significa una qualche forma di sbilanciamento di uno o più elementi della relazione a favore di un altro.

A dispetto di ciò, la relazionalità viene spesso posta a base di molte argomentazioni, dalla fisica delle particelle ai rapporti umani, e viene considerata dalla maggior parte delle discipline sia scientifiche che umanistiche la condizione cruciale per interpretare e giustificare sia nessi di incertezza che intercorrono tra gli eventi, che i vincoli di dipendenza che si creano nella storia dei fatti e delle cose.

Dunque il tabù delle dipendenze patologiche, ovvero quelle che per convenzione consideriamo foriere di possibili sofferenze e che per evidenza scientifica condividono le medesime basi neurofisiologiche di regolazione, inquieta il mondo della cultura al punto da suggerire di tenersene lontano?

Non ho risposte ma solo congetture, tra cui anche quella della casualità che non andrebbe mai esclusa a priori, ma può essere utile comunque provare a capire perché ciò avviene e cercare di influire sulle ragioni di tale disinteresse.

Il tema sembrerebbe evocare dei cortocircuiti mentali tra il provare a descrivere e ragionare su ciò che accade, perché accade, e la necessità di prendere posizione in merito a ciò che eventualmente andrebbe fatto, prima ancora di aver compreso quale è la natura del problema.

Ma il compito del lavoro culturale, per usare una espressione non più di moda, non dovrebbe essere anche quello di aiutare a prendere le giuste distanze dai problemi, per poterli maneggiare meglio?

Certo non è facile stare alla giusta distanza da qualcosa che appare ubiquo, permeante, insidioso, spesso deformato ad arte o inconsapevolmente, che può facilmente sconfinare nell'ovvietà del male dei nostri tempi e che rimanda dunque a palingenesi salvifiche o a malinconiche rassegnazioni.

Si dice competizione esasperata, eccessi voluttuari, euristiche esistenziali per la felicità o presunto benessere, derivate incontrollate del desiderio, in una parola un contesto di sviluppo individuale e collettivo sempre meno corticale e sempre più limbico, alimentato da capacità tecnologiche inimmaginabili fino ad un secolo fa.

Difficile per la corteccia sociale, di cui la cultura è una componente rilevante, riprendere il controllo sulle pulsioni e misurarsi con la miriade di desideri, aspettative, speranze deluse, che la corteccia stessa ha contribuito ad alimentare.

È suggestivo pensare che ci sia una corteccia sociale, che analogamente a quella cerebrale, svolga la funzione di controllore e regolatore degli umori e delle passioni, ma mentre nel caso del cervello si tratta di uno stato biologicamente definito nella sua natura e nel suo compito, seppure modellato dalla evoluzione e dalla esperienza, nel caso della società la sostanza della corteccia è tutta culturale ed il compito è assegnato dalle regole che ci si dà.

Come per il cervello è errato pensare che la parte corticale sia migliore di quella limbica, perché di più recente acquisizione, e ci si deve rassegnare al fatto che i conti tra la corteccia e il limbo sono sempre aperti, talora sbilanciati a favore dell'uno o dell'altro con le conseguenze che ben si conoscono, così la natura culturale della corteccia sociale deve fare i conti con i risultati complessivi di questi equilibri precari e sempre rivedibili, tra la pancia e la testa degli umani.

Compito arduo quindi, ma non impossibile, faticoso e molto impreciso, spesso provvisorio, stretto tra la necessità delle certezze, ambita dalla pancia e la sua impossibilità ontologica.

Non è un compito da medaglie e forse questa è una delle ragioni per cui è difficile per il mondo della cultura appassionarsi al tema, anche la cultura ha una pancia da soddisfare e con cui fare i conti, tuttavia sono convinto che ci siano spazi di interazione e dialogo tra il mondo delle dipendenze e altri ambiti disciplinari che funzionano come importanti motori culturali, capaci di fornire cornici di senso e chiavi interpretative di fenomeni complessi come quelli delle dipendenze.

Ho chiamato questa rubrica *Contaminazioni* perché ritengo fondamentale per la nostra disciplina cercare di uscire dagli ambiti, talora un pò asfittici, nei quali ci siamo a volte relegati, per con-

tamararci con altri saperi volti ad acquisire conoscenze, allargare i punti di vista per mettere in discussione apparenti certezze. "a volte bisogna pensare da eroi per comportarsi da persone appena passabili" dice Sean Connery nel film La Casa Russia dall'omonimo libro di Le Carrè.

Non penso affatto che sia un gesto eroico quello di contaminarsi con altri saperi, anche se c'è il rischio dell'eclittismo domestico e superficiale che va evitato assolutamente, con rigore metodologico, disponibilità allo studio e alla ricerca, tenacia nel seguire obiettivi, voglia di approfondire a dispetto delle difficoltà quotidiane e del clima culturale che regna nella maggior parte delle aziende sanitarie, poco orientato alla speculazione, all'approfondimento, alla ricerca delle risposte migliori ai bisogni di salute dei cittadini.

A volte non ci si rende conto di essere soggetti che partecipano e talora in modo importante, alla vita culturale del paese, con il limite spesso dato dall'essere considerati "esperti di uno specifico" e quindi soggetti consultabili al bisogno, per fornire chiavi interpretative che poi vengono usate da altri che fanno pensiero, mainstream, talvolta cultura e più spesso politica.

Diventare soggetti con capacità proprie e relativamente autonome, di fare cultura, produrre scuole di pensiero, incidere sulla formazione, orientare le coscienze, essere attrattori di nuove

energie, richiede consapevolezza, intenzione e molta fatica, oltretutto competenze.

Intanto si potrebbe ripensare la formazione disciplinare, sottraendola per quello che è possibile, alle infelici regole contabili dell'accreditamento e degli elementari e facilmente eludibili strumenti di verifica, in favore di processi di formazione e apprendimento non semplicemente nozionistici e alla lunga ripetitivi (questi ognuno se li può fare per conto proprio) ma capaci di produrre nuove idee e di attivare meccanismi virtuosi e orgogliosi di competizione, di sviluppo di nuove competenze e trasformazione di quelle esistenti.

Se poi vogliamo pensare in grande, perché non considerare la possibilità di promuovere un Festival culturale sulle dipendenze, uno spazio mentale e discorsivo per il pubblico non necessariamente esperto, su cui fare convergere almeno una parte dei molteplici interessi, che il tema può attrarre.

È una sfida che deve cominciare all'interno del nostro mondo professionale e associativo, fino ad ora più disposto a competere per le poche risorse che a costruire sinergie e ponti, essenziali per affrontare cimenti come quello che propongo.

La proposta è sul tavolo.

maurizio.fea@gmail.com

## RECENSIONE



John Bowlby

### IL SEMINARIO DI MILANO Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento

a cura di Marco Bacciagaluppi

pp. 168, € 22,00

Collana: Psicoanalisi contemporanea:

Sviluppi e prospettive

Codice: 1215.3.10

Editore: FrancoAngeli

Il *Seminario di Milano* ci fa rivivere le due giornate seminariali tenute da John Bowlby a Milano nel 1985 e costituisce un'importante testimonianza inedita non solo del Bowlby teorico e fondatore della *Attachment Theory*, ma anche del Bowlby clinico, supervisore di casi e persona reale.

Il libro riporta integralmente il *Seminario*, offrendo al lettore e allo studioso una messe di informazioni di prima mano sulla declinazione applicativa della teoria alla pratica clinica, ed è corredato da un epistolario di quegli stessi anni tra Bowlby e Bacciagaluppi, curato-

re del volume. I contributi di Agnetti, Barbato e Ferrandes ambientano storicamente il *Seminario* nel contesto italiano psichiatrico e psicoterapico dell'epoca, mentre nella parte finale del libro Osimo sviluppa il tema dell'intersezione tra teoria dell'attaccamento e modelli dinamico-esperienziali, sostanziandolo con brani di dialogo tratti da un caso clinico reale.

Il libro nel suo insieme ha quindi due punti di interesse principali: quello relativo all'articolazione della teoria nella pratica clinica psicoterapica, e quello storico documentale, fonte di dati di prima mano sul fondatore della *Attachment Theory*, il cui valore scientifico e clinico si è andato affermando in modo trasversale rispetto ai diversi modelli teorici e di intervento.

*John Bowlby* (1907-1990) è stato membro della British Psychoanalytical Society. Prima della seconda guerra mondiale scrisse un libro sull'aggressività e sulla guerra assieme al suo amico Evan Durbin. Dopo avere lavorato sui bambini bisognosi per la World Health Organization (WHO), elaborò la teoria dell'attaccamento nella trilogia di *Attachment, Separation and Loss*. La teoria si basa sull'etologia e la teoria dell'evoluzione, e dà anche molta importanza ai rapporti interpersonali, alle dinamiche familiari e ai meccanismi cognitivi. Bowlby lavorò per molti anni alla Tavistock Clinic di Londra.

Il Comitato scientifico nazionale, con la collaborazione del Gruppo MIND (medici infettivologi nelle dipendenze) e del centro Trapianti di Torino, Ospedale Molinette, ha fatto il punto su un tema poco trattato: l'indicazione e l'accesso ai trapianti per i pazienti tossicodipendenti. Secondo lo spirito della rubrica, l'intento è mettere a disposizione degli Operatori SERD una sintesi dello stato dell'arte.

Si rinnova l'invito a tutti i Colleghi a suggerire tematiche da trattare o a proporre lavori originali.

Un cordiale saluto

il Direttore del CSN, Emanuele Bignamini.

## Trapianti e dipendenze: uno scenario complesso

D. Pini<sup>1</sup>, L. Giordanengo<sup>2</sup>, A. Gramoni<sup>3</sup>, E. De Vivo<sup>4</sup>, D. Aguilar Marucco<sup>5</sup>, M. Bellinato<sup>4,6</sup>, G. Desantis<sup>1</sup>, S. Quaglia<sup>1</sup>, D. Zeme<sup>1</sup>, E. Bignamini<sup>4</sup> per il gruppo MIND

### SUMMARY

■ *Solid organ transplantations have been performed increasingly in Italy in last years reaching the number of almost 3,000 in 2014. Liver transplant is the second most common one and is often performed in patients with end-stage alcoholic liver disease or in patient affected by cirrhosis caused by hepatitis viruses (hepatitis B virus, HBV, or hepatitis C virus, HCV). This kind of patients may present problems related to the use or abuse of alcohol or illicit drugs. Public services who take care of these patients (Servizi per le Dipendenze, SerD) are so involved in the process of cure before and after the transplant. Before, the role of an addiction specialist may be focused on the screening and identification of patients with a high risk on relapse in heavy alcohol use. After, offering treatment and helping patients regain and maintain abstinence. Ideally, a multidisciplinary approach would be offered to the patients, including addiction specialist, behavioral therapist and social worker following up the patient before and after transplantation. ■*

**Keywords:** *transplant, cirrhosis, alcohol, HCV-infection, acute alcoholic hepatitis, chronic liver disease.*

**Parole chiave:** *trapianto, cirrosi, alcol, infezione da HCV, epatite alcolica acuta, malattia epatica cronica.*

L'attività lavorativa all'interno dei Servizi che si occupano di persone con problemi di dipendenza è diventata negli ultimi anni sempre più variegata stimolando gli operatori a confrontarsi con nuovi scenari: nuove sostanze e nuove modalità di assunzione, comorbilità, dipendenze senza sostanze, certificazioni medicolegali, accertamenti lavorativi per mansioni "a rischio".

1. S.C. Ser.D. Sangone.

2. Psicologia Medica e Psicoterapia dei Trapianti, AOU Città della Salute e della Scienza, Torino.

3. S.C. Ser.D. Pinerolo.

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

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

6. S.C. Ser.D. Moncalieri.

Anche i progressi tecnici e scientifici di altre discipline, apparentemente lontane, hanno avuto ripercussioni sulle nostre competenze.

Un esempio può essere il progressivo miglioramento delle conoscenze e delle capacità tecniche nel campo del trapianto d'organo che, se da un lato ha ampliato le possibili indicazioni al trapianto a pazienti ritenuti in passato non eligibili (ad esempio in caso di infezione da HIV), dall'altro pone allo stato attuale nuovi interrogativi nella selezione del donatore e nella valutazione del ricevente. La persona che ha o ha avuto nel suo passato problemi di dipendenza può essere affetto da infezioni virali trasmissibili (infezioni da virus epatitici, infezione da HIV) che limitano la possibilità di essere donatore di un organo e, d'altra parte, lo espongono a situazioni cliniche che potrebbero porta-

re alla necessità di ricevere un trapianto di fegato, come in alcuni casi avviene in casi di cirrosi epatiche di origine virale o da abuso alcolico, trapianti di cuore e/o polmone nel paziente alcol-dipendente o tabagista, pancreas nell'abusatore di alcol. Inoltre si evidenzia come l'età media degli utenti i carico ai Servizi per le Dipendenze sia progressivamente in aumento; questo dato accresce anche la probabilità che i pazienti seguiti presentino nel corso della loro vita patologie internistiche, anche non correlabili alla dipendenza, che possono richiedere un trapianto d'organo.

Nel 2014, in Italia sono stati eseguiti 2976 interventi di trapianto (135 in più rispetto al 2013).

L'attività trapiantologica risulta complessivamente cresciuta, con alcune peculiarità: rene e fegato hanno registrato un incremento decisivo, arrivando rispettivamente a 1586 trapianti (85 in più rispetto al 2013) e 1056 interventi (58 in più rispetto al 2013) mentre restano sostanzialmente stabili i trapianti di cuore (226) e quelli di polmone (126) (Centro Nazionale Trapianti - Comunicato stampa del 19 febbraio 2015).

Nel campo delle dipendenze ci troviamo coinvolti più spesso nella gestione di casi di trapianto di fegato.

Il numero limitato di organi disponibili richiede ovviamente una valutazione attenta ed equa dando priorità di accesso alle persone in condizioni cliniche più gravi *quoad vitam*, ma che facciano presupporre un più lungo periodo di sopravvivenza dopo il trapianto e che possano "prendersi cura" dell'organo che hanno ricevuto.

I mesi e gli anni che seguono un trapianto impongono al ricevente di seguire scrupolosamente terapie farmacologiche, visite ed esami di controllo, uno stile di vita particolarmente attento alla tutela della propria salute: questo percorso, particolarmente impegnativo per chiunque, può essere ancor più difficile per chi ha anche un problema di dipendenza.

In Italia, normative nazionali e protocolli formulati e adottati localmente dai singoli Centri Trapianti fanno specifico riferimento all'uso di sostanze e alcol, sia nel caso della donazione che della ricezione di un organo.

Il Centro Nazionale trapianti nel 2012 ha pubblicato dei criteri generali per la valutazione di idoneità del donatore, rivisti nel luglio 2015.

In questo ampio documento, fra gli altri aspetti, vengono definiti dei livelli di rischio per il ricevente rispetto a patologie o condizioni del donatore:

1. *Rischio inaccettabile* (criteri di esclusione assoluti);
2. *Rischio standard* (non emergono fattori di rischio per malattie trasmissibili);
3. *Rischio non standard* suddiviso in *Rischio Trascurabile* e *Rischio Accettabile*.

Quest'ultimo punto è di nostro interesse in quanto si riferisce a casi in cui il processo di valutazione non permette un'adeguata classificazione del rischio per mancanza di uno o più elementi di valutazione e casi in cui il donatore ha tenuto nelle due settimane precedenti la donazione riferiti o documentati comportamenti ad elevato rischio di acquisizione di patologie infettive, la cui eventuale presenza non è rilevabile anche con l'utilizzo delle più sensibili metodiche di biologia molecolare.

Tali comportamenti sono:

- a) uso di droghe per via parenterale o per via inalatoria;
- b) abitudini sessuali che possono aumentare il rischio di trasmissione di malattie;
- c) rapporti sessuali con soggetti con documentata infezione da HIV;

d) esposizione a sangue di soggetto con sospetta infezione da HIV sia mediante inoculo che per contaminazione di ferite cutanee o mucose;

e. detenzione in ambiente carcerario.

In questi casi l'utilizzo del donatore non è precluso a priori.

L'utilizzo degli organi deve essere valutato caso per caso, in funzione delle informazioni disponibili e/o delle particolari condizioni dei riceventi.

Lo stesso documento consiglia durante l'esame obiettivo di evidenziare "segni palesi di uso di stupefacenti" e di eseguire in casi selezionati (non standard sul donatore) un esame tossicologico su sangue e urine.

Ci sembra importante evidenziare come l'attività di donazione di organi, con il suo valore etico e sociale, non venga aprioristicamente esclusa per chi ha usato sostanze.

Se questo orientamento si basa su considerazioni essenzialmente pragmatiche è anche vero che suppone un concetto di inclusione sociale e di valore della persona che non va sottovalutato. D'altronde, quando ad aver bisogno di un trapianto è invece una persona con dipendenza l'opinione pubblica e gli stessi operatori sanitari possono sollevare dubbi sulla sua opportunità e si chiedono prove di astensione prolungata nel timore di ricadute che non sempre si basano su solide evidenze scientifiche.

## Indicazioni consolidate al trapianto di fegato nell'adulto

La necessità del trapianto si può verificare nel caso di un'epatopatia acuta estremamente grave o fulminante e più frequentemente, nel caso di un'epatopatia cronica non reversibile; l'eziologia può essere variabilmente infettiva o esotossica.

Negli ultimi anni la percentuale di pazienti trapiantati per patologie epatiche primarie alcol-correlate è progressivamente in aumento, pur rimanendo l'eziologia virale la causa più rilevante di patologia epatica grave che può condurre alla necessità di un trapianto di fegato.

Le malattie del fegato che più comunemente conducono alla cirrosi epatica scompensata e quindi al trapianto epatico sono quelle virali, le forme alcoliche, le malattie epatiche colestatiche, le forme autoimmuni e le criptogenetiche (ovvero da causa non nota).

Come vediamo, le due cause più frequenti le possiamo osservare nei nostri pazienti a volte anche contemporaneamente (persona con epatite cronica da HCV che abusa di alcol).

L'epatite alcolica acuta è una sindrome clinica caratterizzata da ittero e progressivo danneggiamento epatico in seguito all'assunzione di alcol.

Le epatiti fulminanti costituiscono una condizione clinica peculiare, caratterizzata dall'insorgenza di insufficienza epatica acuta in un paziente anche non portatore di una patologia epatica pregressa.

Nella maggior parte dei casi l'eziologia è virale, ma l'improvvisa compromissione della funzione epatica può anche essere secondaria all'azione tossica indotta da farmaci o da funghi.

Può essere interessante ricordare il caso di un giovane paziente trapiantato d'urgenza in seguito all'assunzione di metanfetamina e alcol.

È una condizione che fa registrare una mortalità a breve termine superiore al 30%.

Per fronteggiare un caso di epatite acuta fulminante è stata valutata l'efficacia di alcuni trattamenti farmacologici, ma solo due

farmaci sono stati inseriti nelle linee guida di trattamento pubblicati dall'American Association for the Study of Liver Diseases e dall'European Association for the Study of the Liver (European Association for the Study of Liver (2012), "EASL clinical practical guidelines: management of alcoholic liver disease", *J Hepatol*) il prednisolone e la pentossifillina ma l'incertezza circa il loro reale beneficio persiste ancora.

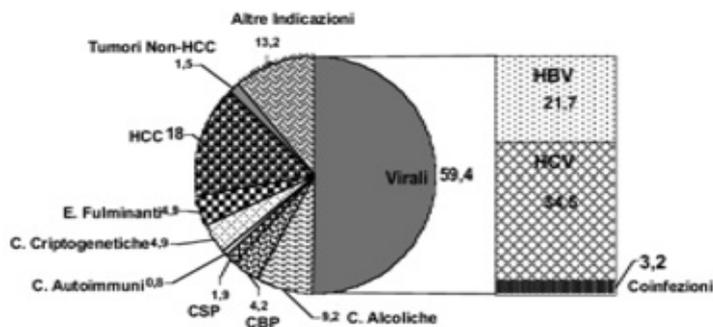
Il trapianto pertanto rimane l'unica possibilità di cura, ma l'eventuale condizione di alcolismo cronico può rappresentare una grave pregiudiziale che, oltre a non garantire la guarigione, in molti centri impedisce l'accesso al trapianto stesso.

Per valutare la gravità della situazione clinica generale ed epatica in particolare si utilizzano alcuni parametri standardizzati, il più utilizzato dei quali è il MELD (Model for End-stage Liver Disease). Esso si basa sulla determinazione dei valori di bilirubina, di INR (indice della coagulazione del paziente) e di creatinina (indice della funzione dei reni).

Punteggi più alti indicano la necessità di un trapianto urgente mentre punteggi più bassi (generalmente al di sotto di 15).

Le indicazioni consolidate al trapianto di fegato per malattia epatica terminale in Italia sono riportate nella Figura 1 (AISF, 2004).

**Fig. 1 - Indicazioni al trapianto di fegato nell'adulto per malattia epatica terminale in Italia in relazione all'eziologia, su un campione di 3026 pazienti trapiantati in Italia dal 1983 al 1999. Il numero accanto a ciascuna diagnosi rappresenta l'apporto percentuale per quella indicazione. C = cirrosi, E = epatite, HCC = carcinoma epatocellulare, CSP = colangite sclerosante primitiva, CBP = cirrosi biliare primitiva**



La cirrosi epatica alcolica è un'indicazione consolidata al trapianto di fegato.

I risultati del Registro Europeo (European Liver Transplant Registry, ELTR) relativi a circa 7000 trapianti eseguiti nel periodo 1988-2001 indicano una sopravvivenza del paziente del 72% a 5 anni e del 59% a 10 anni.

L'indicazione al trapianto di fegato per questa patologia richiede una accurata valutazione dell'idoneità del ricevente, sia per motivi etici che clinici.

I motivi clinici sono rappresentati dal fatto che nei pazienti con cirrosi alcolica debbono essere esclusi importanti fattori di comorbidità da abuso cronico di alcol che possono influenzare negativamente la prognosi, quali:

- il danno organico cerebrale;
- la presenza di cardiomiopatie;
- la presenza di pancreatite cronica;
- la malnutrizione proteica.

In ogni caso, nel porre l'indicazione al trapianto, occorre tenere in particolare considerazione che:

- a) la severità della malattia spesso regredisce con l'astinenza prolungata

- b) coesiste frequentemente (14-37%) una infezione da HCV;
- c) l'abuso di alcol dà dipendenza, la quale può essere adeguatamente trattata e richiede una specifica valutazione psicologica;
- d) i pazienti debbono avere un documentato lungo periodo di astinenza prima di essere valutati per l'immissione in lista (abituamente almeno 6 mesi).

La cirrosi HCV-correlata è l'indicazione più frequente al trapianto di fegato (30-45% del totale) nel mondo.

In Italia nel periodo 1983-1999 ha rappresentato il 34,9% delle indicazioni.

L'appropriatezza dell'indicazione è giustificata sia dall'elevato numero di morti per cirrosi HCV-relate sia dall'evidenza che il trapianto si associa ad una sopravvivenza del paziente a 5 anni accettabile rispetto a quella di altre indicazioni.

La sopravvivenza a 10 anni è invece lievemente inferiore.

In Italia la sopravvivenza di pazienti trapiantati per cirrosi da HCV è risultata del 68,6% a 5 anni e del 57,2% a 10 anni.

L'introduzione in terapia di farmaci antivirali di sempre maggiore efficacia, potrebbe però progressivamente modificare la storia naturale delle infezioni da HCV; infatti le alte percentuali di risposta ad un trattamento con farmaci di nuova generazione, potrà portare in futuro a maggiori percentuali di guarigione di un'infezione da HCV e ad una stabilizzazione delle condizioni cliniche, anche in pazienti in fase avanzata di cirrosi HCV correlata.

I pazienti portatori di HIV, dopo l'introduzione di terapie basate sulla combinazione di tre o più farmaci antiretrovirali (HAART= Highly Active Anti-Retroviral Therapy), mantengono spesso un'infezione cronica senza sviluppare AIDS.

Questi pazienti hanno frequentemente una coinfezione con virus epatitici.

Si stima che in Italia il 50% dei 120.000 pazienti HIV positivi abbia una coinfezione da HCV, il 4% da HBV ed il 4% una coinfezione da HBV e HCV.

Ciò spiega perché il 36% dei decessi di pazienti HIV infetti in "era HAART" è dovuto ad insufficienza epatica terminale, che rappresenta attualmente, dopo l'AIDS, la seconda causa di morte di questi pazienti.

L'aspettativa di vita per i soggetti HIV-positivi con buon compenso immunologico in terapia antiretrovirale può oggi essere considerata pari alla popolazione generale.

Questa osservazione ha quindi recentemente aperto le porte alla possibilità, prima negata, per le persone con infezione da HIV di essere sottoposte al trapianto di un organo qualora ce ne sia la necessità e rispondano a determinati requisiti clinici.

## Il ruolo dello specialista Ser.D. nelle procedure di valutazione nel trapianto d'organo nel paziente affetto da dipendenza patologica

In questo panorama e in presenza di patologie multifattoriali e di comorbidità, i Ser.D. possono essere coinvolti nella valutazione dei pazienti e può essere richiesta una stretta ed attiva collaborazione con i Centri Trapianti, sia nella fase pre- che post-trapianto.

Nell'ambito delle patologie da dipendenza da sostanze d'abuso, le problematiche correlate all'abuso e alla dipendenza da alcol rappresentano senza dubbio una problematica in progressiva diffusione, con una prevalenza in aumento e con una evoluzione in situazioni cliniche di crescente gravità.

Pertanto i casi più frequenti di intervento dei SerD nella valutazione di pazienti nella fase di pre-trapianto e di monitoraggio nella fase di post trapianto è rappresentata da situazioni di dipendenza da alcol.

Una parte consistente delle problematiche alcolcorrelate è riferibile a danni epatici; esiste infatti una correlazione diretta tra le quantità di alcol consumato e la prevalenza di epatopatie croniche alcol-correlate e cirrosi.

Inoltre non è da dimenticare anche la possibile coesistenza di infezioni epatiche da virus epatotropi, in particolare HBV e HCV, che favoriscono un'evoluzione più rapida del danno epatico e una maggiore rapidità di progressione verso quadri clinici di maggiore gravità.

In alcuni casi il trapianto epatico rappresenta un intervento indispensabile al fine di preservare in vita i pazienti con patologie epatiche irreversibili.

Altro aspetto rilevante è dato dal fatto che circa il 30-40% dei pazienti trapiantati riprende l'utilizzo di alcol successivamente al trapianto e circa il 20% dei trapiantati può ricadere in un uso patologico di alcolici.

La ricaduta nell'uso di alcol pertanto aumenta in maniera rilevante i rischi post trapianto e la percentuale di mortalità, anche se alcuni studi sostengono che solo in una piccola percentuale di casi la morte nel periodo post trapianto sia direttamente causata dalla ricaduta nel consumo patologico di alcol.

Sono inoltre da considerare alcuni dei fattori che possono far prevedere una ricaduta: depressione, mancanza di rete familiare o sociale stabile, uso di tabacco, mancanza di *insight*, quantità media di alcol assunta devono essere tenuti in considerazione nella valutazione.

Si rende pertanto indispensabile, per aumentare le percentuali di successo terapeutico, sia nel periodo pre-trapianto, sia nel successivo periodo, una attenta valutazione del paziente, al fine di garantire una consolidata e perdurante condizione di astensione dall'uso di alcol.

Le linee guida di valutazione pre-trapianto, indicano in genere che risulta necessario un periodo di astensione dall'uso di alcol precedente al trapianto di almeno 6 mesi.

Tale indicazione è stata peraltro discussa nell'ambito scientifico e sono emersi alcuni pareri non univoci sulla assolutezza di tale

regola (Consensus conference – AASLD, Liver Transplantation, 2005).

Il ruolo del Ser.D. nella valutazione del paziente appare pertanto determinante, non solo al fine di predisporre un programma di disintossicazione e di mantenimento dell'astensione da alcol, ma anche per valutare i fattori predittivi di una possibile ricaduta nel periodo post-trapianto.

Alcuni studi osservano come la gravità dello stato di alcoldipendenza, la valutazione dello stato psicopatologico, la motivazione del paziente, le problematiche cognitive e le finalità dei trattamenti siano fattori associati al rischio di ricaduta.

Inoltre anche la durata del periodo di astensione dall'uso di sostanze d'abuso rappresenta un fattore predittivo sulla possibile ricaduta.

Quali le possibili opzioni trattamentali nel periodo che precede il trapianto epatico?

Alcuni studi indicano come i trattamenti psicosociali e farmacologici possano essere significativi.

I trattamenti psicosociali possono contribuire a ridurre il consumo di alcol sia nel periodo precedente il trapianto, sia nel periodo successivo.

Risulta altresì importante che si instauri una collaborazione reciproca fra il Ser.D. e gli specialisti del Centro Trapianti, al fine di assicurare una continuità di cure e un monitoraggio continuo volto a prevenire eventuali ricadute e a supportare il paziente nel suo percorso di cura.

Anche le terapie farmacologiche possono contribuire al raggiungimento e al mantenimento dello stato di astensione da alcolici, in particolare nel periodo pre-trapianto; scarsi i dati in letteratura sull'efficacia delle terapie farmacologiche per il mantenimento dell'astensione nel periodo post-trapianto, dove comunque sono da preferirsi farmaci con metabolismo extraepatico.

Sono inoltre da segnalare alcune situazioni nelle quali il trattamento in gruppi di auto mutuo aiuto può portare a risultati significativi in associazione ad altri trattamenti.

Oltre alla parte trattamentale, uno dei compiti prioritari del Ser.T. rimane sicuramente quello del monitoraggio del consumo di alcol.

A questo proposito risultano importanti le informazioni ricevute dal paziente ed dai suoi famigliari, con una attenta anamnesi.

**Tab. 1 - Esempi di criteri di valutazione dei pazienti per il trapianto d'organo (con particolare riferimento alla dipendenza da alcol nel trapianto di fegato)**

<b>Grado di gravità del consumo alcolico</b>	Quantità del consumo alcolico Criteri diagnostici (ad es. secondo il DSM5) Storia familiare Età di inizio Durata del consumo continuativo
<b>Astensione</b>	Durata dell'astensione pre trapianto Compliance ai trattamenti
<b>Comorbilità</b>	Psichiatriche Infettivologiche Uso di altre sostanze/farmaci
<b>Presenza di deficit cognitivi</b>	
<b>Problematiche nell'area sociale</b>	
<b>Caratteristiche personali del paziente</b>	Grado della motivazione Occupazione lavorativa Grado di istruzione Capacità di autodeterminazione

I dati di laboratorio ed i markers specifici per consumo di alcol rappresentano però una parte essenziale del monitoraggio del consumo alcolico.

I markers tradizionali come la gammaglutamiltransferasi non sono consigliati nel periodo pre-trapianto, in quanto possono essere alterati in una condizione di danno epatico avanzata; la gamma -gt può risultare maggiormente attendibile nel monitoraggio post-trapianto.

La transferrina carboidrato-carente (CDT) risulta più specifica per verificare l'utilizzo di alcol e può avere valori elevati fino a due settimane successive il consumo elevato di alcol.

Il suo utilizzo è consigliato in particolare nel monitoraggio post-trapianto.

Rispetto ad altri markers biochimici è meno suscettibile di false positività correlate al danno epatico.

Uno dei biomarker di determinazione dell'uso alcolico che viene sempre più utilizzato con risultati promettenti è l'etilglucuronato.

In particolare la ricerca di tale marker sulla matrice cheratinica, permette di valutare il consumo di alcol per periodi di tempo più lunghi; la non invasività del test inoltre consente una maggiore compliance da parte del paziente.

I valori di cut-off permettono inoltre di distinguere, con maggiore accuratezza, tipologie di consumo alcolico differenti e soprattutto di verificare con maggiore attendibilità uno stato di astensione completa.

Il test è altamente specifico e potrebbe, in futuro, sostituire completamente gli altri markers biochimici.

Un altro aspetto importante nel contesto del trapianto nel paziente dipendente (in particolare alcol-dipendente e relativamente al trapianto epatico) rimane ancora ad oggi la questione etica.

La discussione sull'opportunità di trapiantare un paziente con un disturbo patologico da alcol (senza dimenticare le eventuali altre sostanze d'abuso) rimane ancora aperta.

I dati di letteratura hanno peraltro fornito alcune indicazioni, che paiono in controtendenza rispetto ai preconcetti da molte parti sostenuti in passato.

Ad esempio si è osservato che le percentuali di sopravvivenza dei pazienti trapiantati per patologie alcol-correlate appare sovrapponibile a quella relativa a trapiantati per patologia epatica di altra etiologia; inoltre la percentuale di recidiva di uso di alcolici appare più bassa nei pazienti con problematiche di alcolodipendenza rispetto ai non alcolodipendenti; o ancora un consumo moderato di alcolici nei post-trapiantati non pare essere correlato con gravi conseguenze all'organo trapiantato.

I protocolli finora in uso per la valutazione al trapianto di fegato nei paziente alcolodipendenti, hanno sempre tenuto in considerazione esclusivamente il mantenimento dell'astensione assoluta, ponendo nei sei mesi precedenti il trapianto il periodo minimo necessario per l'accesso alla valutazione del trapianto.

Su questo aspetto molte conoscenze sono ancora da acquisire e il contributo dell'esperienza dei Ser.D. può senza dubbio risultare importante per eventuali decisioni future o nelle revisioni delle attuali linee guida.

Come peraltro già visto in precedenza, molti risultano invece i parametri da considerare nella valutazione dell'idoneità al trapianto, anche relativamente all'utilizzo di altre sostanze "d'abuso" che possono creare problematiche etiche.

Il consumo di sigarette, l'utilizzo di alcuni farmaci, il consumo di sostanze psicotrope d'abuso anche per via e.v, la compresenza di altre patologie droga correlate ad eziologia infettiva (ad es. HCV, HBV, HIV) costituiscono un'area di indagine molto impor-

tante che ovviamente può essere un criterio di esclusione anche nei pazienti che mantengono un prolungato periodo di alcol free pre-trapianto epatico o un cofattore negativo nella fase di post-trapianto.

## Trapianti e dipendenze: quali i problemi aperti?

Nella discussione su questo binomio complesso fra dipendenze e trapianti, rimangono senza dubbio molti i punti critici e la discussione sull'opportunità di accesso al trapianto per persone con problemi di dipendenza patologica rimane un problema eticamente e scientificamente aperto.

Le dipendenze hanno acquisito ad oggi conoscenze scientifiche sempre maggiori, sostenute e confermate da importanti rilievi di letteratura scientifica, ma rimangono ancora irrisolte e presenti alcune rappresentazioni "alternative (di tipo morale, medico e sociologico), che permangono molto diffuse a livello sociale e culturale, anche nell'ambito degli operatori sanitari.

Tali "rappresentazioni" spesso rendono difficile una discussione scientifica obiettiva ed efficace fra le parti coinvolte e richiederanno in futuro una maggiore collaborazione e scambio di informazioni fra il mondo dei "tossicologici" e quello dei "trapiantologi".

Se l'uso continuativo di alcol o di sostanze d'abuso è considerato attualmente un criterio assoluto di esclusione dalle liste di trapianto, rimangono perplessità ad esempio sui paziente astinenti dall'uso di sostanze d'abuso, ma in trattamento con farmaci oppio-agonisti.

La terapia con oppio-agonisti viene ad oggi ritenuta il gold standard nei trattamenti di cura della dipendenza da oppioidi; la ritenzione in tali trattamenti ha evidenziato una provata efficacia nella riduzione dei casi di overdose da eroina. nel supporto del raggiungimento di perduranti condizioni di riabilitazione e astensione del paziente tossicodipendente dal consumo di sostanze.

L'uso dei farmaci oppio-agonisti (in caso di provata astensione da altre sostanze) quindi deve rimanere un criterio di esclusione dalle liste di attesa per trapianto d'organo?

Secondo le linee guida tale terapia appare incompatibile con il trapianto, ma in alcuni centri trapianti questa incompatibilità ha iniziato ad essere motivo di discussione e si stanno aprendo spazi di confronto tra i centri trapianti e i centri di cura per le dipendenze, al fine di discutere se potranno essere previste in futuro nuove considerazioni sull'accesso al trapianto di persone in terapia con oppioidi.

Un altro aspetto critico, spesso meno considerato, riguarda i pazienti tabagisti con un persistente consumo di sigarette.

Anche il fumo di tabacco è controindicato in tutti i programmi di trapianto e di conseguenza; a tutti i pazienti viene chiesto un impegno a smettere, ma il controllo in questo ambito appare "meno stretto", tant'è che esclusivamente nel caso del trapianto di polmone vengono di routine richiesti controlli laboratoristici che certifichino lo stato di assoluta astensione.

D'altra parte la letteratura disponibile concorda nell'evidenziare un aumento della morbilità e della mortalità nel post-trapianto nei pazienti che riprendono a fumare, in particolare se in presenza di problematiche correlate al consumo patologico di alcolici.

Quindi anche relativamente al consumo di fumo di tabacco, le posizioni e le "attenzioni" non paiono essere sempre univoche e anche questo aspetto meriterebbe un approfondimento di maggior rilievo scientifico.

## Conclusioni

I trapianti d'organo costituiscono ad oggi una opportunità terapeutica salva vita per alcune gravi patologie.

L'accesso alle liste d'attesa per il trapianto richiede attente valutazioni cliniche, sia precedentemente al trapianto, sia successivamente.

In alcuni casi l'uso di sostanze d'abuso, di alcol o di alcuni farmaci rende più difficile la valutazione, fino ad escludere dalle liste di trapianto questi pazienti.

Forse più che in altri ambiti, risulta pertanto necessario una stretta collaborazione fra i team specialistici dei Centri Trapianto ed i Ser.D., al fine di acquisire reciprocamente informazioni e conoscenze utili a superare eventuali pregiudizi ancora in molti casi presenti anche nel mondo scientifico relativi alle dipendenze patologiche.

Il ruolo dei Ser.D. pertanto può risultare determinante in questo ambito: un'attenta valutazione e conoscenza del paziente, può apportare informazioni determinanti e apportare un contributo essenziale a consentire con maggiore possibilità di raggiungere il traguardo del trapianto e a preservare la salute e la vita dei pazienti.

## Bibliografia

1. Thursz M.R., Richardson P., Allison M., Forrest E.H. *et al.* (STOPAH Trial) (2015), "Prednisolone or pentoxifylline for alcoholic hepatitis", *N Engl J Med.*, 37(17): 1619-28.
2. Erim Y., Böttcher M., Schieber K., Lindner M., Klein C., Paul C., Beckebaum S., Mayr A., Helander A. (2015), "Feasibility and Acceptability of an Alcohol Addiction Therapy Integrated in a Transplant Center for Patients Awaiting Liver Transplantation", *Alcohol and Alcoholism*. doi: 10.1093/alcalc/adv075.
3. Criteri generali per la valutazione di idoneità del donatore versione approvata dal Centro Nazionale Trapianti nella seduta del 7 luglio 2015, [www.trapianti.salute.gov.it](http://www.trapianti.salute.gov.it).
4. Trapianto di fegato non urgente dell'adulto. Raccomandazioni della Commissione di Studio AIFS ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LO STUDIO DEL FEGATO, 2004.
5. Kamath P.S., Wiesner R.H., Malinchoc M., Kremers W., Therneau T.M., Kosberg C.L., D'Amico G., Dickson E.R., Kim W.R. (2001), "A Model to Predict Survival in Patients With End-Stage Liver Disease", *Hepatology*, 33: 464-470.
6. Piano S., Marchioro L., Gola E. *et al.* (2014), "Assessment of alcohol consumption in liver transplant candidates and recipients: the best combination of the tools available" *Liver Transpl.*, Apr.
7. "EASL clinical practical guidelines: management of alcoholic liver disease", *J Hepatol* 2012, Vol. 57: 399-420.
8. Rambaldi A. *et al.* (2008), "Systematic review: glucocorticosteroids for alcoholic hepatitis: a Cochrane Hepato-Biliary Group systematic review with meta-analyses and trial sequential analyses of randomized clinical trials", *Aliment Pharmacol Ther.*
9. Centro Nazionale Trapianti: Programma Nazionale - Il trapianto epatico nei soggetti con infezione da HIV, 14 ottobre 2009, [www.trapianti.salute.gov.it](http://www.trapianti.salute.gov.it).
10. Centro Nazionale Trapianti - Commissione Nazionale AIDS: Programma Trapianto di Fegato da donatore cadavere in soggetti HIV positivi, [www.trapianti.salute.gov.it](http://www.trapianti.salute.gov.it).
11. Testino G., Burra P., Bonino F. *et al.* (2014), "Acute alcoholic hepatitis, end stage alcoholic liver disease and liver transplantation: An Italian position statement", *World J Gastroenterol*, October 28, 20(40): 14642-14651.
12. Dom G., Peuskens H. (2015), "Addiction specialist's role in liver transplantation procedures for alcoholic liver disease", *World J Hepatol*, August 18, 7(17): 2091-2099.

## RECENSIONE



Bruno Bertelli, Raffaele Lovaste

### **DROGHE ILLEGALI** Percorsi e riflessioni fra cura e prevenzione

pp. 176, € 20,00

Collana: Clinica delle dipendenze  
e dei comportamenti di abuso/Quaderni

Codice: 231.1.55

Editore: FrancoAngeli

Questo volume inaugura la Collana "Comportamenti sociali problematici e dintorni" e nasce con l'intento di porre il lettore nella condizione di sentirsi maggiormente consapevole rispetto a problematiche che attraversano, talora in modo occasionale, altre volte più direttamente, la nostra vita quotidiana. L'uso e abuso di droghe è una di queste problematiche e, a dispetto di quanto potrebbe sembrare, in una società sempre più pervasa dalla comunicazione, l'esigenza di conoscere e saperne di più, e in modo "più autorevole", è molto sentita, soprattutto da parte di giovani impegnati in un percorso di formazione universitaria.

Questo libro è finalizzato anche a creare un rapporto più stretto tra formazione e realtà sociale e territoriale circostante. È questo il

motivo di un'analisi e di una riflessione sulla domanda di droghe illegali svolte privilegiando il punto di osservazione di chi opera nel servizio per le dipendenze (Ser.D). Una scelta per focalizzarsi sul nesso che lega domanda di droga e risposta sociale. Una scelta per dar voce a riflessioni, percorsi, metodologie legate all'esperienza di un lavoro quotidiano con il tossicodipendente.

La prospettiva accreditata è quella di "fare sistema", ovvero costruire e far funzionare una rete ampia ed efficiente di servizi di fronte a un fenomeno sempre più complesso che richiede azioni coordinate ed efficaci a più livelli. Il Ser.D., in questa logica, ha un ruolo centrale e tanto più il Ser.D. di Trento che da alcuni anni opera cercando di mettere in rete servizi ed attori e di ancorare gli interventi a criteri e metodologie di efficacia terapeutica e preventiva.

*Bruno Bertelli* è Professore associato presso il Dipartimento di Sociologia e Ricerca sociale dell'Università degli Studi di Trento dove insegna "Sociologia della devianza e del controllo sociale" e "Prevenzione e riabilitazione delle devianze sociali" ([bruno.bertelli@unitn.it](mailto:bruno.bertelli@unitn.it)).

*Raffaele Lovaste* è Direttore del Servizio per le dipendenze dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento, è presidente CerCo "Centro Studi e Ricerche - Consumi e Dipendenze" ([raffaelelovaste@virgilio.it](mailto:raffaelelovaste@virgilio.it)).

# L'epatite da virus A nelle popolazioni marginali (tossicodipendenti, carcerati e homeless). Il ruolo della vaccinazione

Fabio Lugoboni\*

## SUMMARY

■ *In countries with advanced economies the better health and hygiene conditions, along with the introduction, in some cases, of global vaccination, have relegated most of the viral hepatitis in the marginal social groups and, in particular, among drug users (TDs).*

*The availability of safe and effective vaccines for hepatitis A virus (HAV) and B (HBV) may play a major role in contrasting this phenomenon.*

*Despite the availability of a safe and effective vaccine for over a decade and the recommendations of international health organizations to vaccinate, vaccination against HAV among TDs is not widely known and available than the one against the HBV.*

*The purpose of this article review, to our knowledge the first entirely addressed to vaccination against HAV in TDs, is to present the most significant data in the literature on the prevalence of HAV among TDs and the role of targeted vaccination.*

*Immunization after the administration of anti-HAV vaccine has been demonstrated in TDs even if they have responded significantly less than either general population or the carriers of chronic liver disease.*

*All the vaccine were well tolerated and adherence to the vaccine schedule was good. Further studies are needed to optimize the timing and doses of vaccine to be administered to TDs, especially to assess the adherence and antibody persistence.*

*Vaccination campaigns are feasible among TDs and have proven to be highly cost-effective. ■*

**Keywords:** *adherence, drug users, TD, hepatitis A vaccination, immunization, HAV, vaccine.*

**Parole chiave:** *compliance, TD, tossicodipendenti, epatite A, vaccinazione, HAV, vaccino.*

## 1. Introduzione

Tossicodipendenza (TD) e diffusione di epatiti virali sono due fenomeni diversi ma da tempo fortemente correlati [1-3].

La tossicodipendenza è un fenomeno globale, relativamente poco legato alla posizione geografica o al grado di sviluppo di un paese mentre le epatiti virali presentano marcate differenze di diffusione in relazione al grado di sviluppo dei vari paesi.

Tali differenze tendono a ridursi di molto tra i dipendenti da sostanze illecite.

Nei TD, con la caduta di mortalità legata al virus HIV, i decessi per epatopatia sono cresciuti significativamente [4,5].

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

L'epatite da virus C (HCV) è sicuramente la più rilevante tra i TD sia in termini di diffusione che per l'alta percentuale di cronicizzazione ed attualmente rappresenta la causa più comune di epatopatia cronica nei paesi sviluppati [3,6].

\* *Medicina delle Dipendenze, Policlinico GB Rossi, Verona. fabio.lugoboni@ospedaleuniverona.it*

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

Campagne di vaccinazione mirate ai gruppi a rischio e l'introduzione della vaccinazione di massa in quasi tutti i paesi ad economia sviluppata hanno ridotto sensibilmente la prevalenza dell'HBV tra i TD più giovani [6-8].

L'infezione da HBV per via sessuale ha un ruolo importante tra i TD che usano droghe per via non iniettiva [9,10].

L'epatite da virus D (HDV) è causata da un RNA-virus difettivo che richiede la presenza dell'antigene di superficie dell'HBV per la trasmissione.

L'HDV può essere acquisito sia come co-infezione con l'HBV, sia come sovrapposizione su un portatore di cronico di HBV.

L'infezione da HDV può essere efficacemente prevenuta con la vaccinazione contro l'HBV mentre non esiste protezione nel caso di soggetti portatori cronici del virus B.

In Europa e negli USA l'infezione da HDV è quasi scomparsa del tutto nella popolazione generale, rimanendo confinata quasi unicamente tra i TD [11,12].

L'HAV, è causata da un picornavirus, identificato 40 anni fa.

L'HAV colpisce ogni anno nel mondo circa 1.5 milioni di persone. La geografia del contagio è strettamente legata alla qualità con cui vengono trattate le acque di scolo.

Il miglioramento delle condizioni igieniche ed abitative ha drasticamente ridotto l'impatto di questa patologia nei paesi ad alto sviluppo economico-sociale [13-15].

Le manifestazioni cliniche dell'epatite A variano da forme asintomatiche all'epatite fulminante; i quadri asintomatici sono tipici dell'età infantile mentre nell'adulto l'HAV determina quadri severi di epatopatia nell'80% dei casi, con quadri di epatite fulminante nello 0.5% [15-17].

La comorbilità e la mortalità dell'epatite A cambia radicalmente nei portatori di epatopatia cronica (EC) [18-20].

La superinfezione dell'HAV nell'EC HCV correlata è stata associata a quadri di particolare gravità con frequenza decine di volte maggiore rispetto all'infezione solitaria da HAV, nella popolazione generale [21-23].

Nonostante le raccomandazioni di tutti i più importanti organismi internazionali che si occupano di salute pubblica e l'esistenza di numerosi lavori scientifici che confermano la validità di tali raccomandazioni, la copertura vaccinale dei TD contro l'HAV resta largamente insoddisfacente [7,8,24-27].

Esistono in letteratura poche review dedicate alle vaccinazioni tra i TD. In tutte queste review la vaccinazione anti-HAV, sia per la povertà di dati presenti in letteratura che come priorità, ha sempre trovato un'attenzione minore rispetto alla vaccinazione anti-HBV [14].

## 2. HAV e TD

Anche se l'HAV sembra in regresso in buona parte del mondo per le migliorate condizioni igieniche, la positività sierologica tra i TD nei paesi a bassa endemia è stata da più parti segnalata sensibilmente più alta rispetto alla popolazione generale (Tab. 1).

Tab. 1 - HAV: dati siero-epidemiologici nei TD

Citazione (stato)	Popolazione	Prevalenza HAV (%)
Ochnio <i>et al.</i> , 2001(CAN)	TD	42,6
Lugoboni <i>et al.</i> , 2005 (I)	TD	28,7
Wells <i>et al.</i> , 2006 (USA)	TD	33
Gerlich <i>et al.</i> , 2006 (CH)	TD	41,2
Latimer <i>et al.</i> , 2007 (USA)	TD carcerati	36,9
Reimer <i>et al.</i> , 2007 (D)	TD	57,7
Poulos <i>et al.</i> , 2007 (AUS)	TD/Homeless	48
Campbell <i>et al.</i> , 2007 (USA)	TD	19
Bart <i>et al.</i> , 2008 (USA)	TD	46,1
Sunthornchart <i>et al.</i> , 2008 (T)	TD	60,1
Luquero <i>et al.</i> , 2009 (E)	TD	35,5
Hennessey <i>et al.</i> , 2009 (USA)	TD/Homeless	52
Ramasamy <i>et al.</i> , 2010 (AUS)	TD	49
Removille <i>et al.</i> , 2011 (L)	TD	57,1
Poethko-Müller <i>et al.</i> , 2013 (D)	TD	48,6
Collier <i>et al.</i> , 2015 (USA)	TD	37,3

I TD sono a rischio di contrarre l'infezione da HAV per almeno 3 motivi: la via di contagio, parenterale e sessuale, le condizioni abitative precarie, la maggior probabilità di essere incarcerati. L'eventuale infezione da HAV può avere quadri di elevata severità clinica per la frequente presenza di epatopatia cronica HCV correlata, spesso complicata dall'abuso di sostanze alcoliche.

### La via di contagio

Se il contagio oro-fecale è di gran lunga la via più comune di trasmissione è possibile trasmettere il virus parenteralmente, sessualmente (specialmente attraverso i rapporti anali) e per via verticale [14,17,28].

Gli adulti con infezione da HAV rimangono viremici fino a 30 giorni prima dell'insorgenza dei sintomi, con una durata superiore a quanto inizialmente pensato [29,30].

Focolai epidemici sono stati più volte segnalati tra TD in paesi a bassa endemia come Norvegia, Olanda, Gran Bretagna, Italia ed USA [31-38].

In particolare, durante un focolaio di HAV tra i TD in Umbria nel 2002, la mortalità per insufficienza epatica fu del 6.4% contro una media nazionale dello 0.01% [38].

In questi casi il ruolo dell'uso promiscuo delle siringhe può avere un ruolo primario [31,38,39].

Dati di sieroprevalenza segnalano, nei paesi a bassa endemia per HAV, generalmente livelli di positività nei TD superiori a quelli della popolazione generale (PG) (Tab. 1); in zone dove si segnalano dati di minor marginalità sociale tra i TD [40] hanno riportato dati di siero prevalenza per HAV sovrapponibili a quelli della PG [41].

### Le condizioni abitative

Anche se il sempre più efficace trattamento delle acque, nei paesi maggiormente sviluppati, ha ridotto drasticamente l'incidenza dei casi di epatite A (tra il 1995 ed il 2007 il tasso di epatite acuta A si è ridotto del 92% negli Stati Uniti) [13], focolai di HAV sono stati frequentemente segnalati tra gli homeless [36,37,42,43].

### L'esperienza carceraria.

Probabilmente associata con vari comportamenti a rischio (uso in comune di droghe per via iniettiva, rapporti sessuali per via anale, elevata presenza di soggetti provenienti da zone ad alta endemia di HAV) o con la condizione di affollamento abitativo, la condizione carceraria è stata più volte descritta come situazione ad alto rischio di infezione per HAV anche nei paesi ad alto livello di sviluppo ed a bassa endemia [44-45].

In uno studio che ha coinvolto più di 1500 TD eseguito nella Germania del Nord un aumentato rischio per HAV si correlava in modo diretto con i giorni di permanenza in carcere e con l'uso di cocaina [46].

### Lo stato di epatopatia cronica

Le epatiti virali sono un fenomeno estremamente diffuso tra tutti i TD.

Troviamo spesso limitativo distinguere tra uso iniettivo e non iniettivo di sostanze illecite: spesso è difficile fare una distinzione di assunzione anche nei singoli soggetti ed anche dove non vi sia mai stata assunzione per via parenterale il rischio di contrarre una tipica epatite a rischio parenterale come l'HCV è stato dimostrato elevato [47,48].

È soprattutto lo stato di portatore di HCV (data l'elevata tendenza alla cronicità, propria di questo virus) a rendere i TD particolarmente a rischio di sviluppare forme acute di epatite A ad alta letalità.

## 3. Vaccino contro l'epatite A

Per tutte queste ragioni sia l'OMS che l'American Association for the Study of the Liver Diseases raccomandano la vaccinazione per HAV nei TD, con o senza infezione da HCV/HBV.

Tali raccomandazioni vengono estese anche ai portatori di epatopatia cronica di altra natura, come gli etilisti ed i soggetti in attesa di trapianto epatico [18,24,25].

Due vaccini efficaci si sono resi disponibili dal 1995, dimostratisi sicuri ed immunogenici [49,50].

La schedula vaccinale anti-HAV, 770 UI inizialmente in tre dosi a 0, 1, 6 mesi, è stata resa più rapida, verosimilmente per venire incontro alle esigenze dei viaggiatori in paesi esotici, i maggiori committenti di tale vaccino.

Ad una prima dose maggiorata di vaccino (1440 UI), dimostrata efficace dopo un mese nella quasi totalità dei casi nei giovani adulti sani, viene proposta una seconda dose dopo un tempo variabile di 6-18 mesi nel caso si desideri ottenere una più duratura copertura, non essendo dimostrabile nella vaccinazione anti-HAV (come avviene invece per anti-HBV) una protezione durevole dopo la scomparsa del titolo anticorpale specifico [7].

Tali schedule vaccinali si sono dimostrate ampiamente efficaci in termini di sieroconversione nella popolazione generale e livelli anticorpali adeguati sono stati riscontrati dopo molti anni dalla vaccinazione, ben oltre le aspettative [49,50,51].

La sieroconversione dopo vaccinazione HAV è stata definita come la comparsa di anticorpi neutralizzanti con un livello superiore a 20 mIU/mL [7,50].

La letteratura internazionale riporta una serie non trascurabile di dati riguardanti la copertura vaccinale anti-HAV negli epatopazienti, principalmente nei portatori di HCV, a prescindere dal loro stato tossicomane.

La risposta, in termini di sieroconversione, risulta essere condizionata dal grado di fibrosi e dalla presenza di diabete [19,22,25,27,52].

Generalmente dopo due dosi di vaccino anti-HAV una sieroconversione è stata ottenuta in una quota tra il 75% ed il 98% di epatopazienti [25,52,53].

Vi è inoltre un buon livello di evidenza che la somministrazione di 3 dosi di vaccino combinato anti-A e B dia i risultati migliori anche nei soggetti con fibrosi epatica avanzata [52,53].

Le vaccinazioni antiepatitiche si sono dimostrate unanimemente sicure [25].

Nonostante le risposte incoraggianti in termini di risposta immune, la mancanza di seri effetti collaterali e la convenienza in termini economici l'offerta e la copertura del vaccino anti-HAV tra i portatori di EC è riportata essere ancora largamente subottimale [54-56].

A differenza dell'HBV, dove non mancano gli studi focalizzati sui TD, sono estremamente ridotti sono ancor oggi gli studi che hanno valutato la risposta tra i TD alla vaccinazione anti-HAV.

### La vaccinazione anti-HAV nei TD

In letteratura esistono attualmente tre tipi di studi sulla validità della protezione anti-HAV nei TD: quelli che hanno valutato la risposta in termini di sieroconversione e/o di immunogenicità (anche per poterne prevedere la durata nel tempo) del vaccino anti-HAV, quelli che hanno valutato la risposta immune dopo somministrazione del vaccino combinato anti A e B e quelli che hanno valutato la protezione effettiva nel corso di *outbreak* di HAV mediante campagne di vaccinazione accelerate [14].

#### *Immunogenicità del vaccino monovalente nei TD*

Attualmente in letteratura ci sono solo due lavori sperimentali che hanno valutato tali variabili nei TD, entrambi studi multicentrici effettuati da Ser.T. del Nord Est d'Italia.

Come già segnalato nel caso del vaccino anti-HBV, anche la risposta alla vaccinazione anti-HAV nei TD si è dimostrata molto più debole rispetto agli adulti sani.

Nel primo studio si dimostrava un'avvenuta sieroconversione solo nel 60 % dei casi dopo la prima dose di vaccino; dopo la seconda dose (normalmente facoltativa) tutti i soggetti valutati raggiungevano un titolo protettivo [57].

Nel secondo studio, che prevedeva il dosaggio della concentrazione anticorpale post-vaccinica, non si aveva sieroconversione dopo la prima dose di vaccino nel 36% dei soggetti e se, dopo la seconda dose, la percentuale di sieroconversioni era completa (43 of 43), il titolo anticorpale raggiunto si dimostrava molto basso e, prevedibilmente, di limitata durata.

Gli autori di entrambi gli studi concludevano raccomandando l'importanza di far seguire la dose booster, dopo la dose basale, non oltre i 6 mesi per la debole risposta iniziale nei TD.

La schedula vaccinale anti-HAV attualmente proposta anche per i TD si è dimostrata inadeguata essendo stata studiata unicamente nella PG dove la prima dose di vaccino ha portato alla sieroconversione la quasi totalità dei casi e la dose booster serve solo a garantire un alto titolo anticorpale ed una durevole protezione nel tempo [50-52].

Ulteriori studi sono quindi necessari per ottimizzare i tempi e le dosi da somministrare ai TD per ottenere risultati adeguati.

Varie sono le cause invocate per questa debole risposta alle vaccinazioni nei TD: disfunzioni dell'immunità cellulo-mediata, abuso di alcol, *polydrug abuse*, infezioni batteriche multiple, infezione da HCV, malnutrizione e fumo di sigaretta [7,24,25,59,60].

#### *Vaccino combinato anti-HAV/anti-HBV*

Sin dal 1996, oltre ai normali vaccini monovalenti, un vaccino combinato contro entrambe le forme virali, proposto con una schedula a 0, 1, 6 mesi, è stato commercializzato, dimostrandosi sicuro ed immunogenico nella popolazione generale [8,61].

Come sopra riportato il vaccino ha dato risultati migliori, rispetto ai monovalenti, negli epatopazienti.

Buona tollerabilità ed immunogenicità hanno stimolato frequenti sperimentazioni tendenti a ridurre le dosi somministrate o ad accelerare i tempi di vaccinazione [62,63].

Varie schedule accelerate di vaccino combinato sono state proposte, solitamente pensando ai *last-minute traveler* e, in alcuni casi, ai *short-term correctional facility inmates*.

Tutte queste schedule semplificate o accelerate hanno dato buoni risultati nella popolazione generale [8].

Questo promettente vaccino è stato studiato una sola volta nei TD, dimostrandosi ben tollerato; i TD partecipanti allo studio hanno però risposto con livelli anticorpali significativamente inferiori a quanto riportato per la popolazione generale anche se, alla fine dello studio, tutti i TD avevano sviluppato un livello protettivo; va infine sottolineato che la risposta anticorpale anti-HAV risultava sensibilmente maggiore di quanto riscontrato nei TD vaccinati con vaccino monovalente: la combinazione dei due antigeni potrebbe avere quindi un effetto adiuvante come segnalato negli epatopatici [53,64].

#### *Vaccinazione in urgenza durante out break HAV*

La prima esperienza di vaccinazione rapida di soggetti ad alto rischio (TD e homeless) è stata eseguita a Bristol (UK) durante un *outbreak* che coinvolse complessivamente 123 soggetti, in massima parte TD e homeless.

La strategia venne descritta efficace nel prevenire una diffusione ulteriore del contagio [36]. Esperienze analoghe sono state condotte con successo a Rotterdam (NL), nel 2004, nello stato di Washington state (USA), oltre a casi di focolai epidemici in carcere [64,65,66].

### Offerta, copertura e compliance

È stata ormai ampiamente studiata la sicurezza dei vaccini contro l'HAV, sia i monovalenti che quello combinato antiA-antiB. La vaccinazione dei TD pone problemi del tutto particolari, legati non solo all'efficacia ma anche all'offerta ed alla *compliance*. Sono pochi gli studi che hanno valutato questi fattori.

Lo studio di riferimento su offerta e copertura dei TD con vaccino anti-HAV è stato svolto negli USA ed ha valutato più di 3000 TD in 5 diverse città.

Sebbene l'83% dei partecipanti fosse eligibile, solo il 36% ha ricevuto almeno 1 dose di vaccino, con dati davvero variabili tra Baltimore (83%) e Chicago (2%) [67,68].

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

Il coinvolgimento multidisciplinare da parte di tutte le figure professionali dei servizi si è dimostrato vincente per avere una buona aderenza alla vaccinazione.

La figura professionale dell'infermiere si è dimostrata cruciale nel migliorare l'accettazione ed una buona *compliance* alla vaccinazione in tutti gli studi [69,70,71].

I programmi di vaccinazione praticati direttamente dai Servizi che si occupano di terapia delle dipendenza sono quelli gravati da un minor *drop-out*.

Questo aspetto, ampiamente dimostrato nel più grosso studio che abbia valutato la *compliance* alla vaccinazione anti-HBV nei TD [72,73], pare essere un punto cruciale anche nella vaccinazione anti-HAV, pur se valutato in un numero molto inferiore di soggetti [58], ed ha dimostrato una buona aderenza anche ad una schedula vaccinica più complessa come quella del vaccino combinato anti-A e B [64].

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

Offrire screening sierologico per HBV in assenza di una concreta possibilità di vaccinazione è economicamente inappropriato ed illogico [26].

Le schedule rapide, specialmente con il vaccino combinato anti-AeB (0,1,2,52 week) permettono di limitare i *drop-out*, ma non sono state studiate in termini di efficacia nei TD [25].

Fidarsi della descrizione che i TD fanno del loro siero-status epatitico è stato dimostrato fonte di errore [74]; nei servizi a bassa soglia è raccomandabile una politica "*Don't ask, take a blood sample, give a dose of vaccine and try to schedule another visit*" [26,75] ma nei Servizi più strutturati è più razionale tenere un efficiente registro dati per decidere le più idonee soluzioni [27,72].

I progetti di scambio siringhe si sono dimostrati posti appropriati per offrire la vaccinazione anti-HBV ed è logico che lo siano anche per il vaccino anti-HAV [76,77].

Le strutture carcerarie sono altri posti con grosse opportunità di offerta vaccinale [78].

La difficoltà a somministrare tutte le 2 dosi di vaccino non deve scoraggiare dall'iniziare la vaccinazione.

Non si corre alcun pericolo se si ricevono dosi addizionali di vaccino [26].

Tutte le vaccinazioni antiepatitiche sono state dimostrate essere altamente vantaggiose dal punto di vista economico [79,80].

### Discussione

La vaccinazione contro l'HAV è ampiamente meno conosciuta e disponibile di quella contro l'HBV, nonostante non manchino le raccomandazioni degli organismi sanitari internazionali a vaccinare i soggetti a rischio [81,82].

La bassa percentuale di TD vaccinati riconosce due fattori, principalmente: l'assenza di programmi di vaccinazione studiati spe-

cificamente per i TD ed il basso numero di operatori sanitari in grado di vaccinare i TD [82-84].

Questa scarsa attenzione avviene a tutti i livelli: non solo nella gestione dei casi clinici ma anche a livello scientifico.

È difficile immaginare altre situazioni dove convivano unanimi raccomandazioni a vaccinare e una povertà di dati davvero sbalorditiva, specialmente se riferita allo specifico gruppo dei TD.

Un altro paradosso sta nel fatto che tutte le schedule delle vaccinazioni antiepatitiche siano studiate nei giovani adulti della popolazione generale mentre ormai è chiaro da almeno 20 anni che i TD rispondono alle vaccinazioni in modo molto differente, pur non essendo del tutto chiari i motivi del perché ciò avvenga. È perciò di vitale importanza che si attivi sempre più una ricerca di base su questi argomenti, gestita possibilmente dagli stessi operatori che propongono e somministrano quotidianamente le vaccinazioni ai TD [14].

### Ringraziamenti e conflitto d'interessi

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

*A tutti loro va il nostro più sentito ringraziamento.*

*Gli AA dichiarano l'assenza di conflitti d'interesse.*

### Bibliografia

1. United Nations Office on Drug and Crime (2006), World drug report, United Nations, Vienna.
2. Aceijas C., Stimson G.V., Hickman M., Rhodes T (2004), "Global overview of injecting drug use and HIV infection among drug users", *AIDS*, 18: 2295-2303.
3. Centers for Diseases Control and Prevention (2002), "Viral hepatitis and injecting drug users", *MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.*, www.cdc.gov/idu.
4. Trepo C. (2014), "A brief history of hepatitis milestones", *Liver Int*, 34, Suppl. 1:29-37.
5. Quaglio G.L., Talamini G., Lechi A., Venturini L., Lugoboni F., GICS, Mezzelani P. (2001), "Study of 2708 heroin-related deaths in NE Italy 1985-98 to establish the main causes of death", *Addiction*, 96: 1127-37.
6. Baral S., Sherman S.G., Millson P., Beyer C. (2007), "Vaccine immunogenicity in injecting drug users: a systematic review", *Lancet Infect Dis*, 7: 667-74.
7. Brim N., Zaller N., Taylor L.E., Feller E. (2007), "Twinrix® vaccination schedules among injecting drug users", *Expert Opin Biol Ther*, 7: 379-89.
8. Kamath G.R., Shah D.P., Hwang L.Y. (2014), "Immune response to hepatitis B vaccination in drug using populations: a systematic review and meta-regression analysis", *Vaccine*, 32: 2265-74.
9. Gyarmathy V.A., Neaigus A., Miller M., Friedman S.R., Des Jarlais D.C. (2002), "Risk correlates of prevalent HIV, hepatitis B virus, and hepatitis C virus infections among noninjecting heroin users", *J Acquir Immune Defic Syndr*, 30: 448-56.
10. Rich J.D., Anderson B.J., Schwartzapfel B., Stein M.D. (2006), "Sexual risk for hepatitis B virus among hepatitis C virus-negative heroin and cocaine users", *Epidemiol Infect*, 134: 478-84.
11. Farci P. (2003), "Delta hepatitis: an update", *J Hepatol*, 39: S212-19.
12. Gaeta G.B., Stroffolini T., Chiaramonte M. (2000), "Chronic hepatitis D: a vanishing disease? An Italian multicenter study", *Hepatol*, 32: 824-27.
13. Daniels D., Grytdal S., Wasley A. (2009), Centers for Disease Control and Prevention. Surveillance for acute viral hepatitis – United States, 2007. *MMWR Surveill Summ*, 58: 1-27.

14. Lugoboni F, Pajusco B, Albiero A., Quaglio G. (2011), "Hepatitis A Virus among Drug Users and the Role of Vaccination: A Review", *Front Psychiatry*, 2: 79-86.
15. Walker C.M., Feng Z., Lemon S.M. (2015), "Reassessing immune control of hepatitis A virus", *Curr Opin Virol*, 11: 7-13.
16. Koslap-petraco M.B., Shub M., Judelson R. (2008), "Hepatitis A: disease burden and current childhood vaccination strategies in the US", *J Pediatr Health Care*, 22: 3-11.
17. Jeong S.H., Lee H.S. (2010), "Hepatitis A: clinical manifestations and management", *Intervirology*, 53: 15-9.
18. Crowcroft N.S., Walsh B., Davidson K.L., Gungabissoon U., PHLS Advisory Committee on Vaccination and Immunisation (2001), "Guidelines for the control of hepatitis A virus infection", *Commun Dis Public Health*, 4: 213-27.
19. Saab S., Lee C., Shpaner A., Ibrahim A.B. (2005), "Seroepidemiology of hepatitis A in patients with chronic liver disease", *J Viral Hepat*, 12:101-5.
20. Locarnini S. (2000), "A virological perspective on the need for vaccination", *J Viral Hepat*, 7, Suppl. 1: 5-6.
21. Vento S., Garofano T., Renzini C. (1998), "Fulminant hepatitis associated with hepatitis A virus superinfection in patients with chronic hepatitis C", *N Engl J Med*, 338: 286-90.
22. Kumar M., Herrera J.L. (2010), "Importance of hepatitis vaccination in patients with chronic liver disease", *South Med J*, 103: 1223-31.
23. Shouval D. (2012), "Hepatitis: New doubts about preventing HAV superinfection in chronic HCV", *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*, 9: 367-8.
24. WHO (2000), "Hepatitis A vaccines. WHO position paper", *Weekly Epidemiol Rec*, 5: 38-44.
25. Collier M., Drobeniuc J., Cuevas-Mota J., Garfein R.S., Kamili S., Teshale E.H. (2015), "Hepatitis A and B among young persons who inject drugs-Vaccination, past, and present infection", *Vaccine*, 33: 2808-12.
26. Quaglio G.L., Lugoboni F., Mezzelani P., Des Jarlais D.C., Lechi A. (2006), "Hepatitis vaccination among drug users", *Vaccine*, 24: 2702-9.
27. Lugoboni F., Quaglio G.L., Civitelli P., Mezzelani P. (2009), "The Bloodborne Viral Hepatitis Infections among Drug Users: The Role of Vaccination", *Int J Environ Res Public Health*, 6: 400-13.
28. Harvala H., Wong V., Simmonds P., Johannessen I., Ramalingam S. (2014), "Acute viral hepatitis - should the current screening strategy be modified?", *J Clin Virol*, 59: 184-7.
29. Bower W.A., Nainan O.V., Han X., Margolis H. (2000), "Duration of viremia in hepatitis A virus infection", *J Infect Dis*, 182: 12-7.
30. Crowcroft N.S. (2003), "Hepatitis A virus infections in injecting drug users", *Commun Dis Public Health*, 6: 82-4.
31. Stene-Johansen K., Skaug K., Blystad H., Grinde B. (1998), "A unique hepatitis A virus strain caused an epidemic in Norway associated with intravenous drug use. The Hepatitis A Study Group", *Scand J Infect Dis*, 30: 35-8.
32. Granerød J., Crowcroft N. (2002), "Hepatitis A epidemiology in England and Wales", *Eurosurveillance Weekly*, 6: 50.
33. Hutin Y.J., Sabin K.M., Hutwagner L.C. (2000), "Multiple modes of hepatitis A virus transmission among methamphetamine users", *Am J Epidemiol*, 152: 186-92.
34. O'Donovan D., Cooke R.P., Joce R., Eastbury A., Waite J., Stene-Johansen K. (2001), "An outbreak of hepatitis A amongst injecting drug users", *Epidemiol Infect*, 127: 469-73.
35. Roy K., Howie H., Sweeney C., Parry J., Molyneaux P., Goldberg D., Taylor A. (2004), "Hepatitis A virus and injecting drug misuse in Aberdeen, Scotland: a case-control study", *J Viral Hepat*, 11: 277-82.
36. Syed N.A., Hearing S.D., Shaw I.S., Probert C.S., Brooklyn T.N., Caul E.O., Barry R.E., Sarangi J. (2003), "Outbreak of hepatitis A in the injecting drug users and homeless populations in Bristol: control by targeted vaccination programme and possible parenteral transmission", *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 15: 901-6.
37. Tjon G.M., Goetz H., Koek A.G., de Zwart O., Mertens P.L., Coutinho R.A., Bruisten S.M. (2005), "An outbreak of hepatitis A among homeless drug users in Rotterdam", *The Netherlands J Med Virol*, 77: 360-6.
38. Spada E., Genovese D., Tosti M.E. (2005), "An out break of hepatitis A virus infection with a high-fatality rate among injecting drug users", *J Hepatol*, 43: 958-64.
39. Martin N., Grant A., Granerød J., Crowcroft N. (2006), "Hepatitis A surveillance in England – how many cases are not reported and does it really matter?", *Epidemiol Infect*, 134: 1299-302.
40. Quaglio G.L., Lugoboni F., Pattaro C., Montanari L., Lechi A., Mezzelani P., Des Jarlais D.C. (2006), "Patients in long-term maintenance therapy for drug use in Italy: analysis of some parameters of social integration and serological status for infectious diseases in a cohort of 1091 patients", *BMC Public Health*, 23: 206-16.
41. Lugoboni F., Quaglio G.L., Pajusco B., Foroni M., Blengio G., Talamini G., Mezzelani P., Des Jarlais D.C. (2005), "Prevalence of hepatitis A among drug users in north-eastern Italy. Is vaccination necessary in low prevalence areas?", *European Journal of Public Health*, 15: 464-6.
42. Hennessey K.A., Bangsberg D.R., Weinbaum C., Hahn J.A. (2009), "Hepatitis A seroprevalence and risk factors among homeless adults in San Francisco: should homelessness be included in the risk-based strategy for vaccination?", *Public Health Rep*, 124: 813-7.
43. Luquero F.J., Vallejo F., Fuente Lde L., Toro C., Brugal M.T., Bravo M.J., Soriano V., Barrio G., Pulido J. (2009), "Project Itinere Group. The role of injection versus socioeconomic factors in hepatitis A virus infection among young heroin users: Implications for vaccination policies", *Vaccine*, 27: 2674-9.
44. Skidmore S., Parry J.V., Nottage P. (2001), "An investigation of the potential risk of an HAV outbreak in a prison population following the introduction of cases from a community outbreak", *Commun Dis Public Health*, 4: 133-5.
45. Latimer W.W., Moleko A.G., Melnikov A., Mitchell M., Severtson S.G., von Thomsen S., Graham C., Alama D., Floyd L. (2007), "Prevalence and correlates of hepatitis A among adult drug users: the significance of incarceration and race/ethnicity", *Vaccine*, 25: 7125-31.
46. Reimer J., Lorenzen J., Baetz B., Fischer B., Rehm J., Haasen Cv, Backmund M. (2007), "Multiple viral hepatitis in injection drug users and associated risk factors", *J Gastroenterol Hepatol*, 22: 80-5.
47. Quaglio G.L., Lugoboni F., Pajusco B., Sarti M., Talamini G., Lechi A., Mezzelani P. (2003), "Des Jarlais DC. Factors associated with hepatitis C virus infection in injection and noninjection drug users in Italy", *Clin Infect Dis*, 37: 33-40.
48. Gyarmathy V.A., Neaigus A., Miller M., Friedman S.R., Des Jarlais D.C. (2002), "Risk correlates of prevalent HIV, hepatitis B virus and hepatitis C virus infections among noninjecting heroin users", *J Acquir Immune Defic Syndr*, 30: 448-56.
49. Andre F., Van Damme P., Safary A., Banatvala J. (2002), "Inactivated hepatitis A vaccine: immunogenicity, efficacy, safety and review of official recommendations for use", *Expert Rev Vaccines*, 1: 9-23.
50. Nothdurft H.D. (2008), "Hepatitis A vaccines", *Expert Rev Vaccines*, 7: 535-45.
51. Bonanni P., Bechini A., Pesavento G. (2005), "Primary Hepatitis A vaccination failure is a rare although possible event: results of a retrospective study", *Vaccine*, 24: 6053-7.
52. Kramer E.S., Hofmann C., Smith P.G., Shiffman M.L., Sterling R.K. (2009), "Response to hepatitis A and B vaccine alone or in combination in patients with chronic hepatitis C virus and advanced fibrosis", *Dig Dis Sci*, 54: 2016-25.
53. de Artaza Varaza T., Sanchez Ruano J.J., Garcia Vela A. (2009), "Efficacy and safety of vaccination against hepatitis A and B in patients with chronic liver disease", *Gastroenterol Hepatol*, 32: 483-8.
54. Tenner C.T., Herzog K., Chaudhari S., Bini E.J., Weinsel E.H. (2012), "Knowledge, attitudes and barriers regarding vaccination against hepatitis A and B in patients with chronic hepatitis C virus infection: a survey of family medicine and internal medicine physicians in the United States", *Int J Clin Pract*, 66: 1009-13.
55. Hernandez B., Hasson N.K., Cheung R. (2009), "Hepatitis C performance measure on hepatitis A and B vaccination: missed opportunities?", *Am J Gastroenterol*, 104: 1961-7.

56. Daryani N.E., Nassiri-Toosi M., Rashidi A., Khodarahmi I. (2007), "Immunogenicity of recombinant hepatitis B virus vaccine in patients with and without chronic hepatitis C virus infection: a case control study", *World J Gastroenterol*, 13: 294-98.
57. Lugoboni F., Quaglio G.L., Residori M., Mecenero V., Mezzelani P. (2000), "Hepatitis A virus vaccination among injecting drug users: do we have to change the vaccination schedule?", *Clin Infect Dis*, 31: 847-48
58. Quaglio G.L., Pajusco B., Civitelli P., Migliozi S., Des Jarlais D.C., Romanò L., Mezzelani P., Lugoboni F. (2004), "Immunogenicity, reactogenicity and adherence with hepatitis A vaccination among drug users", *Drug Alcohol Depend*, 74: 85-8.
59. Lemon S.M., Thomas D.L. (1997), "Vaccines to prevent viral hepatitis", *N Engl J Med*, 33: 196-204
60. Baca C.T., Yahne C.E. (2008), "Smoking cessation during substance abuse treatment: what you need to know", *J Subst Abuse Treat*, 36: 205-19.
61. Joines R.W., Blatter M., Abraham B.A. (2001), "Prospective, randomized, comparative US trial of a combination hepatitis A and B vaccine (Twinrix®) with corresponding monovalent vaccines (Havrix® and Engerix-B®) in adults", *Vaccine*, 19: 4710-9.
62. Beran J., Kervyn D., Wertzova V., Hobzova L. et al. (2010), "Comparison of long-term (10 years) immunogenicity of two-and three-dose regimens of a combined hepatitis A and B vaccine in adolescents", *Vaccine*, 28: 5993-7.
63. Burgess M.A., McIntyre P.B., Hellard M., Ruff T.A., Lefevre I., Bock H.L. (2010), "Antibody persistence six years after two doses of combined hepatitis A and B vaccine", *Vaccine*, 28: 2222-6.
64. Lugoboni F., Quaglio G.L., Pajusco B., Civitelli P., Romanò L., Bossi C., Spilimbergo I., Mezzelani P. (2004), "Immunogenicity, reactogenicity and adherence of a combined hepatitis A and B vaccine in illicit drug users", *Addiction*, 99: 1560-1564.
65. Gilbert R.L., O'Connor T., Mathews S., Allen K., Piper M., Gill O.N. (2004), "Hepatitis A vaccination: a prison- based solution for a community based outbreak?", *Commun Dis Public Health*, 7: 289-93.
66. Thorburn K.M., Bohorque R., Stepak P., Smith L.L., Job C., Smith J.P. (2001), "Immunization strategies to control a community-wide hepatitis A epidemic", *Epidemiol Infect*, 127: 461-67.
67. Campbell J.V., Garfein R.S., Thiede H., Hagan H., Oulet L.J. et al. (2007), "Convenience is the key to hepatitis A and B vaccination uptake among young injection drug users", *Drug Alcohol Depend*, 91 (suppl 1): S 64-72.
68. Gerlich M., Gschwend P., Uchtenhagen A., Kramer A., Rehm J. (2006), "Prevalence of hepatitis and HIV infections and vaccination rates in patients entering the heroin-assisted treatment in Switzerland between 1994 and 2002", *Eur J Epidemiol*, 21: 545-9.
69. Nyamathi A., Sinha K., Greengold B., Cohen A., Marfisee M. (2010), "Predictors of HAV/HBV vaccination completion among methadone maintenance clients", *Res Nurs Health*, 33: 120-132.
70. Masson C.L., Delucchi K.L., McKnight C., Hetteima J., Khalili M., Min A., Jordan A.E., Pepper N., Hall J., Hengl N.S., Young C., Shoshire M.S., Manuel J.K., Coffin L., Hammer H., Shapiro B., Seewald R.M., Bodenheimer H.C. Jr, Sorensen J.L., Des Jarlais D.C., Perlman D.C. (2013), "A randomized trial of a hepatitis care coordination model in methadone maintenance treatment", *Am J Public Health*, 103: e81-8.
71. Stein J.A., Nyamathi A.M. (2010), "Completion and subject loss within an intensive hepatitis vaccination intervention among homeless adults: the role of risk factors, demographics, and psychosocial variables", *Health Psychol*, 29: 317-23.
72. Quaglio G.L., Talamini G., Lugoboni F., Lechi A., GICS, Des Jarlais D.C., Mezzelani P. (2002), "Compliance with hepatitis B vaccination in 1175 heroin users and risk factors associated with lack of vaccine response", *Addiction*, 97: 985-92.
73. Quaglio G.L., Lugoboni F., Mezzelani P. (2004), "HBV vaccination should be performed in service centres for drug users: an Italian experience", *J Public Health*, 26: 320.
74. Kuo I., Mudrick D.W., Strathdee S.A., Thomas D.L., Sherman S.G. (2004), "Poor validity of self-reported hepatitis B virus infection and vaccination status among young drug users", *Clin Infect Dis*, 38: 587-90.
75. de La Fuente L., Toro C., Brugal M.T., Vallejo F., Soriano V. (2007), "Poor validity of self-reported HBV vaccination among young heroin users in Spain supports the policy 'don't ask, draw a blood sample, vaccinate and try to schedule another visit'", *J Clin Virol*, 38: 87-90.
76. Des Jarlais D.C., Fisher D.G., Newman J.C. (2001), "Providing hepatitis B vaccination to injection drug users: referral to health clinics vs on-site vaccination at a syringe exchange program", *Am J Public Health*, 91: 1791-2.
77. Altice F.L., Bruce R.D., Walton M.R., Buitrago M.I. (2005), "Adherence to hepatitis B virus vaccination at syringe exchange sites", *J Urban Health*, 82: 151-61.
78. Weinbaum C., Lyerla R., Margolis H.S. (2003), "Prevention and control of infections with hepatitis viruses in correctional settings. Centers for Disease Control and Prevention", *MMWR Mortal Wkly Rep*, 52: 1-36.
79. Jakiche R., Borrego M.E., Raisch D.W., Gupchup G.V., Pai M.A., Janike (2007), "The cost-effectiveness of two strategies for vaccinating US veterans with hepatitis C virus infection against hepatitis A and hepatitis B viruses", *Am J Med Sci*, 333: 26-34.
80. Diez Redondo M.P., Almaraz A., Jimenez Rodriguez-Vila M., Santamaria A., de Castro J., Torrego J.C., Caro-Paton A. (2009), "Comparison of two vaccination strategies against hepatitis A and B in patients with chronic hepatitis C", *Rev Esp Enferm Dig*, 101: 265-74.
81. Klevens R.M., Miller J.T., Iqbal K., Thomas A., Rizzo E.M., Hanson H. (2010), "The evolving epidemiology of hepatitis A in the United States: incidence and molecular epidemiology from population-based surveillance, 2005-2007" *Arch Intern Med*, 170: 1811-8.
82. Perrett K., Granerød J., Crowcroft N., Carlisle R. (2003), "Changing epidemiology of hepatitis A: should we be doing more to vaccinate injecting drug users?", *Commun Dis Public Health*, 6: 97-100.
83. van Steenberghe J.E. (2002), "Working group vaccination high-risk groups hepatitis B for the Netherlands. Results of an enhanced-outreach programme of hepatitis B vaccination in the Netherlands (1998-2000) among men who have sex with men, hard drug users, sex workers and heterosexual persons with multiple partners", *J Hepatol*, 37: 507-13.
84. François G., Hallauer J., Van Damme P. (2002), "Hepatitis B vaccination: how to reach risk groups", *Vaccine*, 21: 1-4.
85. Kuo I., Sherman S.G., Thomas D.L., Strathdee S.A. (2004), "Hepatitis B virus infection and vaccination among young injection and non-injection drug users: missed opportunities to prevent infection", *Drug Alcohol Depend*, 73: 69-78.
86. Sunthornchart S., Linskins R.W., Nathephisarnwanish V., Levine W.C., Maneesinthu K. et al. (2008), "Prevalence of hepatitis B, tetanus, hepatitis A, human immunodeficiency virus and feasibility of vaccine delivery among injecting drug users in Bangkok, Thailand, 2003-2005", *Addiction*, 103: 1687-95.
87. Ramasamy P., Lintzeris N., Sutton Y., Taylor H., Day C.A., Haber P.S. (2010), "The outcome of a rapid hepatitis B vaccination programme in a methadone treatment clinic", *Addiction*, 105: 329-34.
88. Bart G., Piccolo P., Zhang L., Jacobson I., Schaefer R.A., Kreek M.J. (2008), "Markers for hepatitis A, B and C in methadone maintained patients: an unexpectedly high co-infection with silent hepatitis B", *Addiction*, 103: 681-6.
89. Ochnio J.J., Patrick D., Ho M., Talling D.N., Dobson S.R. (2001), "Past infection with hepatitis A virus among Vancouver street youth, injection drug users and men who have sex with men: implications for vaccination programs", *CMAJ*, 165: 293-7.
90. Poulos R., Ferson M., Orr K., Lucy A., Botham S. et al. (2007), "Risk factors and seroprevalence of markers for hepatitis A, B and C in persons subject to homelessness in inner Sydney", *Aust N Z J Public Health*, 31: 247-51.
91. Wells, Fisher D., Feaughty A., Cagle H., Jaffe A. (2006), "Hepatitis A prevalence among injecting drug users", *Clin Lab Sci*, 19: 12-7.
92. Collier M.G., Drobeniuc J., Cuevas-Mota J., Garfein R.S., Kamili S., Teshale E.H. (2015), "Hepatitis A and B among young persons who inject drugs-Vaccination, past, and present infection", *Vaccine*, 33: 2808-12.

## Review sui cannabinoidi sintetici

L. Rivalta\*, M. Tallarico\*\*, E. Vitale\*\*\*, F. Onorato\*\*, S. Gratteri\*\*\*\*, E. De Matteis\*\*\*\*, F. Bonacci\*

### SUMMARY

■ *The review explain the major properties of principal mimetic cannabinoids on the market, giving an helpful vision and a clinical evidence to SERT operators in order to address them to the suspect use of new designer drugs.*

*This review contain the JWH series, which are the most common designer present on the internet market. It is also reported some mimetic cannabonois of "AM series" and "RCS series" and the list of all mimetic cannabinoids more likely in the drug abusers. ■*

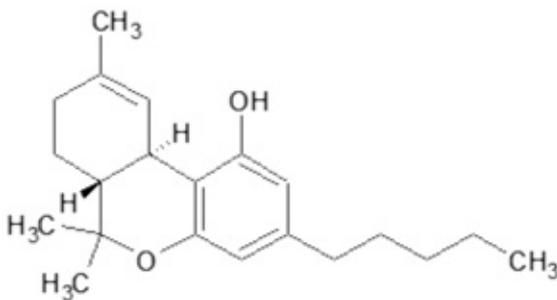
**Keywords:** JWH, AM, RCS, CB receptors  $K_1$ .

**Parole chiave:** JWH, AM, RCS, CB recettori  $K_1$ .

### Introduzione

I cannabinoidi sintetici, come indicato dal nome, sono molecole analoghe ai cannabinoidi naturali, ma di natura sintetica. Sono stati progettati nell'ambito della ricerca scientifica e sintetizzati in laboratori chimico-farmaceutici con l'obiettivo di individuare molecole che conservino alcune proprietà del THC, privandole, però, dei suoi tipici effetti psicoattivi.

Fig. 1 - Struttura chimica del  $\Delta^9$ -THC



I primi tentativi di sintesi dei cannabinoidi si sono orientati verso la preparazione di molecole del tutto analoghe al THC come il nabilone (attualmente in commercio) e il composto HU-210. Successivamente si è assistito ad una evoluzione delle caratteristiche strutturali di tali molecole, che ha permesso di individua-

re, nella molecola del THC, i siti responsabili dell'interazione con i recettori  $CB_1$  e  $CB_2$ .

Inoltre, tale evoluzione ha permesso di riprodurre porzioni di molecola su nuove molecole di sintesi che si discostassero dalla classica struttura tricyclica benzopiranic, tipica dello scheletro del THC.

Il tutto allo scopo di mantenere le proprietà terapeutiche dei cannabinoidi eliminando o riducendo gli effetti psicoattivi, i quali, tuttavia, non hanno subito modificazioni.

Tale ricerca, finanziata dal *National Institute on Drug Abuse*, è stata affidata principalmente al Prof. John William Huffman (nato 1932), professore emerito di chimica organica alla *Clemson University* che, per primo, ha sintetizzato molti dei nuovi cannabinoidi, tra cui i più noti ed usati sono: JWH-007, JWH-015, JWH-018, JWH-019, JWH-030, JWH-051, JWH-073, JWH-081, JWH-122, JWH-133, JWH-147, JWH-171, JWH-182, JWH-203, JWH-210, JWH-250, JWH-307, JWH-359 e JWH-398.

Il suo lavoro e quello della sua equipe si è indirizzato verso la scoperta di un farmaco che andasse ad agire sui recettori degli endocannabinoidi presenti nel corpo.

A partire dal 1984, Huffman ha iniziato a sintetizzare e sviluppare composti cannabinoido-mimetici per aiutare la ricerca nella terapia della sclerosi multipla, dell'AIDS e la chemioterapia.

Nel corso di venti anni, il gruppo di Huffman ha sviluppato ben 450 composti cannabinoidi sintetici utilizzati per testare il loro effetto sui recettori dei cannabinoidi nel cervello e in altri organi. In definitiva, la ricerca dei cannabinoidi ha favorito, non solo la comprensione di varie malattie e di informazioni utili per lo sviluppo di nuovi farmaci, ma anche la scoperta e la localizzazione, tramite radioligandi, dei recettori  $CB_1$  e  $CB_2$  nell'organismo. Tuttavia, verso la fine degli anni 2000, in risposta ad un mercato nero della droga in continua espansione, si è cominciato a commercializzare in Germania ed in USA, in alternativa alla marijuana, due di questi cannabinoidi sintetici scoperti da Huffman denominati K2 e Spice (2008).

\* Laboratorio di Tossicologia Forense, ASP Catanzaro.

\*\* Facoltà di Farmacia Università Magna Graecia di Catanzaro.

\*\*\* Dottorato in Scienze della Vita, Curriculum Scienze tossicologiche e degli alimenti. Università Magna Graecia di Catanzaro.

\*\*\*\* Cattedra di Medicina Legale. Facoltà di Medicina e Chirurgia. Università Magna Graecia di Catanzaro.

Tali composti, in realtà, sono una miscela di varie erbe a possibile, anche se mai accertata, azione psicotropa dette "Herbal Mixture" su cui vengono spruzzate le molecole suddette.

Ad esempio, la composizione media della SPICE, era costituita da una serie di erbe come la Maconha brava, detta anche, per il suo effetto "falsa cannabis"; l'Indian warrior, un rilassante muscolare; la Concavalaria marittima o fagiolo marittimo, anche questo con supposte proprietà psicotrope.

Queste erbe, dal punto di vista farmacologico, fungevano da supporto al JWH 018 (l'1-pentyl-3-naphthoylindole) il vero cannabinoidomimetico. Huffman, che aveva sviluppato questi composti per la ricerca scientifica e per la terapia di quelle patologie sensibili ai cannabinoidi, venne ingiustamente accusato per il loro utilizzo illegale.

Adirato per questa ingiusta accusa, Huffman dichiarò che la responsabilità era da attribuire esclusivamente a quelle persone irresponsabili che fecero un uso scorretto di tali sostanze.

Certamente il JWH-018, il cannabinoide sintetico più utilizzato della serie degli stessi JWH, noto anche come Spice, e tutta la serie dei JWH sono nati con ben altri scopi, che non sono certo ricreativi e dannosi per la salute.

Probabilmente la responsabilità è da ricercarsi nel mercato dello sviluppo farmaceutico e nel disinteresse dei grandi capitalisti del farmaco che cercano più il profitto che l'utilità del medesimo e, soprattutto, nel fatto che tali molecole si sono rivelate più potenti dei cannabinoidi naturali, ma anche più pericolose e con effetti psicotropi.

Nessuna delle molecole descritte dalla letteratura scientifica e poi riscontrate negli herbal mixture, infatti, è stata successivamente utilizzata in fase di sviluppo farmaceutico; spesso non sono disponibili in letteratura nemmeno i dati di tossicità associati all'uso di tali sostanze, come richiesto da qualsiasi studio clinico e preclinico.

Esiste oggi, quindi, il rischio che in seguito all'assunzione di queste molecole possano manifestarsi effetti non noti, inclusi quelli tossici, realmente riscontrati in numerosi casi di intossicazione successivi al consumo di "herbal mixture".

Analisi condotte su diversi prodotti di tipo "herbal mixture", effettuate da diversi laboratori nazionali e internazionali, hanno evidenziato la presenza di numerosi cannabinoidi sintetici, oltre al JWH-018 e JWH-073, tra cui il JWH-122, il JWH-200, il JWH-250, il JWH-251, il JWH-081, il JWH-398, il JWH-019, l'HU-210 ed il CP 47, 497 inclusi i suoi analoghi con catena alchilica C6, C8 e C9 (Ukiyama *et al.*, 2010; Nakajima *et al.*, 2010; Lindigkeit *et al.*, 2009; Sistema Nazionale di Allerta, 2011).

Queste molecole, pur agendo sugli stessi recettori del THC, hanno struttura chimica molto diversa.

## Attività farmacologica

L'attività farmacologica in vitro dei cannabinoido-mimetici risulta essere superiore a quella del  $\Delta^9$ -THC.

Mediamente i cannabinoido-mimetici mostrano attività agonista sui recettori CB<sub>1</sub> dalle 3 alle 28 volte superiore a quella del  $\Delta^9$ -THC (Weissman, 1982), ma in alcuni casi possono arrivare anche ad una potenza pari a 800 volte quella del THC (come nel caso del HU-210).

L'attività farmacologica di altri cannabinoidi sintetici è analoga a quella del JWH-018 e del JWH-073 (Huffmann *et al.*, 2009; Aung *et al.*, 2000).

Pertanto gli effetti prodotti sull'organismo umano sono simili a quelli che si manifestano e che vedremo nel caso di assunzione di prodotti "herbal mixture" contenenti JWH-018 e JWH-073.

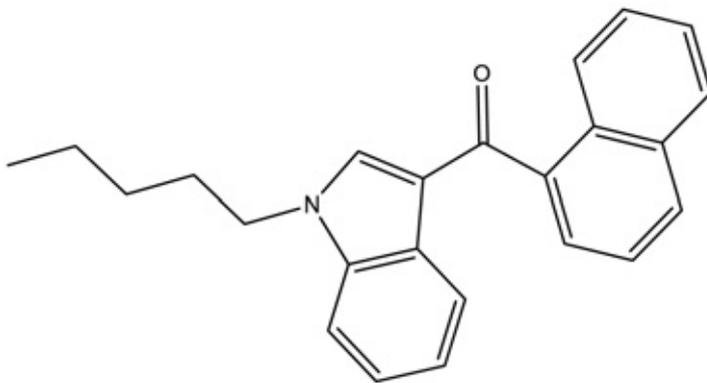
**Lo scopo di questa review è quello di fornire informazioni sulle denominazioni di vendita (vedere anche su internet) e sugli effetti clinici di tali sostanze, in modo da poterne supporre l'uso in soggetti negativi ai cannabinoidi ma con sintomatologia simile, ed eventuale pericolosità dell'abuso desunta da racconti di tali soggetti che utilizzano sicuramente la sostanza.**

I DESIGNERS DRUGS ad attività cannabinoido-mimetica si dividono in due principali categorie: la serie naftoilindolica, meglio conosciuta come JWH, dall'acronimo del suo più grande studioso e scopritore, e la serie simil-cannabinolica o benzopirânica. Iniziamo ad analizzare e dare notizie sui più noti e diffusi cannabinoidimimetici sintetici della serie JWH:

### JWH-018

#### 1-pentyl-3-(1-naphthoyl)-indole

Fig. 2 - Struttura chimica del JWH-018



Il JWH-018 è un analgesico della famiglia delle naphthoylindoline; si comporta come un agonista totale su entrambi i recettori cannabinoidi con maggiore affinità per il CB<sub>1</sub>.

Negli animali e negli uomini produce effetti simili al THC e proprio per questo il JWH-018 è stato largamente utilizzato come principio attivo in alcuni dei più popolari sostituti sintetici della cannabis come la Spice e l'N-joy e nelle smart drugs, vendute in tutto il mondo tramite internet e in alcuni smart shops.

Da vari autori e da esperienze riportate su internet si rileva che il consumo acuto possa produrre allucinazioni, confusione mentale, eccitazione, parestesie, alterazioni delle percezioni del proprio corpo, attacchi di panico e tachicardia.

Tali sensazioni perdurano alcune ore e raramente si protraggono fino al giorno dopo. Alcuni autori descrivono un caso di astinenza fisica e sindrome da dipendenza sviluppata dopo il consumo di "Spice".

Nello specifico, analizziamo un caso di un soggetto di 20 anni, che ha riportato di aver fumato "Spice Gold" ogni giorno per 8 mesi.

Questo ragazzo ha sviluppato una netta tolleranza alla sostanza e ha aumentato velocemente la dose fino a 3 g al giorno.

Inoltre il soggetto provava un continuo desiderio per la sostanza e continuava ad usarla nonostante lo sviluppo di disturbi cognitivi persistenti.

L'uso della Spice Gold lo ha allontanato dalle attività lavorative. Lo screening sulle urine per i cannabinoidi era negativo al momento dell'ingresso in ospedale.

Tra il quarto e il settimo giorno in ospedale ha sviluppato profonda agitazione, craving, incubi notturni, sudorazione, nausea, tremori e cefalea; inoltre la pressione sanguigna è rimasta elevata

per due giorni con valori massimi pari a 180/90 mm Hg accompagnata da una frequenza cardiaca di 125 battiti/min. Il paziente ha dichiarato di aver provato sintomi simili, qualche settimana prima, a causa della indisponibilità del prodotto e che tali sintomi erano scomparsi dopo aver consumato nuovamente il prodotto.

I sintomi in questione sono stati interpretati come sindrome di astinenza corrispondente ai criteri dell'ICD-10 (decima classificazione dell'*International Classification of Diseases*) e del DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*).

Gli autori di questo studio, pur non essendo riusciti a trovare metaboliti, ipotizzano che la sindrome descritta dal paziente fosse dovuta all'assunzione di cannabinoidi sintetici come il JWH-018 e il CP-47-497 presenti nello "Spice Gold"; inoltre, evidenziano il fatto che sia il JWH-018 che il CP-47-497 non sono mai stati studiati in termini di tossicità e sicurezza sull'uomo.

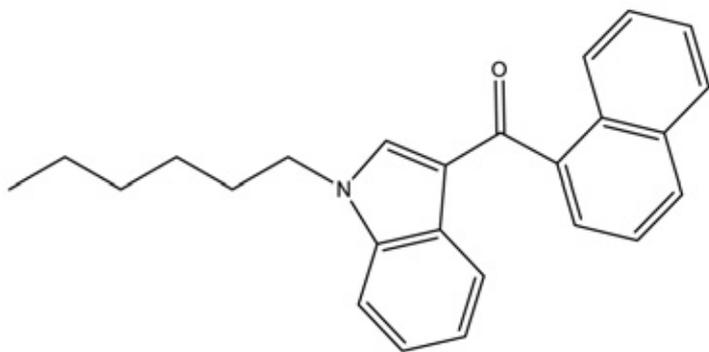
Si fa presente, infatti, che i metaboliti urinari di queste molecole erano, al tempo, difficilmente reperibili anche con le normali tecniche gascromatografiche.

Oggi, con le più avanzate tecniche di cromatografia, quali LC-MS-MS, LC-QTOF ect è invece possibile individuarli.

### JWH-019

#### **1-hexil-3-(naftalen-1-oyl)-indole oppure (1-hexyl-1H-indol-3-yl)-1-naphthalenyl-methanone**

Fig. 3 - Struttura chimica del JWH-019

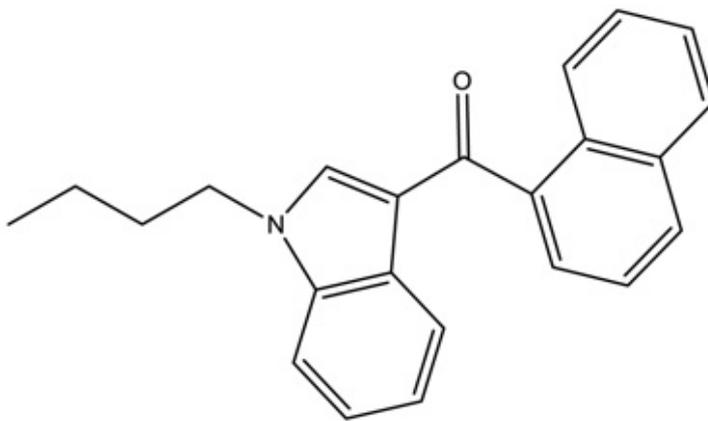


È un solido di tipo cristallino e chimicamente analogo sia al JWH-018 che al JWH-073; è solubile nei solventi organici ed è un agonista dei recettori CB<sub>1</sub> e CB<sub>2</sub> dei cannabinoidi. In Italia risulta essere illegale dal 16 maggio 2011, data in cui è stata pubblicata la Gazzetta Ufficiale n. 112. Il JWH-019 si trova contenuto in miscele denominate solitamente "Lucy"; è lievemente più potente del JWH-018 e la sua dose media si aggira sui 12 mg, che, di solito mischiati a tabacco, vengono fumati. Da internet risultano i seguenti effetti: perdita del senso del tempo, riso incontrollato, sensazione di possedere un corpo di pietra con movimenti fluidi e rilassati, lievi allucinazioni auditive e visive (colori più brillanti, suoni più nitidi e vivi, ecc.), sensazione di benessere ed eccitazione simile ad un orgasmo che riguarda tutto il corpo. Tra i segni distintivi, come per i cannabinoidi, si verifica iperemia oculare (occhi iniettati di sangue) e bocca asciutta; in alcuni soggetti si verificano anche attacchi di panico con idee paranoiche come il terrore di venire uccisi.

### JWH-073

#### **naftalene-1-yl-(1-butilindol-3-yl)metanone**

Fig. 4 - Struttura chimica del JWH-073



Anche questo cannabinoide sintetico, scoperto da Huffman, è un analgesico potente che agisce soprattutto sui recettori CB<sub>1</sub>; venduto come fertilizzante con denominazione "Forrest Humus", è spesso associato alla JWH-018 nella Spice.

La dose utilizzata dai consumatori si aggira tra i 4 ed i 6 mg facendo già capire quanto sia più potente delle precedenti.

Sostanzialmente gli effetti sono simili a quelli dei cannabinoidi precedentemente citati: riso incontrollato, eccitazione e sensazione di benessere.

C'è da sottolineare, però, che a queste dosi non sembra avere grandi effetti allucinatori.

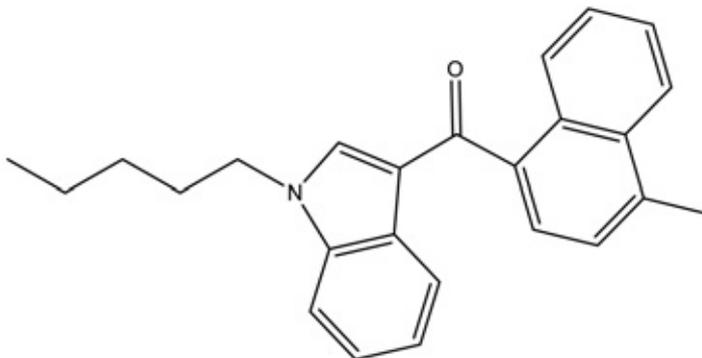
La sua azione è molto più rapida di quella dei cannabinoidi precedenti, i suoi effetti iniziano entro pochi minuti e hanno un picco entro 1 ora e si dissolvono entro le due ore successive.

Secondo altri ricercatori la sostanza chimica è meno potente delle precedenti e dei cannabinoidi classici, ma ha il vantaggio di essere molto più veloce nella dismissione degli effetti.

### JWH-122

#### **1-pentil-3-(4-metil-1-naftoil)indolo**

Fig. 5 - Struttura chimica del JWH-122



L'1-pentil-3-(1-(4-metil)naftoil)indolo è un cannabinoide sintetico appartenente alla famiglia dei naftoilindoli.

È un analogo del JWH-398, dal quale differisce per la presenza di un sostituito metile in posizione 4 sull'anello naftilico al posto del cloro.

Il JWH-122 possiede attività cannabinoide-mimetica.

Inoltre il JWH-122 è anche un analogo del JWH-018, dal quale differisce per la presenza di un sostituito metile in posizione 4 sull'anello naftilico.

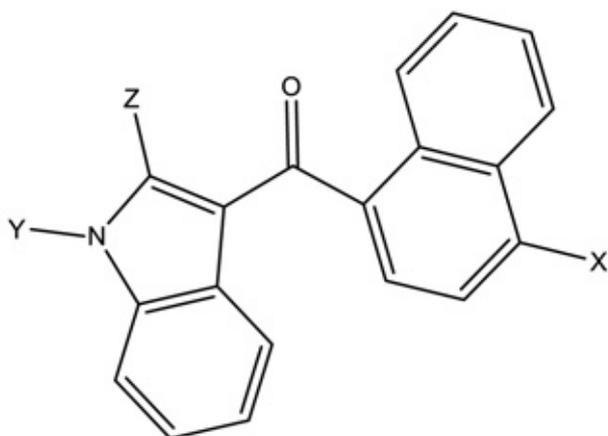
Tutto questo ci fa capire come esistano differenze minime tra questi composti, in effetti se in posizione 4 si aggiunge un Cloro si ha il JWH-398; se invece si aggiunge un metile nella medesima posizione si ha il JWH-122, come precedentemente riportato.

È importante, però, non sottovalutare queste sostituzioni poiché l'attività e l'affinità per i recettori dei cannabinoidi, in particolare per i CB1, varia tantissimo.

Il JWH-018 corrisponde alla struttura riportata nello Schema 1, dove X=H ed Y=H e la sua attività sul recettore CB1 è pari ad una  $K_i=9\pm 5$  nM.

Il JWH-122 (X=Me ed Z=H), analogo metilato, possiede anch'esso attività sul recettore CB1 ( $K_i=0.69\pm 0.05$  nM); la potenza aumenta, a seconda dei soggetti, da 6 a 20 volte.

Schema 1 - Struttura dei naftoilindoli



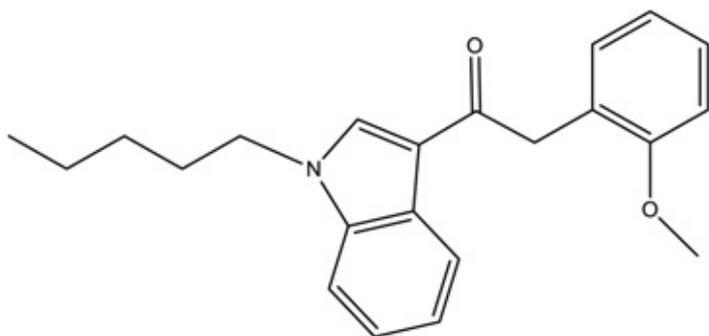
Dai casi fino ad ora identificati, il JWH-122, assunto per inalazione di prodotto fumato, causa modesta tachicardia con cardiopalmo, flushing, ansia, disorientamento, confusione mentale, obnubilamento del sensorio, sincope, sopore, epigastralgia, midriasi, secchezza delle fauci, nistagmo, dolori diffusi, fini tremori, vertigini; in un solo caso si è verificata ipotensione importante con anuria temporanea.

I sintomi compaiono di regola a distanza di circa 30 minuti dall'assunzione.

### JWH-250

#### 2-(2-metossifenil)-1-(1-pentilindol-3-il)etanone

Fig. 6 - Struttura chimica del JWH-250



Il JWH-250 è un cannabinoide sintetico che appartiene al gruppo dei fenilacetilindoli (benzoilindoli), gruppo relativamente

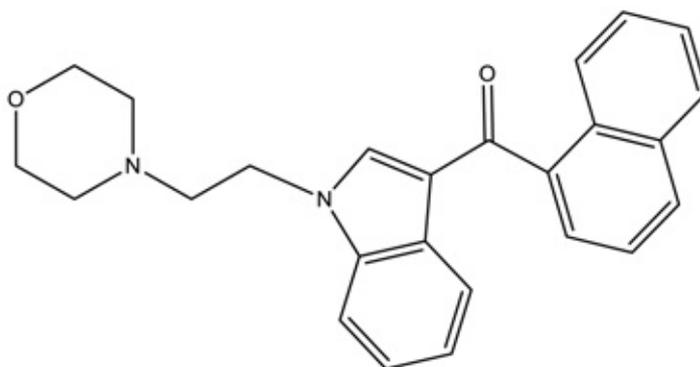
nuovo di indoli cannabinoidomimetici che differiscono dai più noti JWH-018 o JWH-073, per la presenza di un gruppo fenilacetile al posto del naftoile.

Nello specifico, il JWH-250 vede la presenza di un gruppo 2'-metossifenilacetile al posto del naftoile.

### JWH-200

#### [1-(2-morpholin-4-ylethyl)indol-3-yl]-naphthalen-1-ylmethanone

Fig. 7 - Struttura chimica del JWH-200



Il JWH-200 è un aminoalchilindolo che agisce come ligando del recettore cannabinoide (CB1). In particolare si lega al recettore CB<sub>1</sub> con un'elevata affinità ( $IC_{50}=7.8$ ;  $K_i=42$  nM). Gli effetti del JWH-200 su test preclinici, quali l'attività locomotoria, il tail-flick latency, l'ipotermia e i test di immobilità (ring-immobility tests) sono superiori o confrontabili a quelli del D9-THC e del WIN-55,212-2, un altro aminoalchilindolo sintetico affine al recettore cannabinoide CB<sub>1</sub>.

Il JWH-200 inibisce fortemente la contrazione dei dotti deferenti dei roditori stimolati elettricamente ( $IC_{50}=3.7-6.0$  nM).

Nel sito di una delle aziende che commercializzano il JWH-200 è presente l'avvertenza che dichiara il prodotto per solo uso di ricerca in laboratorio e non per la somministrazione umana, né per uso diagnostico o terapeutico sia umano che veterinario.

Il JWH-200 può irritare le mucose e il tratto respiratorio superiore. Può essere nocivo per inalazione, ingestione, o assorbimento attraverso la cute.

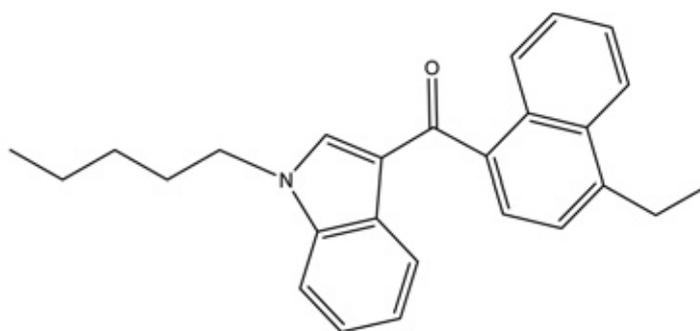
Può causare irritazioni agli occhi, alla pelle e al sistema respiratorio.

Le caratteristiche tossicologiche di questa molecola non sono ancora completamente note.

### JWH-210

#### (4-ethylnaphthalen-1-yl)-(1-pentylindol-3-yl)methanone oppure 1-Pentyl-3-(4-ethyl-1-naphthoyl)indole

Fig. 8 - Struttura chimica del JWH-210



Il JWH-210 è un cannabinoide sintetico appartenente alla famiglia dei naftoilindoli e rappresenta un analogo del JWH-122, già segnalato dall'EMCDDA (*European Monitoring Center of Drugs and Drugs Addiction*), dal quale differisce per la presenza di un sostituito etile al posto del metile in posizione 4 dell'anello naftilico.

Il JWH-210 agisce come agonista molto potente sia sui recettori CB<sub>1</sub> (K<sub>i</sub>=0.46 nM) che sui recettori CB<sub>2</sub> (K<sub>i</sub>=0.69 nM).

Da informazioni disponibili attraverso forum di consumatori, si evidenzia che l'inalazione di dosi pari a 2-7 mg produce effetti che durano tra i 30 e i 60 minuti.

Viene riportata anche l'assunzione della sostanza per via orale.

Il JWH-210, inoltre, è stato identificato nel siero di 12 pazienti inclusi in uno studio retrospettivo costituito da un totale di 29 soggetti ospedalizzati in Germania, in seguito ad assunzione per inalazione (fumo) di miscele di erbe, quali ad esempio "Spice", "Bonzai" e "Maya".

Oltre al JWH-210 sono stati identificati altri cannabinoidi sintetici nel siero dei vari pazienti, quali il JWH-015 (n=1), JWH-018 (n=8), JWH-073 (n=1), JWH-081 (n=7), JWH-122 (n=11), JWH-250 (n=4) e AM-694 (n=1).

Nello studio vengono riportati i sintomi di intossicazione riscontrati più frequentemente in questo gruppo di pazienti:

- sistema nervoso centrale: agitazione (41% dei pazienti), alterazione delle percezioni/allucinazioni (38%), ansia/attacchi di panico (21%), sonnolenza (17%), sopore (17%), disorientamento (14%) e amnesia (7%), sistema cardiovascolare: tachicardia (76%), ipertensione (34%), ipotensione (7%) e dispnea (17%) sistema gastrointestinale: nausea/vomito (28%). Parametri biochimico-clinici: ipopotassiemia (28%), aumento della creatina chinasi (14%) e aumento della glicemia (31%).

Nella pubblicazione non sono tuttavia disponibili informazioni specifiche per l'esposizione al solo JWH-210 anche perché viene spesso associato ad altri cannabinoidi mimetici.

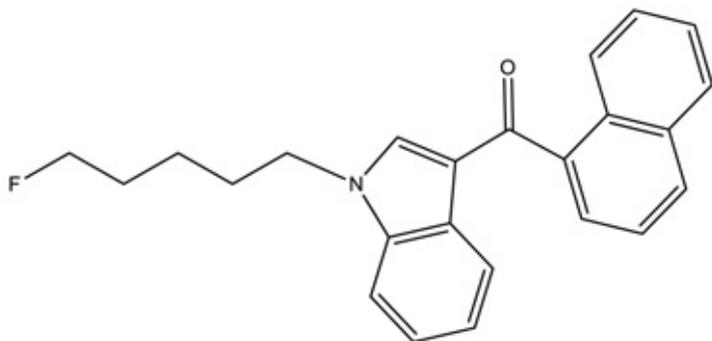
Si potrebbero riportare anche tutti gli altri JWH ma a parte piccole differenze sostanzialmente gli effetti combaciano con quelli riportati per i principali cannabinoidomimetici di tipo naftilindolico.

## Altri cannabinoidi mimetici

### AM-2201

**1-(5-fluoropentil)-3-(1-naftoil) indolo oppure 1-(5-fluoropentil)-1H-indol-3-il (naftalen 1-il) metanone**

Fig. 9 - Struttura chimica dell'AM-2201



Scoperto da Alexandros Makriyannis della Northeastern University, Boston Massachusetts l'AM-2201 è una polvere giallina for-

mata da un cannabinoide sintetico appartenente alla famiglia dei naftoilindoli, la stessa dei JWH, da cui differisce per la presenza di un fluoro sulla catena alchilica in posizione 5; non sembrano essere noti gli effetti sull'uomo ma si conoscono quelli sugli animali. Infatti esiste su internet solo una esperienza fatta da un gruppo di tossici che inalando 15 mg di AM-2201 hanno avvertito i seguenti effetti: vibrazione del corpo, pesantezza e una sonnolenza talmente profonda da farli cadere per terra.

Successivamente è subentrata tachicardia, attacco di panico e sudorazione profusa anche sul palmo della mano ed infine si sono addormentati per circa tre ore.

Per altri del gruppo l'esperienza è stata più drammatica: psicosi paranoiche, urla, tremori, nausea e vomito, ecc.

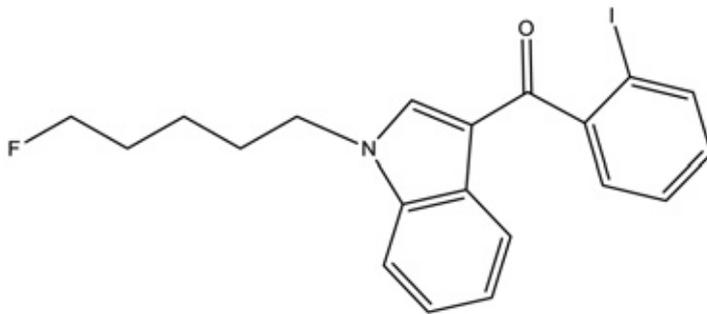
Molto probabilmente la dose assunta è stata troppo forte per cui il soggetto consiglia l'uso di 1 mg o meno (500 mcg)

Di solito è contenuto in bustine vendute come deodorante ambientale con la dicitura "**Bonsai Summer Boost**".

### AM-694

**1-(5-fluoropentil)-3-(2-iodobenzoil)indolo oppure 1-(5-fluoropentil)-1H-indol-3-yl[(2-iodophenyl)methanone**

Fig. 10 - Struttura chimica dell'AM-694



Anche questa molecola è stata scoperta da Alexandros Makriyannis.

Si trova sotto forma di polvere fine di colore biancastro.

L'1-(5-fluoropentil)-3-(2-iodobenzoil)indolo (AM-694) è un cannabinoide sintetico strutturalmente simile alla famiglia dei fenilacetilindoli.

È un agonista potente e selettivo del recettore CB<sub>1</sub> e si suppone dunque che, analogamente ad altri cannabinoidi sintetici della stessa famiglia, sia in grado di produrre effetti cannabinoidomimetici in chi lo assume.

L'AM-694 viene riportato in un brevetto che include la sintesi e la caratterizzazione di diversi derivati indolici con proprietà cannabinoido-mimetiche, con caratteristiche potenzialmente utili nel trattamento del dolore, del glaucoma, dell'epilessia e della nausea associata alla chemioterapia.

L'AM-694 viene descritto come una molecola molto potente e con elevata selettività verso il recettore CB<sub>1</sub> rispetto al CB<sub>2</sub>.

Esso, quindi, nasce come farmaco cannabinoido-mimetico molto potente.

L'AM-694 è reperibile sul mercato online attraverso vari siti web al prezzo di circa 50 € al grammo.

Le esperienze riportate dai consumatori e pubblicate su vari forum online sono contrastanti.

Alcuni riportano di averne assunto una dose da 2 mg, il cui effetto è durato per 10 minuti. Altri riferiscono di assunzioni che vanno da 1 a 2 milligrammi e sostengono che l'effetto dura molto più a lungo di altri cannabinoidi sintetici.

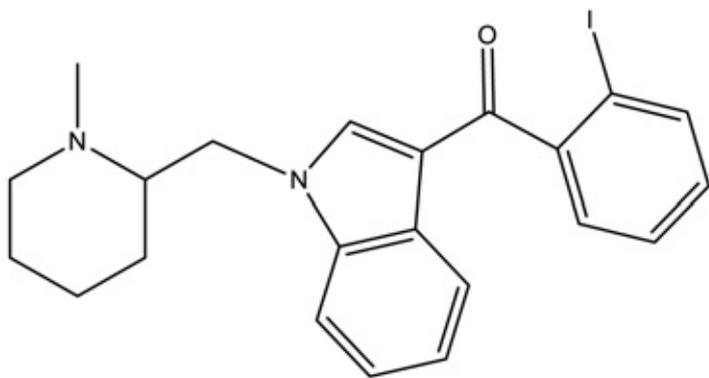
Un consumatore ne elenca aspetti positivi e negativi: tra gli aspetti positivi vengono riportati la durata dell'effetto, che è di almeno 3 ore, e l'intensità, che sembra mantenersi costante col passare del tempo, un "high" senza forme di ansia associate; tra gli aspetti negativi il consumatore ne riferisce il cattivo sapore. Gli effetti sono descritti come simili al JWH-250, ma rispetto a questa molecola sembrano avere durata maggiore.

Sostanzialmente chi l'ha usata riferisce di provare una sensazione di calore forte che parte dalla colonna dorsale per giungere alla testa e poi una sensazione allucinogena fatta da colori più vivi e da una specie di iniziale viaggio come si prova con i funghi allucinogeni. Dopo trenta minuti e per circa un'ora il corpo sembra fluttuare nell'aria ed il tutto finisce dopo un'ora e mezza-due circa per ritornare ad una perfetta normalità, a volte seguita da una lieve fase depressiva.

#### AM-2233

**1-[(N-metilpiperidin-2-il)metil]-3-(2-iodobenzoil)indolo oppure (2-iodophenyl)-[1-[(1-methylpiperidin-2-yl)methyl]indol-3-yl]methanone**

Fig. 11 - Struttura chimica dell'AM-2233



L'AM-2233 è un cannabinoide sintetico appartenente alla famiglia dei benzoilindoli, strutturalmente correlato ai cannabinoidi sintetici già segnalati su territorio europeo AM-694 e AM-2201. L'AM-2233 è un agonista dei recettori cannabinoidi con valori di  $K_i$  pari a 3.4 nM sul recettore  $CB_1$  e 7.6 nM sul  $CB_2$  ed è stato identificato come radioligando ( $[^{131}I]$ -AM2233) per studi di autoradiografia dei recettori  $CB_1$  nel cervello di roditori.

L'isomero (R)-AM2233 è un potente agonista cannabinoide con affinità per il recettore circa 8 volte superiore rispetto al WIN55,212-2.

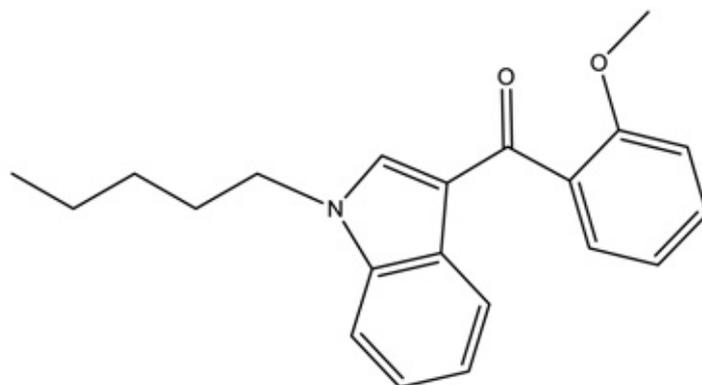
L'(R)-[131I]AM2233 (R-2-[ $^{131}I$ ]iodophenyl-(1-(1-methylpiperidin-2-yl)methyl)-1H-indol-3-yl)methanone) è stato sviluppato come agente per la tomografia computerizzata per emissione di singolo fotone per studi sui recettori  $CB_1$  nel cervello non invasivi.

Esso ha buone prospettive per un futuro impiego nel campo farmacologico-clinico in sostituzione dei cannabinoidi.

#### RCS-4

**4-methoxyphenyl-(1-pentyl-1H-indol-3-yl)methanone oppure 3-(4-Methoxybenzoyl) 1pentylindole; SR-19; OBT-199; BTM-4; E-4; NRG-4; DD001**

Fig. 12 - Struttura chimica dell'RCS-4



Ha l'aspetto di un solido cristallino. L'RCS-4 è un cannabinoide sintetico appartenente alla famiglia dei benzoilindoli.

È stato inizialmente definito come analogo strutturale del cannabinoide sintetico JWH-018 in quanto possiede la stessa struttura alchil indolica, ma differisce per la presenza, al posto del naftile, di un fenile sostituito in para dal gruppo metossi.

Nella scheda di sicurezza della molecola, disponibile presso un rivenditore di prodotti chimici per la ricerca, sono indicate le precauzioni da intraprendere durante la manipolazione della sostanza: evitare il contatto con la pelle e con gli occhi, evitare di respirare la polvere, i vapori, evitare l'esposizione prolungata e ripetuta, tenere i contenitori ben chiusi.

Viene inoltre riportato che la molecola non è stata studiata dal punto di vista tossicologico.

La molecola RCS-4 è stata riscontrata in numerose preparazioni di miscele di erbe promozionate come prodotti alternativi alla cannabis.

In un test per valutare le attività cannabinoide-mimetiche di alcuni cannabinoidi sintetici, come la funzione della stimolazione del binding del  $[^{35}S]$ GTPcS studiato su membrane di tessuto corticale di ratto, per la molecola RCS-4 viene riportata una  $EC_{50}$  pari a  $1.99 \cdot 10^{-7}$  M (intesa come concentrazione per cui si ha il 50% dell'effetto massimo) e una  $E_{max}$  pari al 72%.

Per confronto dei dati, sono riportati i valori osservati nello stesso studio per il JWH-018 che sono risultati essere rispettivamente pari a  $3.60 \cdot 10^{-8}$  e 111.

Non esistono tutt'oggi riferimenti agli effetti sull'uomo.

Questo lavoro, seppur breve, in quanto parlare di tutti i cannabinoidimimetici sarebbe davvero assurdo, quanto inutile, si propone alla stregua di un manuale di riferimento da utilizzare per quei pazienti che si rivolgono al Ser.T. manifestando stimme cliniche da assunzione di cannabinoidi, risultando essi, però, negativi ai cannabinoidi ai drug test urinari eseguiti di routine. Oggi, infatti, sebbene siano disponibili da parte di qualche ditta, kit di identificazione immunometrica di tali molecole, i normali kit per i cannabinoidi sono assolutamente incapaci di rilevarli, mimetici o sintetici che siano.

L'unico metodo per rilevarne l'uso/abuso di tali sostanze scaturisce dal sospetto clinico, da confermare successivamente con la loro determinazione nel sangue, o nelle urine, in cromatografia ad alta risoluzione (TOF - LC MS MS-LC - QTOF-MS).

Riassumiamo di seguito in breve le caratteristiche cliniche generali:

I cannabinoidi sintetici, agendo sui recettori CB<sub>1</sub> e CB<sub>2</sub>, producono effetti psicotropi del tutto simili a quelli dei cannabinoidi naturali quali euforia, rilassamento, agitazione, lieve tachicardia, allucinazioni, ansia, diffidenza nei confronti degli altri, panico ecc.

Inoltre, come riportato sopra, ad alte concentrazioni possono indurre anche allucinazioni, midriasi, secchezza delle fauci, nistagmo, dolori diffusi, fini tremori, vertigini ecc.

La differenza rispetto ai cannabinoidi naturali è che di regola non inducono dipendenza fisica; in alcuni casi, però, queste sostanze sintetiche possono provocare sia veloce tolleranza, che dipendenza e, pertanto, sono da ritenersi nettamente più pericolose.

## Lista dei JWH più utilizzati

The John W. Huffman research group at Clemson University synthesized over 450 cannabinoids.

Some of those are:

- JWH-007 — an analgesic chemical from the naphthoylindole family, which acts as a cannabinoid agonist at both the CB<sub>1</sub> receptor and CB<sub>2</sub> receptors, with some selectivity for CB<sub>2</sub> with a K<sub>i</sub> of 2.9nM ± 2.6 and 9.5nM ± 4.5 at CB<sub>1</sub>.<sup>[1]</sup>
- JWH-015 — a chemical from the naphthoylindole family, which acts as a subtype-selective cannabinoid agonist. Its affinity for CB<sub>2</sub> receptors is 13.8nM, while its affinity for CB<sub>1</sub> is 383nM, meaning that it binds almost 28x more strongly to CB<sub>2</sub> than CB<sub>1</sub>.<sup>[1]</sup>
- JWH-018 — an analgesic chemical from the naphthoylindole family, which acts as a full agonist at both the CB<sub>1</sub> and CB<sub>2</sub> cannabinoid receptors, with some selectivity for CB<sub>2</sub> with a K<sub>i</sub> of 2.9nM ± 2.6 and 9nM ± 5 at CB<sub>1</sub>.<sup>[1]</sup> It is found in some forms of synthetic cannabis.
- JWH-019 — an agonist at both CB<sub>1</sub> and CB<sub>2</sub> receptors, it has 1.77x selectivity for CB<sub>2</sub> with a K<sub>i</sub> of 5.55nM ± 2 and 9.8nM ± 2 at CB<sub>1</sub>.
- JWH-030 — an analgesic chemical from the naphthoylpyrrole family, it is a partial agonist at CB<sub>1</sub> receptors, with a K<sub>i</sub> of 87nM, making it roughly half the potency of THC.
- JWH-047 — a potent and selective agonist for the CB<sub>2</sub> receptor with a K<sub>i</sub> of 0.9 nM, and a K<sub>i</sub> of 59 ± 3 nM at CB<sub>1</sub>, it has a 65x selectivity for CB<sub>2</sub>.<sup>[1]</sup>
- JWH-048 — a potent and selective agonist for the CB<sub>2</sub> receptor with a K<sub>i</sub> of 0.49 nM ± 0.1, and a K<sub>i</sub> of 10.7 nM ± 1.0 at CB<sub>1</sub>, it has a 22x selectivity for CB<sub>2</sub>.<sup>[1]</sup>
- JWH-051 — an analgesic, it has high affinity for the CB<sub>1</sub> receptor, but is a much stronger agonist for CB<sub>2</sub>, with a K<sub>i</sub> value of 0.03nM at CB<sub>2</sub> vs 1.20nM at CB<sub>1</sub>. It was one of the first CB<sub>2</sub>-selective ligands developed, although its selectivity for CB<sub>2</sub> is modest compared to newer compounds such as HU-308.
- JWH-057 — a 1-deoxy analog of Δ<sup>8</sup>-THC that has very high affinity for the CB<sub>2</sub> receptor, but also has high affinity for the CB<sub>1</sub> receptor.<sup>[2]</sup>
- JWH-073 — an analgesic chemical from the naphthoylindole family, which acts as a cannabinoid agonist at both the CB<sub>1</sub> and CB<sub>2</sub> receptors. It is somewhat selective for the CB<sub>1</sub> subtype with a K<sub>i</sub> of 8.9nM. It is found in some forms of synthetic cannabis.
- JWH-081 — an analgesic chemical from the naphthoylindole family, which acts as an agonist at both the cannabinoid receptors with a K<sub>i</sub> of 1.2nM ± 0.03 at CB<sub>1</sub><sup>[3]</sup> and 12.4nM ± 2.2 at the CB<sub>2</sub> receptors. It is fairly selective for the CB<sub>1</sub> subtype with approximately 10x the affinity for CB<sub>2</sub>. It is found in some forms of synthetic cannabis.
- JWH-098 — a potent and fairly selective CB<sub>2</sub> agonist with a K<sub>i</sub> of 1.9nM ± 0.3 at CB<sub>2</sub> and 4.5nM ± 0.1 at CB<sub>1</sub>,<sup>[3]</sup> giving it about 2.4x selectivity for CB<sub>2</sub>.
- JWH-116 — a CB<sub>1</sub> ligand with a K<sub>i</sub> of 52 ± 5 nM.<sup>[3]</sup>

- JWH-120 — a potent and 173-fold selective CB<sub>2</sub> agonist with a K<sub>i</sub> of 6.1nM ± 0.7, it is the *N*-propyl homolog of JWH-122.<sup>[2]</sup>
- JWH-122 — a potent and fairly selective CB<sub>1</sub> agonist with a K<sub>i</sub> of 0.69nM ± 0.5 at CB<sub>1</sub> and 1.2nM ± 1.2 at CB<sub>2</sub>. It is found in some forms of synthetic cannabis.
- JWH-133 — a potent and highly selective CB<sub>2</sub> receptor agonist with a K<sub>i</sub> of 3.4nM and selectivity of around 200x for CB<sub>2</sub> over CB<sub>1</sub> receptors.<sup>[1]</sup>
- JWH-139 — 3-(1,1-dimethylpropyl)-6,6,9-trimethyl-6a,7,10,10a-tetrahydro-6H-benzo[*c*]chromene.<sup>[4]</sup>
- JWH-147 — an analgesic drug from the naphthoylpyrrole family, which acts as a cannabinoid agonist at both the CB<sub>1</sub> and CB<sub>2</sub> receptors. It is somewhat selective for the CB<sub>2</sub> subtype, with a K<sub>i</sub> of 11.0nM at CB<sub>1</sub> vs 7.1nM at CB<sub>2</sub>.
- JWH-148 — a moderately selective ligand for the CB<sub>2</sub> receptor, with a binding affinity of K<sub>i</sub> = 14.0 ± 1.0 nM at this subtype, and more than 8 times selectivity over the CB<sub>1</sub> subtype.<sup>[5]</sup>
- JWH-149 — a potent and fairly selective CB<sub>2</sub> agonist with a K<sub>i</sub> of 0.73nM ± 0.03 and 5.0nM ± 2.1 at CB<sub>1</sub>,<sup>[3]</sup> giving it about 6.8x selectivity for CB<sub>2</sub>.
- JWH-161 — a CB<sub>1</sub> ligand with K<sub>i</sub> of 19.0nM.
- JWH-164 — a potent cannabinoid agonist with a K<sub>i</sub> of 6.6nM ± 0.7 at CB<sub>1</sub> and 6.9nM ± 0.2 at CB<sub>2</sub>.
- JWH-166 — a potent and highly selective CB<sub>2</sub> agonist with a K<sub>i</sub> of 1.9nM ± 0.08 at CB<sub>2</sub> and 44nM ± 10 at CB<sub>1</sub> giving it 23x selectivity for CB<sub>2</sub>.<sup>[1]</sup>
- JWH-167 — a weak cannabinoid agonist from the phenylacetylindole family with 1.77x selectivity for CB<sub>1</sub> with a K<sub>i</sub> of 90nM ± 17 at CB<sub>1</sub> and 159nM ± 14 at CB<sub>2</sub>.<sup>[6]</sup>
- JWH-171 — an analgesic drug which acts as a cannabinoid receptor agonist. Its binding affinity at the CB<sub>1</sub> receptor is only 51nM, making it slightly less potent than THC itself.
- JWH-175 — (1-pentylindol-3-yl)naphthalen-1-ylmethane, 22nM at CB<sub>1</sub>.<sup>[3]</sup>
- JWH-176 — 1-(((1*E*)-3-pentylinden-1-ylidene)methyl)naphthalene, 26nM at CB<sub>1</sub>.<sup>[3]</sup>
- JWH-181 — a potent cannabinoid agonist with 2.1x selectivity for CB<sub>2</sub> with a K<sub>i</sub> of 0.62nM ± 0.04 and 1.3nM ± 0.1 at CB<sub>1</sub>.
- JWH-182 — a potent cannabinoid agonist with some selectivity for CB<sub>1</sub> with a K<sub>i</sub> of 0.65nM ± 0.03 and 1.1nM ± 0.1 at CB<sub>2</sub>.
- JWH-184 — 1-pentyl-1H-indol-3-yl-(4-methyl-1-naphthyl)methane, 23nM at CB<sub>1</sub>.<sup>[3]</sup>
- JWH-185 — 1-pentyl-1H-indol-3-yl-(4-methoxy-1-naphthyl)methane, 17nM at CB<sub>1</sub>.<sup>[3]</sup>
- JWH-192 — (1-(2-morpholin-4-ylethyl)indol-3-yl)-4-methylnaphthalen-1-ylmethane, 41nM at CB<sub>1</sub>.<sup>[3]</sup>
- JWH-193 — (1-(2-morpholin-4-ylethyl)indol-3-yl)-4-methylnaphthalen-1-ylmethanone, 6nM at CB<sub>1</sub>.<sup>[3]</sup>
- JWH-194 — 2-methyl-1-pentyl-1H-indol-3-yl-(4-methyl-1-naphthyl)methane, 127nM at CB<sub>1</sub>.<sup>[3]</sup>
- JWH-195 — (1-(2-morpholin-4-ylethyl)indol-3-yl)-naphthalen-1-ylmethane, 113nM at CB<sub>1</sub>.<sup>[3]</sup>
- JWH-196 — 2-methyl-3-(1-naphthalenylmethyl)-1-pentyl-1H-Indole, 151nM ± 18 at CB<sub>1</sub>.
- JWH-197 — 2-methyl-1-pentyl-1H-indol-3-yl-(4-methoxy-1-naphthyl)methane, 323nM at CB<sub>1</sub>.<sup>[3]</sup>
- JWH-198 — (1-(2-morpholin-4-ylethyl)indol-3-yl)-4-methoxynaphthalen-1-ylmethanone, 10nM at CB<sub>1</sub>.<sup>[3]</sup>
- JWH-199 — (1-(2-morpholin-4-ylethyl)indol-3-yl)-4-methoxynaphthalen-1-ylmethane, 20nM at CB<sub>1</sub>.<sup>[3]</sup>
- JWH-200 — an analgesic chemical from the aminoalkylindole family, which acts as a cannabinoid receptor agonist. Its binding affinity at the CB<sub>1</sub> receptor is 42nM, around the same as that of THC, but interestingly, its analgesic potency *in vivo* was higher than that of other analogues with stronger CB<sub>1</sub> binding affinity *in vitro*, around 3 times that of THC but with less sedative effect, most likely reflecting favorable pharmacokinetic characteristics. It is found in some forms of synthetic cannabis.

- JWH-203 — an analgesic chemical from the phenylacetylindole family, which acts as a cannabinoid agonist with approximately equal affinity at both the CB<sub>1</sub> and CB<sub>2</sub> receptors, having a K<sub>i</sub> of 8.0nM at CB<sub>1</sub> and 7.0nM at CB<sub>2</sub>. Similar to the related 2'-methoxy compound JWH-250, JWH-203 has a phenylacetyl group in place of the naphthoyl ring used in most aminoalkylindole cannabinoid compounds, and is the most potent compound found in the phenylacetyl group.<sup>[6]</sup> It is found in some forms of synthetic cannabis.
- JWH-205 — 1-(2-methyl-1-pentylindol-3-yl)-2-phenylethanone, CB<sub>1</sub>: 124nM ± 23 CB<sub>2</sub>: 180nM ± 9 CB<sub>2</sub> selectivity: 1.45x.<sup>[6]</sup>
- JWH-210 — an analgesic chemical from the naphthoylindole family, which acts as a potent cannabinoid agonist at both the CB<sub>1</sub> and CB<sub>2</sub> receptors, with K<sub>i</sub> values of 0.46nM at CB<sub>1</sub> and 0.69nM at CB<sub>2</sub>. It is one of the most potent 4-substituted naphthoyl derivatives in the naphthoylindole series, having a higher binding affinity (i.e. lower K<sub>i</sub>) at CB<sub>1</sub> than both its 4-methyl and 4-n-propyl homologues (JWH-122 and JWH-182 respectively), and than the 4-methoxy compound JWH-081.<sup>[11]</sup> It is found in some forms of synthetic cannabis.
- JWH-213 — a potent and fairly selective CB<sub>2</sub> agonist with a K<sub>i</sub> of 0.42nM ± 0.05 at CB<sub>2</sub> and 1.5nM ± 0.2 at CB<sub>1</sub> giving it 3.6x selectivity over CB<sub>1</sub>.<sup>[11]</sup>
- JWH-220 — 19nM at CB<sub>1</sub>.
- JWH-229 — 1-methoxy-3-(1',1'-dimethylhexyl)-Δ<sup>8</sup>-THC, a dibenzopyran "classical" cannabinoid drug with a K<sub>i</sub> of 4.6nM ± 2.0, it is a potent CB<sub>2</sub> agonist.
- JWH-234 — a cannabinoid agonist that has 2.2x selectivity for CB<sub>2</sub> with a K<sub>i</sub> value of 8.4nM ± 1.8 at CB<sub>2</sub> and 3.8nM ± 0.6 at CB<sub>1</sub>.
- JWH-249 — CB<sub>1</sub>: 8.4nM ± 1.8 CB<sub>2</sub>: 20nM ± 2 selectivity for CB<sub>1</sub>: 2.38x<sup>[6]</sup>
- JWH-250 — an analgesic chemical from the phenylacetylindole family, which acts as a cannabinoid agonist at both the CB<sub>1</sub> and CB<sub>2</sub> receptors, with a K<sub>i</sub> of 11nM at CB<sub>1</sub> and 33nM at CB<sub>2</sub>.<sup>[6]</sup> It is found in some forms of synthetic cannabis.
- JWH-251 — (1-pentyl-3-(2-methylphenylacetyl)indole) CB<sub>1</sub>: 29nM ± 3 CB<sub>2</sub>: 146nM ± 36 selectivity for CB<sub>1</sub>: 5x.<sup>[6]</sup>
- JWH-253 —
- JWH-258 — a potent and mildly selective CB<sub>1</sub> agonist with a K<sub>i</sub> of 4.6nM ± 0.6 and 10.5nM ± 1.3 at CB<sub>2</sub>.<sup>[11]</sup>
- JWH-300 — CB<sub>1</sub>: 116nM CB<sub>2</sub>: 5.3nM<sup>[2]</sup>
- JWH-302 — (1-pentyl-3-(3-methoxyphenylacetyl)indole) CB<sub>1</sub>: 17nM ± 2 CB<sub>2</sub>: 89nM ± 15 selectivity for CB<sub>1</sub>: 5.26x.<sup>[6]</sup>
- JWH-307 — an analgesic drug from the naphthoylpyrrole family, which acts as a cannabinoid agonist at both the CB<sub>1</sub> and CB<sub>2</sub> receptors. It is somewhat selective for the CB<sub>2</sub> subtype, with a K<sub>i</sub> of 7.7nM at CB<sub>1</sub> vs 3.3nM at CB<sub>2</sub>.
- JWH-336 — CB<sub>1</sub>: ~1.2nM CB<sub>2</sub>: 36nM<sup>[2]</sup>.
- JWH-350 — a 11-nor-1-methoxy-3-(1',1'-dimethylheptyl)-9-hydroxyhexahydrocannabinol with 33-fold selectivity for the CB<sub>2</sub> receptor and high CB<sub>2</sub> receptor affinity (K<sub>i</sub>=12nM ± 1) has the desirable combination of excellent CB<sub>2</sub> affinity combined with little affinity for the CB<sub>1</sub> receptor.<sup>[2]</sup>
- JWH-359 — a dibenzopyran "classical" cannabinoid drug with a K<sub>i</sub> of 13.0nM and selectivity of around 220x for CB<sub>2</sub>, it is a potent and selective CB<sub>2</sub> receptor agonist.
- JWH-387 — 1-pentyl-3-(4-bromo-1-naphthoyl)indole, an analgesic chemical from the naphthoylindole family, which acts as a potent cannabinoid agonist at both receptors with a K<sub>i</sub> of 1.2nM at CB<sub>1</sub> and 1.1nM at CB<sub>2</sub>.
- JWH-398 — an analgesic chemical from the naphthoylindole family, which acts as a potent cannabinoid agonist at both receptors with a K<sub>i</sub> of 2.3nM at CB<sub>1</sub> and 2.8nM at CB<sub>2</sub>.<sup>[7]</sup>
- JWH-424 — a potent and moderately selective CB<sub>2</sub> agonist with a K<sub>i</sub> of 5.44nM at CB<sub>2</sub> and 20.9nM at CB<sub>1</sub>.

## RECENSIONE



Regione Lombardia ASL Milano 2

### **RETI TERRITORIALI, PREVENZIONE, FORMAZIONE** **L'esperienza del Dipartimento delle Dipendenze della ASL Milano 2**

a cura di Alfio Lucchini

I contributi presentati spaziano dal gioco d'azzardo patologico, con un ampio saggio sulle politiche di intervento della ASL, alla internet addiction e nuovi modelli di comunicazione, fino agli interventi di riduzione dei rischi.

Ma è nell'ambito scolastico riferito alla ASL Milano 2 che vengono forniti molti approfondimenti, dai comportamenti a rischio degli adolescenti a scuola con un saggio di ampio profilo, che tratta anche il fenomeno del bullismo, alla originale rilevazione sulla dispersione scolastica e dell'evasione dell'obbligo scolastico nelle scuole dell'ASL, allo stato dell'arte di quattro anni del programma LifeSkills Training Lombardia nelle nostre scuole secondarie di primo grado. Il tema della prevenzione è accompagnato da esperienze correlate di carattere formativo.

Il valore della prevenzione è importante nella tutela della salute e deve affermarsi sempre più nella cultura quotidiana.

Il settore delle dipendenze ha nel suo DNA questa convinzione e questo volume della ASL Milano 2 vuole offrire ai professionisti ma prima agli amministratori pubblici e alla rete delle realtà territoriali (insegnanti e operatori sociali in primis), spunti di riflessione e strumenti utili alla programmazione nei territori.

Il volume contiene contributi di Alfio Lucchini, Bruno Belletti, Paola Broggi, Elena Bertolini, Antonella Calaciura, Cecilia Gaboardi, Rita Gallizzi, William Guzzi, Alessandra Meconi, Annalisa Pistuddi, Sergio Salviati, e molte collaborazioni citate nel testo.

# Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno V, n. 20

MISSION n. 44

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

**Direttore scientifico:** Alfio Lucchini

Inviare richieste e contributi scientifici a:  
[missiondirezione@tiscali.it](mailto:missiondirezione@tiscali.it)

**Redazione:** Mauro Cibin, Ezio Manzato, Felice Nava, Sara Rosa, Valeria Zavan

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

## L’Europa tra culture del bere e politiche di controllo alcolologico

Allaman Allamani\*, Fabio Voller\*, Pasquale Pepe\*

### Una panoramica: Bere, conseguenze e prevenzione

Alle bevande alcoliche sono sempre state riconosciute qualità conviviali e socializzanti, oltre che aspetti biologici positivi su alcuni organi quali cuore, pancreas, cervello (Anderson & Baumberg, 2006).

Tuttavia le conseguenze negative per la salute fisica e psicosociale sono state da tempo attentamente considerate nei paesi di madrelingua inglese e del nord Europa (vedi p.e. Babor e coll., 2010).

In risposta a ciò sono sorte varie misure di controllo del bere, globalmente definite politiche alcolologiche, aventi durante il novecento una lunga tradizione nel campo della salute pubblica dei paesi del nord Europa, e diffuse nel sud Europa solo nelle ultime tre decadi del secolo scorso, parallelamente ai processi di integrazione politica, economica e sociale del continente.

La istituzione del primo Piano d’Azione alcolologico europeo nel 1992 ha certamente costituito un decisivo passo per promuovere l’idea di una politica alcolologica europea e dello studio delle misure preventive più efficaci per influenzare il consumo alcolico e i danni alcol-correlati (Organizzazione Mondiale della Sanità, 1992).

Tra queste, sono state identificati diversi metodi restrittivi, tra cui tassazione, limitazioni alle licenze e agli orari di vendita, regolazione della pubblicità, definizione del massimo tasso alcolico nel sangue durante la guida di motoveicoli, programmi di informazione e di educazione sanitaria, nonché le azioni che mobilitano le comunità

(Holmila, 1997; Holder, 1998; Norström, 2002; Karlsson & Österberg, 2007; Pridemore & Snowden, 2009; Babor e coll., 2010; e, per una visione d’insieme, Anderson, 2009; Anderson, Møller e Galea, 2012).

Il progetto AMPHORA-3 è una ricerca che ha avuto una durata di quattro anni (2009-2012), co-finanziata dalla Commissione Europea nell’ambito del 7° programma quadro, e coordinata dall’Agenzia Regionale Sanitaria Toscana (Allamani e Voller, 2012; AMPHORA-3, 2013; Allamani, Anderson e Einstein, 2014).

La ricerca, parte di un più ampio progetto AMPHORA, era interessata a indagare sull’effetto che sui cambiamenti nel consumo di bevande alcoliche e nella mortalità alcol-correlata dal 1960 al 2008 hanno avuto le politiche alcolologiche, confrontate coi fattori socio-economici e demografici.

Vi hanno partecipato dodici paesi, rappresentativi del continente, che, analizzando le modalità di consumo dei tre principali tipi di bevande alcoliche, così come evidenziato dal metodo quantitativo ANN (vedi più sotto) sono stati suddivisi in tre gruppi, approssimativamente corrispondenti a tre macroaree geografiche.

Nella Tab. 1 rappresenta la tripartizione, in cui tra le nazioni del primo gruppo (definite settentrionali) accan-

Tab. 1 - I paesi europei dello studio AMPHORA-3 suddivisi per caratteristiche di consumo di birra, vino e superalcolici

Paesi settentrionali		Paesi centrali		Paesi meridionali
Svezia	R. Unito	Austria	P. Bassi	Francia
Norvegia	Polonia	Svizzera		Spagna
Finlandia		Ungheria		Italia

\* Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, Firenze.

to ai paesi scandinavi vengono collocate Regno Unito e Polonia, e tra le nazioni del secondo gruppo (centro-Europa) i Paesi Bassi si trovano accanto a Austria Ungheria e Svizzera, mentre nell'ultimo gruppo, dell'Europa meridionale si trovano insieme, come atteso, Francia, Spagna e Italia.

### Cambiamenti nei consumi di bevande alcoliche e nei danni alcol-correlati in Europa (ca. 1960-2010)

Nei cinque decenni investigati dallo studio AMPHORA-3 diverse sono state le variazioni nelle quantità di bevande alcoliche consumate in Europa (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2011). Infatti il consumo totale di bevande alcoliche nei dodici paesi dello studio è leggermente diminuito (da 10,4 nel periodo 1960-1969 a 9,98 nel periodo 2000-2009, in litri di alcol puro per gli abitanti di 15 anni e oltre), con un certa convergenza tra i paesi.

Il consumo totale di bevande alcoliche nell'Europa meridionale ha avuto una marcata flessione (dal 19,4 nel periodo 1960-9 a circa 10 litri nel periodo 2000-9), nell'Europa settentrionale un notevole aumento (da 5,3 a 8,6), e nell'area centro-europea c'è stata una crescita più contenuta (da 10,3 a 11,5) (Fig. 1).

Nello stesso periodo gli andamenti nel consumo riferito alle singole bevande (vino, birra, superalcolici) si sono differenziati, con una generale tendenza alla riduzione delle bevande tradizionali e un aumento delle bevande meno tradizionali (Fig. 2).

Ciò fa supporre che si sia verificata una sorta di competizione tra le diverse bevande, ed è a supporto della rilevanza che i fattori culturali ed economici hanno nei cambiamenti di consumo delle bevande (Knibbe, Drop & Hupkens, 1996).

In corrispondenza con la diminuzione dei consumi, anche la mortalità europea correlata al consumo di bevande alcoliche – tipicamente identificata nelle mortalità per epatopatia cronica e cirrosi, e per incidenti da trasporto – ha negli ultimi decenni mostrato un sensibile miglioramento, con una complessiva riduzione del

Fig. 1 - Litri in alcol puro del consumo totale di alcol registrato per abitante, 15 anni e oltre, in 12 paesi europei raggruppati in 3 macro aree - 1960-2009 (OMS, 2011)

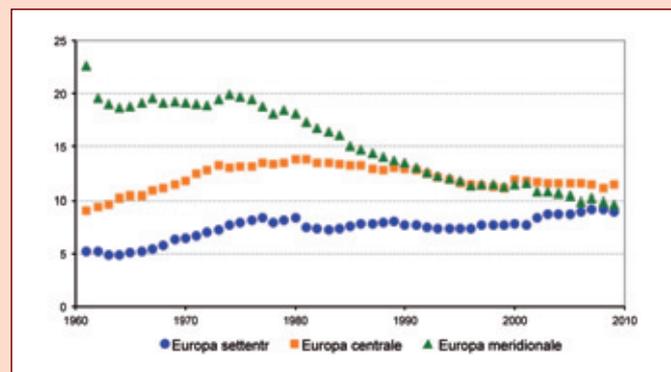
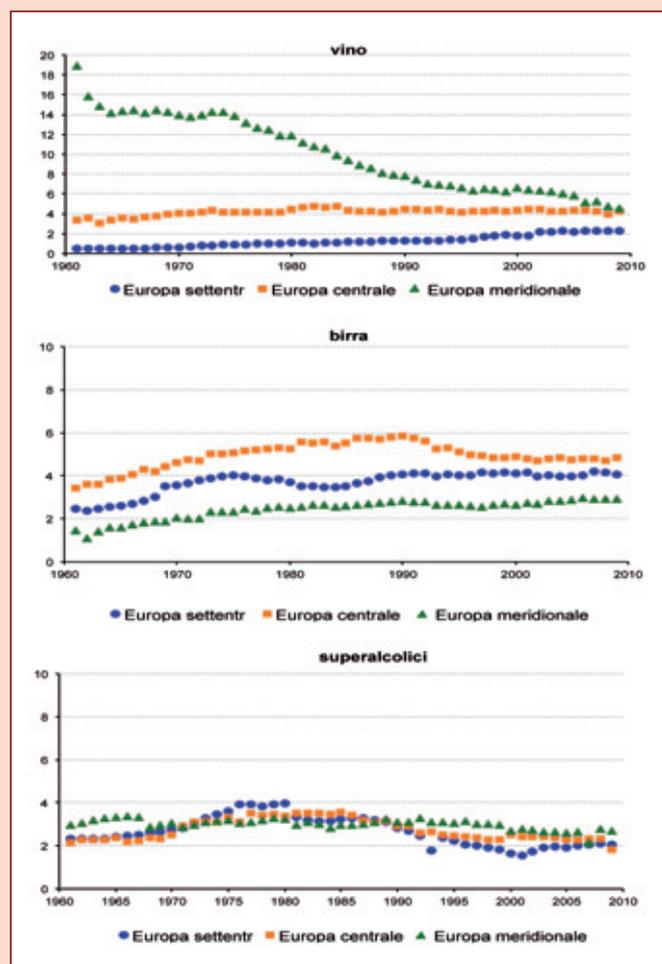


Fig. 2 - Litri in alcol puro del consumo registrato di vino, birra e superalcolici per abitante, 15 anni e oltre, in 12 paesi europei raggruppati in 3 macro-aree - 1960-2009 (OMS, 2011)



numero dei morti (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2015).

Fig. 3 - Mortalità p. malattia cronica epatica e cirrosi – per ambo i generi, tutte le età, per 100,000 pop. in 12 paesi europei raggruppati in 3 macro-aree, 1970-2009 (OMS, 2015)

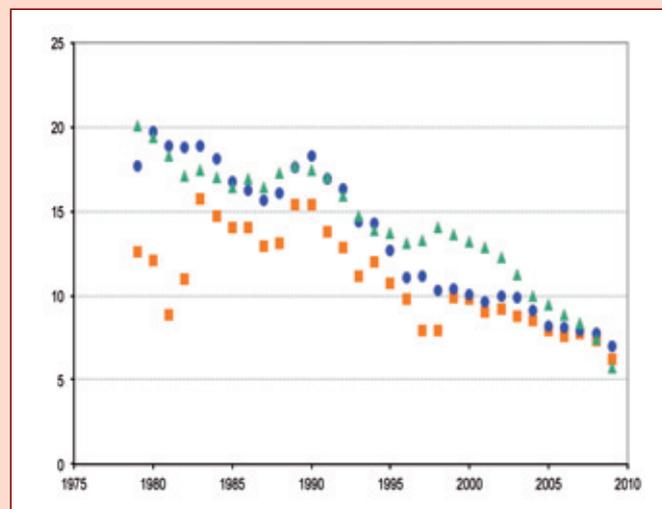
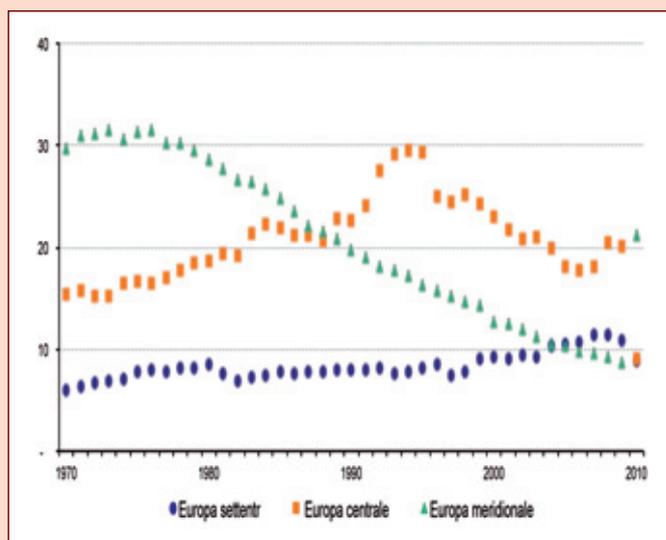


Fig. 4 - Mortalità per incidenti da trasporti – per ambo i generi, tutte le età, per 100,000 pop. in 12 paesi europei raggruppati in 3 macro-aree, 1979-2009 (OMS, 2015)



La diminuzione dei decessi per malattie croniche del fegato e cirrosi tra il 1970 e il 2010 è il risultato della combinazione di una forte riduzione (-65%) nell'Europa meridionale e di un aumento relativo (+39,%) nell'Europa settentrionale e in quella centrale (+19%) (Fig. 3).

La mortalità per incidenti legati al trasporto ha mostrato una diminuzione da 17,64 morti per 100.000 negli anni 1970-1979 a 8,71 morti per 100.000 negli anni 2000-2009 (tutte le età, popolazione generale) (Fig. 4).

### Cambiamenti nei Fattori socio-economici e demografici in Europa (1960-2010)

Nella Tab. 2 sono riportati i valori dei principali indicatori socio-economici e demografici suddivisi per le tre grandi aree europee che abbiamo usato nello studio, per il periodo 1960-2010. La popolazione europea è diventata più anziana nel corso degli anni.

Tab. 2 - Valori annuali medi (con deviazione standard) di variabili socio-demografiche ed economiche, consumo di pane e carne (diverse fonti nazionali/internazionali, vedi il testo) e consumo di bevande alcoliche registrato per abitante di 15 anni e oltre (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2011) – 12 paesi europei raggruppati in 3 Macro-aree (fonti nazionali e internazionali)

		1960-1969	1970-1979	1980-1989	1990-1999	2000-2010
Europa settentr,	Maschi>65	9,1 ±2,4	10,3 ±2,3	11,4 ±2,7	12,2 ±2,3	13,0 ±2
	Urbanizzaz	60,8 ±14	68,6 ±12	72,4 ±12	73,8 ±11	74,9 ±11
	Età madri a nascite	27,4 ±1,2	26,8 ±0,3	27,7±0,1,5	28,3±0,9	28,3 ±0,8
	Prezzo bev,preferita	91±3	93±11	106±31	95±8	89±13
	Reddito	13,90±2,3	16,66±5,2	20,73±7,2	24,60±9,7	32,02±11,3
	Educ,femm	1,3 ±0,8	2,6 ±1,1	4,2 ±1,8	6,9 ±2,7	10,34 ±3,6
	Impiego femm	39,2 ±0,6	37,6 ±4,5	42,4 ±4,8	41,0 ±3,9	42,5 ±5,1
Europa centrale	Maschi>65	9,2 ±0,9	10,4 ±1,0	10,7 ±0,7	11,3 ±0,6	12,7 ±1,0
	Urbanizzaz	59,3 ±4,2	61,9 ±3	65,3 ±2,5	69,2 ±3,9	71,4 ±5,7
	Età madri alle nascite	27,4 ±1,2	26,7±1,0	27,0 ±1,4	28,2±1,5	29,5 ±1,0
	Prezzo bev,preferita	145±19	122±13	107±12	102 ±5	95 ±4
	Reddito	16,51± 4,2	19,24 ±6,8	22,88 ±7,3	26,50 ±9,2	32,04 ±9,7
	Educ,femm	1,2 ±1,2	2,1 ±1,0	3,6 ±1,9	6,1 ±2,3	8,5 ±2,5
	Impiego femm	33,3 ±1,5	31,4 ±2,6	34,9 ±3,6	39,3 ±6,6	42,4 ±6,4
Europa meridion,	Maschi>65	8,4 ±0,8	9,7 ±0,9	10,6 ±0,7	12,925 ±1,0	14,9 ±1,2
	Urbanizzaz	62,9 ±3,4	69,3 ±3,1	71,4 ±3,4	72,5 ±4,0	73,6±4,3
	Età madri alle nascite	28,7 ±0,2	28,2 ±0,5	28,2 ±0,3	29,7 ±0,5	30,4 ±0,6
	Prezzo bev,preferita	106 ±1	109 ±2	94 ±2	101 ±5	105 ±7
	Reddito	10,85 ±2,1	16,34±2,2	20,14 ±3,0	24,687 ±2,5	29,15 ±1,6
	Educ,femm	0,6 ±0,3	1,6 ±0,8	2,8 ±1,0	4,7 ±1,5	8,2 ±3,29
	Impiego femm	24,4 ±3,3	23,2 ±5,0	24,1 ±5,9	25,6 ±4,8	32,6 ±4,0
Europa 12 paesi totale	Maschi>65	9,0 ±1,6	10,2 ±1,7	10,9 ±2,0	12,1 ±1,7	13,4 ±1,6
	Urbanizzaz	60,8 ±9,7	66,4 ±8,8	69,8 ±8,5	71,9 ±8,1	73,4 ±8,5
	Età madri alle nascite	27,7 ±1,0	27,0 ±0,9	27,6 ±1,0	28,6 ±1,2	29,6 ±0,9
	Prezzo bev,preferita	117 ±25	109 ±18	104 ±21	98 ±7	94 ±11
	Reddito	13,77 ±3,7	17,44±5,4	21,30 ±6,5	25,25 ±8,3	31,31 ±9,3
	Educ,femm	1,1 ±0,9	2,2 ±1,0	3,6 ±1,7	6,1 ±2,3	9,2 ±3,2
	Impiego femm	29,5 ±6,4	31,4 ±7,6	34,6 ±9,4	36,7 ±8,1	40,2 ±6,8

Maschi >65 = % maschi/pop.maschile (statistiche nazionali)

Urbanizz = % residenti in grandi città (World Bank, 2011a)

Età madri alle nascite = media età delle madri a tutte le loro nascite (EUROSTAT, 2012)

Prezzo della bev. preferita = prezzo reale (come numero indice) (statistiche nazionali)

Reddito = in dollari internazionali 2005 (World Bank, 2011b)

Educ. femm = % femmine con educ.terziaria/pop.femmine (World Bank, 2011c)

Impiego femm = % femm con impiego/pop.femmine (OCSE-OECD, 2011)

Tra i 12 paesi dello studio, un indicatore di invecchiamento della popolazione – il tasso di maschi oltre i 65 anni sulla popolazione totale – è cresciuto da circa il 9% nel 1960 al 13,4% nel 2000, con l'Europa meridionale a manifestare il maggior incremento – dall'8,4% al 14,9%.

L'urbanizzazione, misurata dal tasso di residenti che vivono nelle città maggiori rispetto ai residenti delle città minori e delle campagne/montagne, è aumentata da 60,8 residenti per 100.000 nel 1960-69 a 73,4 nel 2000-09 (col massimo aumento occorso tra i decenni '60-'80) (World Bank 2011 a).

La crescita è stata più elevata nell'area nord-europea, dove ha raggiunto il 74,9 nel decennio 2000s.

L'età media delle madri a tutti i loro parti è cresciuta da 27,7 anni nel 1960-9 a 29,6 anni nel decennio '2000, con le madri dei paesi del sud Europa aventi l'età più avanzata (Eurostat, 2012). L'occupazione femminile (tasso di occupate di età 15-64 sulla popolazione femminile 15-64), è aumentata dal 29,5% nel 1960-69 al 40,2% nel 2000-2009 (OECD, 2011).

Anche l'istruzione terziaria femminile (tasso di femmine che completano l'istruzione terziaria sulla popolazione femminile di 15 anni e più), indicatore del livello di istruzione raggiunto, è notevolmente salita dall' 1,1% nel 1960-9 al 9,2% nel 2000-9 (World Bank, 2011b).

Tutto ciò raffigura un considerevole cambiamento nel ruolo delle donne in Europa nel corso degli ultimi cinque decenni.

Complessivamente, durante il periodo 1960-2009, Il reddito è stato in crescita in tutti i 12 paesi dello studio (ma con ovvi segnali di inversione a partire dall'emergere della crisi economica nel 2008), passando da 13.769 dollari internazionali (2005) del prodotto interno lordo pro-capite all'anno nel periodo 1960-9 a 31.309 all'anno nel 2000-9 (World Bank 2011c).

Nello stesso periodo I prezzi della bevanda alcolica preferita (vino, birra o superalcolici secondo il paese), espressi in *numeri indice* dei prezzi, si sono ridotti da 117 nel 1960-9 a 94 nel corso degli anni 2000-9, in modo più evidente nella zona dell'Europa centrale (AMPHORA-3, 2013 Part 1, the Study, *Unplanned determinants of alcoholic beverage consumption change*).

## Misure di politica alcologica preventiva

Le misure preventive di politica alcologica per il controllo del consumo delle bevande alcoliche sono generalmente raggruppate nelle seguenti categorie: età minima per l'acquisto di bevande alcoliche, accessibilità per l'acquisto (licenze, orari e luoghi di acquisto e consumo), pubblicità, tasso alcolemico consentito alla guida di motoveicoli, tasse (accise e IVA), programmi di prevenzione o trattamento (AMPHORA-3, 2013).

Nei 12 paesi, e nel periodo 1960-2008 sono state introdotte un numero di misure variabile secondo i paesi, da meno di 20 in Ungheria e in Svezia, a più di 100 in Finlandia.

Ai fini dell'analisi, sono state tuttavia ridotte alle principali 6 (7 in Svezia) (Voller, Maccari, Pepe *et al.*, 2014).

L'applicazione di tali misure, tuttavia, non avviene in modo omogeneo in tutti i paesi, e può variare notevolmente secondo i paesi e le culture, il che complica il tentativo di confrontare gli effetti di uguali misure introdotte in diversi paesi (e in diversi tempi) (Karlsson, Lindeman e Österberg, 2012a).

In effetti, le politiche alcologiche sembrano avere riscontro maggiore in quelle popolazioni dove il bere è più percepito come un problema sociale e di salute, e minore nelle società in cui il bere dà meno allarme al pubblico (Room, 1999; Nordlund, 2012).

Un altro aspetto è quale bevanda alcolica è il bersaglio di un intervento preventivo.

Di solito i ricercatori, e forse politici, tendono a concentrarsi sul consumo totale di bevande alcoliche, anche se è forse la bevanda tradizionale del paese ad essere percepita come l'oggetto principale della prevenzione (vedi Knibbe, Drop & Hupkens, 1996).

Per tutto questo consegue che è necessario avere prudenza quando si voglia pensare che iniziative preventive, dimostrate efficaci in paesi con cultura e abitudini del bere definite (ad esempio nel nord Europa) possano essere ugualmente applicabili a differenti latitudini del vecchio continente (ad esempio nell'Europa meridionale).

Infine, resta il quesito della forza relativa di cambiamento che possano avere le politiche alcologiche, e pure le politiche preventive in generale, di fronte ai grandi e meno grandi fenomeni politici, sociali, economici, demografici e culturali che modellano incessantemente le condotte dei cittadini attraverso il tempo.

Se osserviamo la curva temporale dei consumi confrontata con il tempo di introduzione delle più rilevanti misure preventive, come ad esempio in Italia, balza agli occhi che la riduzione dei consumi è iniziata ben prima dell'introduzione delle misure, iniziata nel 1988 (Fig. 5).

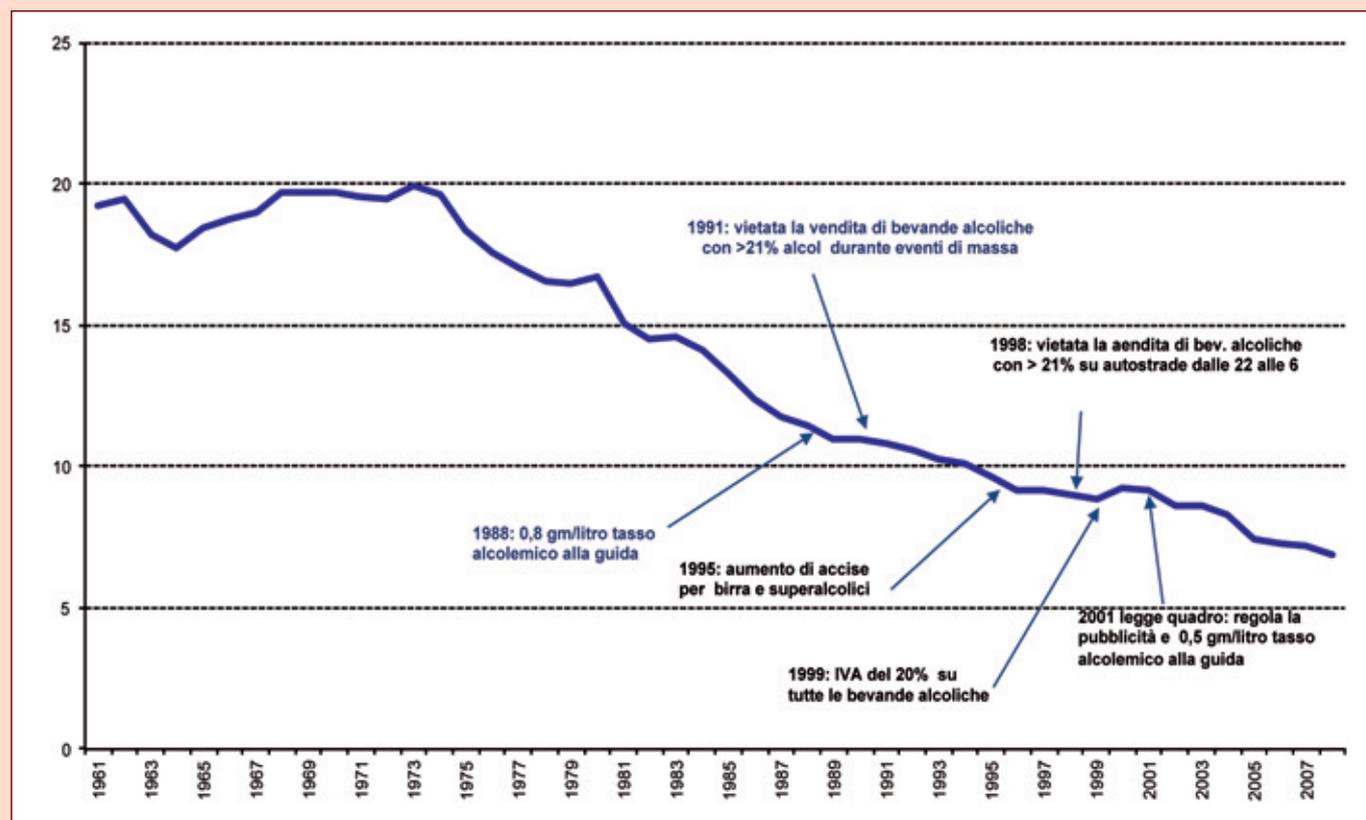
Considerazioni simili sono state fatte per la riduzione dei consumi alcolici in Francia, iniziata prima degli anni '60, e in Spagna, negli anni '70; e con la crescita dei consumi in Finlandia e in Norvegia occorse negli anni '60, che ha preceduto di un poco le prime politiche di liberalizzazione nei confronti del monopolio di stato (vedi Allamani, Olimpi e coll., 2014; per ulteriori notizie sull'Italia, vedi Allamani, Voller, Pepe, e coll., 2014).

## Lo studio AMPHORA-3: scopi e metodi

Ai fini di comprendere l'effetto che le politiche alcologiche hanno sul cambiamento nel consumo di bevande alcoliche e del relativo danno, è necessario un approfondimento mediante un'analisi dei vari fattori che al cambiamento concorrono.

È quanto ha fatto, come sopra ricordato, Il progetto AMPHORA, pacchetto di lavoro 3, una ricerca durata quattro anni (2009-2012), co-finanziata dalla Commis-

Fig. 5 - Curva temporale del consumo alcolico registrato (Litri di alcol puro totale pro capite, residenti di 15+ anni) e delle principali misure di politica alcolologica introdotte in Italia, 1961-2008. (Fonte: Organizzazione Mondiale della Sanità, 2011). Da: Allamani, Olmipi e coll., 2014)



sione Europea nell'ambito del 7° programma quadro, e coordinata dall'Agenzia Regionale Sanitaria Toscana. Il progetto era parte di un più ampio progetto AMPHORA (AMPHORA-3, 2013) e aveva lo scopo di indagare i fattori determinanti il cambiamento nel consumo alcolico e nei relativi danni verificatisi in Europa negli ultimi 50 anni, tra il 1960 – 15 anni dopo la fine della seconda guerra mondiale – e il 2008.

A tal fine tra il 2009 e il 2012 sono stati raccolti dati relativi a 79 fattori socio-economici e demografici disponibili nelle fonti nazionali e internazionali, ridotti a meno di dieci per poter confrontare i 12 paesi nei 50 anni dello studio, che sono stati sottoposti ad analisi insieme alle principali misure di politiche alcolologiche, ai consumi alcolici, e alla mortalità alcol-correlata.

La raccolta dei dati è stata fatta servendosi delle informazioni fornite dai ricercatori dei singoli paesi – in tutto 40 –, e delle fonti internazionali disponibili per il periodo in esame.

La considerevole quantità di dati inseriti in un dataset è consultabile presso [info@amphoraproject.net](mailto:info@amphoraproject.net), the Amphora Project Work Package 3.

L'analisi è stata compiuta sia con il metodo delle serie temporali (ST), sia con l'approccio delle reti neurali artificiali AMPHORA-3, 2013; Allamani, Anderson & Einstein, 2014).

Il metodo delle serie temporali (ST), o *Time series* (Box & Jenkins, 1976; Pridemore & Snowden, 2009; Jiang, Livingston, Sala e coll., 2013) e l'uso della regressione

lineare con un trend temporale tra le variabili è stato considerato appropriato per lo studio (vedi AMPHORA WP-3, 2013, Parte 1, *Methods for country specific analysis*; Baccini e Carreras, 2014).

Qui, ogni misura di prevenzione è stata stimata una alla volta in un modello aggiustato per l'indicatore socio-demografico-economico rivelatosi migliore per il paese).

Il possibile effetto di ciascuna misura sulla modifica dei consumi totali di bevanda alcolica è stato considerato uguale agli effetti di tutte le altre misure, ed è stato modellato come avente impatto immediato e costante nel tempo, con nessun accumulo con le altre misure di prevenzione attuate prima, durante o dopo (Baccini e Carreras, 2014).

Per l'analisi dei dati si è fatto anche uso di un metodo, relativamente nuovo, basato sull'architettura delle Reti Neurali Artificiali (*Artificial Neural Networks, ANN*), e specificamente delle Mappe auto-contrattive (AutoCMs), che rendono spaziali le connessioni tra le variabili sotto studio (Buscema, Massini e Maurelli, 2014).

Le connessioni tra qualsiasi coppia di variabili, che contemporaneamente tiene conto di tutte le altre connessioni tra variabili, ricevono un "peso", che può essere trasformato in valori tra 0 (valore minimo) e 1 (valore massimo).

Ai fini di ottimizzare le informazioni contenute nella matrice delle connessioni tra variabili, vengono poi ela-

borati alcuni grafi, tra cui il *Maximally Regular Graph* (MRG), in cui le relazioni, o connessioni (nel grafo rappresentate da linee) tra variabili (nel grafo rappresentate da nodi) che risultano aver il massimo valore, sono espresse in termini di vicinanza spaziale.

In questa analisi, si sono considerati distintamente vino, birra e superalcolici, piuttosto che il consumo totale alcolico.

I due metodi principali utilizzati nell'analisi – Serie temporali di analisi e Mappe auto-contrattive – non sono facilmente confrontabili, poiché il primo è basato sulla probabilità statistica, e il secondo sull'interazione circolare dei dati.

Tuttavia, hanno permesso di considerare i fenomeni oggetto di studio da due punti di vista diversi, a volte consentendo una conferma reciproca dei risultati.

Per le limitazioni di spazio, sono in seguito riportate solo le figure dell'analisi ANN.

## Risultati

In linea generale l'analisi, se pur non è in grado di stabilire nessi causali tra i fenomeni, ha tuttavia dimostra-

to che le variazioni nei fattori socio-economico e demografici selezionati per questo studio sono in grado di spiegare buona parte dei cambiamenti.

Inoltre alcune misure di politica alcolica possono avere avuto efficacia nel contribuire a ridurre i consumi e i problemi connessi con il bere, ma non in modo uniforme nei vari paesi.

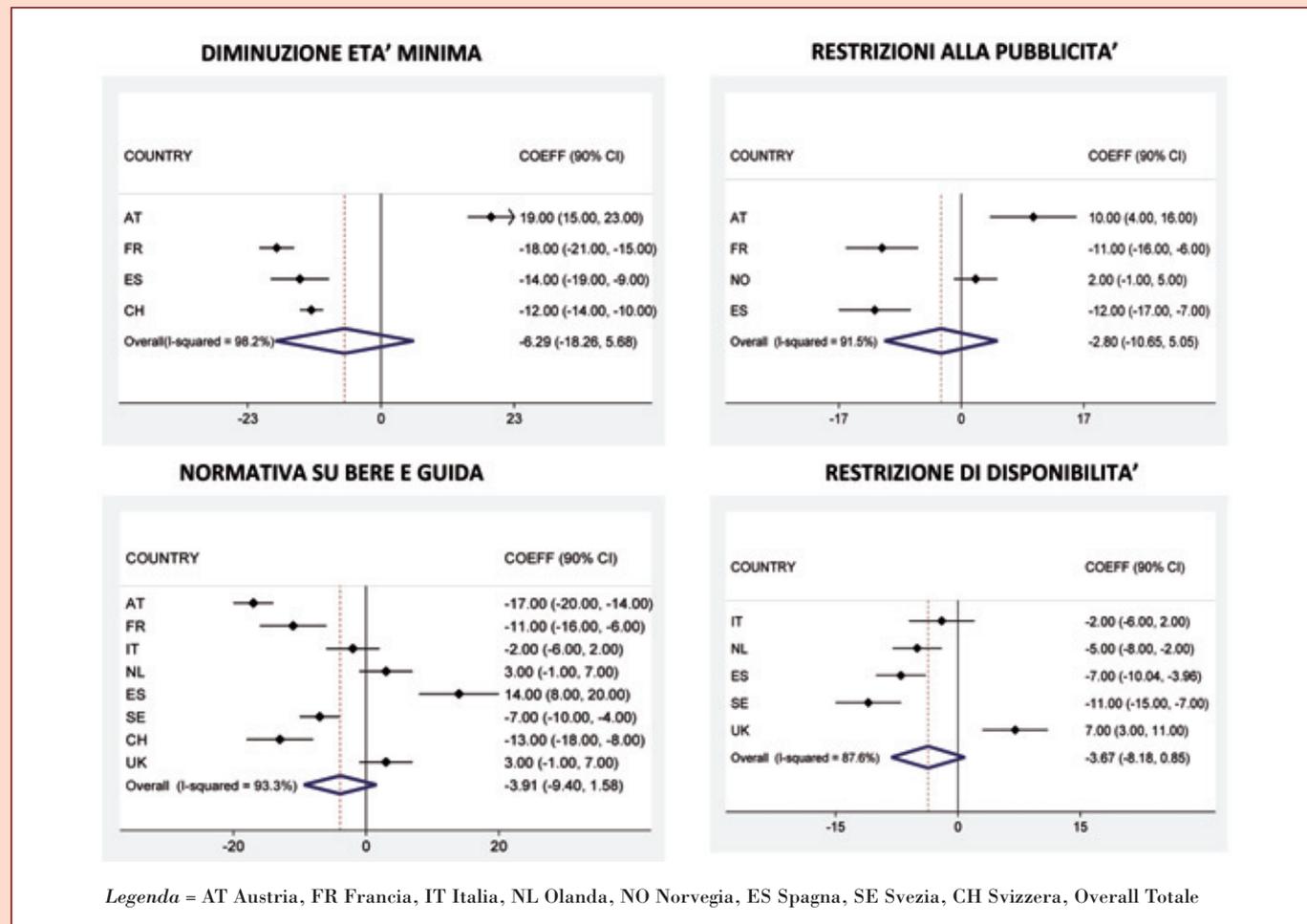
In particolare, lo studio AMPHORA-3 ha mostrato che, considerando complessivamente i 12 paesi (Allamani, Pepe, Baccini, e coll., 2014):

1. Le variazioni del consumo alcolico si verificano sempre in associazione significativa con gli incrementi in urbanizzazione, di reddito ed età delle madri ai loro parti.

Tuttavia, tali fattori si associano, in maniere opposte, da un lato con l'aumento di consumo di birra, vino e consumo alcolico totale nell'area europea settentrionale, e con l'aumento di consumo di birra, vino, superalcolici e consumo alcolico totale nell'Europa centrale; e dall'altro con la diminuzione di consumo di vino, superalcolici e alcol totale nell'Europa meridionale.

Nell'insieme, i fattori socio-economici e demografici sviluppati nella società danno un contributo mag-

Fig. 6 - Consumi alcolici totali per paese e Misure di politica alcolica restrittiva - Età minima, Pubblicità, Bere alla guida e Disponibilità di bevande alcoliche (Forest plot dei coefficienti delle serie temporali e stime meta-analitiche) Valori di x = % di variazione nel consumo alcolico totale dopo l'introduzione di una misura



giore che le misure di politica alcolica ai cambiamenti osservati. Infatti i primi sono in grado di spiegare il 71% e le seconde 38% dei cambiamenti (secondo l'analisi delle correlazioni quadratiche parziali, cfr. Allamani, Pepe, Baccini e coll., 2014).

2. Prendendo l'insieme delle principali politiche alcoliche nei dei dodici paesi, e le restrizioni del tasso alcolemico alla guida e le misure che limitano gli orari e i luoghi di disponibilità delle bevande alcoliche, nonché le introduzioni dell'età minima legale per l'acquisto di bevande alcoliche, hanno dimostrato di essere associate alla riduzione complessiva dei consumi. Tuttavia, esaminando i paesi singolarmente, si riscontra una notevole variabilità (Fig. 6).

Ad esempio, le curve dei consumi sono correlate negativamente (cioè aumentano pur in presenza di misure restrittive) con l'età minima in Austria, con i limiti di tasso alcolemico alla guida nel Regno Unito, in Olanda e in Spagna, e con le restrizioni della disponibilità nel Regno Unito.

Infine, alcune misure permissive, introdotte occasionalmente nei paesi nordici ai fini di allentare le rigidità dei monopoli sull'alcol, sono risultate correlate agli aumenti dei consumi.

3. La riduzione complessiva della mortalità da incidenti di trasporto e (nell'Europa meridionale) da epatopatia è risultata significativamente associata all'invecchiamento della popolazione e all'aumento dell'età delle madri ai parti (indicatori dell'accresciuto benessere della società) nonché, nel caso dell'Europa centrale e di quella meridionale, alle restrizioni sul bere alla guida.

Nel caso dell'Europa del nord e di quella centrale, si è documentata la stretta connessione tra aumento del consumo alcolico e la mortalità.

In ogni caso, l'analisi delle correlazioni quadratiche parziali ha permesso di evidenziare anche qui che i fattori socio-economico-demografici, sono in grado più delle misure di politica alcolica di spiegare le variazioni dei decessi delle epatopatie (43% vs 30%) e delle morti di incidenti di trasporto (52% vs 31%) (Allamani, Pepe, Baccini e coll., 2014).

## Discussione

La conclusione generale che si può tirare da questo studio è che i grandi fenomeni occorsi in Europa dall'ultimo dopoguerra ai primi anni del 2000 – la crescita urbanizzazione, l'emancipazione delle donne dai ruoli tradizionali casalinghe a impiegate nel lavoro, e l'aumento del benessere economico, hanno avuto conseguenze anche sugli stili di vita, e in particolare sul consumo di bevande alcoliche.

Tale affermazione è confermata dall'analisi quantitativa effettuata con due diverse metodologie – le Serie Temporali e le Reti Neurali Artificiali.

Quest'ultimo tipo di analisi ha individuato che i consumi sono stati condizionati anche dai grandi eventi politico-culturali occorsi nell'ultimo cinquantennio del con-

tinente – la rivoluzione culturale del 1968, la caduta della cortina di ferro del 1989, e il trattato di Maastricht del 1992 (dati non riportati).

I fattori socio-economico-demografici e politici hanno prodotto nei consumi di bevande alcoliche cambiamenti diametralmente opposti nell'Europa meridionale – dove i consumi si sono drasticamente ridotti – e nell'Europa centro-settentrionale – dove i consumi sono aumentati.

E ciò si è in parte associato alla mortalità per malattia cronica del fegato e cirrosi, tipico indicatore del danno alcol-correlato, in riduzione al Sud e in aumento al centro-nord. In questo senso si potrebbe dire che in questi ultimi decenni l'Europa è stato teatro di un grande processo di convergenza che ha colpito consumi.

L'analisi più dettagliata per tipo di bevande ha poi dimostrato che nei vari paesi a diminuire sono state le bevande tradizionali – ad esempio il vino in Italia e in Francia, i superalcolici in Finlandia – e a crescere gli altri tipi di bevande – birra in Italia e Spagna, vino in Svezia e in Norvegia. Un'ulteriore analisi sulle classi di età e sul genere – non compiuta in questo studio – avrebbe presumibilmente indicato i giovani e le donne come i principali mediatori nell'uso delle nuove bevande (Knibbe, Drop & Hupkens, 1996).

Contrariamente alle conclusioni di un'ampia letteratura (tra gli altri, Meier, Purshouse e Meyer, 2010; Patra, Giesbrecht, Rehm et al., 2012; Österberg 2012), ma in accordo con alcune ricerche (Mohler-Kuo, Rehm e coll., 2004; Nelson, 2013) il nostro studio non ha individuato significative relazioni tra prezzi delle bevande alcoliche e consumi delle medesime di bevande alcoliche, anche se l'analisi basata sulle Reti Neurali Artificiali ha trovato nel caso dei paesi dell'Europa settentrionale una debole connessione tra prezzo del vino e aumento del consumo di vino e birra aumento dei consumi.

Il nostro studio ha dimostrato che le misure di politica alcolica possono incidere, ma solo parzialmente, sui cambiamenti dei consumi di bevande alcoliche.

Si tratta soprattutto delle restrizioni del tasso alcolemico alla guida, della disponibilità delle bevande alcoliche (limitazioni agli orari e luoghi di vendita) e dell'introduzione dell'età minima legale per l'acquisto di bevande; tuttavia l'impatto dei risultati varia notevolmente secondo i paesi, anche se si possono individuare alcune somiglianze secondo che si considerino l'area settentrionale, centrale e meridionale dell'Europa.

Inoltre, in alcuni casi oltre i cambiamenti nei consumi avvengono indipendentemente dagli interventi di prevenzione.

Tutto questo ci deve portare a valorizzare, il ruolo dei fattori socio-economici e demografici deve essere considerato quando si progettano nuove politiche alcoliche, anche quando si ricorra a misure preventive basate sull'evidenza. Infatti queste ultime, possono avere efficacia nel contribuire a ridurre i problemi connessi con il bere solo se opportunamente diversificate in base a ciascun paese o gruppo di paesi, ma appaiono inefficaci se applicate in modo uniforme a tutti i paesi.

## Bibliografia

- Allamani A., Anderson P. and Einstein S. (Eds.) (2014), "Drinking Patterns in 12 European Countries: Unplanned Contextual Factors and Planned Alcohol Control Policy Measures", *Substance Use & Misuse*, 49, 12: 1505-1750.
- Allamani A., Olimpi N., Pepe P., Cipriani F. (2014), "Trends in consumption of alcoholic beverages: and policy interventions in Europe: an uncertainty 'associated' perspective", *Substance Use & Misuse*, 49, 12: 1515-1530.
- Allamani A., Pepe P., Baccini M., Massini G., Voller F. (2014), "Europe: An analysis of changes in the consumption of alcoholic beverages: the interaction between consumption, related harms, contextual factors and alcoholic beverage control policies", *Substance Use & Misuse*, 49: 1692-1715.
- Allamani A., Voller F. (2012), "Le politiche di prevenzione alcolica in Europa: un impatto relativo", *Mission*, 34, 10: 38-43.
- Allamani A., Voller F., Pepe P., Baccini M., Massini G., Cipriani F. (2014), "Italy between drinking culture and control policies for alcoholic beverages", *Substance Use & Misuse*, 49: 1646-1664.
- AMPHORA Workpackage3 (2013), *Report of an analysis of European alcohol-related cultural, social and policy interactions and their impact on alcohol consumption and alcohol-related harm*, [http://amphoraproject.net/w2box/data/Deliverables/AMPHORA\\_WP3\\_D3.2.pdf](http://amphoraproject.net/w2box/data/Deliverables/AMPHORA_WP3_D3.2.pdf).
- Amphora Project Work Package 3 dataset - can be obtained by researchers asking [info@amphoraproject.net](mailto:info@amphoraproject.net).
- Anderson P., Baumberg B. (2006), *Alcohol in Europe. A report for the European Commission*, Institute of Alcohol Studies, London.
- Anderson P., Møller L., Galea G. (2012), *Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches*, Copenhagen, World Health Organisation, Regional Office for Europe.
- Anderson P. (2009), *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*, World Health Organisation, Regional Office for Europe.
- Babor T.F., Caetano R., Casswell S., Edwards G., Giesbrecht N., Graham K., Grube J.W., Hill L., Holder H., Homel R., Livingston M., Österberg E., Rehm J., Room R., Rossow I. (2010), *Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy*, 2nd ed., Oxford University Press, Oxford.
- Baccini M., Carreras G. (2014), "Analyzing the effect of policy measures and socio-demographic factors on alcohol consumption in Europe within the AMPHORA project: statistical methods", *Substance Use & Misuse*, 49, 12: 1546-1554.
- Box G.E.P., Jenkins G.M. (1976), *Time Series Analysis: Forecasting and Control*. Revised version, Holden-Day, San Francisco, CA.
- Buscema P.M., Massini G., Maurelli G. (2014), "Artificial Neural Networks: an overview", *Substance Use and Misuse*, 49, 12: 1555-1568.
- EUROSTAT (2012), website [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search/\\_database](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search/_database), March 2012.
- Holder H.D. (1988), *Alcohol and the Community. A System Approach to Prevention*, Cambridge University Press, New York, N.Y.
- Holmila M. (1997), *Community prevention of alcohol problems*, World Health Organization McMillan, Ipswich.
- Jiang H., Livingston M., Room R., Dietze P., Nortstöm, Kerr W.C. (2013), "Alcohol Consumption and Liver Disease in Australia: A Time Series Analysis of the Period 1935-2006", *Alcohol & Alcoholism*, 49(3): 363-8.
- Karlsson T., Lindemann M., Österberg E. (2012), "Does alcohol policy make any difference? Scales and consumption", in Anderson P., Braddick F., Reynolds J., Gual A. (Eds.) (2012), *Alcohol Policy in Europe: Evidence from AMPHORA*. 2nd ed. The AMPHORA project. ISBN: 978-84-695-7411-9, pp. 15-23. Available online: [www.amphora-project.net](http://www.amphora-project.net).
- Knibbe R.A., Drop M.J., Hupkens C.L.H. (1996), "Modernization and geographical diffusion as explanations for regional differences in the consumption of wine and beer in the European community", *Substance Use & Misuse*, 31(11-12): 1639-1655.
- Meier P.S., Purshouse R., Brennan A. (2010), "Policy options for alcohol price regulation: The importance of modelling population heterogeneity", *Addiction*, 105(3): 383-393.
- Mohler-Kuo M., Rehm J., Heeb J.-L., Gmel G. (2004), "Decreased Taxation, Spirits Consumption and Alcohol-Related Problems in Switzerland", *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 65: 266-273.
- Nelson J.P. (2013), "Gender differences in alcohol demand: a systematic review of the role of prices and taxes", *Health Economics*, Jul 19 2013. doi: 10.1002/hec.2974
- Nordlund S., Østhus S. (2013), "What is alcohol abuse? Attitudes to drinking in seven European Countries", *Addiction Research & Theory*, 21(5): 402-409.
- Norström T. (Ed.) (2002), *Alcohol in Postwar Europe: Consumption, Drinking Patterns, Consequences and Policy Responses in 15 European Countries*, National Institute of Public Health, Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- OCSE-OECD the International Organisation for Economic Co-operation and Development (2011), [www.oecd.org/home/0,2987,en\\_2649\\_201185\\_1\\_1\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/home/0,2987,en_2649_201185_1_1_1_1_1_1,00.html) (access 2011).
- OMS, Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization) (2011), Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) [online database], World Health Organization, Geneva (<http://who.int/global/alcohol>).
- OMS, Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization) (2015), *Health for All data Base*, <http://data.euro.who.int/hfadb>.
- Österberg E. (2012), "Pricing of alcohol", in Anderson P., Møller L., Galea G., *Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches*, World Health Organisation, Regional Office for Europe, Copenhagen, pp. 96-102.
- Patra J., Giesbrecht N., Rehm J., Bekmuradov D., Popova S. (2012), "Are Alcohol Prices and Taxes an Evidence-Based Approach to Reducing Alcohol-Related Harm and Promoting Public Health and Safety? A Literature Review", *Contemporary Drug Problems*, 39: 7-48.

- Pridemore W.A., Snowden A.J. (2009), "Reduction in Suicide Mortality following a New National Alcohol Policy in Slovenia: An interrupted Time-Series Analysis", *American Journal of Public Health*, 99, 5: 915-920.
- Room R. (1999), "The idea of Alcohol Policy", *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 16 (English Supplement): S7-S20.
- World Bank (2011a) (urbanization), World Bank indicator SP.URB.TOTL.IN.ZS [refers to data from United Nations World Urbanization Prospects] (access 2011).
- World Bank (2011b) [education], <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTEDUCATION/0,,contentMDK:20528432~menuPK:617592~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:282386~isCURL:Y,00.html> (access 2011).
- World Bank (2011c) [income], <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.PP.KD> (access 2011).

# La continuità assistenziale ospedale/territorio nella cura dei problemi alcol e fumo correlati

Alessandro Vegliach\*, Rosanna Ciarfeo Purich\*

## Introduzione

Prima della recente riforma sanitaria che ha interessato il Friuli Venezia Giulia, la Provincia di Trieste aveva due distinte Aziende Sanitarie (ora in fase di accorpamento), una ospedaliera ed una territoriale.

Al ramo territoriale della neo Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 sono demandate le politiche sanitarie sul territorio e la cura delle cronicità.

Il Centro per il Tabagismo e il Servizio di Alcologia costituiscono, assieme ad un nucleo funzionale che si occupa di gioco d'azzardo patologico, la Struttura Complessa Dipendenza da Sostanze Legali, incardinata nel Dipartimento delle Dipendenze.

Una delle necessità strategiche individuate nella cura delle problematiche fumo e alcol correlate è stata quella di avviare percorsi di continuità assistenziale ospedale/territorio che permettessero una sinergia tra centri specialistici territoriali e reparti ospedalieri in cui condotte errate di stili di vita riguardanti l'uso di alcolici e sigarette sono causa e/o aggravamento diretto delle patologie trattate.

Nel 2009 si è avviato, in collaborazione con la Struttura Complessa Cardiologia, un corso di formazione accreditato sul minimal advice antitabagico.

Vista l'ampia adesione di colleghi ospedalieri all'evento formativo (mediamente 60 discenti per edizione svolta), lo stesso è stato replicato per quattro edizioni per poi, in modo concordato, essere aggiornato, allargando il programma all'intervento breve di opportunità sia sui problemi fumo che alcol correlati.

Quest'anno si svolgerà la ottava edizione del corso e le richieste di iscrizione risultano ancora elevate.

L'interesse riscontrato dalla risposta a questi eventi formativi ha portato allo sviluppo di protocolli operativi tra il Centro per il Tabagismo territoriale e il Reparto di Cardiologia ospedaliero cui, a sua volta, è seguito uno screening e una sensibilizzazione sistematica dei cardiopatici tabagisti da parte del personale infermieristico del reparto.

Complessivamente, dal 2010, sono state inviate dalle strutture cardiologiche provinciali al Centro per il Tabagismo duecentoventidue pazienti.

Nelle more di questa esperienza si sono articolati progetti di continuità con la Struttura Complessa Pneumo-

logia ospedaliera, i Centri Diabetologici territoriali, oltre che la messa in rete, nel progetto avviato con la Cardiologia ospedaliera, del Reparto di Cardiochirurgia e del Centro Cardiovascolare territoriale.

Dal 2014 è attivo un analogo percorso per le problematiche alcol correlate con il Centro Studi Fegato ospedaliero.

Il presente lavoro illustra i principi che hanno permesso la progettazione ed attuazione di questi percorsi di continuità.

## 1. La continuità assistenziale ospedale/territorio: una priorità per il Sistema Sanitario Nazionale

Dal dopoguerra sono state tre le tappe legislative che hanno dato forma all'attuale sistema sanitario nazionale (SSN).

A partire dalla legge 833 del 1978 che riformava e poneva le basi dell'attuale servizio sanitario, passando per i Decreti 502 e 517 del 1992 che attuavano importanti modifiche alla 833 tanto da essere definiti come "la riforma della riforma" sino a giungere al decreto 229 del 1999 comunemente noto come "decreto Bindi", dal nome dell'allora Ministro della Sanità che lo emanò, si è gradualmente passati da un sistema ospedalocentrico con logiche prestazionali ad un sistema che mantiene gli ospedali come sedi di cura dell'acuzie e che demanda a strutture sanitarie territoriali, cioè extraospedaliere, la cura della cronicità indicando, per la condotta delle pratiche di cura, l'assunzione di logiche per obiettivi piuttosto che per prestazioni.

Questa forte indicazione alla deospedalizzazione, indicata anche dagli ultimi Piani Sanitari Nazionali, è dettata principalmente da motivi etici (quali la deistituzionalizzazione e l'umanizzazione delle cure) e da motivi economici (quali la riduzione dei costi legati a ricoveri non necessari, alle terapie prolungate per mancanza di presidi, agli accessi multipli per patologie croniche mal compensate).

Ai servizi sanitari tutti è quindi chiesto un aumento delle loro capacità di risposta clinica unita a una disposizione dialettica tesa ad annullare le sovrapposizioni, favorire le integrazioni, sviluppare sinergie anche con altri possibili *stake holders* non sanitari (enti locali, associazionismo, terzo settore).

Nello specifico, le dipendenze patologiche, definite come malattie cronico recidivanti dalla Organizzazione Mon-

\* Struttura Complessa Dipendenza da Sostanze Legali. Dipartimento delle Dipendenze.

Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 Triestina.

diale della Sanità (OMS), hanno visto lo sviluppo dei loro sistemi di cura nella parte territoriale del SSN.

I Dipartimenti delle Dipendenze hanno, da sempre, operato con pratiche tendenzialmente proattive e fortemente connesse ai territori perché proprio l'integrazione sociale è aspetto centrale nella cura del paziente affetto da *addiction*.

Le fasi acute della malattia quali l'intossicazione e la crisi d'astinenza rimangono a carico dei servizi ospedalieri visto il potenziale pericolo clinico insito in queste situazioni, che peraltro spesso risultano difficilmente gestibili, causa l'assenza di criticità e *compliance* nel paziente.

Bisogna poi sottolineare che non sempre coloro che giungono intossicati all'osservazione dei sanitari hanno una diagnosi di dipendenza.

Quegli accessi ospedalieri sono spesso, fortunatamente, eventi, pur se potenzialmente pericolosi, puntuali, legati ad una situazione ambientale piuttosto che a una problematica strutturale.

Lasciando quindi i ragionamenti sulle possibili sinergie e continuità assistenziali riguardanti queste situazioni ad altro scritto causa la complessità operativa e sistemica dell'argomento, in questo articolo si illustrano i principali riferimenti utilizzati per avviare piani progettuali di continuità applicabili su pazienti che vengono ricoverati o seguiti in *day hospital* dalle strutture ospedaliere per patologie che possono godere di un miglioramento nel loro esito se il paziente modifica il suo stile di vita.

Riconoscere un uso problematico della sostanza, prendere in carico il paziente ospedalizzato anche per questa problematica e riuscire a raccordarlo alla struttura territoriale competente diviene così una pratica più agibile, che potrebbe avere nel lungo periodo una valenza preventiva anche nella riduzione degli accessi ospedalieri legati, direttamente o indirettamente, all'uso improprio ed eccessivo di sostanze psicotrope.

## **2. Perché focalizzarsi sulle problematiche correlate all'uso di alcolici (PPAC) e quelle correlate al fumo di tabacco (PPTC)?**

Il *global burden disease Italy's country profile* indica che nel nostro paese il terzo fattore di rischio per anni di disabilità e di vita perduti (DALY's) è il tabagismo; il nono fattore di rischio è l'uso eccessivo e protratto di alcolici.

Nei *big ten* dei fattori di rischio che causano inabilità e morte precoce, accanto a grandi classi di rischio quali la dieta inadeguata, l'ipertensione arteriosa, l'ipercolesterolemia, il sovrappeso, vi è la plastica evidenza di come due sostanze psicotrope pienamente legali, che non hanno mai agitato socialmente gli spettri morali connes-

si alla tossicodipendenza, abbiano un impatto molto forte sulla salute dei cittadini e sul carico sanitario al SSN.

Infatti, il tabagismo è, secondo l'OMS, la prima causa di morte evitabile al mondo così come lo sono gli incidenti stradali nella classe di età 15-19 anni.

L'Osservatorio Nazionale Alcol rileva che un incidente su quattro in Europa è correlato all'alcol, e tra questi il 33% vede coinvolti giovani o giovani adulti tra i 15 ed i 34 anni di età e stima che in Italia vi siano più di 700.000 soggetti con consumo dannoso di alcol (dati OssFAD 2013).

L'uso di queste due sostanze psicoattive è estremamente ampio nella popolazione italiana.

Il 30% degli italiani fuma, mentre il 18% degli italiani assume alcolici in modo rischioso per la salute.

Da qui, a caduta, rilevanti costi sanitari per il SSN.

Basti pensare, al costo delle cure chirurgiche, farmacologiche, di presidio per una neoplasia polmonare (malattia che ha, nel 90% dei casi come causa il tabagismo) oppure per una cirrosi epatica (malattia questa fortemente correlata ad un uso eccessivo e protratto di alcolici).

Alcol e fumo hanno poi grande incidenza nelle cardiopatie, malattie che per essere affrontate necessitano di cure estremamente complesse e costose.

Agire piani di riconoscimento precoce e percorsi di attivazione dei servizi specialistici territoriali agili e definiti può quindi rivelarsi un progetto di prevenzione secondaria e terziaria estremamente efficace per la salute dei cittadini e per la razionalizzazione del sistema sanitario.

## **3. Primo passo: superare il paradigma morale sulle dipendenze**

Sono scarsi, se non nulli, i momenti formativi dei percorsi universitari e post universitari del futuro personale sanitario dedicati alle dipendenze patologiche.

Ne consegue che ancor oggi vi siano rilevanti quote degli operatori che danno una lettura inadeguata delle dipendenze.

Questo spiega il perché si chieda in percentuali ancora non sufficienti se il paziente fuma o assuma alcolici e, in percentuali ancor più esigue, si annoti questo sulla sua cartella clinica.

Infatti, i dati epidemiologici PASSI indicano che nel quadriennio 2011-2014 la percentuale di fumatori che ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari è nella nostra Provincia del 43%, contro il 52% della media nazionale.

Ancora più evidenti sono i dati che attengono all'uso di bevande alcoliche in quanto, secondo lo studio PASSI, nel triennio 2010-2013 solo il 21 % degli intervistati è stato valutato per le proprie abitudini alcoliche e appe-

na al 3% dei bevitori a maggior rischio è stato consigliato di ridurre il *potus*.

Se da un lato, rispetto anche a solo pochi anni fa, è confortante che una quota rilevante di operatori attenzioni questi stili di vita potenzialmente dannosi per la salute, dall'altro c'è ancora un'ampia parte di colleghi da sensibilizzare.

Sono sicuramente molteplici i fattori che condizionano queste resistenze.

Ci sono operatori che, essendo tabagisti, si sentono in chiara dissonanza cognitiva nel consigliare un paziente di smettere scordandosi che, nel momento in cui svolgono il loro ruolo professionale, devono pensare alla salute del paziente al di là dei loro stili di vita personali.

Ma ci sono anche operatori che leggono il comportamento di *addiction* secondo il paradigma morale e, se il fumare o bere o eccedere nel bere alcolici è visto come un vizio, come operatore sanitario non lo devo attenzionare, perché io attenzio gli stati morbosi e non le scelte di stili di vita errati.

Un piano formativo agile, che si pone come obiettivo quello di fornire i concetti che determinano e rendono croniche le problematiche connesse all'uso di sostanze, è stato il primo passo, necessario, per porre una base di conoscenze comuni atte a rendere leggibili e interpretabili i fenomeni delle dipendenze con un paradigma medico/psicologico piuttosto che con quello morale.

Il percorso formativo accreditato, progettato e svolto dal personale della SC Dipendenza da Sostanze Legali, aveva nel programma dell'evento residenziale, la tolleranza all'uso della sostanza, la crisi di astinenza, il *craving*, i farmaci utili nella cura, il primo approccio al paziente e la descrizione di strumenti rapidi e di semplice applicabilità per la prima valutazione e il consiglio di opportunità breve.

### 3.1. Strumenti per il riconoscimento precoce dei PPAC e PPTC

#### 3.1.1. Una valutazione breve del tabagismo

In un breve ma incisivo articolo pubblicato sul *British Medical Journal*, Robert West ipotizza che una prima, rapida, valutazione del paziente tabagista, passi attraverso quattro semplici domande.

Le prime due servono a valutare il grado della dipendenza fisica dalla nicotina:

- *quante sigarette fuma al giorno?*
- *quanto tempo passa, dal risveglio, prima che fumi la prima sigaretta?*

Queste due domande, note anche come test di Fagerstroem breve, sono tese a capire, nell'eventualità il paziente provi a smettere se sia indicato farlo con un aiuto farmacologico atto a evitare o attenuare la crisi di asti-

nenza oppure si possa procedere consigliando azioni di riduzione o cessazione anche senza ausilio farmacologico. In altri termini, queste prime due domande sono tese a rilevare qual è il grado di dipendenza fisica dalla nicotina.

Le seconde due domande servono a valutare la motivazione a smettere del paziente.

Ricordiamo che la motivazione è il fattore necessario, anche se molto spesso non sufficiente, per le operazioni di cessazione di qualunque comportamento additivo.

West doppia i test motivazionali standardizzati proponendo al paziente due semplici domande:

- *desidera smettere di fumare?*
- *sarebbe disposto a fare un tentativo serio di smettere nelle prossime due settimane?*

Con questi due quesiti l'operatore può valutare se il paziente ha intenzione di mettere in discussione il suo legame con la dipendenza da subito.

Dall'incrocio dei risultati ai due test brevi l'operatore evince una indicazione su cui orientare il successivo intervento di opportunità.

Infatti, i risultati disegnano una matrice 2x2 che definisce 4 tipologie di pazienti con i relativi orientamenti di trattamento:

Fig. 1 - La matrice 2x2 originariamente definita da West e adattata alle finalità di ipotesi trattamentale su pazienti con problematiche tabacco e fumo correlate



Questo semplice strumento permette all'operatore di avere indicazioni trattamentali importanti:

- se il paziente è motivato e ha bassa dipendenza fisica lo incentivo ad iniziare da subito, già in reparto, azioni di sgancio dalla sostanza per poi, al momento delle dimissioni, ricordarlo per il proseguo delle cure ai servizi specialistici territoriali o al MMG;
- se il paziente non è motivato a smettere ed ha alta dipendenza lo sensibilizzo fornendogli materiale informativo sulla problematica e con i riferimenti dei servizi specialistici territoriali;

- se il paziente è motivato ma con alta dipendenza dalla sostanza riacordo il paziente ai servizi specialistici che verosimilmente avvieranno un supporto terapeutico alla cessazione che poggia principalmente sul versante medico-farmacologico;
- se il paziente è poco motivato e con bassa dipendenza riacordo il paziente ai servizi specialistici che verosimilmente avvieranno un supporto terapeutico alla cessazione che poggia principalmente sul versante psicologico-motivazionale.

### 3.1.2. Una valutazione breve dei problemi alcol-correlati

Mantenendo lo schema proposto da West e illustrato nel precedente paragrafo per il tabagismo, è possibile giungere ad una analoga matrice 2x2 di valutazione dei problemi alcol correlati sostituendo il Fagerstroem breve con l'AUDIT-C (*Alcohol Use Disorders Identification Test - Consumption*), un test per la valutazione breve dei PPAC basato su tre domande:

- con quale frequenza consuma bevande alcoliche?
- quanti bicchieri standard di bevande alcoliche consuma in media in una giornata tipica quando beve?
- con quale frequenza consuma 6 o più bevande alcoliche in un'unica occasione?

Al pari del fumo, facendo seguire a queste tre domande le due che valutano la motivazione, si definiscono quattro categorie di pazienti cui proporre le indicazioni trattamentali illustrate al 3.1.1.

### 3.2. Strumenti per la sensibilizzazione e l'eventuale aggancio

Agli operatori dei reparti ospedalieri non si può chiedere lo stesso tipo di prestazione relazionale che è, per contro, dovuta da un collega che opera nei servizi specialistici.

Non è facile affrontare argomenti che trattano lo stile di vita del paziente quali l'uso di alcolici e di sigarette, oltremodo non è facile farlo in reparti dove spesso il carico di lavoro è elevato e i tempi risicati.

Per questo motivo è utile seguire un modello di intervento clinico minimo ma di provata efficacia, raccomandato dalle principali linee guida, noto con la sigla "5A" (*Ask; Advise; Assess; Assist; Arrange*)<sup>1</sup>.

Il modello delle 5A può essere applicato anche parzialmente giungendo così a ridurre i tempi dell'intervento, adattandolo all'ambiente in cui viene applicato.

Nelle strutture sanitarie che trattano, generalmente, pazienti che presentano patologie che non sono fortemente correlate all'uso di alcol e tabacco, il personale sanitario viene formato all'intervento di opportunità

breve, della durata di 3 minuti con una efficacia del 2%. Questo intervento, detto di *minimal advice*, contempla lo svolgimento delle prime 2A (*Ask e Advise*).

Abbiamo poi delle strutture ospedaliere che sono altamente sensibili a monitorare l'uso di alcolici e sigarette perché questi causano e/o aggravano le patologie che afferiscono a questi reparti.

Tra le strutture sensibili identifichiamo principalmente quelle cardiologiche, pneumologiche, epatologiche, diabetologiche, oncologiche, pediatriche, neurologiche e psichiatriche.

Il personale sanitario delle strutture altamente sensibili viene formato all'intervento di opportunità che si fonda sull'applicazione delle prime 3A del modello.

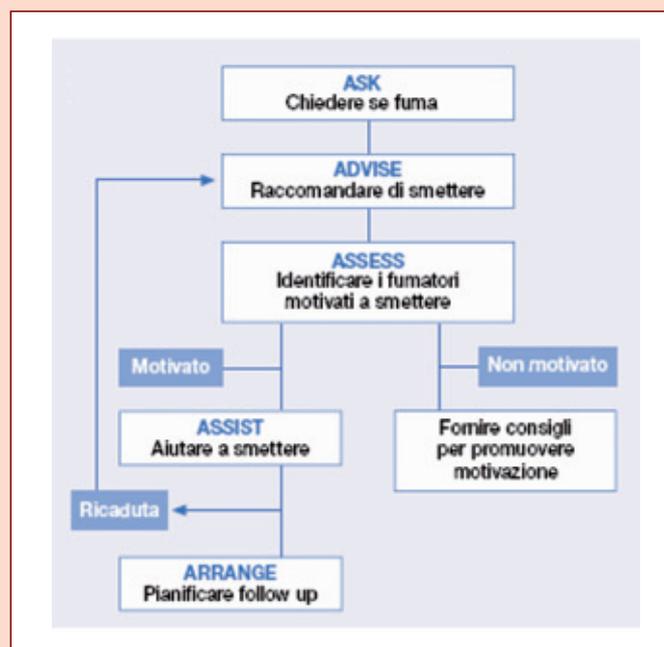
Così, lo svolgimento dell'intervento si allunga a 10-15 minuti, ma l'efficacia sale al 4-7%, specie se l'intervento stesso viene reiterato più volte.

La *ratio* dovrebbe essere quella di investire un tempo maggiore nei reparti dove l'impatto dell'uso delle sostanze è visibile e risulta ampiamente necessario investire in azioni di prevenzione secondaria e terziaria.

Le ultime 2A (*Assist, Arrange*) sono a carico dei servizi specialistici che vengono chiamati in consulenza non appena ultimata la fase *Assess* ed aver ottenuto dal paziente il consenso alla attivazione della consulenza.

Il consenso, pur se non dovuto, è imprescindibile per permettere un aggancio efficace del paziente da parte servizi territoriali.

Fig. 2 - Diagramma dell'intervento 5A. Nei reparti a basso impatto gli operatori svolgono il *minimal advice* 2A (chiedere e sensibilizzare). Nei reparti ad alto impatto gli operatori svolgono il *minimal advice* 3A (chiedere, sensibilizzare, valutare la trattabilità). Le ultime 2A (curare e rivalutare astinenza con visite di follow up) vengono sempre svolto dai servizi specialistici territoriali (tratto da: "Linee guida per promuovere la cessazione all'abitudine al fumo", OSSFAD-ISS)



#### 4. Una flow chart ideale

Compiuta la fase formativa, è opportuno stilare protocolli di intesa che normino il processo nella sua interezza a partire dal seguente schema macro:

1. screening dei pazienti seguiti dalle strutture ospedaliere sull'uso di alcol o fumo (minimal advice-3A, meglio se ripetuto, durante la fase di ricovero o day hospital).

Prevedere nelle cartelle cliniche la possibilità di segnalare comportamenti legati all'assunzione di alcolici e/o di fumo;

2. su pazienti in cui si individua uso problematico o patologico, sensibilizzare il paziente e poi richiedere la consulenza servizi specialistici (questi devono dare solerte risposta alla consulenza – nel protocollo d'intesa sono previste 72 ore – così da poterla svolgere, laddove possibile, prima delle dimissioni dal reparto del paziente);
3. svolgimento della consulenza da parte del servizio specialistico, meglio se in presenza di personale del reparto, con proposta di trattamento, laddove necessario;
4. feedback ai reparti ospedalieri dell'andamento del trattamento presso la struttura territoriale specialistica.

Per i reparti dove la presa in carico prosegue nel tempo è possibile prevedere incontri congiunti atti a passare al paziente l'idea della stretta correlazione tra l'andamento delle cure riguardanti la sua patologia fisica e la correzione dello stile di vita riguardanti alcolici e fumo di tabacco;

5. riunioni semestrali tra gruppo di operatori che svolgono il *minimal advice* ed i servizi specialistici territoriali per monitoraggio e manutenzione del progetto di continuità assistenziale e per discutere casi emblematici o particolarmente complicati (es. recidivi).

#### 5. Una breve conclusione

Se osserviamo dei pescatori al lavoro, sulla battaglia di uno degli innumerevoli approdi del nostro paese, capiamo quanta pazienza e testardaggine, unite a maestria, siano necessarie per tessere e dare manutenzione alle reti da pesca.

Questa metafora, così stringente dal punto di vista lessicale, ci porta a riflettere sulle inevitabili difficoltà e il grande aumento di complessità che viene chiesto ai servizi sanitari pubblici del nuovo millennio.

La tessitura di reti formali ed informali che abbiano come *mission* la salute dei cittadini è indubbiamente indicata come *la* (corsivo voluto) buona pratica per ottimizzare risorse, evitare sovrapposizioni, sviluppare sinergie, ridurre i costi sociosanitari.

Ma, tutti coloro che si cimentano in questa operazione, sanno quanta fatica sia necessaria per pensare, avviare, mantenere progetti di rete.

Colti talvolta da inevitabili momenti di scoramento, dobbiamo dare uno sguardo alle battaglie per ricordarci che proprio la pazienza, la testardaggine e la maestria sono doti non dilazionabili se vogliamo rientrare in porto con un buon pescato.

#### Note

1. Chiedere se usa alcolici e/o sigarette; Raccomandare di smettere; Identificare i motivati; Aiutare a smettere; Pianificare *follow-up*.

#### Bibliografia

- ISS – Osservatorio Nazionale Alcol – CNESP (2014), *La valutazione costo-efficacia (RICE) dei modelli di intervento indispensabili per la prevenzione*, aprile.
- ISS – Osservatorio Nazionale Alcol – CNESP (2015), *Consumo dannoso e alcolodipendenza: due facce diverse di un problema clinico e sociale che reclama identificazione precoce*, aprile.
- Institute for Health Metric and Evaluation WHO (2010), *GBD profile: Italy*, Seattle US.
- Poli P., *Decreto Bindi: Come si è giunti alla terza riforma sanitaria*, [www.movimentodeicittadini.it](http://www.movimentodeicittadini.it).
- Studio di sorveglianza epidemiologica PASSI 2010-2013.
- Studio di sorveglianza epidemiologica PASSI 2011-2014.
- OMS-Europe, *European status report on road safety. Towards safer roads and healthier transport*, Report 2009.
- Agency for healthcare research and quality, U.S. Department of health & human services (2012), *The major step to intervention (the 5 A's)*, december.
- Vegliach *et al.* (2008), "Curarsi dal tabagismo utilizzando il servizio sanitario territoriale", *Mission*, 27: 7-11.
- West R. (2004), "Assessment of dependence and motivation to stop smoking", *British Medical Journal*, vol. 328: 338-339, february.
- WHO global report: preventing chronic disease: a vital investment, World Health Organization, Geneva, 2008.
- Zuccaro P.G. *et al.* (2008), *Linee guida per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo*, Osservatorio Fumo, Alcol e Droga, Istituto Superiore di Sanità.

# La terapia farmacologica dell'alcolismo: i farmaci anti-alcol vecchi e nuovi e l'integrazione con gli interventi psicologici nella pratica clinica. Parte I

Ezio Manzato\*, Felice Nava\*\*, Gisella Manzato<sup>o</sup>, Sara Rosa\*\*\*

## La terapia farmacologica dell'alcolismo: i farmaci vecchi e nuovi per il controllo della dipendenza e del *craving*

I diversi farmaci anti-*craving* attualmente utilizzati nella pratica clinica come il naltrexone, l'acamprosato, il topiramato, il baclofene e il sodio oxibato sono stati testati grazie agli studi sulle aree del cervello che presiedono alla produzione dei neurotrasmettitori che sono alla base del *craving* (dopamina, GABA, glutammato, serotonina e oppioidi) (Addolorato, 2011; Cibir & Nava, 2011; Chick & Nutt, 2012).

In Italia sono quattro i farmaci approvati dall'organismo regolatorio (Agenzia Italiana del Farmaco-AIFA) per il trattamento della dipendenza da alcol: il disulfiram, il naltrexone, il sodio oxibato e l'acamprosato. Tra le altre molecole sperimentate per la prevenzione delle ricadute e il mantenimento dell'astinenza da alcol, alcune hanno mostrato risultati promettenti e sono utilizzate nella pratica clinica: il topiramato, l'ondansetron, il gabapentin e il baclofene. Negli ultimi anni, in riferimento alla differenza tra i meccanismi d'azione dei farmaci utilizzati nel trattamento dell'alcolismo e alla eterogeneità degli alcolisti (in termini di tipologia di *craving* prevalente, pattern di assunzione, età, comorbidità, caratteristiche genetiche, ...), sono stati pubblicati studi mirati a identificare il target ideale di pazienti per ogni singolo farmaco, che hanno evidenziato come esistono tipologie di pazienti che rispondono in maniera elettiva a specifici farmaci (personalizzazione della terapia farmacologica) (Vignoli, 2013).

Attualmente tre farmaci sono stati approvati per il trattamento della dipendenza da alcol (importante problema di salute pubblica) sia dall'European Medicines Agency (EMA) che dalla Food and Drug Administration (FDA) e sono: l'acamprosato, il disulfiram e il naltrexone in forma orale; la FDA ha anche approvato l'uso del naltrexone in forma iniettabile ad azione prolungata; in Austria e in Italia è stato approvato anche il sodio oxibato.

Il Comitato dell'EMA, per i medicinali a uso umano, ha recentemente autorizzato la commercializzazione del nalmeffene come agente farmacologico per la riduzione del consumo di alcol; tale autorizzazione è stata recepita anche dall'AIFA (Testino e coll., 2014).

Il naltrexone (in forma orale e *depot*) ha generalmente dimostrato efficacia nel trattamento della dipendenza da alcol. L'acamprosato, a sua volta, ha dimostrato efficacia nel trattamento della dipendenza da alcol nelle sperimentazioni europee, anche se in misura ridotta. Negli Stati Uniti gli studi clinici con l'acamprosato hanno dato prove di efficacia non sufficienti. La combinazione dei due farmaci ha dimostrato efficacia nel trattamento della dipendenza da alcol in studi clinici europei, ma non si riscontra lo stesso risultato clinico in studi americani. Il disulfiram, agente avversivo, pare non ridurre il *craving* da alcol. Il disulfiram è più efficace quando è somministrato a soggetti con elevata compliance e che ricevono una supervisione inerente al corretto utilizzo del farmaco. Tra i farmaci ancora non approvati dall'organismo regolatorio americano, il topiramato (antiepilettico-AED con azione inibitoria sui canali del calcio, con aumento dell'inibizione GABAergica e riduzione dell'eccitazione glutammatergica) è nel complesso il farmaco più indicato e promettente. Un altro farmaco promettente in tal senso è il baclofene (agonista dei ricettori GABA<sub>B</sub> dell'acido gamma aminobutirrico). L'ondansetron (antagonista del recettore della serotonina 5-HT<sub>3</sub>) appare efficace solamente in certi sottotipi genetici dell'alcolismo. In particolare, secondo la tipologia di Cloninger (Tipo 1 tardivo o 2 precoce) (Cloninger, 1987; Cloninger e coll., 1988) il Tipo 1 tardivo risponderebbe agli inibitori del reuptake della serotonina (SSRI) con un miglioramento degli outcome del bere, mentre ciò non risulterebbe per il Tipo 2 precoce; invece l'ondansetron sarebbe una promettente terapia negli alcolisti del Tipo 2 precoce (Johnson, 2008).

Quattro farmaci sono stati approvati dalla FDA per il trattamento della dipendenza da alcol: il disulfiram, l'acamprosato, il naltrexone in forma orale e quello in forma iniettabile ad azione prolungata. Tutti e quattro i farmaci hanno dimostrato capacità di ridurre il bere e/o di incrementare il tempo di astinenza, ma i risultati non

\* FeDerSerD Veneto Verona.

\*\* Sanità Penitenziaria Azienda ULSS 16 Padova.

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

<sup>o</sup> Collaboratore di ricerca Verona.

sono sempre stati coerenti. Anche il topiramato e il baclofene hanno dimostrato efficacia nel trattamento della dipendenza da alcol. L'efficacia di molte di queste terapie farmacologiche è modesta e limitata dalla non aderenza dei pazienti al trattamento e dall'eterogeneità della patologia stessa. L'efficacia delle farmacoterapie dovrebbe essere incrementata mediante l'aumento della conoscenza della fisiopatologia della dipendenza alcolica e l'identificazione di predittori della risposta terapeutica ai singoli farmaci e con modalità di gestione clinica che accrescano l'aderenza farmacologica (Garbutt, 2009).

Nel trattamento della dipendenza da alcol è stato messo in evidenza che senza l'aggiunta della farmacoterapia all'intervento psicosociale l'outcome clinico è scarso, con ricaduta alcolica entro 1 anno in circa il 70% dei pazienti; pertanto l'intervento psicosociale da solo non è il trattamento ottimale della dipendenza alcolica. D'altra parte gli interventi brevi, come la terapia comportamentale breve per migliorare la compliance (Brief Behavioral Compliance Enhancement Treatment-BBCET) (Johnson e coll., 2003) o il management medico (MM), sono sufficienti per ottimizzare il trattamento con un farmaco efficace, senza la necessità di una psicoterapia formale o intensiva. Per quanto riguarda la terapia farmacologica, diversi farmaci, molto promettenti per la riduzione del bere eccessivo o per la prevenzione della ricaduta nel bere pesante, sono in grado di modulare il sistema dopaminergico meso-limbico-corticale (strettamente associato al comportamento di *reward* alcolico) attraverso i sistemi oppioide, glutamatergico, GABA-ergico o serotoninergico; recentemente inoltre sono stati considerati come probabili agenti terapeutici per ridurre o prevenire le ricadute alcoliche farmaci attivi sul sistema dello stress, i cui neurotrasmettitori (fattore di rilascio della corticotropina-CRF nell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene-HPA), neuroregolatori e neuropeptidi (ipocretina, vasopressina e neuropeptide Y nell'amigdala esterna) modulano gli effetti di rinforzo dell'alcol e delle sostanze d'abuso. Nella pratica clinica nel caso di un paziente con caratteristiche cliniche della tipologia 2 di Cloninger (Cloninger, 1987; Cloninger e coll., 1988) (con dipendenza da alcol severa, inizio in età precoce, storia familiare di alcolismo e complicazioni mediche) la scelta terapeutica potrebbe essere per il topiramato (agonista del sistema GABA e antagonista del sistema del glutammato), mentre una scelta alternativa potrebbe essere il baclofene (agonista del recettore GABA<sub>B</sub>). Nel caso di un paziente dipendente da alcol con caratteristiche cliniche della tipologia 1 di Cloninger (con inizio in età tardiva della dipendenza da alcol), la scelta terapeutica potrebbe essere il naltrexone (antagonista dei recettori degli oppioidi) nella formulazione iniettabile *depot*. Nel caso di un paziente con dipendenza alcolica moderata un'opzione ottimale

di trattamento potrebbe essere l'ondansetron (antagonista 5-HT<sub>3</sub>), mentre un'opzione terapeutica alternativa potrebbe essere il naltrexone. Attualmente gli altri farmaci approvati nella lista della FDA sono il disulfiram (inibitore dell'alcol deidrogenasi) e l'acamprosato (modulatore della neurotrasmissione del glutammato); vi sono anche ricerche in atto sul gabapentin (modulatore dei canali del calcio) e sul LY686017 (antagonista del recettore 1 della neurochinina) (Johnson, 2010).

Un'ampia letteratura supporta il ruolo della dopamina nello sviluppo e nel mantenimento della dipendenza da alcol; il sistema neurotrasmettitoriale dopaminergico nel cervello ha un'organizzazione complessa, con molti sottotipi recettoriali dopaminergici e distinti effetti sul rinforzo positivo (*reward*), sul *craving*, sulla motivazione e sul comportamento. Diversi farmaci, che agiscono indirettamente sul sistema dopaminergico, come il naltrexone, il baclofene e l'ondansetron, si sono dimostrati efficaci, anche se in modo modesto nel trattamento dell'alcolismo. Gli antagonisti diretti della dopamina, inclusi gli antipsicotici atipici (APA): tiapride, quetiapina e clozapina si sono dimostrati limitatamente efficaci nel ridurre il consumo alcolico in trial randomizzati controllati (RCT); l'agonista parziale della dopamina aripiprazolo ha mostrato efficacia non chiara; i farmaci dopaminergici, d'altra parte presentano significativi effetti indesiderati. Pertanto, una migliore comprensione degli effetti della dopamina sui vari aspetti del comportamento *additivo* potrebbe portare allo sviluppo di farmaci maggiormente efficaci (Swift, 2010). In una review è stato discusso il razionale (meccanismi neurobiologici e comportamentali) e la letteratura rispetto alla potenziale utilità dell'antipsicotico APA quetiapina nel trattamento dei disturbi da uso di alcol (DUA). È stato ipotizzato che i risultati della quetiapina, sugli outcome del bere, potrebbero essere dovuti agli effetti agiti su umore, ansia e sonno, che una volta contenuti, comparteciperebbero nell'alleviare i sintomi astinenziali protratti e nell'affrontare la comorbilità psichiatrica spesso associata ai disturbi da uso di alcol. La quetiapina, farmaco verosimilmente promettente per l'alcolismo, necessita però di ulteriori ricerche per accertare chiaramente la sua utilità come unico trattamento per tale indicazione clinica e per identificare i pazienti potenzialmente responder al farmaco (Ray e coll., 2010).

In una review costituita da studi pre-clinici su roditori (topi e ratti), riguardanti l'attività dei nuovi antiepilettici (AED) sulla riduzione del consumo di alcol, è stato posto in risalto che vi sono diverse evidenze che suggeriscono come un certo numero di AED, caratterizzati da buona tollerabilità, possano ridurre l'assunzione volontaria di alcol e quella indotta da stress o cue in modelli animali (ratti alcol-preferenti), sia come effetto acuto che cronico. Il topiramato (50-60 mg/kg), somministrato

60 minuti prima di un accesso all'alcol, ha ridotto la preferenza per l'alcol con aumento di ingestione di acqua; tale riduzione si è mantenuta durante una somministrazione ripetuta per 7 giorni; il farmaco ha anche diminuito l'aumento di assunzione alcolica indotta da stress; l'associazione di topiramato con ondansetron, antagonista del recettore 5HT<sub>3</sub>, in confronto a ciascun composto da solo ha mostrato di ridurre maggiormente l'assunzione alcolica. La lamotrigina (5 mg/kg) ha ridotto la quantità di alcol assunta dopo un periodo di deprivazione e dopo induzione da cue; alla dose di 15 mg/kg il farmaco ha ridotto l'attività locomotoria all'interno della gabbia; diversamente una dose di 30 mg/kg a 4-48 ore di un periodo di astinenza non ha ridotto l'assunzione di alcol. Gli analoghi del GABA gabapentin e pregabalin, con attività sui canali del calcio voltaggio-dipendenti, hanno mostrato attività sull'assunzione alcolica; il gabapentin (5, 10, 30, 120 mg/kg) somministrato anticipatamente a un accesso all'alcol durante un periodo di 4 settimane è risultato prevenire l'intensificazione del bere e le misure di dipendenza alcolica; il pregabalin (10, 30 o 60 mg/kg), somministrato per 5 giorni consecutivi, ha ridotto l'assunzione di alcol volontaria e indotta da stress o cue. Il vigabatrin (a dose bassa 200 mg/kg) ha ridotto l'assunzione alcolica e il rinforzo alcolico, senza alterare il consumo di cibo e di acqua; il farmaco (a dose maggiore >200 mg/kg) ha ridotto l'assunzione alcolica, ma ha anche incrementato il consumo di acqua e, in maniera più ridotta, quello del cibo; la riduzione dell'assunzione alcolica da parte del vigabatrin durante il trattamento sembra essere correlata con la capacità del farmaco di potenziare gli effetti farmacologici dell'alcol. I modulatori positivi dei canali del calcio (K<sub>Ca</sub>2) hanno mostrato di ridurre l'assunzione di alcol; il clorzoxazone (10, 30 e 50 mg/kg), somministrato 20-30 minuti prima di un accesso intermittente all'alcol, ha diminuito in modo dipendente dalla dose l'assunzione eccessiva di alcol e la preferenza alcolica, senza modificare il consumo di acqua; la riduzione di assunzione alcolica nella modalità di accesso intermittente (e non in quella continuativa) non viene spiegata dagli effetti locomotori del clorzoxazone, ma può derivare, nella modalità di accesso intermittente, dalla maggiore riduzione del *firing* nei neuroni del core del nucleus accumbens (NAcb), regione critica per la regolazione dei comportamenti correlati al *reward* e alla motivazione; la somministrazione di CyPPA (30 mg/kg) 30 minuti prima di un accesso intermittente all'alcol ha ridotto la quantità di alcol assunto volontariamente e la preferenza a 6 e 24 ore. La ripetizione di dosi di levetiracetam (40-80 mg/kg) due volte al giorno per 14 giorni ha ridotto l'assunzione alcolica e la preferenza per l'alcol rispetto all'acqua. Il carisbamato, come somministrazione acuta (10, 30, 45, 60 e 90 mg/kg) o cronica (60 mg/kg/die per 14 giorni consecutivi), ha ridotto l'assun-

zione volontaria di alcol e la preferenza alcolica senza comportare effetti sul consumo di cibo o di acqua; tuttavia dopo 2 giorni si è presentata tolleranza e l'assunzione alcolica a 10-14 giorni è risultata maggiore rispetto ai primi 2 giorni di trattamento. La zonisamide utilizzata per 10 giorni (25 mg/kg per 5 giorni e 50 mg/kg per altri 5 giorni) ha ridotto in modo forte l'assunzione di alcol al suo dosaggio maggiore. In conclusione, gli studi pre-clinici hanno mostrato che il trattamento con diversi AED riduce il consumo di alcol e la self-administration di alcol; inoltre è stata evidenziata riduzione del comportamento simil-ricaduta, inclusa la ripresa del bere indotta da stress e cue (Padula e coll., 2013).

In una review sistematica di 602 abstract e 45 articoli (da dicembre 2001 a novembre 2011), che ha tenuto in considerazione i due scopi del trattamento per la dipendenza da alcol (astinenza e riduzione del consumo di alcol) ammessi dalle linee guida dell'EMA (EMA, 2010), è stato evidenziato che cinque farmaci sono in fase di sviluppo per il trattamento della dipendenza da alcol: il topiramato, la fluvoxamina, l'aripiprazolo, il flupentixolo e il nalmefene (che al momento è il solo farmaco indicato per la riduzione del consumo di alcol); lo stato dello sviluppo per il topiramato, la fluvoxamina, l'aripiprazolo e il flupentixolo non è ad oggi completamente chiarito. Quindici agenti farmacologici sono stati controllati in trial pubblicati, la maggioranza dei quali è focalizzata come scopo del trattamento sull'astinenza, mentre i trial in corso non pubblicati tendono a focalizzarsi sulla riduzione del consumo. Tale differenza suggerisce un cambio nell'enfasi dell'approccio al trattamento della dipendenza da alcol (Aubin & Daeppen coll., 2013).

In una review riguardante la letteratura sulle diverse opzioni farmacologiche per il trattamento dei disturbi da uso di alcol sono stati considerati sia i farmaci attualmente approvati dall'organismo regolatorio americano che quelli non approvati. I farmaci approvati per il trattamento dei disturbi da uso di alcol comprendono: il disulfiram, l'acamprosato, il naltrexone e il nalmefene. I farmaci non approvati comprendono: gli antipsicotici atipici (APA), quali aripiprazolo, olanzapina, quetiapina, amisulpride e tiapride e l'antipsicotico tipico (AP) flupentixolo, gli antidepressivi SSRI, quali citalopram, sertralina e fluoxetina, gli AED, quali gabapentin, topiramato, levetiracetam, oxcarbazepina e valproato, e altri AED (carbamazepina, zonisamide, tiagabina e pregabalin) e altri farmaci off-label, quali ritanserina, baclofene, ondansetron, prozasina, vareniclina e l'estratto di radici di kudzu (Wackernah e coll., 2014).

In una review, riguardante gli interventi empirici volti a ridurre il consumo di alcol e a intensificare il self-control, è stato evidenziato che, tra le farmacoterapie, gli antagonisti degli oppioidi (naltrexone e nalmefene) hanno evidenze di efficacia, sia per la riduzione del con-

sumo alcolico, che per l'aumento del self-control; anche l'agonista parziale della nicotina (vareniclina) appare efficace riguardo al consumo alcolico e al self-control. Altre possibili farmacoterapie comprendono: gli antagonisti dei recettori NMDA del glutammato, quali memantina e N-acetil cisteina, e il modafinil (farmaco inibitore del transporter della dopamina approvato dalla FDA per la narcolessia). Tra gli interventi psicosociali e comportamentali, la terapia cognitivo-comportamentale (CBT), il contingency management (CM) e il training con la *mindfulness* (Mindfulness-Based Cognitive Therapy-MBCT e Mindfulness-Based Stress Reduction-MBSR) presentano evidenze di efficacia; gli interventi per la modificazione dei deficit cognitivi e gli interventi neurofisiologici, quali la stimolazione magnetica transcranica ripetuta (rTMS), la stimolazione transcranica a corrente diretta (tDCS) e la stimolazione cerebrale profonda (DBS) sono promettenti come strumenti terapeutici per ridurre l'uso di alcol e per aumentare il self-control (Leeman e coll., 2014).

In un'update della letteratura (pubblicata fino a dicembre 2013), relativa alla farmacoterapia per raggiungere e mantenere l'astinenza e mitigare il danno epatico in pazienti con esiti di malattia epatica da alcol (ALD), è stato messo in risalto che non esistono studi randomizzati controllati, da utilizzarsi dalla FDA, per approvare l'uso di farmaci per il trattamento della dipendenza da alcol nella malattia epatica alcolica. Il disulfiram, l'acamprosato e il naltrexone (orale o intramuscolare) non sono approvati per l'uso in pazienti con malattia epatica alcolica. Il baclofene (anche se non approvato dalla FDA per tale uso) è il solo farmaco, testato con sicurezza in trial di pazienti con malattia epatica alcolica, risultato efficace nel ridurre l'assunzione di alcol. In conclusione, sebbene siano stati investigati vari farmaci per il trattamento di pazienti alcolisti con malattia epatica alcolica, l'astensione completa dall'alcol è attualmente l'unica forma di epatoprotezione raccomandata (Vuittonet e coll., 2014).

Una review Cochrane, che ha avuto come scopo primario la valutazione dei benefici terapeutici e dei rischi degli AED nel trattamento della dipendenza da alcol, ha incluso 25 studi (randomizzati controllati-RCT e controllati-CCT) con 2.641 soggetti partecipanti di età media di 44 anni, in cui gli AED da soli o in associazione con altri farmaci e/o interventi psicosociali sono stati confrontati con il placebo, il non trattamento e altri interventi farmacologici o psicosociali. In 17 studi gli AED sono stati paragonati al placebo, in 7 studi il paragone è stato fatto con altri agenti farmacologici e in 2 con trattamenti senza farmacoterapia. La durata media dei trial era di 17 settimane (range compreso tra 4 e 52 settimane) e i trial sono stati attuati negli Stati Uniti, in Europa, in Sud America, in India e in Thailandia. Gli AED in confronto con il placebo non hanno mostrato

differenza nei drop-out (16 studi, 1.675 partecipanti, risk ratio-rischio relativo/RR 0,94) e nell'astinenza continuativa (8 studi, 643 partecipanti, RR 1,21); evidenze di moderata qualità hanno suggerito che gli AED riducono i *drink* per giorno di bere (11 studi, 1.126 partecipanti differenza media/MD -1,49) e il bere pesante (12 studi, 1.129 partecipanti differenza media standardizzata-SMD -0,35); inoltre, nella sospensione per ragioni mediche non sono state osservate differenze (12 studi, 1.410 partecipanti, RR 1,22), ma per specifici effetti indesiderati (9 studi, 1.164 partecipanti) in due dei diciotto eventi avversi è stato favorito il placebo. La direzione dei risultati è stata confermata da analisi di sottogruppo per il topiramato e parzialmente per il gabapentin e il valproato. Gli AED nei confronti del naltrexone non hanno mostrato differenze evidenti nelle percentuali dei drop-out (5 studi, 528 partecipanti, RR 0,74), delle ricadute severe (4 studi, 427 partecipanti, RR 0,69) e dell'astinenza continuativa (5 studi, 528 partecipanti, RR 1,21); gli AED sono risultati associati con meno giorni di bere pesante (3 studi, 308 partecipanti, MD -5,21), più giorni prima di ricadute severe (3 studi, 244 partecipanti, MD 11,88) e minori sospensioni per ragioni mediche (3 studi, 245 partecipanti, RR 0,13). In conclusione, allo stato attuale della ricerca, le evidenze randomizzate, che supportano l'uso clinico degli AED per trattare la dipendenza da alcol, sono complessivamente insufficienti; i risultati sono condizionati dall'eterogeneità e dal basso numero e dalla limitata qualità degli studi di comparazione degli AED con altri farmaci. L'incertezza associata a questi risultati lascia ai clinici la necessità di bilanciare i possibili benefici/rischi del trattamento con gli AED rispetto ad altri farmaci supportati da evidenza di efficacia (Pani e coll., 2014). Il riconoscimento delle conseguenze acute e a lungo termine dei disturbi da uso di alcol ha portato a investigare molte terapie farmacologiche, alcune delle quali hanno ricevuto l'approvazione degli organismi regolatori di vari stati europei e americani. Il disulfiram, che inibisce l'acetaldeide deidrogenasi, è consigliato in pazienti disintossicati, liberi da alcol e da sintomi astinenziali; il naltrexone, antagonista dei recettori degli oppioidi con alta affinità per i recettori  $\mu$  e bassa affinità per i recettori  $\delta$  e  $\kappa$ , è approvato per il trattamento della dipendenza da alcol in soggetti non dipendenti da oppioidi; l'acamprosato, che si lega ai recettori NMDA del glutammato, è approvato per pazienti già stabilizzati in uno stato di astinenza alcolica; il nalmefene, antagonista dei recettori degli oppioidi  $\mu$  e  $\delta$  e co-agonista del recettore  $\kappa$ , è il farmaco di più recente approvazione (approvato nel 2012 dall'EMA per la riduzione del bere pesante e/o del consumo alcolico totale) e ha come indicazione ufficiale la riduzione del consumo di alcol (Mann & Kiefer, 2015). In una review, che ha sottolineato come la combinazione tra gli interventi psicosociali e le terapie farmacolo-

giche sia l'approccio maggiormente efficace per pazienti affetti da disturbi da uso di alcol, è stato evidenziato che, tra i farmaci efficaci utilizzati in tale trattamento, i GABA-ergici, come il sodio oxibato, il baclofene, il gabapentin, il pregabalin e la tiagabina sono stati testati con incoraggianti risultati (Mirijello e coll., 2015).

Relativamente alla terapia farmacologica nei disturbi da uso di alcol, la sua necessità è riconosciuta nonostante la disponibilità di trattamenti psicosociali efficaci, in quanto fino al 70% dei soggetti va incontro a ricadute con il solo intervento psicosociale. La terapia farmacologica dell'alcolismo si è orientata nel modificare gli effetti del *reward* del consumo di alcol, interagendo con i sistemi neurotrasmettitoriali coinvolti nella modulazione del sistema dopaminergico cortico-meso-limbico (in particolare con il sistema degli oppioidi endogeni e con quello glutammatergico). La terapia farmacologica dovrebbe essere impiegata nei pazienti con disturbo da uso di alcol di gravità da moderata o severa che: 1. abbiano un consumo corrente e pesante di alcol con rischio di conseguenze cliniche in corso, 2. siano motivati a ridurre l'assunzione, 3. preferiscano il farmaco in alternativa o in combinazione con un intervento psicosociale, 4. non presentino controindicazioni mediche al farmaco. L'obiettivo terapeutico primario del trattamento è ancora oggi l'astinenza, anche se la riduzione del consumo intenso è attualmente ritenuta un'alternativa valida, in quanto la maggior parte delle conseguenze negative correlano con la quantità alcolica assunta; la riduzione pertanto rappresenta un traguardo terapeutico più realistico per quei pazienti che non sono ancora pronti ad abbandonare il bere. La terapia farmacologica si basa su farmaci di prima linea, come naltrexone e acamprosato, e farmaci di seconda linea, come disulfiram, topiramato, gabapentin, baclofene, nalmeferone e ondansetron. Per quanto riguarda la scelta della terapia farmacologica, esistono pochi dati clinici disponibili circa la comparazione di efficacia, le caratteristiche degli agenti farmacologici, gli obiettivi del trattamento e i predittori di risposta clinica che possono guidare la scelta terapeutica. Tuttavia in modo orientativo è possibile segnalare alcune linee di indicazione operativa: 1. ai pazienti con disturbo da uso di alcol da moderato a severo si può proporre alternativamente un intervento psicosociale basato sulle evidenze o un farmaco (nelle forme lievi è utile una valutazione sulla base delle caratteristiche cliniche del singolo caso); 2. nel caso in cui non si raggiunga la remissione clinica o una riduzione del consumo pesante con l'approccio sopra descritto, si può utilizzare l'altra opzione terapeutica o una combinazione delle due; 3. se si deve trattare un disturbo da uso di alcol isolato, l'utilizzo del naltrexone o dell'acamprosato come farmaci di prima linea è consigliabile; i predittori di risposta positiva al naltrexone sono l'anamnesi familiare positiva per disturbo da uso

di alcol e il forte desiderio di alcol (Monterosso e coll., 2001); i predittori di risposta positiva all'acamprosato sono gli elevati livelli di ansia, la dipendenza fisica, l'anamnesi familiare negativa per disturbo da uso di alcol, l'esordio tardivo e il sesso femminile (Verheul e coll., 2005); 4. in caso di scarsa compliance si può usare il naltrexone depot; 5. nel caso di un'eventuale epatopatia si consiglia l'acamprosato o il baclofene; 6. nel caso di pazienti in terapia con oppioidi sostitutivi è indicato l'acamprosato; 7. nel caso di soggetti che hanno ancora un consumo attivo l'acamprosato non sarebbe consigliato; 8. quando le prime opzioni terapeutiche sono risultate inefficaci o controindicate, si utilizzano i farmaci di seconda linea, come il disulfiram, solo in soggetti molto motivati e supervisionati, gli SSRI, in caso di comorbilità depressiva e ansiosa, e l'ondansetron, in caso di pazienti con esordio precoce della dipendenza alcolica (cioè prima dei 25 anni) e di pazienti con una specifica variante del gene della serotonina (LL) (Johnson e coll., 2011) (Tabacchi e coll., 2014).

L'astinenza dei pazienti alcolisti solitamente viene governata per diversi anni tramite il supporto psicosociale associato alla prescrizione di farmaci, in particolare: disulfiram, acamprosato e naltrexone. Altri farmaci sono di aiuto nel ridurre il consumo alcolico e i rischi associati; per questa indicazione il baclofene è raccomandato temporaneamente come seconda linea di trattamento, mentre il nalmeferone ha l'autorizzazione al commercio come prima linea di trattamento (Chavagnat & Chavagnat, 2015).

### *Le raccomandazioni per la pratica clinica*

La Alcohol-use disorders. Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence clinical guideline del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) raccomanda gli interventi farmacologici da utilizzarsi nelle differenti fasi del trattamento dell'abuso dell'alcol e delle sue conseguenze cliniche; i farmaci sono riconosciuti come un'aggiunta al trattamento psicosociale per fornire un pacchetto di trattamento ottimale per migliorare la salute fisica e mentale; i farmaci sono raccomandati come parte di un piano di trattamento globale. Gli interventi farmacologici si riferiscono alla promozione dell'astinenza, alla riduzione dell'assunzione di alcol e al trattamento dei disturbi comorbili. Nella pratica clinica attuale vengono utilizzati diversi farmaci per prevenire le ricadute e per la riduzione del consumo di alcol da soli o in associazione con interventi psicosociali: acamprosato (antagonista dei recettori NMDA del glutammato, mGluR<sub>5</sub>), naltrexone (antagonista dei recettori degli oppioidi), disulfiram (bloccante dell'aldeide deidrogenasi con aumento dell'acetaldeide e con alcuni effetti mediante il sistema

dopaminergico), antipsicotici APA (antagonisti del recettore D<sub>2</sub> della dopamina come olanzapina e quetiapina e agonisti parziali come aripiprazolo), benzodiazepine (BDZ) (aumento della funzione GABA-BDZ), baclofen (agonista GABA-B), gabapentin (antagonista dei canali del calcio), pregabalin (antagonista dei canali del calcio), topiramato (agonista della funzione GABA-ergica e antagonista del glutammato), memantina (antagonista dei recettori NMDA del glutammato), ondansetron (antagonista dei recettori 5HT<sub>3</sub>), antidepressivi SSRI (inibitori del reuptake 5HT) e bupirone (agonista parziale 5HT<sub>1A</sub>) (NICE, 2011).

La review e metanalisi ha permesso di individuare alcune raccomandazioni circa gli interventi per la dipendenza da alcol moderata o severa dopo il successo dell'astinenza: 1. offerta di acamprosato o naltrexone orale in combinazione con interventi psicologici individuali (terapia cognitivo-comportamentale, terapia comportamentale, terapia comportamentale di gruppo o terapia ambientale o dei network sociali); 2. offerta di disulfiram in combinazione con interventi psicologici per i pazienti per i quali non è appropriato utilizzare acamprosato o naltrexone o che preferiscono il disulfiram e capiscono i rischi relativi all'assunzione di tale farmaco; 3. farmaci che non vengono routinariamente usati (antidepressivi compresi gli SSRI, sodio oxibato e BDZ); 4. attuazione di un assessment medico completo prima dell'inizio di acamprosato, naltrexone e disulfiram e considerazione delle controindicazioni e delle cautele per il trattamento, 5. il dosaggio usualmente prescritto per acamprosato è 1.998 mg/die per i soggetti con peso superiore a 60 kg e 1.332 mg/die per soggetti di peso fino a 60 kg, per un periodo di cura fino a 6 mesi o oltre, con supervisione almeno mensile per 6 mesi e a intervalli regolari oltre i 6 mesi; 6. il dosaggio usualmente prescritto di naltrexone per il mantenimento è 50 mg/die, dopo l'induzione con 25 mg/die; prescrizione per un periodo di 6 mesi o oltre, con supervisione almeno mensile per 6 mesi e a intervalli regolari oltre i 6 mesi; 7. il dosaggio usualmente prescritto per il disulfiram è 200 mg/die o in dose aumentata in accordo con il paziente in caso di reazione sgradevole non sufficiente, per 6 mesi o oltre, con supervisione almeno ogni 2 settimane per i primi 2 mesi e poi mensile per i successivi 4 mesi; il farmaco deve essere iniziato almeno 24 ore dopo l'ultima assunzione alcolica (NICE, 2011). Per i soggetti con dipendenza meno severa o non dipendenti la review ha permesso di individuare alcune raccomandazioni: 1. intervento psicologico; 2. in quei soggetti che non hanno risposto agli interventi psicologici da soli è da considerare l'offerta di acamprosato o naltrexone orale in combinazione con interventi psicologici individuali o di gruppo (NICE, 2011).

L'Evidence Update Advisory Group del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) in base a

una review delle nuove evidenze cliniche ha messo in risalto per il trattamento della dipendenza da alcol i punti chiave degli interventi per l'abuso di alcol, oltre che dei principi di cura; riguardo agli interventi per l'abuso di alcol, oltre all'importanza clinica della terapia motivazionale durante la disintossicazione, del monitoraggio clinico e del counseling telefonico, del programma di assistenza per l'astinenza con BDZ mediante un regime fisso, vengono descritti alcuni aspetti sull'efficacia dei farmaci attualmente utilizzati nel trattamento dell'abuso di alcol e dei programmi psicosociali. In particolare: 1. la quetiapina non sembra essere efficace nel ridurre l'assunzione alcolica in soggetti con dipendenza da alcol; 2. il baclofen non appare efficace sull'assunzione alcolica in soggetti con dipendenza da alcol; 3. il topiramato può essere ben tollerato a 200 mg/die nel ridurre i livelli di bere in soggetti con dipendenza alcolica, ma non è più efficace del naltrexone; 4. la sertralina può avere un effetto a breve termine nel trattamento di prevenzione della ricaduta nei soggetti dipendenti da alcol (late onset alcoholic-LOA) (Johnson e coll., 2000) che hanno l'allele LL (ad alta espressività) del polimorfismo genetico 5-HTTLPR del transporter della serotonina; 5. l'ondansetron può essere efficace nel mantenere l'astinenza in soggetti dipendenti da alcol che hanno gli alleli LL o TT del polimorfismo genetico 5-HTTLPR e rs1042173 del transporter della serotonina; 6. il gamma-idrossibutirrato ha evidenze di efficacia insufficienti e non è usato per il trattamento dell'abuso di alcol; 7. gli antidepressivi possono essere efficaci per il trattamento della depressione in pazienti con comorbidità per disturbi da uso di alcol, comunque alcuni SSRI possono non essere efficaci; 8. i programmi psicosociali possono essere efficaci per i pazienti con dipendenza da alcol e disturbi psichiatrici comorbili (NICE, 2013).

### *Le combinazioni farmacologiche*

Riguardo all'associazione dei farmaci per il trattamento della dipendenza da alcol, esistono due razionali scientifici che giustificano il tentativo di associare più farmaci, ipotizzandone un'efficacia superiore alla monoterapia: 1. assenza di un gold standard farmacologico ed efficacia modesta delle terapie farmacologiche attualmente approvate, con conseguente ipotesi che l'associazione farmacologica determini un effetto di sommazione dell'efficacia delle monoterapie; 2. complessità dei pazienti afferenti ai servizi socio-sanitari (contemporaneità di diversi tipi di *craving* alcolico e di diversi pattern d'abuso sovrapposti) associata a varietà e in taluni casi complementarità del meccanismo d'azione dei farmaci, con conseguente ipotesi che l'associazione farmacologica possa essere più efficace delle monoterapie, rispondendo a un numero maggiore di esigenze e pro-

blematiche cliniche del paziente. L'associazione tra disulfiram e naltrexone, che permette di sommare l'effetto avversivo del primo farmaco con quello anti-*craving* del secondo, è risultata efficace, ma non superiore alle monoterapie con i singoli farmaci. L'associazione tra disulfiram e acamprosato, che permette di sommare l'effetto avversivo del primo farmaco con quello anti-*relief craving* del secondo, è risultata significativamente superiore al placebo, ma non è stato possibile definire la superiorità sulla monoterapia per i limiti dello studio in cui l'associazione è stata utilizzata. L'associazione tra disulfiram e sodio oxibato, che permette di sommare l'effetto avversivo del primo farmaco con quello anti-*craving* del secondo, è risultata significativamente superiore rispetto al solo sodio oxibato in termini di ritenzione in trattamento e giorni di astinenza, ma i limiti metodologici e di numerosità campionaria dello studio, in cui l'associazione è stata utilizzata, non permettono di trarre conclusioni definitive. L'associazione tra sodio oxibato e naltrexone, che permette di sommare l'effetto anti-*craving* del primo farmaco con quello anti-*reward craving* del secondo, si è dimostrata significativamente superiore alle monoterapie, ma l'assenza del placebo e la scarsa numerosità del campione dello studio, in cui l'associazione è stata utilizzata, impediscono di trarre conclusioni definitive. L'associazione tra naltrexone e acamprosato, che permette di sommare l'effetto anti-*reward craving* del primo farmaco con quello anti-*relief craving* del secondo, è risultata superiore rispetto alle monoterapie e al placebo (ma non statisticamente significativa riguardo al naltrexone in monoterapia). Attualmente non esistono evidenze sufficienti per sostenere che una combinazione di due farmaci sia più efficace della monoterapia per il mantenimento dell'astinenza da alcol o per la riduzione dei consumi alcolici; i dati sperimentali raccolti non sono sufficienti per trarre conclusioni definitive. Tuttavia nella pratica clinica esiste l'opportunità di utilizzare alcune associazioni farmacologiche nei pazienti resistenti alla monoterapia, tenuto presente che tutte le associazioni, tranne quella tra disulfiram e naltrexone, si sono dimostrate superiori alle monoterapie e le terapie combinate non hanno presentato effetti indesiderati gravi o aumentato significativamente i drop-out. Pertanto, è possibile concludere che l'associazione di più farmaci per il trattamento della dipendenza da alcol non può essere considerata una scelta terapeutica da preferire alla monoterapia, ma, dopo il fallimento di una terapia con singolo farmaco (corrispondente a un risultato parziale come benessere psicofisico del paziente, riduzione del *craving* o riduzione dei consumi alcolici) non è indicato sostituire il farmaco iniziato, bensì associarlo a un altro, secondo le combinazioni descritte negli studi presenti in letteratura e tenendo in considerazione le caratteristiche specifiche del singolo paziente (Vignoli, 2013).

### *L'uso dei farmaci in base alle diverse tipologie di alcolisti e ai diversi profili di craving*

Una review relativa al trattamento psichiatrico e psicosociale degli alcolisti classificati secondo la tipologia di Lesch (Lesch Alcoholism Typology-LAT) (Lesch e coll., 1988, 1991; Lesch & Walter, 1996) ha evidenziato che le terapie farmacologiche non sono sempre la modalità terapeutica più efficace per prevenire le ricadute nei pazienti con dipendenza da alcol e molte volte una combinazione con approcci di trattamento sia psicosociale che psicoterapeutico è necessaria ed essenziale per aiutare i pazienti a rimanere sobri. In relazione alla tipologia di alcolisti di Lesch, determinati approcci sono più appropriati e di conseguenza portano a risultati migliori e a cambiamenti maggiori nell'astinenza prolungata. Considerando il principio di realtà e quello di reciprocità, nel trattamento degli alcolisti gli scopi terapeutici dovrebbero essere realistici e raggiungibili e sia i pazienti che i terapeuti dovrebbero reciprocamente andare d'accordo su di essi; l'astinenza totale è sempre un outcome del trattamento auspicabile, ma alcuni pazienti desiderano semplicemente ridurre la quantità di alcol, mentre altri vogliono solo alleviare i sintomi associati al consumo cronico. Pertanto, dopo la determinazione della tipologia di Lesch e la definizione degli scopi del trattamento è dovere del clinico presentare le strategie, che possono aiutare in modo più efficace il paziente a realizzare i propri scopi terapeutici. In riferimento alle quattro tipologie di Lesch (tipo I modello allergia/astinenza, tipo II modello ansia/conflitto, tipo III modello depressione e tipo IV modello condizionamento socio-culturale e organico) vengono raccomandate specifiche terapie farmacologiche per la sindrome di astinenza e per la prevenzione della ricaduta. In particolare per la sindrome di astinenza vengono indicate per il tipo I le BDZ, per il tipo II l'antipsicotico APA tiapride e per i tipi III e IV l'acido gamma-idrossibutirrico (GHB), con funzione di sostitutivo dell'alcol; per la prevenzione delle ricadute vengono indicati per i tipi I e II l'acamprosato e per i tipi III e IV il naltrexone (Schlaff e coll., 2011).

I diversi farmaci anti-*craving* (acamprosato, naltrexone, topiramato, baclofene e sodio oxibato) risponderebbero in modo specifico a diversi profili di *craving* caratterizzanti l'eterogeneità dei pazienti e a diverse tipologie di alcolisti, come la tipologia di alcolisti di Lesch (LAT) che è stata valutata in uno studio prospettico multicentrico a lungo termine riguardo all'efficacia dell'acamprosato verso il placebo (Lesch e coll., 1988, 1991; Lesch & Walter, 1996). In particolare il naltrexone è molto utile nei pazienti con *craving reward*, negli *heavy drinker* e *binge drinker* o nei pazienti giovani con alcol utilizzato come antidepressivo e socializzante (per depressione e adattamen-

to) secondo la tipologia di alcolisti di Lesch (LAT tipo III e IV); l'acamprosato può essere raccomandato nei pazienti con alcol utilizzato per astinenza e ansia/conflitto (LAT tipo I e II) e nei pazienti con *craving relief*; il sodio oxibato è un farmaco ad ampio spettro e pertanto sembra compatibile per pazienti con *craving reward e relief*; il baclofene presenta un ampio spettro d'azione con molti punti in comune con il sodio oxibato e la sua efficacia è associata alla capacità di ridurre l'intensità del pensiero ossessivo/compulsivo legato all'uso (astinenza, ansia/conflitto e disordine affettivo) (LAT tipo I, II e III); il topiramato è efficace nei pazienti con alcol utilizzato per ansia/conflitto e adattamento (LAT tipo II e tipo IV); gli SSRI possono incidere su situazioni in cui l'alcol ha un effetto antidepressivo in pazienti depressi (LAT tipo III); l'ondansetron potrebbe essere utilizzato nei pazienti in cui l'alcol è utilizzato per ansia/conflitto (LAT tipo II) (Caputo, 2011).

Il sodio oxibato è risultato efficace in tutte le tipologie di alcolisti, secondo la classificazione di Lesch (LAT) (Lesch e coll., 1988, 1991; Lesch & Walter, 1996), mostrando di ridurre l'assunzione alcolica e di favorire l'astinenza in tutti i sottogruppi di pazienti indipendentemente dalla classificazione stessa. Anche il *craving* per il sodio oxibato non è differito significativamente tra i diversi sottogruppi e i casi di abuso sono risultati intorno al 10%; comunque gli alcolisti con diagnosi psichiatriche, in particolare con disturbo borderline di personalità, sono maggiormente predisposti a sviluppare *craving* e abuso per il farmaco, per cui per tali soggetti è opportuno considerare strategie farmacologiche alternative (Caputo e coll., 2013).

In sintesi, facendo riferimento alle tipologie di alcolisti secondo la classificazione di Cloninger (Cloninger, 1987; Cloninger e coll., 1988), alla nauta del *craving* secondo la classificazione di Verheul (Verheul e coll., 1999) e all'intensità del *craving* si può ipotizzare come i diversi

farmaci possano presentare una differente efficacia nelle differenti tipologie di alcolisti (Tab. 1) (Nava & Manzato, 2015).

In ogni caso nel trattamento a lungo termine dell'alcolismo è necessario anche tenere presenti le specifiche limitazioni cliniche dei singoli farmaci: controindicazione del naltrexone nei soggetti poliabusatori di alcol e oppiacei, controindicazione del sodio oxibato nella malattia epilettica e nei soggetti alcolisti in remissione clinica completa da dipendenza da cocaina ed eroina e infine controindicazione del disulfiram nei pazienti con gravi malattie psichiatriche (depressione e psicosi) non stabilizzate e con malattie neurologiche (epilessia e neuropatie) e internistiche (cardiopatie ed epatopatie) (Nava e coll., 2010).

### Gli interventi psicosociali e psicoterapeutici integrati per il controllo della dipendenza e del *craving*

Gli interventi psicosociali per il trattamento dell'alcolismo, consigliati in raccomandazioni e linee guida, sono: la terapia cognitivo-comportamentale (CBT), il training per l'apprendimento dell'autocontrollo comportamentale (BSCT), il training per le abilità sociali (CST), gli interventi di rinforzo nella comunità (CRA), la terapia motivazionale (MET), gli interventi brevi (BI), la terapia di coppia comportamentale (CCT) e la terapia familiare (FT), il case management intensivo (ICM), il contingency management (CM), la psicoterapia individuale supportava-espressiva (SEP) o quella interpersonale (IPT), la terapia di gruppo (GT) e gli interventi di autoaiuto come Alcolisti Anonimi (AA) e programma dei 12 Passi (TSF) (Walters, 2000; O'Farrel & Fals-Stewart, 2001; Slattery e coll., 2003; APA, 2003, 2006; Lingford-Hughes e coll., 2004; Hester & Squires, 2006; Cibin, 2010; NICE, 2011, 2013).

Tab. 1 - Efficacia delle terapie farmacologiche in base alla diversa tipologia di alcolisti secondo Cloninger e alla diversa tipologia del *craving*

Farmaco	Tipologia di alcolismo di Cloninger	Natura del <i>craving</i> di Verheul	Attività anti- <i>craving</i>
Naltrexone	Tipo 2	Reward <i>craving</i>	Media
Acamprosato	Tipo 2	Reward e relief <i>craving</i>	Media
Sodio oxibato	Tipo 1	Reward e relief <i>craving</i>	Media-Alta
Baclofen	Tipo 2	Relief e obsessive <i>craving</i>	Media
Topiramato	Tipo 1	Relief e obsessive <i>craving</i>	Media
SSRI (es. fluoxetina, sertralina, citalopram, ...)	Tipo 1	Relief e obsessive <i>craving</i>	Bassa
Ondansetron	Tipo 2	Relief e obsessive <i>craving</i>	Bassa

(modificata da Nava & Manzato, 2015)

Nelle NSW Health Drug and Alcohol Psychosocial Interventions Professional Practice Guidelines, è stata descritta la gamma degli interventi psicosociali per i quali sono disponibili evidenze per il trattamento dell'uso problematico di sostanze psicoattive e alcol. Gli interventi con livello di evidenza alto e fortemente raccomandati sono: l'assessment e l'intervento breve, l'intervento motivazionale, il contingency management, la terapia cognitivo-comportamentale, la terapia psicomotricità, la terapia dialettico-comportamentale, l'approccio di self-help e il *continuing care*. Gli interventi con livello di evidenza medio e pertanto raccomandati in modo minore sono: la riduzione dello stress secondo la *mindfulness*, la terapia di accettazione e di impegno nell'azione, la terapia di coppia o familiare e i gruppi di auto-aiuto. Gli interventi con livello di evidenza più basso e raccomandati solo dall'opinione di clinici esperti sono: la terapia per la soluzione breve, la terapia sistemica, la terapia narrativa e il management delle situazioni di crisi. Nello specifico, nel trattamento dei disturbi da uso di alcol è stato evidenziato che la terapia cognitivo-comportamentale, la terapia motivazionale e gli interventi brevi hanno la più forte evidenza di efficacia (livello 1 di evidenza, corrispondente a trial randomizzati controllati con risultati simili indicanti efficacia di intervento) e sono maggiormente raccomandati (la raccomandazione è supportata da almeno il livello 2 di ricerca, cioè da almeno un trial randomizzato controllato indicante l'efficacia dell'intervento e dall'opinione di esperti); la terapia psicomotricità (PT), quella interpersonale e il programma dei 12 Passi hanno ricevuto una minore attenzione dalla ricerca, ma possono essere efficaci per alcuni specifici soggetti (affetti da tendenze suicidarie e psicosi acuta) con disturbi da uso di alcol. Per quanto riguarda i farmaci disponibili ad assistere i pazienti a raggiungere, mantenere l'astinenza e prevenire il *craving*, il naltrexone, l'acamprosato e il disulfiram, hanno mostrato benefici terapeutici nel trattamento a breve termine se combinati con un intervento psicologico (Department of Health, NSW, 2013).

In una review di 361 studi controllati, relativi a trattamenti per disturbi da uso di alcol, è stata segnalata una forte evidenza di efficacia per alcuni interventi psicosociali: gli interventi brevi, il training per le abilità sociali, l'approccio di rinforzo nella comunità, la contrattazione comportamentale, la terapia comportamentale di coppia e il case management (Miller & Wilbourne, 2002).

Una review Chochrane, attuata per valutare gli effetti terapeutici di interventi psicosociali in confronto al trattamento usuale (TAU) nella riduzione dell'uso di

sostanze compreso l'alcol in soggetti con seri disturbi mentali, ha incluso 32 studi randomizzati controllati con un totale di 3.156 partecipanti; la valutazione della cura integrata a lungo termine ha incluso 4 studi randomizzati controllati. Non sono state evidenziate significative differenze per i drop-out dal trattamento, per la morte a 3 anni, per la non remissione dell'uso di alcol a 36 mesi, per l'uso di sostanze, per il funzionamento globale e per la soddisfazione generale della qualità della vita. Per la valutazione del case management intensivo non integrato rispetto al trattamento usuale (4 studi con 163 partecipanti) non sono state trovate differenze significative per i drop-out dal trattamento a 12 mesi. Per la valutazione dell'intervento motivazionale più terapia cognitivo-comportamentale in confronto con il trattamento usuale (7 studi con 878 partecipanti) non è stato rilevato alcun vantaggio per la ritenzione in trattamento a 12 mesi o per il decesso e nessun beneficio terapeutico per la riduzione dell'uso di sostanze, per la ricaduta o per il funzionamento globale. Per la valutazione della terapia cognitivo-comportamentale da sola in confronto con il trattamento usuale (2 studi con 152 partecipanti) non si sono evidenziate differenze significative per i drop-out dal trattamento a 3 mesi; non sono stati osservati benefici terapeutici nelle misure di diminuzione di uso di cannabis a 6 mesi o dello stato mentale al Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Overall & Gorham, 1962). Non è stato osservato alcun vantaggio per l'intervento motivazionale da solo in confronto con il trattamento usuale (8 studi con 509 partecipanti) nella riduzione dei drop-out dal trattamento a 6 mesi, sebbene in modo significativo un numero maggiore di partecipanti nell'intervento motivazionale di gruppo abbia riportato un primo appuntamento di *aftercare*. Alcune differenze, in favore del trattamento usuale, sono state osservate nell'astinenza da alcol, ma non per altre sostanze d'abuso e nessuna differenza è stata osservata nello stato mentale. Non sono state trovate significative differenze per il training delle abilità sociali nei drop-out dal trattamento a 12 mesi (2 studi con 94 partecipanti). Non sono state trovate significative differenze per il contingency management in confronto con il trattamento usuale (2 studi con 206 partecipanti) nei drop-out dal trattamento a 3 mesi, nei test urinari positivi per stimolanti a 6 mesi o nelle ospedalizzazioni. Non è stato possibile sommare tutti i dati clinici analizzati a causa della loro asimmetria o perché i trial non hanno dato misure interessanti di outcome. In generale, l'evidenza è stata considerata bassa o molto bassa a causa di bias per le metodologie scadenti dei trial, per le metodologie riportate malamente e per le imprecisioni causate dalle limitate grandezze dei campioni, delle basse percentuali di prova e degli ampi intervalli di confidenza. In con-

clusione, nei 32 studi randomizzati controllati inclusi nella review non sono state trovate evidenze convincenti a supporto di un intervento psicosociale rispetto a un altro, in soggetti con malattie mentali serie, affinché tali soggetti rimangano in trattamento o riducano l'uso di sostanze e/o alcol o migliorino il loro stato mentale (Hunt e coll., 2013).

Una review Cochrane, attuata per valutare gli effetti degli interventi psicosociali per uso problematico di alcol in assuntori di sostanze illecite (presente nel 38% e nel 45% rispettivamente in assuntori di oppiacei e stimolanti in trattamento secondo metanalisi su trial statunitensi da parte del National Institute on Drug Abuse-NIDA), ha analizzato studi randomizzati controllati relativi a interventi psicosociali in confronto con altri trattamenti (altro intervento psicosociale, con incluse terapie farmacologiche, o placebo) in adulti di età superiore ai 18 anni assuntori di sostanze illecite con contemporaneo uso problematico di alcol. Sono stati inclusi 4 studi con 594 partecipanti e sono stati considerati sei differenti interventi psicosociali raggruppati in quattro comparazioni: 1. training cognitivo-comportamentale per favorire le abilità sociali in confronto con programma dei 12 Passi in un servizio ambulatoriale (1 studio con 41 partecipanti); 2. intervento breve in confronto con trattamento usuale in un servizio ambulatoriale con o senza trattamento sostitutivo con oppioidi (1 studio con 110 partecipanti); 3. intervento motivazionale individuale o di gruppo in confronto con intervento di promozione della salute per l'epatite (HHP) in un servizio per il trattamento sostitutivo con oppioidi (1 studio con 256 partecipanti) e 4. intervento motivazionale breve (BMI) in confronto con assessment da solo in un programma di scambio di siringhe (1 studio con 187 partecipanti). Le differenze tra gli studi non hanno permesso un'analisi cumulativa dei dati clinici, per cui i risultati sono stati descritti per singolo trial. La prima comparazione ha mostrato evidenza di bassa qualità e nessuna differenza significativa per gli outcome considerati: astinenza alcolica (numero massimo di settimane di astinenza alcolica consecutiva durante il trattamento); astinenza da sostanze illecite (numero massimo di settimane di astinenza consecutiva da cocaina durante il trattamento); astinenza alcolica di 3 o più settimane consecutive durante il trattamento; astinenza da cocaina di 3 o più settimane consecutive durante il trattamento; astinenza alcolica durante 1 anno di follow-up; astinenza da sostanze illecite, come astinenza da cocaina durante 1 anno di follow-up. La seconda comparazione ha mostrato evidenza di bassa qualità e nessuna differenza significativa per gli outcome considerati: uso di alcol come punteggio dell'Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) (Babor e coll., 1989, 1992) a 3

mesi; uso di alcol come punteggio dell'AUDIT a 9 mesi; uso di alcol (numero di *drink* a settimana a 3 mesi); uso di alcol (numero di *drink* a settimana a 9 mesi); uso di alcol (riduzione di uso di alcol a 3 mesi); uso di alcol (riduzione di uso di alcol a 9 mesi). La terza comparazione ha mostrato evidenza di qualità bassa e nessuna differenza significativa per gli outcome considerati nell'intervento della motivazione di gruppo: numero di *drink* standard consumati per giorno durante l'ultimo mese; frequenza di uso di sostanze; punteggio composito per le sostanze (severità della frequenza per tutte le sostanze assunte); riduzione superiore al 50% nel numero di *drink* standard consumati per giorno durante gli ultimi 30 giorni; astinenza da alcol durante gli ultimi 30 giorni; nell'intervento di motivazione individuale: numero di *drink* standard consumati per giorno durante l'ultimo mese; frequenza di uso di sostanze misurata con l'Addiction Severity Index (ASI drug) (McLellan e coll., 1980a, b); punteggio composito per le sostanze (severità della frequenza per tutte le sostanze assunte); riduzione maggiore del 50% del numero di *drink* standard consumati per giorno durante gli ultimi 30 giorni; astinenza da alcol durante gli ultimi 30 giorni. La quarta comparazione ha mostrato un numero maggiore di soggetti che ha ridotto l'uso di alcol (da 7 o più giorni negli ultimi 6 mesi) nel gruppo dell'intervento motivazionale breve rispetto al gruppo di controllo (assessment); evidenza di qualità moderata e assenza di significative differenze per tutti gli altri outcome: numero di giorni negli ultimi 30 giorni con uso di alcol a 1 mese; numero di giorni nell'ultimo mese con uso di alcol a 6 mesi; riduzione del 25% di giorni di bere nell'ultimo mese; riduzione del 50% di giorni di bere nell'ultimo mese; riduzione del 75% di giorni di bere nell'ultimo mese; riduzione di 1 o più giorni di bere nell'ultimo mese. In conclusione, la maggior parte dei risultati non è stata statisticamente significativa eccetto che nella seconda comparazione, che mostra una riduzione di uso di alcol a 3 mesi (RR 0,32) e a 9 mesi (RR 0,16) nel trattamento usuale di gruppo, e nella quarta comparazione che mostra riduzione di uso di alcol (RR 1,67) nell'intervento motivazionale breve. In complesso, è risultata una evidenza di bassa qualità, che suggerisce che non vi sono differenze nell'efficacia tra i vari tipi di intervento psicosociale per ridurre il consumo di alcol, in consumatori di sostanze illecite con contemporaneo consumo problematico di alcol e che gli interventi brevi non sono superiori all'assessment da solo o al trattamento usuale. Infine, non possono essere tratte conclusioni definitive per la carenza dei dati clinici e per la bassa qualità degli studi recuperati (Klimas e coll., 2014).

In generale il trattamento psicosociale si è dimostrato in grado di ridurre il consumo di alcol e di aumentare

il tempo di astinenza, sia da solo che in combinazione con la terapia farmacologica. L'obiettivo terapeutico di un trattamento per un disturbo da uso di sostanze e/o alcol consiste nel ripristinare il benessere psicofisico e sociale, che contempla diverse fasi di trattamento, con obiettivi terapeutici diversi, ed è calibrato sulle esigenze cliniche del paziente. Le mete terapeutiche a breve termine sono: 1. incoraggiare l'astinenza, 2. promuovere la partecipazione in programmi di consulenza e supporto tra pari, 3. coinvolgere la famiglia, la comunità ambientale e le risorse occupazionali. Le mete terapeutiche a lungo termine sono: 1. reinfondere fiducia nelle proprie capacità, 2. risolvere i problemi sociali alcol-correlati, 3. migliorare la salute fisica, 4. fare in modo che l'astinenza sia duratura. I diversi interventi psicosociali attualmente utilizzati nella pratica clinica del trattamento dell'alcolismo sono: l'intervento motivazionale, definito come uno stile di consulenza in cui si viene a creare un'atmosfera di conversazione costruttiva circa il cambiamento comportamentale, piuttosto che un insieme di tecniche specifiche; si tratta di un metodo incentrato sul paziente e orientato a rafforzare la motivazione intrinseca al cambiamento, esplorando e risolvendo l'ambivalenza (Rollnick & Miller, 1995; Miller & Rollnick, 2002); la terapia cognitivo-comportamentale articolata in diversi momenti: valutazione comportamentale del bere, tecniche di trattamento comportamentale avversative, di esposizione, di rilassamento e di allenamento delle abilità sociali, valutazione cognitiva (focalizzazione che i comportamenti sono mediati da pensieri e stati d'animo), tecniche cognitive di trattamento, che implicano istruire il paziente su come riconoscere le situazioni a rischio, allenamento nella risoluzione dei problemi, ristrutturazione cognitiva rispetto a pensieri negativi, social skill training (SST) e strategie psicosociali di prevenzione; le comunità terapeutiche con programmi molto strutturati e con un trattamento globale rispetto al problema della dipendenza; i gruppi di supporto tra pari (come Alcolisti Anonimi); l'intervento breve, che in un modello ben strutturato dovrebbe articolarsi in: restituzione al paziente del suo rischio personale o del livello di disfunzione, comunicazione dei risultati dello screening e degli esami di laboratorio e clinici, chiarificazione che si tratta di un problema, richiesta al paziente di cosa ne pensa, enfattizzazione della responsabilità del paziente per il cambiamento, comunicazione di consigli chiari per modificare il comportamento, ventaglio di opzioni di scopi terapeutici e di trattamenti da negoziare, sostegno del senso di autoefficacia del paziente e gestione con uno stile empatico, che implica ascolto, comprensione e riflessione per mostrare di aver capito (Bien e coll., 1993). Il modello di trattamento dei pazienti con

disturbo da uso di sostanze e/o alcol, avendo questi frequentemente un decorso cronico o comunque caratterizzato da periodi di astensione e ricaduta, prevede la continuità della cura (*continuing care*), cioè una variazione nell'intensità degli interventi, sostenuta dal monitoraggio clinico che verifica l'attenuazione o l'esacerbazione del problema (McKay, 2009). Da ultimo è da segnalare il trattamento integrato dei pazienti con disturbi da uso di sostanze e/o alcol e grave comorbidità psichiatrica associata, che è basato su sensibilizzazione assertiva nella comunità (Drake e coll., 1998a,b), gestione di problematiche in diverse aree del funzionamento generale alterate dall'abuso (Drake e coll., 1998c, 1999), costruzione di un ambiente protetto dall'accesso alle sostanze (Brunette e coll., 2001) e pianificazione di prospettive a lungo termine (Drake e coll., 1998c). Tale trattamento integrato è basato su terapie farmacologiche, quali disulfiram, naltrexone, antidepressivi (triciclici-TCA e SSRI, che sono da preferire per l'effetto terapeutico sulla depressione e sull'uso problematico di alcol), BDZ (con cautela per il loro potenziale d'abuso) e antipsicotici APA e trattamento psicosociale come terapia cognitivo-comportamentale e interventi basati sull'approccio psicodinamico adattato (Tabacchi e coll., 2014).

## Bibliografia

- Addolorato G., Leggio L., Ferrulli A., Cardone S., Bedogni G., Cpauto F., Gasbarrini G., Landolfi R., Baclofen Study Group (2011), "Dose-response effect of baclofen in reducing daily alcohol intake in alcohol dependence: secondary analysis of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial", *Alcohol and Alcoholism*, 46: 312-317.
- American Psychiatric Association (APA) (2003), *Linee guida per il trattamento dei disturbi psichiatrici. Compendio 2003 (Practice guideline for the treatment of psychiatric disorders-Compendium 2002. American Psychiatric Press, Washington DC, 2002)*, Masson, Milano.
- American Psychiatric Association (APA) (2006), *Pratiche guideline for the treatment of patients with substance use disorders. Second edition*, American Psychiatric Press, Washington DC.
- Aubin H.-J., Daeppen J-B. (2013), "Emergin pharmacotherapies for alcohol dependence: A systematic review focusing on reduction in consumption", *Drug and Alcohol Dependence*, 133: 15-29.
- Babor T.F., Hofman M., Delboka F.K., Hesselbrock V., Meyer R.E., Dolinsky R.S., Rounsaville B.J. (1989), *The Alcohol Use Disorder Test: Guidelines for use in primary health care*, World Health Organization, Geneva.
- Babor T.F., De la Fuente J.R., Saunders J., Grant M. (1992), *AUDIT: The Alcohol Use Identification Test: Guidelines for*

- use in primary health care, World Health Organization, Geneva.
- Bien T.H., Miller W.R., Tonigan J.S. (1993), "Brief interventions for alcohol problems: a review", *Addiction*, 88: 315-335.
- Brunette M.F., Drake R.E., Woods M., Hartnett T. (2001), "A comparison of long-term and short-term residential treatment programs for dual diagnosis patients", *Psychiatric Services*, 52: 526-528.
- Caputo F., Francini S., Brambilla R., Vigna-Taglianti F., Stoppo M., Del Re A., Leggio L., Addolorato G., Zoli G., Bernardi M. (2011), "Sodium oxybate in maintaining alcohol abstinence in alcoholic patients with and without psychiatric comorbidity", *European Neuropsychopharmacology*, 21: 450-456.
- Caputo F., Skala K., Walter H., Ceccanti M., Djurkowski M., Filipecka E., Florkowski A., Gerra G., Holzbach R., Horodnicki J., Platz W., Spazzapan B., Zblowska H., Bernardi M., Cacciaglia R., Vivet P., Lesch O.M., Addolorato G. (2013), "Sodium oxibate in the prevention of alcohol relapses in alcohol dependent patients (GATE 2 Study)", *Alcohol and Alcoholism*, 48: S1-i33.
- Chavagnat J.-J., Chavagnat D.-L. (2015), "Withdrawal medication and the reduction of alcohol consumption/Les médicaments du sevrage et de la réduction de la consommation", *Actualités Pharmaceutiques*, 54: 26-34.
- Chick J., Nutt D.J. (2012), "Substitution therapy for alcoholism: time for a reappraisal?", *Journal of Psychopharmacology*, 26: 205-212.
- Cibin M. (2010), "Craving: valutazione e prevenzione della ricaduta", in Ceccanti M., Maremmani I., Cibin M., Mosti A. (a cura di), *Craving nell'alcolista: ricerca-riflessioni, osservazioni cliniche-terapia*, Clueb, Bologna, pp. 31-42.
- Cibin M., Nava F. (2011) Psicobiologia del craving, in Hinzenhal I.M., Cibin M. (a cura di), *Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da alcol e da cocaina. Il modello Soranzo*, SEEd, Torino, pp. 65-81.
- Cloninger C.R. (1987), "Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism", *Science*, 236: 410-416.
- Cloninger C.R., Sigvardson S., Gilligan S.B., von Knorring A.L., Reich T., Bohman M. (1988), "Genetic heterogeneity and the classification of alcoholism", *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 7: 3-16.
- Department of Health, NSW (2013), *NSW Health Drug and Alcohol Psychosocial Interventions Professional Practice Guidelines*, Mental Health and Drug and Alcohol Office, Department of Health, NSW, North Sydney.
- Drake R.E., Brunette M.F., Mueser K.T. (1998a), "Substance use disorder and social functioning schizophrenia", in Mueser K.T., Tarrrier N. (Eds.), *Handbook of social functioning in schizophrenia*, Allyn & Bacon, Boston, pp. 280-289.
- Drake R.E., McHugo G.J., Clark R.E., Teague G.B., Xie H., Miles K., Ackerson T.H. (1998b), "Assertive community treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: a clinical trial", *American Journal of Orthopsychiatry*, 68: 201-215.
- Drake R.E., Mercer-McFadden C., McHugo G.J., Mueser K.T., Rosenberg S.D., Clark R.E., Brunette M.F. (1998c), *Readings in dual diagnosis*, International Association of Psychosocial Rehabilitation Services, Columbia.
- Drake R.E., McHugo G.J., Bebout R.R., Becker D.R., Harris M., Bond G.R., Quimby E. (1999), "A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders", *Archives of General Psychiatry*, 56: 627-633.
- European Medicines Agency (2010), *Guideline on the development of medical products for the treatment of alcohol dependence*, EMA/CHMP (Committee for Medical Products for Human Use), London.
- Garbutt J.C. (2009), "The state of pharmacotherapy for the treatment of alcohol dependence", *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36: S15-23.
- Hester R.K., Squires D.D. (2006), "Ricerca sui risultati. Alcol", in Galanter M., Kleber H.D. (a cura di), *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze. Manuale dell'American Psychiatric Publishing. Seconda Edizione*, Masson, Milano, pp. 127-133.
- Hunt G.E., Siegfried N., Morley K., Sitharthan T., Cleary M. (2013), "Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse", *Cochrane Database Systematic Reviews*, 10: CD001088.
- Johnson B.A. (2010), "Medication treatment of different types of alcoholism", *American Journal of Psychiatry*, 167: 630-639.
- Johnson B.A., Cloninger C.R., Roache J.D., Bordnick P.S., Ruiz P. (2000), "Age of onset as a discriminator between alcoholic subtypes in a treatment seeking outpatient population", *American Journal on Addictions*, 9: 17-27.
- Johnson B.A., DiClemente C.C., Ait-Daout N., Stoks S.M. (2003), "Brief Behavioral Compliance Enhancement Treatment (BBCET) manual", in Johnson B.A., Ruiz P., Galanter M. (Eds.), *Handbook of clinical alcoholism treatment*, t Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore: 282-301.
- Johnson B.A., Ait-Daout N, Seneviratne C., Roache J.D., Javors M.A., Wang X-Q., Liu L., Penberthy J.K., DiClemente C.C., Li M.D. (2011), "Pharmacogenetic approach at the serotonin transporter gene as method of reducing the severity of alcohol drinking", *American Journal of Psychiatry*, 168: 265-275.
- Klimas J., Tobin H., Field C.A., O'Gorman C.S., Glynn L.G., Keenan E., Saunders J., Bury G., Dunne C., Cullen W. (2014), "Psychosocial interventions to reduce alcohol consumption in concurrent problem alcohol and illicit drug users", *Cochrane Database Systematic Reviews*, 12, CD: 009269.
- Leeman R.F., Bogart D., Fucito L.M., Boettiger C.A. (2014), "Killing two birds with one stone". Alcohol use reduction interventions with potential efficacy in enhancing self-control", *Current Addiction Reports*, 1: 41-52.
- Lesch O.M., Walter H. (1996), "Subtypes of alcoholism and their role in therapy", *Alcohol and Alcoholism*, 31: 63-67.

- Lesch O.M., Dietzel M., Musalek M., Walter H., Zeiler K. (1988), "The course of alcoholism. Long-term prognosis in different types", *Forensic Science International*, 36: 121-138.
- Lesch O.M., Walter H., Bonte W., Gruenberger M., Musalek M., Sprung R. (1991), "Chronic alcoholism: subtypes useful for therapy and research", in Palmer T.N. (Ed.), *Alcoholism: a molecular perspective. Nato Asi Series A: Life Sciences*, vol. 206, Plenum Press, New York, pp. 353-356.
- Lingford-Hughes A.R., Welch S., Nutt D.J. (2004), "Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance misuse, addiction and comorbidity: recommendations from British Association for Psychopharmacology", *Journal of Psychopharmacology*, 18: 293-335.
- Mann K., Kiefer F. (2015) "Pharmacological long-term treatment of alcohol use disorders", in el-Guebaly N., Carrà G., Galanter M. (Eds.), *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives*, Springer, Milan, pp. 319-331.
- McKay J.R. (2009), *Treating substance use disorders with adaptive continuing care*, American Psychological Association Press, Washington DC.
- McLellan A.T., Luborsky L., Erdlen F.R., LaPorte D.J., Intintolo V. (1980a), "The Addiction Severity Index: a diagnostic/evaluative profile of substance abuse patients", in Gottheil E., McLellan A.T., Druley K.A. (Eds.), *Substance abuse and psychiatric illness*, Pergamon Maxwell, New York, pp. 151-159.
- McLellan A.T., Luborsky L., Woody G.E., O'Brien C.P. (1980b), "An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168: 26-83.
- Miller W.R., Rollnick S. (2002), *Motivational Interviewing: preparing people for change (2nd edition)*, Guilford, New York.
- Miller W.R., Wilbourne P.L. (2002), "Mesa Grande: a methodological analysis of clinical triads of treatment for alcohol use disorders", *Addiction*, 97: 265-277.
- Mirijello A., Caputo F., Vassallo G., Rolland B., Tarli C., Gasbarrini A., Addolorato G. (2015), "GABA<sub>B</sub> agonists for the treatment of alcohol use disorder", *Current Pharmaceutical Design*, 21: 3367-3372.
- Monterosso J.R., Flannery B.A., Pettinati H.M., Oslin D.W., Rukstalis M., O'Brien C.P., Volpicelli J.R. (2001), "Predicting treatment response to naltrexone: the influence of craving and family history", *American Journal on Addictions*, 10: 258-268.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2011), *Alcohol-use disorders. Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence, NICE Clinical Guideline, no. 115*, National Collaborating Centre for Mental Health, National Institute for Health and Clinical Excellence, Leicester.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2013), *Alcohol use disorders: harmful drinking and alcohol dependence, Evidence Update no. 28*, National Institute for Health and Clinical Excellence, Manchester.
- Nava F., Manzato E. (2015), "Il trattamento farmacologico dell'alcolismo", in Manzato E., Nava F. (a cura di), *Il craving dell'alcolista: Neurobiologia, psicopatologia e pratica clinica. Trattamento alcolico, psichiatrico e dei disturbi d'ansia*, vol. 2, FrancoAngeli, Milano, in press.
- Nava F., Lucchini A., Leonardi C. (2010), "L'efficacia dell'acamprosato nel trattamento dell'alcolismo: le evidenze del Cochrane collaboration group", *Mission*, 32: 27-33.
- O'Farrell T.J., Fals-Stewart W. (2001), "Family involved alcoholism treatment. An update", *Recent Developments on Alcoholism*, 15: 329-356.
- Overall J.E., Gorham D.R. (1962), "The Brief Psychiatric Rating Scale", *Psychological Report*, 10: 799-812.
- Padula A.E., McGuier N.S., Griffin III W.C., Lopez M.F., Becker H.C., Mulholland P.J. (2013), "Novel anticonvulsants for reducing alcohol consumption: A review of evidence from preclinical rodent drinking models", *OA Alcohol*, 1: 1-11.
- Pani P.P., Trogu E., Pacini M., Maremmani I. (2014), "Anticonvulsants for alcohol dependence", *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2, CD: 008544.
- Ray L.A., Heydari A., Zorick T. (2010), "Quetiapine for the treatment of alcoholism: scientific rationale and review of the literature", *Drug and Alcohol Review*, 29: 568-575.
- Rollnick S., Miller W.R. (1995) "What is motivational interviewing?", *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23: 325-334.
- Schlaff G., Walter H., Lesch O.M. (2011), "The Lesch alcoholism typology-psychiatric and psychosocial treatment approaches", *Annals of Gastroenterology*, 24: 89-97.
- Slattery J., Chick J., Cochrane M., Craig J., Godfrey C., Kohli H., MacPherson K., Parrot S., Quinn S., Tochel C., Watson H. (2003), "Prevention of relapse in alcohol dependence", *Health Technology Assessment Report 3*, Health Technology Board of Scotland, Glasgow, www.htbs.co.uk.
- Swift R.M. (2010), "Medications acting on the dopaminergic system in the treatment of alcoholic patients", *Current Pharmaceutical Design*, 19: 2136-2140.
- Tabacchi T., Carrà G., Clerici M. (2014), "Alcol e psichiatria", in *Alcol: capire e orientare i consumi, diagnosticare e curare abuso e dipendenza*, a cura di: Unità Operativa "Medicina delle Dipendenze", Policlinico G.B. Rossi-Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, Edizioni CLAD-ONLUS, Verona, pp. 189-233.
- Testino G., Leone S., Borro P. (2014), "Treatment of alcohol dependence: recent progress and reduction of consumption", *Minerva Medica*, 105: 447-466.
- Verheul R., Van Den Brink W., Geerlings P. (1999), "A three-pathway psychological model of craving for alcohol", *Alcohol and Alcoholism*, 34: 197-222.
- Verheul R., Leher P., Geerlings P.J., Koeter M.W., van den Brink W. (2005), "Predictors of acamprosate efficacy: results from a pooled analysis of seven European trials including 1485 alcohol-dependent patients", *Psychopharmacology*, 178: 167-173.

Vignoli T. (2013), "L'associazione di più farmaci per il trattamento dell'alcoldipendenza", *Mission*, 37: 42-47.

Vuittonet C.L., Halse M., Leggio L., Fricchione S.B., Bricley M., Haass-Koffler C.L., Tavares T., Swift R.M., Kenna G.A. (2014), "Pharmacotherapy for alcoholic patients with alcoholic liver disease", *American Journal of Health-System Pharmacy*, 71: 1265-1276.

Wackernah R.C., Minnick M.J., Clapp P. (2014), "Alcohol use disorder: pathophysiology, effects, and pharmacologic options for treatment", *Substance Abuse and Rehabilitation*, 5: 1-12.

Walters G.D. (2000), "Behavioural self-control training for problem drinkers: a meta-analysis of randomized control studies", *Behavioural Therapy*, 31: 135-149.

# Nuove istruzioni per gli Autori della Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

La Newsletter “Clinica dell’Alcolismo” è un inserto presente nella rivista *Mission*, periodico trimestrale della Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (FeDerSerD).

La Newsletter è uno spazio dove i professionisti delle strutture e dei servizi pubblici e privati, come singoli o gruppi di lavoro, possono pubblicare lavori relativi a esperienze di ricerca e di buona pratica clinica nel settore dell’alcologia.

Gli argomenti di interesse alcologico che possono essere valorizzati in ogni numero della Newsletter riguardano diversi ambiti di lavoro e di ricerca, in particolare:

- la neurobiologia;
- gli aspetti: psicologici/psichiatrici, sociali, giuridici, medico-legali e forensi;
- i disturbi da uso di alcol e la comorbilità da sostanze d’abuso, da comportamenti additivi, medica e psichiatrica;
- la prevenzione;
- la gestione clinica;
- l’assessment diagnostico;
- la diagnosi di laboratorio;
- la terapia farmacologia dell’addiction e della comorbilità psichiatrica e medica;
- la riabilitazione;
- la psicoterapia;
- la valutazione dei trattamenti;
- la formazione e la supervisione.

In ogni numero della Newsletter è possibile prevedere la pubblicazione di tre articoli di circa 4-8 pagine (15.000-30.000 battute) ciascuno, attinenti ai seguenti settori:

- revisioni brevi;
- revisioni sistematiche;
- saggi;
- lettere agli editori;
- ricerche originali;
- casi clinici o serie di casi;
- traduzione/commento di revisioni o articoli pubblicati su riviste internazionali;
- pubblicizzazione di eventi o iniziative di formazione alcologici.

Il taglio della Newsletter è scientifico-divulgativo.

Gli autori che propongono un manoscritto si assumono la piena responsabilità per i diritti e lo standard scientifico di quanto scritto e dichiarato e che gli studi riportati sono stati svolti secondo la normativa vigente in materia di etica della ricerca.

La pubblicazione dei manoscritti è subordinata alla revisione critica di esperti, all’attuazione delle modifiche richieste e al parere della Redazione.

I manoscritti che non aderiscono ai criteri generali richiesti per la pubblicazione saranno rifiutati.

## Criteri generali per la pubblicazione

1. Tutti gli autori che sottoscrivono un manoscritto devono aver fornito un contributo sostanziale nell’esecuzione e nella stesura del lavoro, la cui copia finale deve essere approvata dall’autore principale (autore responsabile della corrispondenza).
2. I manoscritti devono essere elaborati con interlinea 2 e carattere 11 in formato Word e inviati a [missiondirezione@tiscali.it](mailto:missiondirezione@tiscali.it).

Le pagine devono essere numerate e la prima pagina deve contenere il titolo, il nome degli autori e la struttura istituzionale.

In ultima pagina deve essere presente il nome e il recapito dell’autore responsabile della corrispondenza con numeri telefonici ed email.

3. I manoscritti devono contenere un breve Summary (fino a un massimo di dieci righe in inglese) con specificazione delle Keywords e delle Parole chiave. I manoscritti possono essere suddivisi in paragrafi e sottoparagrafi (con possibilità di numerazione); non devono essere presenti abbreviazioni o note a piè di pagina.
4. È possibile usare il corsivo per termini stranieri di uso non comune o per dare risalto a singole parole o frasi; si utilizzano le virgolette all’inglese (“ ”) per far risaltare singole parole o frasi e per citazioni non letterali; si utilizzano le virgolette a sergente (« ») per le citazioni esatte; se dentro una citazione viene saltata una parte, questa deve essere indicata con tre puntini (...).
5. Per la bibliografia gli autori sono responsabili dell’accuratezza delle citazioni; i riferimenti bibliografici infratesto devono essere riportati con il cognome dell’autore o degli autori, nel caso di due autori sono da citarsi entrambi i cognomi separati da (&) e nel caso di più autori deve essere riportato dopo il primo (e coll.) tra parentesi seguito da una virgola e dall’anno di pubblicazione.
6. Le citazioni complete devono essere riportate alla fine del manoscritto secondo le seguenti indicazioni:  
Citazione di una rivista: autore/i (cognome e sigla nome/i puntati) (anno di pubblicazione tra parentesi), “titolo dell’articolo tra virgolette”, titolo della rivista in corsivo, n. volume, n. pagine.  
Citazione di un libro: autore/i (cognome e sigla nome/i puntati) (anno di pubblicazione tra parentesi), titolo del libro in corsivo, città di pubblicazione: editore.

Citazione di un capitolo di un libro: autore/i (cognome e sigla nome/i puntati) (anno di pubblicazione tra parentesi), titolo del capitolo, in titolo del libro in corsivo, Ed. o Eds.: autore/i (cognome e sigla nome/i puntati), città di pubblicazione: editore, eventuali n. pagine del capitolo.

Citazione online: autore/i (cognome e sigla nome/i puntati) (anno di pubblicazione tra parentesi), "titolo dell'articolo tra virgolette", titolo della rivista in corsivo, n. volume, n. pagine, DOI: xxxxxxxxxxxxxxxx. Se non esiste il DOI usare l'URL (ultimo accesso: gg/mm/anno).

7. Le figure presenti devono essere costituite da disegni originali, stampa laser o foto di alta qualità e devono essere numerate (in numeri arabi) in ordine di cita-

zione nel testo, titolate, con eventuale citazione degli autori (con scrittura in corsivo).

Le tabelle devono essere numerate (in numeri arabi) in ordine di citazione nel testo, titolate, con eventuale citazione degli autori (con scrittura in corsivo). I titoli (con scrittura in corsivo) e il contenuto delle tabelle va in carattere 10.

Le legende delle figure e delle tabelle devono contenere le informazioni per la loro comprensione senza dover fare riferimento al testo del manoscritto.

**Ezio Manzato - Tel 045-918394 - cell. 347-4469234  
- Email [ezio.manzato@gmail.com](mailto:ezio.manzato@gmail.com)**



Si ringrazia il Laboratorio Farmaceutico C.T. per il supporto redazionale alla realizzazione della newsletter.



## La critica delle idee

Alfio Lucchini

### Evidenze scientifiche e necessità di cambiamento

Il *Corriere della Sera* del 6 settembre pubblica un ampio articolo a favore della sperimentazione di nuove metodologie per la disassuefazione del tabagismo.

Illustri sono gli esperti intervistati e, partendo dalla evidenza di un certo stallo nei risultati degli ultimi anni in termini di riduzione dei fumatori in Italia, illustra progetti internazionali, comprensivi di "pacchetti" che prevedono anche premi economici per chi smette di fumare, nonché interventi di terapia psicologica on line.

In un convegno 15 anni fa, nel giugno 2000, a Bertinoro nel forlivese, di cui coordinai la produzione scientifica ("La diagnosi nei disturbi da uso da sostanze", FrancoAngeli, 2001), Samuel A. Ball, Jean Jacques Deglou, Michael Gossop, Michael Krausz, Michael V. Pantalon e Bruce J. Rounsaville, insieme a 40 esperti italiani discussero per tre giorni di modelli di diagnosi, valutazione e trattamento.

Ebbene le iniziative, nel loro senso generale, ora lanciate sul *Corriere della Sera*, furono a lungo presentate e discusse, riscuotendo sincero interesse.

L'applicabilità di metodologie di incentivazione economica da una parte e l'utilizzo del web a scopi motivazionali e terapeutici dall'altra sono applicabili a tutte le forme di dipendenza e così a Bertinoro furono illustrate.

Le obiezioni, da quelle etiche a quelle tecnico scientifiche, non mancarono e non mancano.

Ma ricordo un piano di discussione e confronto positivo, segno di una volontà di apprendere e di sperimentare.

Sei anni fa FeDerSerD iniziò una esperienza progettuale, a seguito di una selezione tra realtà scientifiche effettuata da finanziatori privati del settore, di gioco responsabile nel panorama del Gioco d'Azzardo.

Da due anni si è affiancata alla help line e al counselling telefonico una linea di terapia on line secondo metodologie cognitive comportamentali.

Diciamo una grande esperienza sia in numeri che in livello scientifico che continua ad ampliarsi con successo.

Circa un terzo degli utenti dei Servizi italiani per GAP hanno avuto il loro accesso al sistema di cura tramite le opportunità offerte dal contatto con il servizio giocaresponsabile.

Ho fatto due esempi di linee innovative che dovrebbero incontrare il favore ed anzi la promozione da parte delle autorità sanitarie nazionali e regionali.

Ma quale è la triste realtà.

Pensate che sul Gioco d'azzardo patologico alla data odierna non è dato di vedere alcun LEA firmato; e per il Tabagismo nemmeno si può parlare di un Livello Essenziale di Assistenza che sembrerebbe ovvio per la sanità pubblica.

L'articolazione dei poteri tra Stato e Regioni appare ormai a tutti vetusta e fonte di ritardi e blocchi; recentemente il Ministro della Salute ha segnalato che i provvedimenti attuativi del Patto della Salute, atto da molti salutato come innovativo, sono fermi da oltre un anno alla conferenza delle Regioni.

Di converso, un certo numero di Regioni ha legiferato autonomamente sul GAP considerato che le numerose proposte di legge nazionali in materia marciano in competizione con la più lenta delle tartarughe.

Idea comprensibile e utile, certamente a rischio di contraddizioni e contrasti.

Devo dire che è veramente singolare (e indicatore di faccia tosta notevole) il chiedere da parte di queste stesse istituzioni sempre cambiamenti e innovazioni ai Servizi

Concludo sforzandomi di essere positivo: gli auspici verso le Istituzioni sono di rito, l'invito ai professionisti dei servizi di mettersi più in gioco, pur in questi frangenti, è d'obbligo.

# La Recidiva tossicomantica post comunitaria. Analisi di follow up degli inserimenti in C.T. 2004-2014 di pazienti con diagnosi di dipendenza da sostanze noti ai Ser.D. trentini

Valentina Molin\*, Gabriele Pellegrini\*\*, Roberta Ferrucci\*\*\*, Raffaele Lovaste\*\*\*\*

■ *This work considers individuals with a diagnosis of substance addiction, followed by the Addictions Service (Ser.D.) of the Province of Trento, and who have made at least one access at a therapeutic community (TC) in the decade 2004 - 2014.*

*A total of 1552 accesses by 549 individuals are analysed.*

*The main objective of the study is to investigate whether the duration of treatment held at therapeutic communities is related to the persistence over time of the “drug free” condition.*

*The results show a substantial independence, especially in the long term, between the duration of the treatment in TC and the observance of continuous remission.*

*Furthermore, it was demonstrated that in more than 98% of cases a relapse would occur within 5 years from the end of the treatment in the Community. ■*

**Keywords:** *therapeutic community, evaluation, follow-up.*

**Parole chiave:** *comunità terapeutica, valutazione, follow-up.*

## Introduzione

I trattamenti residenziali in comunità terapeutica (CT) per soggetti con problemi d'abuso e dipendenza da sostanze stupefacenti rappresentano uno degli strumenti da più tempo utilizzati nel contrasto delle dipendenze; tuttavia essi sono, al tempo stesso, oggetto controverso di discussione e divergenze fra gli esperti del settore.

La storia della nascita e dell'evoluzione delle CT è lunga e discontinua, ad ogni modo la prima vera comunità per tossicodipendenti, storicamente considerata l'archetipo delle CT di seconda generazione, organizzate come strutture residenziali autogestite, nasce in California nel 1958 e prende il nome di *Synanon*. Successivamente sorgono a New York le comunità di *Daytop Lodge* (1963) e di *Phoenix House* (1967), le quali, in breve

\* *Collaboratrice di ricerca, Dipartimento di Sociologia e Ricerca sociale, Università degli Studi di Trento; valentinamoln@yahoo.it*

\*\* *Coordinatore infermieristico presso il Ser.D. (Servizio Dipendenze) dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento e segretario regionale FeDerSerD Trentino Alto Adige; gabriele.pellegrini@apss.tn.it*

\*\*\* *Medico psichiatra, psicoterapeuta e coordinatore area medica presso il Ser.D. (Servizio Dipendenze) dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento; roberta.ferrucci@apss.tn.it*

\*\*\*\* *Direttore del Ser.D. (Servizio Dipendenze) dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento e Presidente del Centro Studi e Ricerche - Consumi e Dipendenze (Ce.R.Co); raffaele.lovaste@apss.tn.it*

tempo, divengono il modello di riferimento per un crescente numero di strutture sviluppatesi a livello mondiale (Clerici, Carrà, 2013; Coletti, Grosso, 2011; De Giovanni, Dal Canton, 2013; Vanderplasschen *et al.*, 2014).

Le prime strutture residenziali per tossicodipendenti sono state attivate in Italia all'inizio degli anni '70 da gruppi di religiosi e volontari già impegnati nel contrasto delle problematiche connesse al disagio giovanile (Coletti, Grosso, 2011; Ravenna, 1997).

Nel corso degli anni queste strutture – anche a causa delle trasformazioni che hanno riguardato il mercato della droga, le quali hanno diversificato le tipologie e ampliato il numero di tossicodipendenti, nonché in relazione ai mutamenti culturali e legislativi – si sono via professionalizzate, diversificate<sup>1</sup> e rese più complesse (Cortini, Clerici, Carrà, 2013; De Giovanni, Dal Canton, 2013; Pinzani, 1996).

Attualmente, pur in un quadro di estrema eterogeneità di modelli adottati e strategie utilizzate, esse sono perlopiù concepite in termini evolutivi: “implicano cioè che il soggetto progredisca da una certa condizione iniziale ad una finale, da raggiungere in un arco di tempo non sempre esplicitamente definito” (Ravenna, 1997, p. 218), supportato dall'assistenza ricevuta all'interno della CT stessa.

“Lo scopo dichiarato di tutte le CT è il completo recupero della persona ed il reinserimento in società” (Lovaste, 2015, p. 56).

La caratteristica distintiva delle CT è rappresentata dall'uso della comunità stessa come agente di cambiamento fondamentale (“comunità come un metodo”) (Vanderplasschen *et al.*, 2014).

L'accesso alle comunità terapeutiche è volontario e grande importanza è attribuita alla dimensione gruppale e al rispetto di alcune regole comportamentali fondamentali sia per la convivenza che per la realizzazione stessa del programma.

L'assimilazione delle norme, lo sviluppo di competenze sociali e il graduale reinserimento sono promossi da attività quotidiane e dall'opportunità offerta ai soggetti di progredire gerarchicamente dalla condizione di paziente a quella di operatore (Coletti, Grosso, 2011; Finazzi, 1996; Lovaste, 2009, 2015; Malivert *et al.*, 2012; Ravenna, 1997; Vanderplasschen *et al.*, 2014).

Per ciò che concerne la valutazione dell'*outcome*, ovvero dell'efficacia degli interventi, è possibile menzionare tre principali macro aree di indagine<sup>2</sup> rispetto alle quali la comunità medico-scientifica sembra ormai aver trovato accordo (De Angeli, Serpelloni, 2002; Gianotti, 2003; OMS, OEDT, UNDCP, 2006; Serpelloni, Simeoni, 2003; Torrigiani, 2014; Ugolini, 2005):

- la sospensione (o la riduzione) del consumo di sostanze psicoattive;
- il miglioramento complessivo della qualità della vita;
- la riduzione dei rischi nell'ambito della salute pubblica e della sicurezza.

La valutazione d'esito, nell'ambito dei trattamenti delle tossicodipendenze, si dovrebbe porre in stretta relazione con gli obiettivi prefissati, i quali dovrebbero essere esplicitati chiaramente in partenza, nonché con il trattamento terapeutico attuato e con la condizione di salute del paziente al momento del suo ingresso in CT.

È inoltre doveroso porre in rilievo che, specialmente per ciò che riguarda il medio e lungo periodo, il rapporto di causalità specifica "trattamento-esito" si riduce poiché inevitabilmente subentrano forti interferenze esterne (fattori ambientali indipendenti, interventi antecedenti, credenze individuali, ecc.) (Lovaste, 2015; Molteni, Lovaste, Ferrucci, 2009; Serpelloni, Simeoni, 2003).

"La rigorosa valutazione dell'*outcome*, come ricostruzione del rapporto di causalità, in realtà bisognerebbe di modelli sperimentali complessi che utilizzino criteri scientifici e sistemi quali la randomizzazione o i trial controllati" (Serpelloni, Simenoni, 2003, p. 23).

Tuttavia, nella prassi italiana è solamente da tempi assai recenti che si avverte la necessità di sottoporre i trattamenti e gli esiti degli stessi a procedure di valutazione, fra il resto in una situazione caratterizzata da modelli teorici e prassi piuttosto eterogenei (Ascari, Dondi, 2006; De Angeli, Serpelloni, 2002).

Tale carenza di analisi diviene particolarmente evidente se, nell'ambito dei diversi trattamenti delle tossicodipendenze, si fa specifico riferimento alle comunità terapeutiche.

Infatti, in questo settore le indagini risultano assai scarse per differenti ragioni legate sia all'intrinseca difficoltà di fare ricerca in questo campo, che all'identità e alla storia dei servizi nel panorama italiano.

"Si spazia infatti dalle comunità che non hanno ancora raggiunto fasi del ciclo vitale che predispongono alla valutazione di risultati conseguenti ad una metodologia stabile e consolidata, a quelle che per un forte ancoraggio a matrici ideologiche faticano ad includere pratiche di verifica degli esiti in una metodologia d'intervento che stenta a rinnovarsi. Da un decennio a questa parte, la necessità di riflettere sui criteri di definizione e valutazione degli esiti è entrata a far parte della più ampia tematizzazione sulla qualità dei servizi, producendo esperienze apprezzabili ma in misura certamente ancora molto limitata, e alimentando una letteratura rintracciabile prevalentemente sul web" (Addazzi, Marini, Rago, 2009, p. 18).

Pur tenendo conto dei contributi nazionali, al fine di avere un quadro maggiormente completo e scientificamente fondato, è dunque necessario volgere lo sguardo agli studi internazionali. A partire da alcuni studi pionieristici realizzati in ambito statunitense – DARP, TOPS, DATOS<sup>3</sup> – si è via via andato formando un *corpus* di analisi che, benché in presenza di una forte eterogeneità, mira a valutare il grado di efficacia delle comunità terapeutiche.

Secondo alcune recenti revisioni della letteratura internazionale (Malivert *et al.*, 2012; Smith *et al.*, 2008; Vanderplasschen *et al.*, 2013, 2014) sono numerosi gli studi che negli ultimi anni si sono impegnati nel compito di valutare l'efficacia dei programmi attuati nelle CT, mostrando complessivamente sia un decremento nell'uso di sostanze a seguito delle dimissioni, che una correlazione positiva fra il tempo trascorso in trattamento e il mantenimento della condizione di astinenza, nonché un contenimento del numero di atti criminali.

Tuttavia la validità di questi risultati è limitata da carenze metodologiche non trascurabili.

In particolare, la valutazione è stata generalmente programmata con tempi di *follow up* brevi, inoltre le informazioni raccolte sono state spesso differenti e, a volte, scarse; frequentemente i dati si sono basati esclusivamente su strumenti di tipo "*self-report*"; sono risultate numerose le differenze rispetto ai disegni di ricerca messi in atto (sperimentale, quasi sperimentale, con o senza gruppo di controllo, con differenti dimensioni dei campioni; ecc.); infine profonde differenze sono riscontrabili rispetto alla tipologia delle CT considerate, alla durata dei programmi, al tipo di utenza accolta e alla principale sostanza utilizzata (Malivert *et al.*, 2012; Smith *et al.*, 2008; Vanderplasschen *et al.*, 2013).

Appare evidente come la frammentarietà appena illustrata renda non di rado le analisi difficilmente comparabili, inoltre queste limitazioni metodologiche possono spiegare la grande variabilità nei tassi di recidiva che si riscontra fra un'analisi ed un'altra (ad esempio, secondo lo studio di Malivert e colleghi (2012) la percentuale dei tassi di ricaduta a seguito del percorso in CT varia in un intervallo compreso fra il 21 ed il 100%).

In termini generali, l'eterogeneità riscontrata dalle *review* non permette di asserire che le CT offrano significativi benefici aggiuntivi rispetto ad altri tipi di trattamento, anche se certamente potrebbero rappresentare la migliore soluzione per pazienti con gravi difficoltà psico-sociali (Malivert *et al.*, 2012). A fronte del quadro fin qui posto in luce, lo studio illustra una valutazione dell'efficacia dei programmi proposti da alcune CT che si occupano di soggetti tossicodipendenti attraverso un'analisi di *follow up* in tempi ripetuti e comprendo un arco temporale complessivo di oltre 10 anni. Il *focus* è posto sul mantenimento della condizione "drug free" a seguito della conclusione del programma svolto.

## 1. Obiettivi dell'analisi

Questa indagine mira ad analizzare i percorsi presso le comunità terapeutiche provinciali ed extra-provinciali di pazienti con diagnosi di dipendenza patologica da sostanze seguiti dai Ser.D. della provincia Autonoma di Trento nel decennio 2004-2014, con particolare attenzione alla durata della remissione protratta continuativa (assenza di recidiva tossicomane) dopo un percorso in comunità terapeutiche.

In *primis* si fornirà un quadro generale delle caratteristiche principali dei percorsi residenziali: quanti sono stati, quanti soggetti

hanno riguardato, presso quali comunità si sono svolti, qual è stata la durata e l'esito.

Lo studio proseguirà poi su due livelli, sempre focalizzando l'attenzione sulla "tenuta" della condizione "drug free" nel tempo. Il primo livello di analisi osserverà il breve periodo verificando la percentuale di soggetti che, a seguito del percorso residenziale, ha mantenuto una condizione di astinenza fino a sei mesi dalla conclusione.

Il secondo livello di analisi prenderà in considerazione il medio e lungo periodo: si verificherà cioè il mantenimento della condizione "drug free" dei soggetti a distanza di uno, tre, cinque e dieci anni dal termine del percorso comunitario.

L'obiettivo finale è documentare se la durata del periodo trascorso in comunità terapeutica sia correlabile al persistere nel tempo della condizione "drug free".

Si tratta di un livello di analisi particolarmente rilevante poiché, come già posto in luce, la maggior parte degli studi di *follow up* si è limitata a seguire i soggetti per un periodo compreso fra i 6 ed i 24 mesi.

Inoltre è stato dimostrato come, negli studi sperimentali che hanno preso in esame il mantenimento della condizione di astinenza *post* CT, i risultati siano fortemente variabili a seconda del momento del *follow up* e solitamente la grandezza della differenza fra gruppo di controllo e gruppo sperimentale diminuisce al trascorrere del tempo (Vanderplasschen *et al.*, 2013).

Dunque, benché recenti analisi e revisioni sistematiche (Malivert *et al.*, 2012; Vanderplasschen *et al.*, 2013) abbiano posto in luce un'associazione positiva fra bassi tassi di ricaduta e lunghezza dell'esposizione al trattamento, non può essere tralasciato che nella stragrande maggioranza dei casi i soggetti sono stati seguiti per tempi relativamente brevi.

## 2. Numero, durata e caratteristiche dei periodi in CT

Il numero di accessi comunitari con invio da parte dei Ser.D. del Trentino nel periodo 2004-2014 è pari a 1552, riguardando complessivamente 549 soggetti.

Dunque mediamente ogni soggetto ha svolto poco meno di 3 accessi comunitari nell'arco di 10 anni (media: 2,74), tuttavia il livello di variabilità è molto elevato (ds: 2,95; n. minimo accessi: 1; n. massimo accessi: 35), può dunque essere maggiormente esplicativo considerare la suddivisione dei casi in percentili.

Il 25% degli utenti ha svolto al massimo un accesso comunitario; il 50% ne ha svolti al massimo due; il 75% al massimo tre; i restanti hanno avuto un numero di accessi maggiore, compreso fra quattro e trentacinque.

In termini di analisi può essere però qui interessante considerare anche, ad oggi, il numero di accessi comunitari per soggetto nel corso dell'intera storia tossicomantica<sup>4</sup>; si rileva così che mediamente ogni soggetto ha svolto 4 accessi comunitari (media: 4,02), tuttavia, come in precedenza, il livello di variabilità risulta particolarmente marcato (ds: 4,59), tanto che si passa da un minimo di un solo accesso per soggetto nell'arco nell'intera storia tossicomantica ad un massimo di cinquantatré accessi.

Anche qui può essere utile considerare allora la suddivisione in percentili: un quarto dei soggetti ha avuto un solo accesso comunitario, la metà ne ha avuti al massimo due, tre quarti dei pazienti ha svolto al massimo cinque accessi e il restante quarto ha avuto più di sei accessi alle CT.

Il 57,7% del totale degli accessi ha avuto luogo in comunità provinciali, mentre il 42,3% in comunità extra-provinciali.

Nell'ambito delle CT provinciali, quella che nell'arco di tempo qui considerato ha avuto il numero maggiore di accessi è Voce amica (39,0% degli accessi provinciali; 22,5% considerando tutte le CT, anche extra-provinciali), seguita da Giano (35,6% sulle CT provinciali; 20,6% sul totale CT), e da Cad (20,8% sulle CT provinciali; 12,0% sul totale CT).

Nuovi orizzonti è la comunità provinciale con la percentuale più bassa di accessi (4,6% sulle CT provinciali; 2,6% sul totale delle CT), ma questo dato è perfettamente comprensibile considerando che si tratta di una comunità che opera dal 2011.

È doveroso esplicitare che le differenze appena poste in luce – così come quelle che saranno evidenziate in seguito – possono essere determinate dalla tipologia di utenza che afferisce alle diverse strutture residenziali.

Alcune strutture si sono infatti specializzate nel trattamento di utenti con doppia diagnosi (Giano, Voce Amica) con la proporzionale integrazione economica, mentre altre (Nuovi orizzonti e CAD) si rivolgono maggiormente ad un utente giovane (età media all'ingresso 27 anni vs 33 anni) e meno esposto (tempo medio di esposizione alla sostanza primaria 8 anni VS 17 anni) (si veda la nota 11).

Per quanto riguarda l'esito del percorso comunitario è possibile cogliere una certa eterogeneità. Come posto in luce dalla tabella sottostante, oltre la metà dei percorsi si è conclusa con un'autodimissione<sup>5</sup>, nell'11,3% dei casi ha avuto luogo un allontanamento e nell'12,0% un passaggio ad un'altra fase.

Il 3,5% dei percorsi non si è ancora concluso<sup>6</sup>, nello 0,1% dei casi si è stabilita una dimissione concordata ed i programmi effettivamente conclusi in modo programmato rappresentano meno del 20% del totale.

Si noti che gli alti tassi di *drop-out* sono piuttosto frequenti nell'ambito dei percorsi comunitari, specialmente con riferimento a programmi lunghi e alle prime fasi del trattamento (Coletti, Grosso; 2011; Lovaste 2015; Vanderplasschen *et al.*, 2013).

In questa sede verranno esaminati gli accessi indipendentemente dall'esito (conclusione/mancata conclusione), poiché, come ricordano Coletti e Grosso (2011) le dimissioni non concordate o eventuali espulsioni devono essere ugualmente considerate come parte dei risultati generali della comunità terapeutica.

Inoltre alcune recenti evidenze scientifiche hanno dimostrato come, "sorprendentemente, il completamento del trattamento non rappresenti un predittore di astinenza" (Vanderplasschen *et al.*, 2013, p. 19).

Tab. 1 - Esito percorsi in CT (valori percentuali)

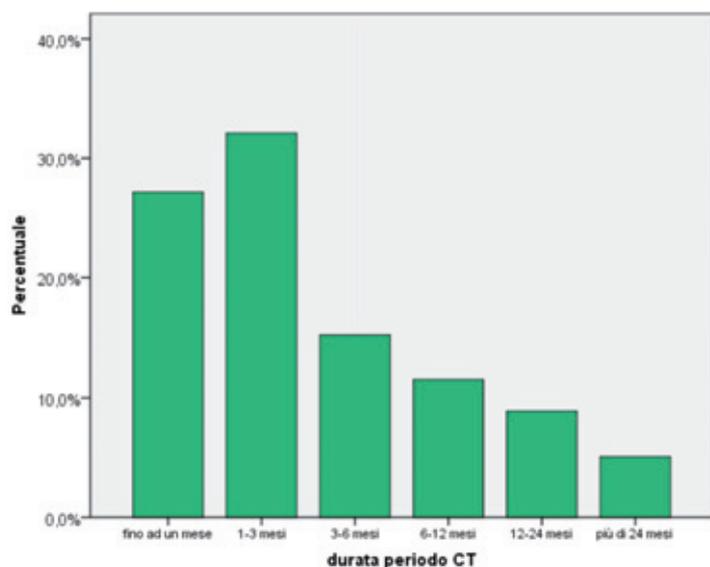
Esito	%
In corso	3,5
Passaggio ad altra fase	12,0
Autodimissioni	55,7
Allontanamento	11,3
Dimissione concordata	0,1
Conclusione programmata	17,4
Totale	100

Escludendo dall'analisi i casi che riguardano periodi in CT non ancora conclusi, si evince che la durata media dei periodi comunitari è pari a poco meno di 6 mesi<sup>7</sup>, ma nuovamente il livello di

variabilità è molto marcata (ds: 8,84), tanto che si va da un minimo di 0 (in 18 casi il soggetto è entrato ed uscito dalla comunità nel medesimo giorno e in 181 casi la durata del periodo in CT è stata comunque inferiore alla settimana) al un massimo di 77 mesi, dunque più di 6 anni. Complessivamente, poco più di un quarto (27,2%) degli accessi ha avuto una durata inferiore o uguale al mese, nel 32,0% dei casi il periodo è stato compreso fra uno e tre mesi, nel 15,3% fra tre e sei mesi, nell'11,5% fra sei e dodici mesi e nei casi restanti il periodo è stato più lungo (8,9%: 12-24 mesi; 5,1%: più di 24 mesi).

La durata media degli inserimenti in CT farebbe pensare che un tempo di sei mesi di residenzialità potrebbe soddisfare la gran parte delle richieste.

Fig. 1 - Durata del periodo trascorso in comunità (valori percentuali)



Un ultimo aspetto da considerare prima di procedere con l'analisi riguarda alcune caratteristiche dei soggetti che hanno svolto i percorsi comunitari.

Innanzitutto si rileva una netta caratterizzazione di genere; sono soprattutto i maschi ad aver svolto percorsi in CT: dei 549 soggetti qui considerati il 78,0% è di sesso maschile (N maschi: 428; N femmine: 121), dato questo perfettamente in accordo con quello relativo alla popolazione dei Ser.D. provinciali, ove gli uomini rappresentano circa 80% dell'utenza complessiva.

Mediamente le donne hanno svolto meno percorsi comunitari rispetto agli uomini, sia considerando gli ultimi 10 anni, sia facendo riferimento all'intera storia tossicomanica.

Non si evincono differenze di genere rilevanti rispetto all'esito del percorso e alla sua durata. Relativamente all'età, è possibile cogliere una certa eterogeneità: mediamente il primo percorso in CT avviene verso i 30 anni (media: 30,46; ds: 9,46; min.: 17; max.: 67); un quarto dei soggetti inizia il percorso entro i 23 anni; la metà entro i 28 anni e tre quarti prima dei 38 anni.

Benché si riscontri ancora una volta un alto livello di eterogeneità, pare che chi porta a termine il percorso in CT abbia un'età più elevata di chi invece non lo conclude perché si autodimette, viene allontanato, ecc. (età media di chi conclude il programma: 34,40; ds: 11,20), dato, quest'ultimo, in linea con quanto rilevato da Malivert e colleghi (2012).

Per ciò che concerne la sostanza d'abuso, si rileva una massiccia preponderanza dell'eroina: nel 94,1% dei casi il percorso

comunitario ha avuto avvio per un problema legato a questa sostanza, senza significative differenze di genere.

Si tratta di una sostanza che, in media, è stata utilizzata dai soggetti per la prima volta quando avevano circa 19 anni (media età primo uso eroina: 19,39; ds: 4,95; min. età primo uso: 13; max. età primo uso: 48).

Il tempo di esposizione alla sostanza antecedente al primo ingresso in comunità è pari a una decina di anni (media: 9,95; ds: 8,65).

Questo dato farebbe pensare che un paziente con dipendenza da eroina necessita di un lungo periodo di tempo di espressione del sintomo per "maturare" la motivazione per affrontare un percorso residenziale.

### 3. Materiali e metodi

In primo luogo pare opportuno esplicitare quale indicatore è stato utilizzato per stabilire la recidiva tossicomanica.

Esso è rappresentato dall'apertura di una terapia medica agonista o sintomatica presso i Ser.D. provinciali dopo il percorso residenziale.

Questo indicatore è stato considerato appropriato a partire dall'assunto che ogni trattamento farmacologico con farmaci agonisti (metadone®), agonisti parziali (buprenorfina) o con farmaci sintomatici viene iniziato previa visita medica con accertamento, ovvero rivalutazione, dello stato di tossicodipendenza secondo i criteri del DSM-5.

È inoltre doveroso specificare che in alcuni casi è stato necessario sostituire questo indicatore con un altro, concettualmente analogo.

Infatti alcuni soggetti rifiutano la terapia medica agonista o sintomatica, pur in presenza di sintomi clinici e laboratoristici di recidiva, richiedendo di rientrare all'interno di una comunità terapeutica.

In questi casi, dunque, l'indicatore di recidiva tossicomanica "terapia medica" è stato sostituito dall'indicatore "rientro in CT"<sup>8</sup>.

Sembra importante ricordare che il tipo di indicatore scelto rappresenta un *plus* significativo in questa analisi in quanto in studi analoghi sono stati utilizzati prevalentemente dati "self report" (ad esempio, con riferimento al panorama nazionale: Addazzi, Marini, Rago, 2009; Ascari *et al.* 2001), i quali sono – per definizione – meno attendibili, oppure misure "miste" (dati "self report" + esami tossicologici + dati amministrativi), in merito si veda Vanderplasschen *et al.* (2013).

Per ciò che concerne poi il disegno di valutazione proposto, esso è qui rappresentato dall'analisi di una coorte di popolazione, infatti, oltre alle evidenti difficoltà metodologiche di operare con un gruppo di controllo, è noto che, per evidenti motivi etici, in ambiti di ricerca come questo è tendenzialmente necessario scartare un disegno classico di tipo sperimentale (Campostrini, 1995). Sono dunque stati tenuti sotto osservazione un certo numero di casi per un tempo significativo ed in modo cadenzato, a partire dal termine del percorso comunitario.

Tenendo conto della variabile temporale "durata dell'astinenza post CT", gli accessi comunitari sono stati quindi suddivisi in tre gruppi principali:

1. **Gruppo "Drug free"**: accessi che, successivamente al percorso comunitario, hanno portato ad un risultato "drug free", ovvero ad una assenza di recidiva tossicomanica (non è stata aperta una terapia medica agonista o sintomatica presso i Ser.D. e non ha avuto luogo un nuovo accesso in CT)

- a) per almeno sei mesi (1° livello di analisi: breve periodo);
- b) per almeno uno, tre, cinque e dieci anni (2° livello di analisi: medio e lungo periodo).

1. **Gruppo "Recidivi"**: accessi che, successivamente al percorso comunitario, hanno portato ad una recidiva tossicomana (vi è stata l'apertura di una terapia medica o un nuovo accesso presso una CT)

- a) in meno di sei mesi (1° livello di analisi: breve periodo);
- in meno di uno, tre, cinque e dieci anni (2° livello di analisi: medio e lungo periodo).

3. **Gruppo "TAM" (soggetti in Terapia Agonista a Mantenimento)**: accessi che, indipendentemente dal percorso comunitario, hanno mantenuto un trattamento agonista o agonista parziale (la terapia agonista o sintomatica non è mai stata sospesa, neppure durante il percorso comunitario).

Prima di procedere, sono necessarie alcune altre precisazioni di carattere metodologico. Dallo studio sono stati esclusi:

1. tutti gli accessi comunitari che devono ancora concludersi, per un totale di 52 accessi;
2. i soggetti deceduti: si tratta di 36 pazienti per un totale di 129 accessi comunitari;
3. 10 accessi relativi a soggetti che hanno terminato il percorso in CT da meno di 6 mesi, senza tuttavia aver manifestato una recidiva.

L'analisi verterà quindi su un totale di 1361 accessi, compiuti da 455 soggetti.

## 4. Analisi dati

### 4.1. Primo livello: breve periodo

In primo luogo è necessario prendere in esame la tripartizione percentuale dei gruppi nei quali si è deciso di dividere gli accessi.

Come posto in luce dal grafico sottostante, il gruppo più numeroso è composto da quelli che riguardano soggetti "TAM" (Terapia Agonista a Mantenimento): nel 37,0% dei casi (N: 504) il percorso comunitario ha riguardato persone che assumevano una terapia medica agonista già prima di entrare in CT e che poi hanno proseguito con essa anche a seguito dell'uscita dalla comunità.

Per questi soggetti, dunque, l'inserimento in CT è stato utilizzato per la "stabilizzazione del sintomo tossicomano"<sup>9</sup> ritenuta dall'equipe curante impossibile in ambito ambulatoriale.

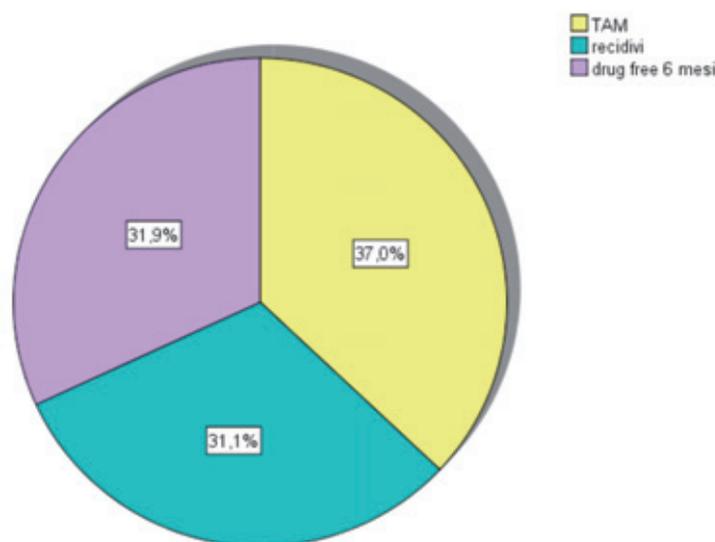
Nel 31,1% dei casi (N: 423), a seguito del percorso comunitario, ha avuto luogo una recidiva tossicomana in meno di sei mesi<sup>10</sup>.

Tale dato sembra indicare che, pur raggiungendo una condizione di "drug free" con la residenzialità, questa non "regga" all'impatto con l'ambiente esterno.

Sommando i due dati (37,0% + 31,1%) è possibile affermare che nel 68,1% dei casi un percorso residenziale è finalizzato alla stabilizzazione del sintomo in ambiente protetto e le recidive a sei mesi sono altamente probabili.

Nel 31,9% degli accessi totali (N: 434), il soggetto risultava "drug free" a distanza di sei mesi dal termine del percorso comunitario.

Fig. 2 - Tripartizione dei percorsi comunitari in base alla recidiva tossicomana calcolata a 6 mesi dal termine del periodo in CT (valori percentuali)



Analizzando la tripartizione ("TAM", "recidivi" e "drug free a 6 mesi") all'interno di ogni singola CT emergono alcune differenze di rilievo.

In particolare, fra le comunità provinciali, Giano è quella con la percentuale di soggetti "TAM" più elevata (68,8%), seguita da Nuovi orizzonti (62,1%).

La CT che invece mostra i risultati migliori – quantomeno a questo primo livello di analisi – raggiungendo le percentuali più elevate di soggetti "drug free a 6 mesi" dalla fine del percorso, è Cad (41,6%).

Questo dato sembra indicare che la tipologia dei pazienti influenza il posizionamento nei gruppi di analisi<sup>11</sup>.

Ritornando all'analisi complessiva, è possibile cogliere come, pur in presenza di gradi di variabilità molto elevati, la durata del periodo trascorso in comunità terapeutica mostri una relazione con la variabile che divide i soggetti in base ai tempi di recidiva: il gruppo "TAM" rappresenta quello degli accessi più brevi (circa due mesi e mezzo), segue il gruppo "recidivi" con un periodo in CT di circa sei mesi, ed infine gli accessi "drug free a 6 mesi" hanno avuto una durata pari a circa dieci mesi.

Tab. 2 - Tripartizione dei pazienti in relazione alla CT (valori percentuali)

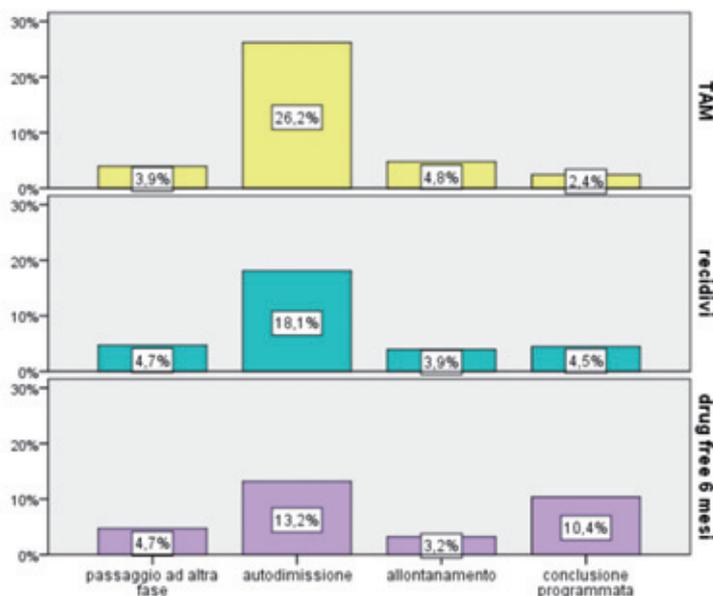
	CT Extra-prov.	Voce amica	Cad	Giano	Nuovi orizzonti	Totale
TAM	24,8	36,8	27,3	68,8	62,1	37,0
Recidivi	38,7	30,3	31,1	16,2	13,8	31,1
Drug free a 6 mesi	36,4	32,9	41,6	15,0	24,1	31,9
Totale	100 (N: 604)	100 (N: 307)	100 (N: 161)	100 (N: 260)	100 (N: 29)	100 (N: 1361)

Tab. 3 - Durata del periodo trascorso in CT calcolata in mesi in relazione ai 3 gruppi di analisi (valori medi)

Gruppi	Media periodo in CT (mesi)	Deviazione standard	N
TAM	2,56	4,13	504
Recidivi	5,94	8,04	423
Drug free a 6 mesi	10,28	11,47	434
Totale	6,07	8,86	1361

Prendendo poi in considerazione l'esito dei percorsi, si evince come entro il gruppo "drug free a 6 mesi" sia significativamente più alta la percentuale di chi termina il progetto in CT con una conclusione programmata (32,9%, contro 14,3% dei "recidivi" e 6,5% dei "TAM"), mentre si coglie un trend inverso considerando la possibilità di terminare il percorso con un'autodimissione (ciò accade nel 70,2% nel gruppo dei "TAM", nel 57,9% in quello dei "recidivi" e nel 41,8% dei "drug free a 6 mesi").

Fig. 3 - Esito del percorso in CT in relazione ai 3 gruppi di analisi (valori percentuali)



Appare significativo constatare anche che, pur ancora una volta in presenza di una situazione altamente eterogena all'interno dei vari gruppi, vi è una certa linearità fra la variabile che suddivide i tre gruppi ("TAM", "recidivi" e "drug free a 6 mesi") e il numero degli accessi svolti da ogni singolo soggetto nel corso del tempo.

Infatti, considerando gli ultimi dieci anni, se nel gruppo dei "TAM" si riscontra una media di più di quattro accessi per soggetto (media: 4,05; ds: 3,45), il numero cala considerando i "recidivi" (media: 3,08; ds: 2,76) e ancor più prendendo in considerazione i soggetti "drug free a 6 mesi" (media: 2,33; ds: 2,06).

Analoghe considerazioni possono essere avanzate analizzando il numero di accessi per soggetto nel corso dell'intera storia tossicomane; ciò sembra indicare che sono necessari percorsi differenziati di residenzialità rivolti a soggetti con una fase di malattia diversa.

## 4.2. Secondo livello: medio e lungo periodo

Benché sino a questo punto sia stato possibile riscontrare delle differenze non trascurabili fra i tre gruppi qui considerati ("TAM", "recidivi" e "drug free a 6 mesi") ponendo così in luce risultati che appaiono sostanzialmente in linea con quanto rilevato da studi analoghi, è ora necessaria un'analisi più approfondita, la quale si concentri sul perdurare della condizione di remissione protratta continuativa nel medio e lungo periodo.

Al fine di perseguire tale obiettivo, si tralascia ciò che concerne il gruppo degli accessi dei soggetti "TAM" o "recidivi in meno di 6 mesi", per concentrarsi sul gruppo dei cosiddetti "drug free a 6 mesi", i quali rappresentano un totale di 434 accessi svolti da 202 soggetti.

In primo luogo è necessario suddividere gli accessi in due gruppi:

1. casi che, a distanza di un tempo pari a uno, tre, cinque, dieci anni o più dal termine del percorso in CT, hanno recidivato (241 casi);
2. casi relativi a percorsi in CT terminati e per i quali – per quanto noto – permane la condizione di remissione protratta continuativa (193 casi).

È infatti evidente che, mentre per il primo gruppo il momento in cui è avvenuta la recidiva è noto, per il secondo gruppo è ignoto e il tempo "drug free" è calcolato esclusivamente sulla base dei mesi o degli anni trascorsi dal termine del percorso presso la comunità terapeutica ad oggi.

La tabella sottostante illustra i risultati suddividendo fra accessi di chi ha recidivato richiedendo una terapia medica presso un Ser.D. provinciale, accessi di chi ha recidivato richiedendo di iniziare un nuovo percorso in CT e accessi "drug free".

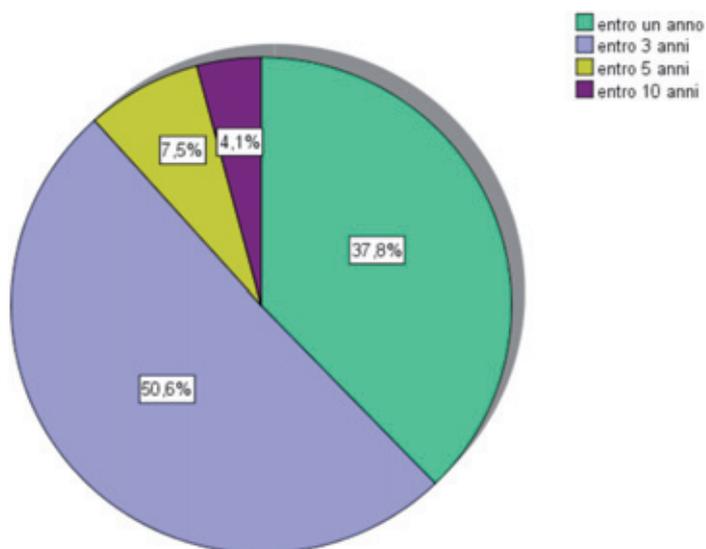
Tab. 4 - Tempi di recidiva in relazione alla tipologia di casi (recidivi "terapia medica", recidivi "rientro in CT", "non recidivi") (valori percentuali e assoluti)

Tempi di recidiva	Recidivi "terapia medica"	Recidivi "rientro in CT" <sup>12</sup>	"Drug free"
Entro un anno	37,6% (N: 86)	41,7% (N: 5)	7,8% (N: 15)
Entro 3 anni	51,1% (N: 117)	41,7% (N: 5)	23,3% (N: 45)
Entro 5 anni	7,4% (N: 17)	8,3% (N: 1)	23,3% (N: 45)
Entro 10 anni	3,9% (N: 9)	8,3% (N: 1)	40,9% (N: 79)
Più di 10 anni	0% (N: 0)	0% (N: 0)	4,7% (N: 9)

Si noti che, escludendo dall'analisi i casi che – per quanto noto – risultano ad oggi "drug free", tutti i soggetti recidivano al massimo entro dieci anni.

Accorpando i gruppi dei recidivi "terapia medica" e dei recidivi "rientro in CT", è possibile constatare come nel 95,9% dei casi i tempi di recidiva siano inferiori ai cinque anni, come posto in luce dal grafico sottostante<sup>13</sup>.

**Fig. 4 - Tempi di recidiva tossicomanica calcolati dal termine del percorso in CT (valori percentuali)**



Questi dati sembrano sostanzialmente congruenti con quelli riportati nella recente *review* di Vanderplasschen e colleghi (2013), secondo la quale una percentuale di soggetti compresa fra il 25% e il 70% di coloro che hanno seguito progetti in CT è ricaduta nell'uso di sostanze a distanza di 12-18 mesi dal termine del percorso.

Ad ogni modo, prendendo in esame analisi diverse, i tassi di recidiva a seguito del percorso in CT risultano particolarmente variabili e uno dei pochi studi che, ormai più di 15 anni fa, ha seguito i partecipanti fino a 3 anni a seguito dell'uscita dalla comunità ha rilevato fra questi tassi di recidiva pari al 77% (contro il 94% del gruppo di controllo) (Martin *et al.*, 1999).

Resta ora un'ultima questione da affrontare, la quale rappresenta il *focus* principale di questo contributo.

L'interrogativo è dunque: la durata del periodo trascorso in comunità terapeutica ha una relazione positiva con il mantenimento nel medio e nel lungo periodo della condizione "drug free"?

Per rispondere a questa domanda è stata effettuata un'analisi della correlazione<sup>14</sup> fra le due variabili (tempi di recidiva e durata del periodo trascorso in CT).

Per ciò che concerne il gruppo dei "recidivi", l'analisi ha evidenziato un valore *r* di Pearson pari a 0,023<sup>15</sup>; tale valore, pur essendo positivo, risulta particolarmente basso, dunque non è possibile identificare una relazione tale per cui, all'aumentare della durata dei periodi trascorsi in CT, aumenta la probabilità del protrarsi, nel medio e lungo periodo, di una condizione di assenza di recidiva tossicomanica.

Tale concetto è facilmente comprensibile anche prendendo in esame i grafici sottostanti, a dispersione semplice di punti.

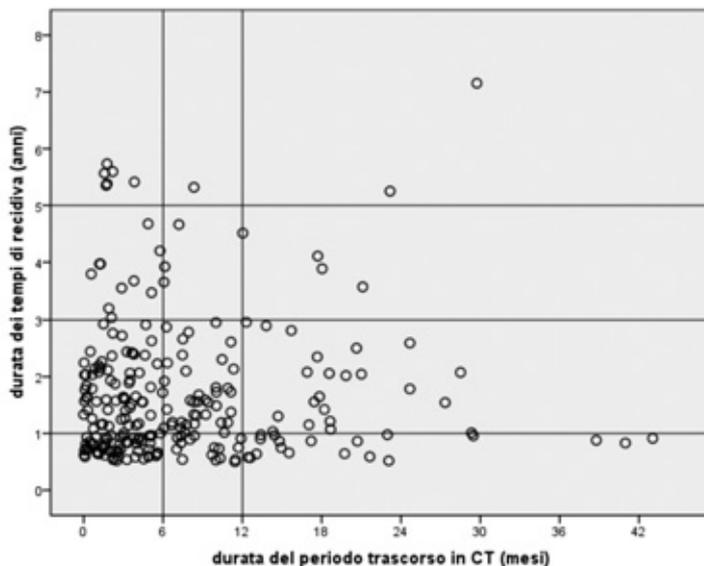
In essi ogni punto rappresenta un accesso, il quale si colloca in una posizione precisa dell'asse cartesiano, la quale corrisponde al tempo trascorso in CT (asse X) in relazione al tempo di recidiva (asse Y).

Come è possibile notare, la nuvola di punti non identifica una "forma", il che riconferma – graficamente – l'assenza di una chiara relazione fra le due variabili. Il grafico 7 rappresenta un "ingrandimento" del grafico 6, si focalizza infatti solo sull'intervallo di tempo trascorso in CT compreso fra 0 e 24 mesi.

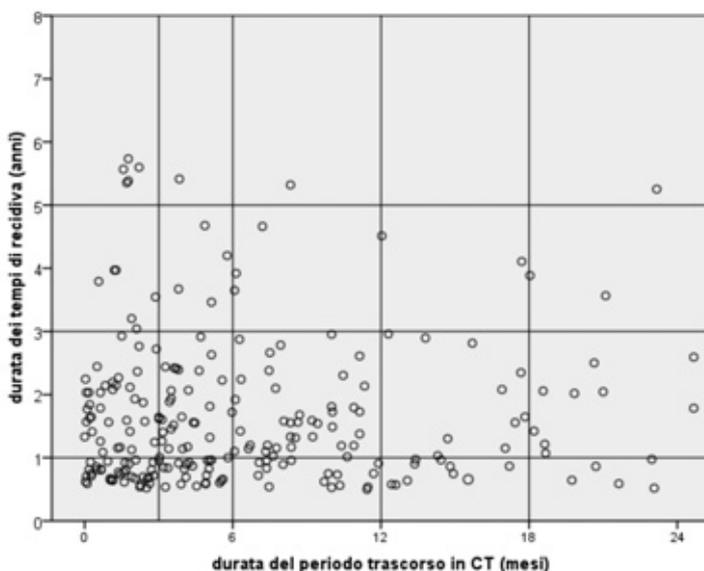
Per una lettura più agevole dei grafici, sono state inserite anche delle linee di riferimento:

- sull'asse X (durata del periodo in CT) in corrispondenza dei sei e dodici mesi (per il grafico 7: tre, sei, dodici, diciotto mesi);
- sull'asse Y (tempi di recidiva o latenza) in corrispondenza di uno, tre e cinque anni.

**Fig. 5 - Durata del periodo trascorso in comunità in relazione ai tempi di recidiva**



**Fig. 6 - Durata del periodo trascorso in comunità in relazione ai tempi di recidiva (focus sull'intervallo 0-24 mesi in CT)**

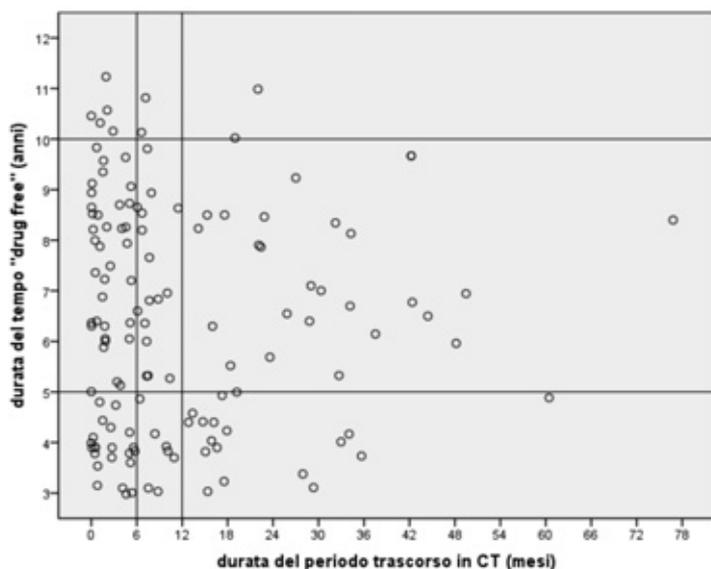


Per quanto riguarda poi il gruppo dei "drug free", per il quale si parla di tempo di remissione protratta continuativa, si è scelto di limitare l'analisi ai casi che hanno terminato il percorso in CT da almeno 3 anni (N: 134), evitando così possibili effetti confondenti legati allo scarso tempo trascorso dalla fine del progetto comunitario.

In questo caso il coefficiente di correlazione *r* di Pearson assume un valore nullo: 0,000, indicando una sostanziale indipendenza fra la variabile "durata del periodo trascorso in CT" e quella "durata del tempo drug free".

Tali risultati vengono esposti in forma grafica nella figura sottostante.

Fig. 7 - Durata del periodo trascorso in comunità in relazione ai tempi "drug free" (analisi ad almeno 3 anni dalla fine del periodo in CT)



Infine si precisa che, sia per il gruppo "recidivi" che per quello "drug free", sono stati presi in esame anche i tempi di esposizione alla sostanza prima dell'accesso in comunità, l'età del soggetto all'ingresso in CT, il genere e l'esito del progetto svolto in CT, ma nessuna di queste variabili mostra una chiara e significativa relazione con il mantenimento nel tempo della condizione di remissione protratta continuativa.

## Conclusioni

"Una comunità non alimentata e non continuamente orientata da un pensiero critico e comune, periodicamente verificato anche da "occhi esterni" è una comunità molto a rischio, per i pazienti e anche per gli operatori. La valutazione costante di quanto si fa è una necessità imprescindibile, un *must* professionale, un dovere morale" (Coletti, Grosso, 2011, p. 405).

Tuttavia, come posto in luce inizialmente, in Italia la valutazione in questo campo risulta ancora profondamente lacunosa, frammentata e caratterizzata da limitazioni metodologiche importanti.

In questo contributo si è cercato di analizzare, attraverso uno studio osservazionale post-trattamento, una delle moltissime questioni di interesse, ovvero la relazione fra la durata del trattamento e il successivo mantenimento della condizione "drug free" verificando così – quantomeno con riferimento alla popolazione qui considerata – una sostanziale indipendenza fra le due variabili, specialmente se considerate nel medio e lungo periodo.

Infatti, se nell'analisi di breve periodo è stato possibile cogliere un certo nesso fra la durata del percorso in CT e la condizione "drug free", non è stato possibile riscontrare tale relazione considerando periodi di tempo maggiori.

Questo risultato, quantomeno apparentemente, si discosta da quanto è stato riscontrato in molte indagini che hanno analizza-

Tuttavia, a nostro avviso, si tratta di una discrepanza probabilmente solo apparente, infatti, come abbiamo già avuto modo di porre in luce, molto frequentemente le analisi di *follow up* hanno seguito i soggetti per tempi relativamente limitati (Malivert *et al.*, 2012; Vanderplasschen *et al.*, 2013) mentre in questo caso sono stati considerati oltre 10 anni dal termine del percorso in comunità.

Ovviamente lo studio ha anche evidenti criticità. In primo luogo non è stato possibile operare una suddivisione – e dunque un'analisi per sottogruppi – degli accessi in base al livello di gravità (soggetti con doppia diagnosi, comorbidità internistiche e psichiatriche<sup>16</sup>, ecc.) e al programma terapeutico effettuato, il che avrebbe certamente permesso di raffinare e rendere maggiormente salienti i risultati.

Secondariamente l'indicatore utilizzato ha il merito di individuare per certo i soggetti che, a distanza di un certo tempo dall'uscita dalla CT, hanno recidivato, ma non può essere considerato altrettanto valido per quei pazienti che sono stati definiti effettivamente "drug free", poiché ci si è limitati a riscontrare che si trattava di persone che non si erano più ripresentate al Servizio e che, per quanto noto, non erano decedute, incarcerate o in cura presso un altro Ser.D. o un'altra CT. Infine il *focus* dell'analisi è stato posto su un aspetto fortemente circostanziato, legato ai tempi di recidiva tossicomana relativa alla sostanza che aveva motivato l'intervento, senza prendere in esame, in termini più ampi, l'eventuale presentarsi di ricaduta in altre dipendenze patologiche (per esempio il coinvolgimento con l'alcol) ed inoltre il miglioramento delle condizioni di vita del paziente.

I limiti dell'analisi sono dunque evidenti, tuttavia la ricerca ha permesso di porre in luce un aspetto rilevante non solo in relazione alle pressioni ad uniformarsi a procedure riconosciute come valide ed efficaci<sup>17</sup>, dettate dall'esigenza di operare valutazioni circa costi e benefici delle attività svolte in un periodo caratterizzato dalla scarsità di risorse, ma soprattutto in nome del rispetto di un approccio deontologico che ci impone di proporre trattamenti ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche.

Considerato l'approccio evolutivo delle comunità terapeutiche, i termini di appropriatezza clinica sono criticabili perché le elevate percentuali di *drop out* e i tassi di recidività rilevati nello studio non hanno termini di confrontabilità nelle discipline sanitarie, se non in alcuni campi della psichiatria, nella medicina oncologica compassionevole – ovvero prima del termine della sperimentazione clinica del farmaco (decreto ministeriale 5.12.2006), o nella medicina eroica (Furio, Giordano, Masi, 2005), dove l'approccio metodologico scientifico è antecedente o non tiene conto della medicina basata sulle prove di efficacia. Considerando che la tossicodipendenza si caratterizza come una malattia cronica ad andamento recidivante e che, in linea generale, l'efficacia dei trattamenti andrebbe valutata in relazione alle tre macro aree già citate in precedenza (sospensione o riduzione del consumo di sostanza psicoattive; miglioramento complessivo della qualità della vita; riduzione dei rischi nell'ambito della salute pubblica e della sicurezza), nonché in rapporto al costo/efficacia dell'intervento terapeutico, i risultati emersi fanno sorgere alcuni importanti interrogativi.

In particolare, la mancata correlazione tra la lunghezza del periodo comunitario e la durata della condizione "drug-free" orientano a riflettere sull'opportunità di adottare per tutte le terapie il principio della "dose minima efficace", tenendo conto non solo dello spreco in caso di un "dosaggio" maggiore, ma anche del potenziale danno derivante dal protrarsi del distacco dall'ambiente socio-relazionale (Gallimberti, 2012).

## Note

1. Per un'analisi delle diverse tipologie di programmi proposti dalle CT si veda Grosso (2012).
2. Ciò con riferimento a qualsiasi programma di trattamento nell'ambito delle tossicodipendenze.
3. Per un'analisi di questi primi studi si veda Bertoncelli, Serpelloni (2006).
4. Benché alcuni dati siano stati raccolti in modo sistematico a partire dal 2000, e benché l'analisi qui condotta prenda precipuamente in considerazione gli ultimi 10 anni, il numero complessivo di accessi comunitari per soggetto è noto anche con riferimento a periodi precedenti a quelli qui analizzati.
5. Diversamente dalla conclusione programmata, l'autodimissione rappresenta "una forma di conclusione non sostenuta da una valutazione congiunta (operatori-utente) del raggiungimento degli obiettivi, ma è piuttosto legata all'iniziativa del soggetto, il quale sperimenta una condizione di maggiore benessere che reputa sufficiente o comunque non passibile di ulteriori cambiamenti" (Addazzi, Marini, Rago, 2009, p. 22). Per approfondimenti rispetto ad abbandoni, "espulsioni" e ripetizioni di programma si veda Coletti, Grosso (2011, cap. V).
6. Da notare che i percorsi comunitari ancora in corso riguardano quasi esclusivamente Comunità terapeutiche provinciali. Questo dato è coerente con le disposizioni legislative provinciali in materia di organizzazione sanitaria (delibera 286/2012).
7. Anche rispetto a questa variabile è possibile riscontrare delle differenze ponendo a confronto CT provinciali ed extra-provinciali. Infatti, benché vada tenuto conto dell'alto livello di variabilità, in linea generale le CT extra-provinciali hanno attuato percorsi mediamente più lunghi di quelle provinciali: mentre nelle prime la durata del percorso è di poco meno di 7 mesi (media: 6,91; ds: 10,33), per le seconde esso è pari a circa 5 mesi (media: 5,17; ds: 7,41). Differenze significative si riscontrano anche ponendo a confronto le CT provinciali: Cad ha una durata media del percorso superiore agli 8 mesi (media: 8,18, ds: 10,33), Voce amica ha sviluppato percorsi della durata media di circa 5 mesi e mezzo (media: 5,54, ds: 5,58), seguono Nuovi orizzonti (media: 4,97, ds: 6,02), ed infine Giano rappresenta la comunità terapeutica che ha messo in atto i percorsi mediamente più brevi, pari a circa 3 mesi (media: 3,10, ds: 4,82).
8. È opportuno esplicitare che l'indicatore scelto gode di una buona attendibilità poiché è in grado di considerare tutti i tossicodipendenti residenti in provincia di Trento i quali abbiano intrapreso un percorso farmacologico o comunitario (alta sensibilità) dopo una ricaduta (alta specificità, data dalla positività ai test tossicologici). Infatti, per ragioni di carattere medico-legale e organizzativo, se un soggetto residente in Provincia di Trento comincia (o riprende) una terapia agonista oppure inizia un percorso presso una CT, esso è certamente noto ai Ser.D. provinciali; diversamente, per ciò che concerne le terapie sintomatiche, non è sempre certo che il paziente richieda la prescrizione presso il Servizio Dipendenze, in quanto si tratta di farmaci prescrivibili anche dal medico di medicina generale. Dunque, benché la numerosità sia molto ridotta, è possibile che alcuni casi di soggetti recidivi non siano stati qui considerati poiché non si sono rivolti al Ser.D.
9. Seguendo la proposta di Lovaste (2015), nell'ambito delle dipendenze, è possibile individuare 4 differenti tipi di programmi terapeutici, i quali mirano ad obiettivi diversi fra loro. Essi sono: 1. Accoglienza (mira alla ritenzione in trattamento e alla verifica della possibilità di strutturare un progetto terapeutico volto al cambiamento); 2. Stabilizzazione (l'obiettivo sta nel contenimento dei sintomi e nel supporto della capacità di gestione delle difficoltà della vita quotidiana, nonché nella riduzione dei rischi sanitari); 3. Induzione del cambiamento (mira ad attivare le azioni necessarie per raggiungere l'astinenza, riconoscendo ed affrontando gli eventuali elementi di problematicità connessi alla patologia); 4. Gestione de cambiamento (in questo caso l'obiettivo è da individuarsi nella promozione del cambiamento dei risultati raggiunti con il programma di induzione del cambiamento).
10. Si precisa che all'interno di questo gruppo, composto da un totale di 423 accessi, l'72,1% riguarda situazioni in cui, a meno di sei mesi dal

termine del percorso comunitario, è seguita l'apertura di una terapia medica, mentre nel 27,9% dei casi, nel medesimo lasso di tempo, è seguito un nuovo accesso presso una CT.

11. Si ricorda che le CT provinciali si sono differenziate fra loro specializzandosi nel trattamento di soggetti con caratteristiche e livelli di problematicità differenti. In particolare, per quanto riguarda CAD, il dato sopra esposto potrebbe essere spiegato in base ai *criteri di inclusione* posti dalla struttura. Essi sono:

- età compresa fra i 16-35 anni;
- parere positivo del Direttore della struttura a seguito di un colloquio conoscitivo;
- presenza di motivazione da parte dell'utente ad impegnarsi in un percorso di cura di tipo evolutivo;
- disponibilità di posti in struttura;
- convocazione UVM (in ingresso e dimissioni).

Costituiscono, invece, *criteri di esclusione* al percorso in Comunità:

- presenza di patologie organiche che richiedono un'assistenza medico-infermieristica quotidiana;
- presenza di sintomatologia psicotica non riconducibile all'abuso di sostanze.

*La non condivisione, da parte dei familiari o delle figure di riferimento, della scelta di intraprendere un percorso riabilitativo costituisce un ostacolo al progetto terapeutico proposto.*

12. Rispetto a questa categoria si è scelto di indicare i valori percentuali per coerenza con le altre due categorie presenti in tabella; trattandosi di numerosità particolarmente basse, si tratta tuttavia di valori del tutto indicativi. Per completezza vengono riportati anche i valori assoluti.

13. Per chiarezza si precisa che le percentuali qui esposte, ovviamente, mutano se nell'analisi vengono considerati tutti i soggetti che hanno recidivato, quindi anche i "recidivi in meno di 6 mesi" (e continuando ad escludere coloro che invece, per quanto noto, risultano effettivamente "drug free", nonché i cosiddetti "TAM"). In questo caso si rileva che: il 62,9% recidiva entro 6 mesi; il 14,0% entro un anno; il 18,8% entro 3 anni; il 2,7% entro 5 anni; l'1,5% entro 10 anni.

14. La correlazione indica la tendenza sistematica che hanno due variabili cardinali a variare assieme, in termini di entità (forza della relazione) e direzione (positiva o negativa). Essa è espressa dall'indice di correlazione  $r$  di Pearson, il quale assume valore  $-1$  in caso di correlazione perfetta negativa (al crescere dei valori di una variabile calano quelli dell'altra),  $+1$  in caso di correlazione perfetta positiva (i valori delle variabili crescono insieme) e  $0$  in caso di assenza di relazione fra le due variabili. La correlazione non include il concetto di causa-effetto, ma solo quello di rapporto fra le due variabili: essa permette di affermare che fra due variabili c'è una relazione sistematica.

15. Considerando esclusivamente le CT provinciali, per un totale di 120 accessi, il valore dell'indice di correlazione sale a 0,095.

16. Da intendersi nell'accezione e nelle sfumature riportate da Bignamini e colleghi (2002).

17. Ci si riferisce qui all'accreditamento ormai richiesto alle comunità terapeutiche. Per una trattazione di tale questione si rimanda a Coletti, Grosso (2011).

## Bibliografia

- Addazzi A., Marini R., Rago N. (2009), "La valutazione del trattamento nella comunità di Città della Pieve. Alcuni indici di predittività tratti da uno studio di follow up", *Bollettino sulle Dipendenze*, vol. 32(1): 17-35.
- Ascari A., Astolfo R., Capra N., Carletti L., Ceron U., Consoli A., De Facci R., Galeone D., Lovato A., Massimi M., Mazzi G., Nicoletti G., Selle P. (2001), "La valutazione dei risultati delle Comunità Terapeutiche: l'impianto della ricerca e i primi risultati", *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcoolismo*, vol. 24(4): 11-25.
- Ascari A., Dondi M. (2006), "La valutazione dei risultati nelle comunità terapeutiche: un'esperienza di laboratorio", in Serpelloni G., Macchia T., Mariani F. (a cura di), *op. cit.*, pp. 375-384.
- Bertoncelli S., Serpelloni G. (2006), "Revisione della letteratura scientifica inerente i progetti di ricerca internazionali sulla valutazione del-

- l'outcome nell'ambito delle tossicodipendenze", in Serpelloni G., Macchia T., Mariani F. (a cura di), *op. cit.*, pp. 115-135.
- Bignamini E., Garau S., Cortese M., Sansebastiano S. (2002), *Dipendenza da sostanze e patologia psichiatrica*, Editeam, Bologna.
- Campostrini S. (1995), "Disegni sperimentali, quasi-sperimentali e non-sperimentali per la valutazione delle politiche sociali", in Bertin G. (a cura di), *Valutazione e sapere sociologico: metodi e tecniche di gestione dei processi decisionali*, FrancoAngeli, Milano, pp. 279-299.
- Coletti M., Grosso M. (2011), *La comunità terapeutica per tossicodipendenti*, Gruppo Abele, Torino.
- Cortini E., Clerici M., Carrà G. (2013), "Esiste un approccio europeo alle comunità terapeutiche per i disturbi correlati a sostanze? Una revisione narrativa", in *Journal of Psychopathology*, vol. 19: 27-33.
- De Angeli M., Serpelloni G. (2002), "I progetti di ricerca sulla valutazione dell'outcome e del processo di trattamento nell'ambito delle tossicodipendenze: una revisione della letteratura scientifica", in Serpelloni G., De Angeli M., Rampazzo L. (a cura di), *op. cit.*, pp. 113-152.
- De Giovanni A., Dal Canton F. (2013), "Le comunità terapeutiche per i disturbi correlati a sostanze in Europa e negli Stati Uniti", *Bollettino della Società Medico Chirurgica di Pavia*, vol. 126(3): 633-641.
- Finazzi L. (1996), *Alla ricerca del sé perduto*, Edizioni Dehoniane, Bologna.
- Furio O., Giordano M., Masi R. (2005), *Analisi delle dinamiche di invio, efficacia e valutazione costi - utilità del trattamento in comunità socio-riabilitativa degli utenti tossico-dipendenti in carico presso i Ser.T. dell'Azienda USL FG2, negli anni 2001-2004*, Azienda U.S.L. FG 2 - Cerignola - Progetto Robagi 2 - II annualità, Osservatorio Epidemiologico per le Dipendenze Patologiche, UO Epidemiologia e Statistica Sanitaria, disponibile all'indirizzo: [www.epicentro.iss.it/territorio/pdf/tossicodipendenze-Puglia.pdf](http://www.epicentro.iss.it/territorio/pdf/tossicodipendenze-Puglia.pdf).
- Gallimberti L. (2012), *Morire di piacere: dalla cura alla prevenzione delle tossicodipendenze*, BUR Rizzoli, Milano.
- Gianotti C. (2003), *Dipendenze: la qualità della cura dei Servizi*, FrancoAngeli, Milano.
- Grosso L. (2012), "Comunità, bassa soglia e riduzione del danno", in Palumbo M., Dondi M., Torrigiani C. (a cura di), *La comunità terapeutica nella società delle dipendenze*, Erikson, Trento, pp. 165-182.
- Lovaste R. (2015), "Le dipendenze da sostanze: interpretazione, fenomenologia, efficacia terapeutica", in Bertelli B., Lovaste R. (a cura di), *Droghe illegali. Percorsi e riflessioni fra cura e prevenzione*, Valentina Trentini Editore, Trento, pp. 33-83.
- Lovaste R. (2009), "Tossicodipendenza: interpretazione, fenomenologia e strategie terapeutiche", in Bertelli B. (a cura di), *Devianze emergenti e linee preventive*, Valentina Trentini Editore, Trento, pp. 227-267.
- Malivert M., Fatséas M., Denis C., Langlois E., Auriacombe M. (2012), "Effectiveness of therapeutic communities: a systematic review", *European Addiction Research*, vol. 18, pp. 1-11.
- Martin S.S., Butzin C.A., Saum C.A., Inciardi J.A. (1999), "Three-year outcomes of therapeutic community treatment for drug-involved offenders in Delaware: from prison to work release to a aftercare", *Prison Journal*, vol. 79(3): 294-320.
- Molteni L., Lovaste R., Ferrucci R. (2009), "Il Ser.T.: pazienti e professionisti a confronto", in Corposanto C., Lovaste R. (a cura di), *Uso occasionale e dipendenza da sostanze psicotrope. Pazienti e professionisti a confronto*, FrancoAngeli, Milano, pp. 37-74.
- OMS, OEDT, UNDCP (2006), "Linee guida internazionali per la valutazione dei servizi e dei sistemi per il trattamento dei disturbi da uso di sostanze psicoattive", in Serpelloni G., Macchia T., Mariani F. (a cura di), *op. cit.*, pp. 21-52.
- Pinzani I. (1996), "Vent'anni di comunità terapeutiche", *Animazione Sociale*, vol. 99: 17-24.
- Ravenna M. (1997), *Psicologia delle tossicodipendenze*, Il Mulino, Bologna.
- Serpelloni G., De Angeli M., Rampazzo L. (a cura di), *La valutazione dell'outcome nei trattamenti della tossicodipendenza*, Regione Veneto, Ass. Politiche Sociali e Non Profit, disponibile all'indirizzo: [www.dronet.org/monografia.php?monografie=1](http://www.dronet.org/monografia.php?monografie=1).
- Serpelloni G., Macchia T., Mariani F. (a cura di) (2006), *Outcome. La valutazione dei risultati e l'analisi dei costi nella pratica clinica nelle tossicodipendenze*, National Outcome Project del Ministero della Solidarietà Sociale, disponibile all'indirizzo: [www.dronet.org/monografia.php?monografie=29](http://www.dronet.org/monografia.php?monografie=29).
- Serpelloni G., Simeoni E. (2003), "La valutazione dell'outcome nei trattamenti delle tossicodipendenze nella pratica clinica", in Serpelloni G., De Angeli M., Rampazzo L. (a cura di), *op. cit.*, pp. 19-62.
- Smith L.A., Gates S., Foxcroft D. (2008), *Therapeutic communities for substance related disorder (Review)*, Cochrane Database of Systematic Reviews, disponibile all'indirizzo: [www.researchgate.net/publication/7335154\\_Therapeutic\\_communities\\_for\\_substance\\_related\\_disorder](http://www.researchgate.net/publication/7335154_Therapeutic_communities_for_substance_related_disorder).
- Torigiani C. (2014), *L'efficacia del trattamento delle dipendenze in Comunità terapeutica. Riflessioni da uno studio di caso*, XVII Congresso Nazionale AIV - Associazione Italiana di Valutazione - Napoli, 10-11 aprile 2014, "Per una cultura della valutazione: competenze professionali, pratiche democratiche e trasformazioni federaliste in Italia e in Europa" - Sessione: "Valutare i nuovi welfare", disponibile all'indirizzo: [www.valutazioneitaliana.it/contents/pagine/68/allegati/1836105191PaperTorigiani.pdf](http://www.valutazioneitaliana.it/contents/pagine/68/allegati/1836105191PaperTorigiani.pdf).
- Ugolini P. (2005), *Qualità e outcome nelle dipendenze. Dibattito europeo e italiano, esperienze in Emilia Romagna*, FrancoAngeli, Milano.
- Vanderplasschen W., Vandeveld S., Broekaert E. (2014), *Therapeutic communities for treating addictions in Europe. Evidence, current practices and future challenges*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, disponibile all'indirizzo: [www.emcdda.europa.eu/publications/insights/therapeutic-communities](http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/therapeutic-communities).
- Vanderplasschen W., Colpaert K., Autrique M., Rapp R.C., Pearce S., Broekaert E., Vandeveld S. (2013), "Therapeutic communities for addictions: a review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective", *The Scientific World Journal*, disponibile all'indirizzo: [www.hindawi.com/journals/tswj/2013/427817](http://www.hindawi.com/journals/tswj/2013/427817).



## Cambiamento: vincolo o risorsa?

Patrizia Cuomo<sup>o</sup>, Cristiana Di Giovanni<sup>o</sup>, Antonella Grandinetti\*, Francesco Grieco\*\*

### SUMMARY

■ *The human, being as a homeostatic system, placed in front of the need to change, resisted by a series of resistances; resistances overt or silent underlying the therapeutic relationship by preventing a positive evolution of the same.*

*Resistance in health care settings that prevent overcome the critical organizational.*

*The purpose of this article, therefore, is to analyze the relationship between exogenous and endogenous forces that come into play in the dynamics of change.*

*What happens when the patient's resistance encountered the resistance of the operator?*

*As sometimes, unconscious dynamics reflect the organizational strengths of the patients themselves?*

*And act as the resistance within the therapeutic contexts, be they relational or normative?*

*Emphasize the change as a resource, rather than as a constraint, it can be the first step towards an opportunity for growth from which to draw competitive advantage and therapeutic. ■*

**Keywords:** *contesto, resistenza, cambiamento, relazione.*

**Parole chiave:** *context, resistance, change, relationship.*

### La resistenza al cambiamento

Ogni essere umano, in quanto sistema unitario, è caratterizzato da un proprio equilibrio strutturatosi attraverso l'esperienza ed una serie di aggiustamenti interni; quando questo equilibrio non è più funzionale, si prospetta la necessità di un cambiamento, inteso come ristrutturazione creativa del proprio mondo.

Se l'uomo ed i contesti in cui esso è implicato fossero una macchina, sarebbe sufficiente programmarne il funzionamento una volta per tutte e, in caso di guasto, intervenire sul singolo ingranaggio o cambiare il singolo pezzo.

Tuttavia ciò non è possibile poiché si parla di sistemi sociali in continua evoluzione e trasformazione; pertanto non può esistere un modello a priori e universale di regolazione e funzionamento di tali sistemi, proprio perché per natura risultano essere specifici e contingenti.

Dunque è fondamentale avere un approccio proattivo al cambiamento, considerandolo un'occasione di crescita, un'opportunità da cui trarre il proprio vantaggio competitivo, come uomini e come organizzazioni.

Tale cambiamento, però, implica l'esperienza emozionale dei propri sentimenti in conflitto che è in parte dolorosa, paurosa o gravata dal senso di colpa, e l'acquisizione di modi di agire e pensare più compatibili e funzionali alla situazione che ha innescato il mutamento; per questa ragione, le persone tendono ad

essere conservatrici e ad evitare il cambiamento, a meno che questo non sia reso necessario.

In linea con quanto affermato, Lewin definisce il cambiamento come: «una temporanea instabilità che agisce sull'equilibrio esistente» e considera il suo modello più come una teoria della stabilità che del cambiamento. Dunque l'uomo e le organizzazioni presentano forze per il cambiamento e forze per la stabilità. Partendo da un'ipotetica situazione di equilibrio, le spinte al cambiamento iniziano ad agire scontrandosi con le resistenze e solo quando le spinte riescono a sconfiggere le resistenze, si verifica la fase di scongelamento (*Unfreezing*), che porta al cambiamento vero e proprio (*Change*) a alla successiva fase di ricongelamento (*Refreezing*).

La nuova situazione può venire nuovamente minacciata da altre spinte, anche diverse dalle precedenti, che si scontrano con nuove resistenze, attivando un altro processo di cambiamento.

Un cambiamento che trasformi profondamente le dinamiche preesistenti è però difficile da realizzare se non viene data la dovuta importanza ai processi umani e relazionali che ne costituiscono il tratto distintivo.

È dunque proprio la natura umana, a spiegare quei fallimenti o quei blocchi di progetti di innovazione che pur apparendo realizzabili, in concreto si incrociano con le cosiddette "resistenze al cambiamento".

Tutto questo ci permette di entrare in contatto con il concetto di "resistenza", con il quale si fa riferimento a tutte quelle forze psichiche agenti nel soggetto, sia al livello consapevole che a livello inconsapevole, che impediscono l'emergere alla coscienza di contenuti funzionali alla comprensione delle dinamiche interne ed esterne alla persona stessa, dunque forze che fungono da ostacolo sia ad un'evoluzione positiva del lavoro analitico e

<sup>o</sup> Psicologa tirocinante.

\* Direttore ff.

\*\* Dirigente medico.

U.O.C. Dipendenze DS66 ASL Salerno.

della relazione terapeutica analista-paziente, sia ad un'opposizione rispetto al realizzarsi di uno scopo organizzativo.

Nel corso degli anni, diversi autori, a partire da Freud, si sono interessati alle resistenze come parte integrante del processo terapeutico, evidenziando la necessità di comprenderne approfonditamente le dinamiche di azione, le influenze e le ricadute sia nella relazione interpersonale paziente-operatore sia nell'ambito delle aziende sanitarie.

Taluni hanno posto l'accento sulle valenze positive della resistenza altri su quelle negative; tutti sono comunque concordi nel considerarlo elemento determinante nell'evoluzione o meno della relazione terapeutica e dei contesti sanitari.

Dunque in tutti i processi di mutamento che si possono rintracciare, a livello individuale e del gruppo, si incontra una "resistenza" che di norma è presente in ogni modifica dello stato delle cose, e che possiamo identificare come una reazione emotivo/comportamentale a fatti reali o immaginari che minacciano la stabilità dominante.

Essa viene considerata un elemento di disturbo, un effetto disfunzionale (cioè contrario all'efficacia supposta e perseguita), o comunque una fonte di problemi e incertezze che devono essere possibilmente prevenuti (o rimossi, laddove ciò risultasse impossibile).

Una possibile spiegazione di tale resistenza può essere rintracciata in fattori evolutivi umani, che orientano le scelte secondo principi di certezza e coerenza.

È, infatti, preferibile una situazione conosciuta, per quanto non soddisfacente, piuttosto che una situazione incerta che crea paura dell'ignoto, anche se questa si prospetta come vantaggiosa. Per sua natura l'essere umano teme il cambiamento e, anche se a volte può esserne incuriosito, nella maggior parte dei casi è restio ad accettarlo.

La resistenza, infatti, si manifesta in modi differenti: a volte, agendo nello spazio compreso tra lo, Es e Super-io, in quanto difesa, non si presenta in modo manifesto ed è talmente scaltra che si fa fatica a riconoscerla; altre volte, essa tende a palesarsi con tutta la sua intensità, come nel caso dei pazienti tossicomani, ed in questa ottica, appare fondamentale per la riuscita della terapia il ruolo svolto dal terapeuta e dall'eventuale presenza in lui di resistenze non elaborate: «(...) Quando ci accingiamo a far guarire un ammalato, a liberarlo dai suoi sintomi morbosi, egli ci oppone una resistenza violenta, tenace e persistente per tutta la durata del trattamento» (*Introduzione alla psicoanalisi* - lezione 19 'Resistenza e Rimozione' - Freud).

Ci troviamo, dunque, di fronte ad un paradosso: la persona appare motivata al cambiamento, la sua richiesta di aiuto è intrisa di sincerità e speranza, tuttavia, interviene una resistenza che, se non opportunamente smantellata, lo lascia legato ad alcune cause del suo disturbo che o non conosce bene oppure si rifiuta di individuare e superare, rendendo nullo qualunque tentativo di aiuto da parte dell'operatore.

Si configura un quadro in cui è come se il "malato" si ribellasse al soccorritore facendo l'interesse della sua malattia.

Probabilmente la ragione si lega alla funzione di difesa contro l'angoscia di base, svolta dalla resistenza, che impedendo di riportare alla luce problemi che possano turbare o aggravare lo stato emotivo ed affettivo del soggetto, consentirebbe il mantenimento di un'omeostasi psichica o contestuale che, per quanto disfunzionale, rassicura.

## Resistenza al cambiamento in ambito sanitario

Il contesto mutevole nel quale siamo inseriti richiede alle aziende sanitarie pubbliche una continua rivisitazione delle vecchie

pratiche consolidate, pertanto risulta necessario riprogettare le organizzazioni in modo tale da poter fronteggiare, e se possibile anticipare i cambiamenti esterni.

La condizione di successo indispensabile per le aziende sanitarie, infatti, consiste nel creare un'organizzazione che sviluppi una cultura di supporto al cambiamento dei comportamenti gestionali e operativi da attuare in collaborazione con gli operatori e non su di essi (Paneforte, 1998).

In tale scenario, lasciare in secondo piano l'essenza strutturale "umana" dei contesti organizzativi, vorrebbe dire dimenticare che è il fattore umano, la persona ad essere il centro di ogni processo di cambiamento e apprendimento all'interno di un sistema sociale.

Per apportare una modifica a tale sistema occorre agire, infatti, sugli elementi che ne condizionano il funzionamento, i quali, da un lato si riferiscono agli aspetti strutturali e regolamentari, dall'altro a quelli comportamentali e culturali.

Dunque, qualsiasi innovazione o cambiamento, per divenire un processo di apprendimento, necessita di essere sorretto da una strategia di azione che prenda in considerazione il percorso evolutivo del contesto in cui si intende operare e la ricostruzione storica di questo; solo in tal modo diviene possibile chiarire gli obiettivi futuri valorizzando al meglio le professionalità interne, evitando di lasciare in secondo piano il sistema sociale che caratterizza il contesto.

Attualmente vi è un comune consenso nel considerare il cambiamento organizzativo come una delle principali sfide per gli operatori, a tal punto da riconoscere che i programmi di cambiamento registrano un alto tasso di fallimento, associato nella maggior parte dei casi, alle criticità connesse alla trasformazione dei sistemi relazionali.

Ogni cambiamento, non a caso, può tirare in ballo:

- dimensioni psicologiche e motivazionali, che spiegherebbero le resistenze individuali o, in termini positivi, il grado di *commitment* o coinvolgimento dell'individuo agli obiettivi dell'organizzazione;
- dimensioni culturali, che chiamano in causa gli aspetti legati al clima organizzativo, alla costituzione di valori e logiche condivise, alla comunicazione interpersonale;
- dimensioni politiche e sociali, che si riferiscono alle relazioni di interdipendenza – e quindi di potere – tra il personale che possono generare strategie di resistenza o adattamento.

Le tre dimensioni descritte, possono essere osservate all'interno delle aziende sanitarie, in particolar modo laddove la persistenza reiterata di situazioni di scarsa innovazione ha generato posizioni di rendita, ma anche routine culturali, o addirittura élite privilegiate di potere difficili da sradicare.

La resistenza, dunque, in questi casi rappresenta il risultato di scelte organizzative e, al tempo stesso, è essa stessa una scelta organizzativa che, in quanto tale, si può manifestare mediante azioni o inazioni.

Tra le possibili cause determinanti tali resistenze, si riscontra spesso la cultura organizzativa e la struttura di potere, poiché nessuna spinta al cambiamento risulta realizzabile se percepita incompatibile con la cultura organizzativa e la struttura di potere interna (Tosi, Pilati & Mero, 2002).

Generalmente coloro i quali ostacolano il cambiamento ritengono di perdere qualcosa rispetto allo status, al prestigio, al potere o al controllo ed in tali casi manifestano la loro resistenza tramite comportamenti tesi a dimostrare che il cambiamento non apporterà mai alcun beneficio

In questo senso le persone possono avere timore di non sentirsi in grado di sviluppare le competenze richieste dalla nuova orga-

nizzazione e dal nuovo modo di lavorare, come perdita difficile da accettare.

Dunque risulta evidente quanto la resistenza si connetta all'impossibilità di mantenere il controllo su una data situazione; non a caso le strutture organizzate e le istituzioni sono esempi di forme sociali con le quali si cerca di ottenere stabilità, creando prevedibilità, facilitano la costruzione di *routine* comportamentali, attraverso le quali, si cercherebbe di sfuggire all'ansia correlata all'impossibilità di prevedere con precisione gli esiti di un cambiamento e di evitare l'incertezza.

Soffermandoci su questo ultimo aspetto è possibile notare come, talvolta, il cambiamento imposto dagli altri è vissuto come una minaccia piuttosto che come un'opportunità e quasi tutte le persone che avvertono tale vissuto (nel loro ruolo o nelle relazioni) tendono a "resistere".

Il fenomeno descritto è spesso verificabile o visibile proprio nella realtà clinica, quando, vi è un cambiamento di organizzazione che può produrre disgregazione della personalità, in virtù del fatto che il gruppo e l'organizzazione costituiscono nel tempo la personalità degli operatori o parte di essa.

Le istituzioni e le organizzazioni, infatti, sono custodi della socialità sincretica, la quale spiega sufficientemente la resistenza al cambiamento e la tendenza alla burocratizzazione.

Un'organizzazione si burocratizza quando i mezzi si trasformano in fini, ed è interessante in questa ottica osservare come le organizzazioni spesso tendano a conservare la medesima struttura del problema che dovrebbero affrontare; ad esempio gli ospedali finiscono per avere alcune delle problematiche dei malati stessi (isolamento, deprivazioni sensoriali, deficit di comunicazione ecc.).

Da ciò emerge quanto sia indispensabile, ai fini di un mutamento reale, cambiare *in primis* l'atteggiamento del personale; il cambiamento infatti passa non solo attraverso la relazione con gli utenti, ma anche tramite l'importanza che gli viene attribuito dagli operatori in relazione alla fiducia che nutrono nel riuscire ad ottenerlo.

A questo proposito come sostiene Quercia: «Partire da questi presupposti piuttosto che dal proprio mandato, fa sì che l'intervento possa essere effettivamente disegnato sulla persona, nel rispetto dei suoi tempi, della sua autonomia e della sua disponibilità al cambiamento. Significa inoltre che gli obiettivi dell'intervento possono essere definiti realisticamente e, soprattutto, condivisi, senza cadere nell'errore di costruire percorsi basati sulle convinzioni nostre anziché dell'altro e quindi destinati a fallire e ad aumentare la frustrazione sia della persona che dell'operatore».

È chiaramente comprensibile come le istituzioni sanitarie, non facciano riferimento soltanto ai canoni tecnici o ai fini sociali per le quali sono state create, ma soprattutto, alle logiche inconscie socialmente condivise, che calmano le angosce degli operatori.

Le logiche inconscie, infiltratesi all'interno delle dinamiche organizzative e all'insaputa degli stessi operatori, producono come risultato un tipo di organizzazione che spesso è funzionale agli operatori, piuttosto che agli utenti.

Ciò porta al verificarsi di alcuni paradossi: la scuola che risponde ai bisogni degli insegnanti, anziché a quelli degli allievi; l'Ospedale che serve a medici e infermieri, piuttosto che ai malati; l'esercito che serve ai generali, anziché alla difesa e l'apparato politico che serve ai politici, piuttosto che al paese.

Emblematiche, a tale proposito, sono le parole di Isabel Menzies «Il bisogno che i membri hanno di usare l'organizzazione nella lotta contro l'ansia – scrive in un suo noto lavoro di analisi dei

meccanismi di difesa adottati nell'ambito di un servizio infermieristico di un ospedale generale inglese – porta allo sviluppo di meccanismi di difesa socialmente strutturati, che appaiono come elementi all'interno della struttura, della cultura, del modo di funzionare dell'organizzazione. (...) Un sistema sociale di difesa si sviluppa nel tempo come risultato di interazioni collusive e di accordi, spesso inconsci, tra i membri dell'organizzazione sulla forma che deve assumere. Così i meccanismi di difesa socialmente strutturati tendono ad assumere l'aspetto di una realtà esterna con la quale sia i nuovi membri che quelli anziani devono venire a patti» (Menzies, 1970). Pertanto quando un sistema è permeato dalle rappresentazioni intrapsichiche nevrotiche del personale – come è stato rilevato nelle istituzioni percorse da forti tensioni conflittuali e maggiormente resistenti ai cambiamenti – si crea inevitabilmente una cultura aziendale tesa ad estendere lo stile nevrotico all'intero funzionamento organizzativo.

Tali organizzazioni non tardano, dunque, a manifestare "patologie organizzative", le quali possono assumere le seguenti configurazioni talvolta combinate fra loro:

- organizzazione paranoide, fondata sull'istituzionalizzazione del sospetto (spesso a seguito di ostilità subite), che produce diffidenza verso l'esterno e l'interno;
- organizzazione compulsiva, programmata perfezionisticamente e attraversata da politiche molto formalizzate e burocratiche;
- organizzazione drammatica, intenta ad attrarre l'attenzione ed esibire il successo con preoccupazione narcisistica; il potere è accentrato, spesso autoritario, e le decisioni sono rapide; i rischi fanno riferimento all'incoerenza o alla disomogeneità ed alla conflittualità;
- organizzazione depressiva, in cui vige l'abitudine e la rassegnazione. Le difficoltà nel prendere decisioni producono marginalità nell'ambiente;
- organizzazione schizoide, dove vige la neutralizzazione reciproca degli orientamenti diversi, spesso tra coalizioni, con attriti operativi e tensioni psicologiche. Caratterizzate principalmente da lotte politiche e di interessi dei manager, che cercano di attirare l'attenzione del leader schizoide con i propri progetti, creando però un sistema incoerente e poco integrato per grandi cambiamenti ed innovazioni. Grandi cambiamenti o innovazioni non sono consentiti, data la conflittualità interna, e l'informazione si riduce ad elemento di potere. Nonostante la varietà dei punti di vista sia un punto di forza, questo stile si presenta fallimentare poiché la creazione di obiettivi è valutata solo in base agli accordi interni ed una totale non-considerazione dell'ambiente.

In questo modo è possibile capire quelle istituzioni disfunzionali che, in ambito sanitario, lamentano anomalie che conducono a riforme su riforme, ognuna delle quali non risulta però soddisfacente.

La limitata capacità del sistema aziendale, dunque, produce quei fattori sistemici di inerzia che si materializzano nel momento in cui la messa in atto di una strategia si trova ostacolata dalla difficoltà di adeguarsi alla nuova logica di funzionamento richiesta; difficoltà che nasce da cause strutturali, non riconducibili solo a scelte comportamentali dei vari soggetti.

Gli stili organizzativi descritti permettono di porre l'accento sull'importanza della decifrazione dei significati, la cui analisi permette di determinare a priori le scelte e la cultura organizzativa, e con essi le potenzialità ed i limiti.

È quindi fondamentale un osservatore esterno che permetta ai leader di rilevare lo stile nevrotico predominante, al fine di cambiarlo.

Dunque le riflessioni che emergono da tale analisi fanno riferimento alla possibilità di evitare la creazione di resistenze al cambiamento che producono talvolta, nel lavoro di equipe, "paralisi operative" e regressioni a vecchi schemi operativi.

Pertanto valutare come elaborare i passaggi dei vecchi schemi di riferimento ai nuovi tramite la possibilità di costruzione di codici comuni e valutare come rompere comportamenti stereotipati che agiscono con modalità di tipo competitivo ostacolando la circolazione dell'informazione, risultano elementi fondamentali. Allo stato attuale, per costruire e rafforzare questa capacità di elaborazione e di gestione strategica dei processi di cambiamento occorre mettere in atto un'opera di sensibilizzazione verso il "nuovo" rafforzando l'identità stessa dell'azienda e recuperando quella cultura organizzativa condivisa, che favorisce percorsi di innovazione utili ad evitare il rischio di una frantumazione dell'organizzazione in una serie di sub-sistemi ancora chiusi e competitivi.

Necessariamente l'organizzazione deve essere flessibile per poter tessere e intervenire in rete ad un livello più trasversale, livello in cui la comunicazione tra diversi operatori è fluida, in cui i ruoli non sono stereotipati o difensivamente fissi ed esistono spazi di elaborazione delle ansietà prodotte dalla pratica quotidiana.

In ultima analisi, trasformare l'innovazione in apprendimento significa costruire un sistema in cui è possibile la costruzione di nuovi pensieri e la sistematizzazione concettuale del lavoro che si sta svolgendo.

Ridefinire il "patto" tra individui e organizzazione, consentendo agli uni e all'altra di crescere positivamente sulla fiducia e sulla cooperazione, vuol dire valorizzare al massimo le risorse disponibili.

Dunque, un'organizzazione non cambia quando tutti i soggetti che la compongono cambiano, ma quando essi sono capaci di strutturare le proprie relazioni in un gioco diverso, rispetto a quello in cui operavano in precedenza.

## Resistenza al cambiamento nella relazione terapeutica

I pazienti, spesso, nonostante siano loro stessi a richiedere un supporto psicologico, si mostrano restii al cambiamento fin dall'inizio del trattamento psicoterapeutico: sperano che a cambiare siano gli altri o si deresponsabilizzano affidandosi totalmente alla figura del terapeuta che, nella loro fantasia, può estinguere magicamente le loro sofferenze e i loro aspetti disfunzionali, senza turbare la loro parvenza di equilibrio.

In una situazione siffatta, al fine di compiere un lavoro produttivo, è importante per l'operatore individuare il tipo di resistenza al cambiamento sviluppata per poi utilizzarla a servizio del cambiamento stesso.

La letteratura scientifica, ha individuato quattro forme di resistenza al cambiamento: inadeguatezza del paziente, conflitti intrapsichici del paziente, impasse paziente/terapeuta e limitazioni tecniche del terapeuta o delle terapie.

Sia il paziente che il terapeuta possono essere bloccati in ruoli che ostacolano il cambiamento ed avere idee diverse sul significato di quest'ultimo.

La resistenza può manifestarsi in analisi come il rifiuto della dipendenza dal terapeuta a seguito di esperienze e memorie di dipendenza traumatiche.

Si evidenzia la necessità di capire non tanto quando esiste o meno una relazione di dipendenza, imprescindibile mezzo per

la soddisfazione dei propri bisogni, desideri e obiettivi, ma quando il carattere di dipendenza della relazione diventa patologico e invalidante per il soggetto o per le persone che gli sono vicine (Coyoumdjian *et al.*, 2006).

Nell'ottica del modello cognitivo e del modello psicoanalitico, il rifiuto va letto come un tentativo, da parte del soggetto, di assumere un ruolo attivo attraverso la padronanza di sentimenti di passività ed impotenza.

Un altro modo di presentarsi della resistenza al cambiamento, è il dispiegarsi di Modelli Operativi Interni (MOI) frutto di interazioni precoci, che fungono da filtro dell'esperienza, e se disfunzionali, influenzano in tal senso quanto viene elaborato e interpretato.

Tali modelli disadattivi di funzionamento a livello cognitivo, affettivo e di comportamento, essendo operanti al di fuori di una piena consapevolezza, sono difficilmente modificabili da nuove esperienze e configurano una forte resistenza.

Le credenze patologiche individuali, danno origine a distorsioni cognitive nell'attribuzione di senso che l'individuo fa dell'esperienza.

Secondo le teorie relazionali, il paziente testerebbe gli altri, incluso il terapeuta, per provare la non validità delle proprie opinioni, quindi per cambiarle; in tale ottica si comprende la necessità per il terapeuta di non colludere col paziente, agendo in modo da confermarle. Assunto comune è che da una parte la resistenza sia conseguente al timore che il cambiamento possa generare una sofferenza maggiore di quella sperimentata attualmente, andando a minacciare il senso di identità e il bisogno di sicurezza della persona; dall'altra la resistenza può essere il segno di un fallimento nella comunicazione terapeuta-paziente. Riprendendo il concetto di resistenza al cambiamento come rifiuto della dipendenza avvertita nei confronti del terapeuta, una tecnica rivela particolarmente efficace nel superamento di quest'ultima è quella proposta da Zapparoli nel 1988, definita "supervisione dell'autoanalisi del paziente".

Questa tecnica rappresenta un buon esempio di modello collaborativo, nel quale la terapia è vista come un processo portato avanti da entrambi i partecipanti, diversamente dal modello gerarchico che concepisce l'analisi come un processo esercitato dal terapeuta sul paziente (Bohart, 2000), e risponde all'ambivalenza di fondo dipendenza-indipendenza sperimentata dall'utente, facendo sì che il terapeuta assuma un ruolo di supervisore all'interno del processo di autoanalisi programmato e portato avanti dal paziente stesso.

In questo modo, il soggetto può sperimentare una sorta di dipendenza controllata da una figura esperta, conservando, al contempo, il proprio senso di autonomia.

Alcuni autori, tra cui Liotti, importante cognitivista, hanno ipotizzato che la relazione terapeutica potesse essere considerata un tipo di relazione di attaccamento, analogo a quello che si stabilisce durante l'infanzia, poiché vi è un membro della coppia che richiede cure ed un altro che le fornisce e, come tale, può avere differenti connotazioni, in funzione della regolazione affettiva e della struttura interna del soggetto (Liotti, 2001): evitante, preoccupata, sicura o disorganizzata. L'individuazione della tipologia di attaccamento del paziente da parte dell'operatore è molto importante per la riuscita della relazione terapeutica; quest'ultima è, infatti, una importante chiave di lettura dell'intero processo clinico e delle dinamiche transfert-controtransfert che si vanno a innescare nell'incontro tra i MOI appartenenti alle rispettive figure.

Un attaccamento di tipo evitante (o distanziante) è ciò che sembrerebbe caratterizzare il paziente tossicomane, e si riscontra,

di frequente, un tratto Alessitimico, ovvero una difficoltà nel riconoscere/entrare in contatto con le proprie emozioni che genera una resistenza e porta l'individuo a "rifugiarsi nella dipendenza" per evitare di esperire affetti dolorosi e intollerabili.

In una situazione siffatta, è importante che la terapia aggiri le resistenze e trovi il modo per permettere agli affetti di accedere all'esperienza e alla coscienza, anche laddove il paziente neghi il proprio bisogno di aiuto. Altra fonte di resistenza, in analisi, può provenire dal controtransfert sperimentato dall'operatore in relazione al peculiare pattern di attaccamento del proprio paziente.

Ad esempio: i pazienti evitanti, possono indurre nel terapeuta un sentimento di sfiducia per il cambiamento ed il raggiungimento dell'intimità, escludendo il terapeuta e facendolo sentire inetto e non considerato, così come essi si sono sentiti esclusi a loro tempo dalle figure di attaccamento o ancora, nei pazienti preoccupati (analogo del pattern ansioso-ambivalente), il terapeuta può sentirsi impotente o sopraffatto dalla situazione, di fronte a soggetti che rinnovano in continuazione la propria richiesta di cura e di assistenza, indipendentemente dai tentativi già effettuati.

Se l'analista non ha consapevolezza del proprio controtransfert, il rischio di collusione con il paziente ed il conseguente fallimento della relazione terapeutica, soggetta ad un'impasse, è molto elevato.

Tradizionalmente, il soggetto dipendente è descritto come un individuo dalla modalità di interazione tipica: inaffidabile, mendace, manipolativo, irresponsabile, poco tollerante rispetto alle frustrazioni, con un senso di sé precario, fragile e oscillante da un'immagine di sé vittimistica ad una onnipotente di "Dio in terra" per cui "tutto è possibile", anche uscire da una condizione di dipendenza senza l'aiuto di nessuno (Vaccari e Zucconi, 1997).

La richiesta di aiuto all'operatore appare contraddistinta da tratti di urgenza e drammaticità.

La domanda richiede un intervento immediato ed è pervasa dalla proiezione di fantasie salvifiche e onnipotenti sulla figura del terapeuta (Massimo Borgioni, 2007), il quale dovrà evitare di colludere con queste aspettative magiche, riportando il paziente all'esame di realtà e all'assunzione di consapevolezza rispetto alla propria responsabilità nel processo di cambiamento.

È fondamentale che l'operatore abbia consapevolezza di queste dinamiche ed eviti, conseguentemente, di "nutrire" il proprio narcisismo e la visione messianica che il paziente può avere di lui (Kernberg, 1975); se ciò non dovesse accadere, si verifica un sovrainvestimento della propria funzione, le cui cause vanno probabilmente ricercate nell'infanzia del soggetto, ed in particolare, nella strumentalizzazione del bambino ad opera dei genitori, per la soddisfazione di personali carenze affettive.

In tale configurazione di eventi, il bambino sviluppa una sensibilità particolare per i segnali inconsci dei bisogni altrui, con conseguente rabbia impotente e disperazione per la deprivazione affettiva subita.

Se tale configurazione inconscia, non viene opportunamente elaborata in età adulta, si va a trasferire sul paziente inficiando la relazione terapeutica e con essa la possibilità di ottenere un cambiamento (Miller, 1996).

Un terapeuta non consapevole delle proprie ferite narcisistiche, infatti, mostrerà una maggiore compiacenza nei confronti del proprio assistito e cercherà di evitare a quest'ultimo qualunque sorta di frustrazione per non incorrere nell'eventualità che emergano verso di lui sentimenti negativi poichè la negatività, non compresa e non accettata dal terapeuta per se stesso, difficil-

mente verrà favorita nel paziente (Moselli, Tremante, 2008). L'operatore più che invogliare il paziente alla comunicazione dei propri nodi conflittuali e disfunzionali, lo stimolerà a mettere in luce gli aspetti positivi, perdendo di autorevolezza ai suoi occhi. In questo quadro di riferimento, eventuali "ricadute" sono da considerare alla stregua di una "fuga" da un contesto avvertito come poco empatico e comprensivo, un contesto che lo fa sentire accettato, non in quanto individuo dotato di elementi positivi e negativi, ma solo in virtù delle sue possibilità di cambiamento; laddove il paziente necessita di uno spazio che lo faccia sentire libero di esprimere i propri sentimenti di vergogna e di sconfitta; in caso contrario, il soggetto si sentirà sotto pressione e rifiuterà l'aiuto.

L'esortazione dovrà, quindi, essere trasmessa dall'operatore in maniera indiretta e mai palese, pena il dispiegarsi di una resistenza nel paziente e la relegazione del terapeuta in un ruolo che perpetua il problema.

Il terapeuta dovrà essere consapevole della propria fallibilità ed impostare una relazione terapeutica fondata su aspettative realistiche, pena la perdita di empatia all'interno della stessa e il condurre la persona in direzioni che ancora non vuole o non è in grado di intraprendere, e, nei casi più gravi, forzando difese e resistenze necessarie, nel paziente, per la tutela del proprio equilibrio psichico.

Per quanto riguarda le resistenze portate nella relazione analitica da parte del soggetto dipendente, possiamo prendere in considerazione quattro condizioni ricorrenti: il paziente collaborativo; chi vorrebbe essere collaborativo ma non può, ovvero persone che riconoscono la necessità di un cambiamento ma che o percepiscono eccessive difficoltà nella realizzazione dello stesso o ci hanno provato ottenendo scarsi risultati.

Continui fallimenti in tal senso, hanno contribuito a rafforzare le sue resistenze ed a creare una percezione della realtà disfunzionale e rigida; il non collaborativo e, infine, la persona non in grado di collaborare né di opporsi: soggetti per lo più psicotici, con sintomi deliranti o con una struttura mentale eccessivamente rigida la cui principale resistenza è data dalla difficoltà a uscire dalla propria visione della realtà, rapportandosi adeguatamente agli altri.

L'unica possibilità per il terapeuta, sarà quella di ristrutturare gradualmente la narrazione di sé, slegata dalla realtà, che questi soggetti portano in analisi.

Tale tecnica, se ben calibrata, condurrà o all'emergere di un'opposizione o alla collaborazione.

Nell'approccio al tossicomane, è opportuno che il terapeuta riconosca e valorizzi la dimensione soggettiva del proprio paziente, in quanto individuo portatore di un proprio sistema di valori e di un proprio mondo interno fatto di relazioni sociali e familiari, laddove, la tendenza generale è quella di scadere in una mera attribuzione di etichette diagnostiche, con la conseguente generalizzazione e mortificazione della personalità individuale, all'interno di una dimensione di "causa-effetto".

Il modo in cui la persona si appropria alla sostanza, essendo il riflesso della sua peculiare soggettività, è fortemente variabile; per tale ragione, non è possibile individuare una strategia di azione univoca, non esistono regole o schemi prevedibili da applicare al caso, ma è opportuno riconoscere l'individuo come agente attivo dotato di libero arbitrio e, in quanto tale, unico promotore del proprio cambiamento; cambiamento inteso come prodotto finale di un processo maturato internamente, commissione di motivazione e responsabilità.

In questa ottica, potrebbe sembrarci che il ruolo del terapeuta venga meno o sia del tutto marginale, ma occorre tener presen-

te che è proprio la sua qualità di presenza che permette al processo di cambiamento di dispiegarsi e attualizzarsi, nonostante la sua direzione sia stabilita dal paziente.

In conclusione, riprendendo la teorizzazione di Liotti sulla relazione terapeutica come relazione di attaccamento, per superare eventuali resistenze presenti nel paziente, appare primario per il terapeuta assumere la funzione di base sicura, assumendo atteggiamenti quali: ascolto attento, attesa rassicurante, sollecitudine calibrata per le sofferenze espresse dal paziente e comprensione per le sue eventuali diffidenze.

Solo laddove l'interazione è sicura, ovvero «se il terapeuta offre conforto e validazione al paziente, rispecchiando le sue esperienze in modo adeguato, senza diventare iperprotettivo o oltrepassare i limiti imposti dalla professione» il processo assume un andamento collaborativo, centrato sul raggiungimento degli obiettivi terapeutici; in caso contrario, si ha l'attivazione di MOI insicuri e di credenze patologiche che determinano un'impasse ed inficiano la relazione terapeutica, portando ad un fallimento della stessa.

## Bibliografia

- Aa.Vv. (1996), *Il medico e il management*, Accademia Nazionale di Medicina, Roma.
- Adinolfi P. (2000), *I cambiamenti ambientali e innovazioni organizzative nelle aziende sanitarie*. Atti del Convegno Associazione italiana di economia sanitaria (Aies) "La sanità tra Stato e mercato", Padova.
- Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (1996), *Il dipartimento nel Servizio Sanitario Nazionale. Proposte di linee guida per l'applicazione del modello legislativo nelle strutture ospedaliere*.
- Alvesson M., Willmott H. (1992), *Critical Management Studies*, Sage, London.
- Ambrosi E., Galletta M., Portoghese I., Battistelli A., Saiani L. (2013), "L'intenzione di turnover dall'ospedale: caratteristiche individuali, lavorative ed organizzative di un campione di infermieri del Nord Italia", *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro e Ergonomia*, 35(1): 17-25.
- Anessi Pessina E., Cantù E. (2006), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*. Rapporto OASI 2006.
- Argentero P., Cortese C.G., Piccardo C. (2009), *Psicologia delle organizzazioni*, Raffaello Cortina, Milano.
- Armenakis A.A., Bernerth J.B., Pitts J.P., Walker H.J. (2007), "Organizational change recipients' beliefs scale: Development of an assessment instrument", *Journal of Applied Behavioral Science*, 43: 495-505.
- Avallone F., Paplomatas A. (2005), *Salute organizzativa. Psicologia del benessere nei contesti lavorativi*, Raffaello Cortina, Milano.
- Bandura A. (1977), "Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change", *Psychological Review*, 84: 191-215.
- Bareil C., Gagnon J. (2004), *Building employees' capacity to adapt to change*, HEC, Montréal.
- Bareil C., Savoie A., Meunier S. (2007), "Patterns of Discomfort With Organizational Change", *Journal of Change Management*, 7: 13-24.
- Barnard C. (1938), *The Functions of the Executive*, Harvard University Press, Cambridge.
- Bartunek J.M., Rousseau D.M., Rudolph J.W., DePalma J.A. (2006), "On the receiving end: Sensemaking, emotion, and assessments of an organizational change initiated by others", *Journal of Applied Behavioral Science*, 42: 182-206.
- Bateman T.S., Crant J.M. (1993), "The proactive component of organizational behavior: A measure and correlates", *Journal of Organizational Behavior*, 14(2): 103-118.
- Battistelli A., Mariani M.G. (2011), "Supporto organizzativo: validazione della versione italiana della Survey of Perceived Organizational Support" (versione a 8 item), *Giornale Italiano di Psicologia*, XXXVIII, 1.
- Battistelli A., Picci P. (2009), *Innovation in the Transformation of Jobs and Organizations*, Di Renzo Editore, Roma.
- Battistelli A., Montani F., Odoardi C. (2013), "The Impact of Feedback From Job and Task Autonomy in the Relationship Between Dispositional Resistance to Change and Innovative Work Behaviour", *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 22: 26-41.
- Battistelli A., Montani F., Odoardi C., Vandenberghe C., Picci P. (2013), "Employees' concerns about change and commitment to change among Italian organizations: the moderating role of innovative work behavior", *The International Journal of Human Resource Management*. DOI: 10.1080/09585192.2013.809012
- Bauleo A. (2000), *Psicoanalisi e gruppaltà*, Borla, Roma.
- Beaumaster S. (2002), *Local Government IT Implementation Issues: A challenge for Public Administration*, Proceedings of the 35th Annual Hawaii International Conference on System Sciences.
- Bergamaschi M. (a cura di) (2000), *Manuale di organizzazione delle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.
- Bindl U., Parker S.K. (2011), "Proactive work behavior: Forward thinking and change-oriented action in organizations", in Zedeck S. (Ed.), *APA Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, vol. 2, Chapter 19, American Psychological Association, Washington, DC.
- Bleger J. (1986), *Psicohigiene y psicología institucional Biblioteca de Psicología general*, Buenos Aires Editorial Paidós.
- Boccardelli P., Fontana F. (2004), "Il cambiamento organizzativo nelle aziende sanitarie", *Rivista italiana di ragioneria e di economia aziendale*, 104(7/8): 455-469.
- Bohart A.C. (2000), "Issue editor - The client as active self-healer: Implication for integration", *Journal of psychotherapy Integration*, Kluwer Academic, Plenum, vol. 9.
- Bommer W.H., Rich G.A., Rubin R.S. (2005), "Changing attitudes about change: Longitudinal effects of transformational manager behavior on employee cynicism about organizational change", *Journal of Organizational Behavior*, 26: 733-753.
- Borgioni M. (2007), "L'impasse nella relazione di aiuto con la persona tossicodipendente", *ACP - Rivista di studi Rogersiani*, novembre: 47-62.
- Borgonovi E., Zangrandi A. (1988), *L'ospedale. Un approccio economico aziendale*, Giuffrè, Milano.
- Bowlby J. (1980), *Attachment and loss*, vol. 3, Hogarth Press, London.
- Burke W.W. (2010), *Il cambiamento organizzativo Teoria e pratica*, FrancoAngeli, Milano.
- Carubbi F. (2012), "La responsabilità della persona tossicodipendente nel suo processo di cambiamento. Riflessioni su empatia e confronto nella relazione terapeutica", *Da Persona a Persona - Rivista di studi rogersiani*, giugno: 139-155.
- Cerisdi (1992), "L'assetto organizzativo gestionale del sistema socio-sanitario siciliano", in *Un modello pedagogico-formativo per lo sviluppo manageriale*, CERISDI, Palermo.
- Coch L., French J.R. (1948), "Overcoming resistance to change", *Human Relations*, 1: 512-532.
- Coetsee L. (1999), *From resistance to commitment*, Public Administration Quarterly, Summer, pp. 204-222.
- Collins D. (2003), "Re-imagining change, Tamara", *Journal of Critical Postmodern Organization Science*, vol. 2(4).
- Couyoumdjian A., Baiocco R., Del Miglio C. (2006), *Adolescenti e nuove dipendenze*, Laterza, Bari.
- Dent E.B., Galloway-Goldberg S. (1999), "Challenging 'resistance to change'", *Journal of Applied Behavioral Science*, vol. 35, n. 1, March.
- Eby L.T., Adams D.M., Russell J.E.A., Gaby S.H. (2000), "Perceptions of organizational readiness for change: Factors related to employees' reactions to the implementation of team-based selling", *Human Relations*, 53: 419-442.
- Ford M., Greer B. (2005), "The relationship between management control system usage and planned change achievement: An exploratory study", *Journal of Change Management*, 5(1): 29-46.
- Grey C. (2003), "The fetish of change. Tamara", *Journal of Critical Postmodern Organization Science*, vol. 2(2): 1-19.

- Grudin J. (1996), "The organizational contexts of development and use", *ACM Computing Surveys*, vol. 28, n. 1, March.
- Herold D.M., Fedor D.B., Caldwell S.D. (2007), "Beyond Change Management: A Multi-Level Investigation of Contextual and Personal Influences on Employees Commitment to Change", *Journal of Applied Psychology*, 92: 942-951.
- Higgs M.J. (2010), "Do leaders need emotional intelligence? A study of the relationship between emotional intelligence and leadership of change", *International Journal of Organisational Behaviour*, 5(6): 195-212.
- Hirschheim R., Newman R. (1988), "Information systems and user resistance: theory and practice", *The Computer Journal*, vol. 31, n. 5: 398-408.
- Hornung S., Rousseau D.M. (2007), "Active on the job-proactive in change: How autonomy at work contributes to employee support for organizational change", *Journal of Applied Behavioral Science*, 43: 401-426.
- Laplanche J., Pontalis J.-B. (1974), *Enciclopedia della psicoanalisi*, Laterza, Bari.
- Joshi K. (1991), "A model of users' perspective on change: the case of IT implementation", *MIS Quarterly*, June: 229-242.
- Keen P.G. (1981), "Information systems and organizational change", *Communications of the ACM*, January, vol. 24, n. 1.
- Kernberg O.F. (1975), "Treatment of narcissistic personalities: Reply to Ornstein", *Int.j.Psychoanal. Assn.*, 24: 795-830.
- Hinsie L.E., Campbell R.J. (1970), *Dizionario di psichiatria*, Astrolabio, Roma.
- La persona Discapacitada: un recorrido por la integración en la asistencia socio-sanitaria*. Proyecto financiado por el Fondo Social Europeo. *La relazione paziente-operatore. Il lavoro d'equipe Chioggia*, 22 marzo 2005.
- Lewin K. (1951), *Teoria e sperimentazione in psicologia sociale*, Il Mulino, Bologna (1972).
- Liotti G. (2001), *Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitiva-evoluzionista*, Raffaello Cortina, Milano.
- Lorusso S., Quagliata L. (2003), "L'incentivazione per obiettivi: una logica perseguibile nella Sanità", *Sanità Pubblica e Privata*, 10: 1069-1086.
- Manki M.A. (2003), "Power, Subjectivity and Strategies of Resistance: the Case of the Acme School. Tamara", *Journal of Critical Postmodern Organization Science*, vol. 2(4): 52-75.
- Martinko M., Henry J., Zmud R. (1996), "An attributional explanation of individual resistance to the introduction of information technologies in the workplace", *Behaviour&Information Technology*, vol. 15, n. 5: 313-330.
- Meneguzzo M. (a cura di) (1995), *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*, EGEA, Milano.
- Menzies I. (1970), "Social System as a Defense Against Anxiety, an empirical study of the nursing service of a general hospital", *The Dynamics of organizational change*: 440-462.
- Moselli P., Tremante M., "Il narcisismo dello psicoterapeuta, il narcisismo del paziente. Idee in Psicoterapia", *Narcisismo del paziente, narcisismo del terapeuta*, 3(3): 25-32.
- Odoardi C., Colaianni G., Battistelli A., Picci P. (2008), "The influence of organizational characteristics on the expectations before an innovation", *Risorsa Uomo*, 14(4): 76-90.
- Oreg S. (2003), "Resistance to change, developing an individual differences measure", *Journal of Applied Psychology*, vol. 88, n. 4: 680-693.
- Oreg S. (2003), "Resistance to change: Developing an individual differences measure", *Journal of Applied Psychology*, 88: 680-693.
- Oreg S., Vakola M., Armenakis A. (2011), "Change Recipients' Reactions to Organizational Change: A 60-Year Review of Quantitative Studies", *Journal of Applied Behavioral Science*, XX(X): 1-64.
- Paneforte S. (1998), *Cambiamento e apprendimento nelle organizzazioni*, Harold.
- Piderit S.K. (2000), "Rethinking resistance and recognizing ambivalence: a multidimensional view of attitudes toward an organizational change", *Academy of Management Review*, vol. 25, n. 4: 783-794.
- Portoghese I., Galletta A., Battistelli A., Saiani L., Penna M.P., Allegrini E. (2012), "Changerelated expectations and commitment to change of nurses: the role of leadership and communication", *Journal of nursing management*, 20(5): 582-591.
- Quercia V. (2008), "Il contributo del colloquio motivazionale al servizio sociale professionale", *Notiziario sunas*, n. 163: 8-9.
- Rebora G. (1990), "Il cambiamento organizzativo nella Pubblica Amministrazione", *AziendaPubblica*, n. 1.
- Ruffini R. (1996), "Logiche di progettazione dell'assetto organizzativo delle aziende sanitarie", *Mecosan*, n. 18.
- Stanley D.J., Meyer J.P., Topolnitsky L. (2005), "Employee cynicism and resistance to organizational change", *Journal of Business and Psychology*, 19: 429-459.
- Symon G. (2005), "Exploring resistance from a rhetorical perspective", *Organization Studies*, 26(11): 1641-1663.
- Tanese A., "L'efficacia del cambiamento organizzativo", in Bergamaschi M. (a cura di).
- Tanese A. (1999), "Sviluppare le capacità di apprendimento organizzativo nelle aziende sanitarie pubbliche", *Mecosan*, n. 29.
- Thompson J.D. (1967), *Organizations in action*, McGraw-Hill, New York.
- Tosi H.L., Pilati M., Mero N.P. (2002) *Comportamento Organizzativo, Persone, Gruppi e Organizzazioni*, Egea, Milano.
- Vaccari V., Zucconi A. (1997), "Psicologia della responsabilità nella tossicodipendenza", *Da Persona a Persona*, 1.
- Vann J.L. (2004), "Resistance to change and the language of Public organizations: a look at 'clashing grammars' in large-scale information technology projects", *Public Organization Review*, 4: 47-73.
- Vignati E., Bruno P. (2004), *Organizzazione per processi in sanità. Un approccio trasversale all'organizzazione per vincere le resistenze al cambiamento*, FrancoAngeli, Milano.
- Zapparoli G.C. (2008), *Psicopatologia grave: una guida alla comprensione e al trattamento*, Dialogos Edizioni, Bergamo.

# Kryptonite - Progetto di prevenzione sul consumo di sostanze psicoattive e comportamenti a rischio incentrato sulla persona

Anna Paola Lacatena\*, Cosimo Buccolieri°, Giulia Armento°, Vincenza Ariano^

## SUMMARY

■ With the “Kryptonite” Project” of September 2014, the Department of Pathological Addictions of the ASL of the city of Taranto launches a campaign initiative of information and prevention to individuals affected under the article 75 DPR 309/90 of the Ser.D. of Taranto, promoting a comparison group on medical and social/cultural subjects, and lending voice to consumers.

The quantitative indicators, in fact, are not always able to provide answers on the understanding of participants and on the distance between interventions and achieved goals to technicians in the sector.

The article is the summary of data from two questionnaires as well as from the weekly group sessions, since treatment, attention and information must be considered not only within the sphere of knowledge but also the sphere of emotion. ■

**Keywords:** Kryptonite, group, information/prevention, knowledge, emotion.

**Parole chiave:** Kryptonite, gruppo, informazione/prevenzione, sapere, emozioni.

## 1. Introduzione

Prevenire significa anticipare, agire prima oppure, in un’accezione meno neutra, impedire che si verifichi qualcosa di negativo. La prevenzione, dunque, è orientata al contenimento o all’evitamento di fattori considerati a rischio con il contestuale rafforzamento di quei fattori capaci di determinare protezione (promozione).

Il termine in sé nasce all’interno dell’ambito dell’Igiene, ossia di quella disciplina che si occupa delle modalità utili a controllare gli elementi in grado di rendere una situazione patogena. Nei primi decenni del ‘900, è il concetto di igiene mentale ad essere associato a quello di prevenzione.

A Ginevra nel 1958, all’interno del Rapporto degli esperti di Salute Mentale, viene introdotto per la prima volta il termine di “Psichiatria sociale”, da intendersi come *misure* preventive e curative aventi lo scopo di rendere l’individuo capace di condurre una vita soddisfacente ed utile nel contesto sociale (Sberna, 1987).

Qualche anno più tardi, esattamente nel 1964, Caplan, noto per aver introdotto la distinzione tra prevenzione primaria, seconda-

ria e terziaria, a seconda dell’intervento sull’incidenza, sulla prevalenza, sulla cosiddetta riduzione del danno, sostenne l’importanza dell’approccio preventivo in area psichiatrica.

Lo studioso rimarcò come gli individui siano in grado, in ragione delle proprie capacità cognitive ed emotive di autocurarsi, garantendosi benessere psicofisico.

Dall’ambito strettamente medico, il concetto di prevenzione ha, poi, preso piede anche in ambiti come la psicologia e soprattutto la sociologia.

Nel campo delle azioni di contrasto alla criminalità e alla devianza ha assunto una particolare importanza la prevenzione sociale.

In pratica, quest’ultima utilizzerebbe attività legislative, amministrative e socio-culturali per contrastare le cause sociali della devianza e della criminalità (Ferracuti, 1987).

Fuori dai sistemi e dagli strumenti penali, dunque, appare possibile contenere e prevenire comportamenti illeciti, di prevaricazione, di uso e abuso di sostanze, ecc.

La prevenzione in Italia nasce sulla scorta del diffondersi del virus dell’HIV intorno alla metà degli anni ‘80.

I primi programmi si fondano sul prevenire come sinonimo del concetto di promozione alla salute proprio dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (1987) e sul principio della *dissonanza cognitiva* di Leon Festinger (1957).

Secondo l’intuizione dello psicologo sociale, ripresa successivamente in ambito clinico da Milton Erickson, un individuo che attiva due idee o comportamenti che sono tra loro coerenti, si trova in una situazione emotiva soddisfacente (*consonanza cognitiva*); al contrario, registrerà difficoltà discriminatoria ed elaborativa se le due rappresentazioni sono tra loro contrapposte

\* Dirigente Sociologa (corresponding author - annapaola.lacatena@tin.it).

° Dirigente Medico.

°° Assistente Sociale.

^ Direttore f.f.

Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL TA, via Lazio n.45, 74121 Taranto.

o divergenti. Questa sorta di incoerenza produrrebbe una *dissonanza cognitiva*, che l'individuo cercherebbe immediatamente di eliminare o ridurre al fine di limitare disagio psicologico da essa discende. Differenti sono a questo punto i processi elaborativi attivabili da parte del singolo atti a compensare la dissonanza. Secondo Festinger, per ridurre questa contraddizione l'individuo potrebbe agire in tre diversi modi:

- a) producendo un cambiamento nell'ambiente;
- b) modificando il proprio comportamento;
- c) modificando il proprio mondo cognitivo (ovvero il sistema delle proprie rappresentazioni cognitive e delle loro relazioni funzionali interne).

Per contro, Gelmi *et al.* (2006) facendo riferimento a messaggi informativi capaci di generare paura e apprensione, hanno evidenziato la possibilità del verificarsi del cosiddetto *evitamento difensivo*, ossia una vera e propria rimozione rispetto al contenuto del messaggio percepito come esagerato o inverosimile.

Non meno importante è il fenomeno della *devianza indotta* generato dal contenuto esclusivamente informativo in grado di determinare curiosità e quello che è stato definito *effetto boomerang*, ossia l'innescare proprio comportamenti non voluti.

L'inequivocabilità del fallimento dei primi approcci (educazione, promozione, comunicazione) ha portato, però, a due importanti conclusioni: da una parte la necessità di rivisitare le modalità di informazione e più ancora prevenzione/intervento rispetto ad alcune tematiche, dall'altra quella di verificare l'efficacia e l'efficienza degli interventi attraverso metodologie scientifiche che, però, e le esperienze insegnano, non possono essere ridotte alla mera *Evidence-Based Prevention*.

Se gli individui non subiscono passivamente le influenze del proprio ambiente ma conservano una capacità interattiva biunivoca con lo stesso, simultaneamente possono implementare il proprio livello di autodeterminazione e autoefficacia acquisendo nuove conoscenze e abilità al fine di fronteggiare i naturali urti della vita (Bandura, 1986).

I programmi finalizzati all'acquisizione delle abilità sociali sono considerati i più efficaci, partendo dal presupposto che può dirsi superato quel paradigma secondo il quale il comportamento pericoloso o apertamente dannoso deriva dalla mancanza di conoscenze (*information-giving model*) (Ravenna, 1997).

Puntare allo sviluppo delle capacità decisionali e delle abilità del vivere (*self-empowerment*) può assurgere a modello più efficace anche rispetto alla valorizzazione della natura volontaria del cambiamento comportamentale.

Gli interventi di prevenzione possono essere classificati sulla scorta di diversi fattori, determinando un numero crescente di modelli di riferimento.

Nel 1957, la *Commission on Chronic Illness* in ragione degli obiettivi (incidenza, prevalenza, riduzione del danno), introduce l'ormai la nota classificazione (Gelmi *et al.*, 2006):

Prevenzione primaria, prevenzione secondaria, prevenzione terziaria.

Nel 1994 *Istitute of Medicine* formula una nuova distinzione fondata sul target bersaglio:

Prevenzione universale, prevenzione selettiva, prevenzione indicata.

Il CSAP (*Centre per la Substance Abuse Prevention*) nel 2001 definisce altre modalità:

*Knowledge-focused* (trasmissione di informazioni).

*Behavioral life skills focused* (potenziamento delle abilità sociali).

*Affective perception focused* (potenziamento dell'autostima e dell'immagine di sé).

*Ricreational focused* (sviluppo delle attività alternative).

Nello stesso periodo, l'EMCDDA (*European Monitoring centre for Drugs and Drug Addiction*) indica altri approcci:

*Cognitive models* (analisi delle modalità attraverso le quali conoscenze, influenze, atteggiamenti e credenze influenzano l'agire). *Comprehensive and social influence models* (azione sulla rimozione dei fattori di rischio).

*Health promotion* (promozione del benessere in senso lato).

*Social influence models* (operano sulle relazioni e influenze sociali micro-meso-macro).

*Sociological and stage models* (ciclo della droga, suggerimenti per singoli stadi).

È pressoché evidente come nel settore delle dipendenze patologiche e dell'uso di sostanze in maniera più generale il concetto di prevenzione sia tutt'altro che di facile definizione.

Non meno complessa è la valutazione dell'efficacia dei programmi di prevenzione, intervenendo una serie non facilmente controllabili di fattori e situazioni.

Gli aspetti cognitivi ed emotivi, il contesto, le caratteristiche soggettive della persona non possono non essere prese in considerazione, determinando una serie di difficoltà soprattutto se gli strumenti utilizzati sono di tipi qualitativo.

Per Pawson (2002) «*poiché sono i meccanismi dei programmi a innescare il cambiamento, piuttosto che i programmi in quanto tali, è molto più ragionevole basare la revisione sistematica sulle "famiglie di meccanismi" invece che sulle "famiglie dei programmi"».*

In estrema sintesi, obiettivo della valutazione non dovrebbe essere conoscere se il programma ha funzionato quanto piuttosto riuscire ad individuare cosa dello stesso ha sortito effetti sperati.

Una teoria, infatti, è scientifica solo nella misura in cui è suscettibile di essere smentita dall'esperienza.

Le asserzioni universali, scrive Popper nel 1970: «*non possono mai essere derivate da asserzioni singolari, ma possono venir contraddette da asserzioni singolari. Di conseguenza è possibile, per mezzo di inferenze puramente deduttive (con l'aiuto del modus tollens della logica classica), concludere dalla verità di asserzioni singolari alla falsità di asserzioni universali. Un tale ragionamento, che conclude alla falsità di asserzioni universali, è il solo tipo di inferenza strettamente deduttiva che proceda, per così dire, nella 'direzione induttiva'; cioè da asserzioni singolari ad asserzioni universali*» (p. 23).

È bene precisare, però, che le conseguenze di una ipotesi scientifica possono essere infinite, il numero di controlli effettivi della medesima sarà sempre finito.

«*L'obiettivo della valutazione non può essere quello di misurare una variazione quantitativa di un fenomeno se questo numero è il prodotto di tante variabili fra le quali il programma è solo una delle tante. La rinuncia del dato numerico, ossia dell'indicatore a favore dell'informatore, permette di sondare il percorso dell'intervento, attraverso un resoconto di natura fattuale che tenga conto anche dei punti critici e delle incongruenze tra obiettivi ed esiti, secondo un approccio che ricorda il falsificazionismo popperiano*» (a cura di Lanzetti *et al.*, 2008, p. 62).

Non avendo la conoscenza umana a che vedere con verità assolute, ma solo con ipotesi e congetture, è facile capire come miliardi di conferme non renderanno mai del tutto certa una teoria, mentre basterà un solo fatto negativo per mettere in dubbio una legge universale.

Fuori dalla pretesa di giungere a verità assolute. Anzi dalle stesse tentando di sottrarsi, l'intento dovrebbe essere quello di formulare teorie scientifiche nella misura in cui la scienza è tale solo se suscettibile di smentita da parte dell'esperienza.

Il progetto "Kryptonite", elaborato e realizzato dal Dipartimento Dipendenze Patologiche della ASL di Taranto a partire dal mese di settembre 2014 e a tutt'oggi, ha cercato e cerca di proporre un confronto tra persone che sia il più possibile vicino alle esigenze e alla domanda di quanti sono "costretti" a frequentare il Ser.D. territoriale ex art. 75 del DPR 309/90.

## 2. Dalla carenza all'eccesso - La dimensione "contrattualistica" dell'educazione

Se appare pressoché acclarato lo stretto legame tra il deficit dell'accudimento e lo sviluppo problematico dell'integrità della persona, una domanda si impone di conseguenza: quanto l'eccesso dello stesso, a fronte di un analogo modello scarsamente educativo, non sia altrettanto foriero di "devianza"?

Il rapporto genitori - figli non sembra aver perso, dunque, la propria crucialità in termini di socializzazione primaria e non solo. Di fatto, però, nella società della post-modernità, il calo demografico non è leggibile solo come calo di interesse per la prole ma, al contrario, spesso come volontà di concentrare l'attenzione e le possibilità di accudimento, incarnando nel figlio la rappresentazione del desiderio di maternità e paternità.

La cura dei figli, conseguentemente, sembra assurgere a massima espressione della propria capacità affettiva e protettiva, consegnando allo sfondo la dimensione etica della responsabilità e della storia familiare (Scabini, lafrate, 2003).

Daniel Marcelli, pedagogista e psichiatra francese, sostiene che oggi il genitore non sembrerebbe tanto orientato verso il compito di educare (dal latino *educere*, ossia *tirare fuori*), quanto piuttosto verso quello di sedurre, attirando a sé, prevenendo ogni più piccolo bisogno del bambino, compiacendolo, caricandolo di tutta una serie di proiezioni e aspettative, rispondendo con zelo alle attese di una società a forte connotazione narcisistica (Marcelli, 2004).

A questo sembra ridursi l'anelata perfezione del genitore post moderno, ossia al dispiegarsi del profilo contrattualistico del legame che, considerate le basi, finisce per auto-negarsi.

Da tutto ciò non possono non scaturire almeno due importanti conseguenze: difficoltà nella trasmissione dei patrimoni valoriali e etici intergenerazionali e familiari; delega del compito educativo e di impartizione delle regole all'istituzione scuola.

Gli adulti (genitori, insegnanti, educatori), dunque, sembrano non riuscire a congiungere gli sforzi formativi ed educativi, finendo per negare la necessità della collaborazione, trincerandosi dietro autoreferenzialità e continue risignificazioni di compiti e ruoli, il cui senso profondo sembra sfuggire prima ancora che ai ragazzi, agli adulti stessi.

La difficoltà dell'esperienza dell'ascolto e della narrazione transgenerazionale, riduce le prerogative di un tale necessario percorso verso la piena realizzazione ed espressione di sé.

Se tutto è già tradotto, interpretato, acquisito dall'adulto, secondo i propri desideri e aspettative, il giovane rischia di non poter mai diventare veramente un adulto sociale.

Tutto ciò in primis a danno della propria autenticità e maturità. L'afasia dei significati profondi, la negazione del sentire e la rimozione dei sentimenti definibili dal comune sentire poco desiderabili e apprezzabili arrestano nel giovane quel processo di conoscenza del proprio essere, finendo per connotare di distanza e incomunicabilità il rapporto con il mondo degli adulti.

La costruzione dell'identità non può ridursi all'eccesso di affettività, non più reale e autenticamente tale proprio perché sempre un po' parossistica.

Essa necessita di un'etica del rispetto dell'Altro e della sua individualità.

Qualunque essa sia.

È possibile costruire e individuare spazi nuovi di confronto intergenerazionale, ma non si può dimenticare che la famiglia resta, contestualizzandola in un *milieu* di deprivazione etico - morale, però, il suo luogo privilegiato.

Anche in ragione di queste considerazioni non si può pensare di formulare interventi informativi e formativi senza riprendere e porre sotto la giusta luce la sfera trascurata almeno quanto temuta dell'emotività.

Non è la sanzione, spesso percepita come incoerente o sottostante ipocrisie e interessi di parte, a migliorare il rapporto tra giovane e norma.

Ciò che appare più utile è il confronto aperto e autorevole dove non c'è contrattazione ma evidenze rese comprensibili e fruibili. In estrema sintesi si potrebbe trattare del recupero di una sia pur tardiva *base sicura* di vaga winnicottiana memoria.

## 3. Art. 75 DPR 309/90

Prima di precisare i termini del Progetto "Kryptonite" appare importante riflettere sui dettami dell'art. 75 del DPR 309 del 1990, nonché sull'opportunità di rivederlo anche alla luce dell'illegittimità della Legge n.49/2006 riscontrata dalla Corte Costituzionale.

In breve per il citato articolo, se la sostanza stupefacente è detenuta per uso personale la legge prevede la sospensione o il divieto di ottenere uno o più documenti fra patente, porto d'armi, passaporto e carta d'identità a fini di espatrio, permesso di soggiorno per gli stranieri.

La durata della sanzione va da un periodo minimo di un mese al massimo di 12 mesi; nel caso delle patenti di guida la sospensione può durare fino a tre anni. Inoltre, nel caso in cui la persona, al momento del fermo, abbia la disponibilità immediata di un veicolo, la legge prevede il ritiro immediato della patente per 30 giorni, e, nel caso di un ciclomotore, il veicolo viene sottoposto a fermo amministrativo (sempre per 30 giorni).

Le sanzioni vengono comminate dal Prefetto a seguito di una segnalazione da parte degli organi di pubblica sicurezza che hanno accertato l'illecito amministrativo.

Entro 30 giorni dalla data di contestazione o di notificazione della violazione, l'interessato può presentare al Prefetto scritti o memorie difensive. Successivamente si viene chiamati a colloquio. Nel caso di minorenni, sono invitati al colloquio anche i genitori.

Contro le sanzioni comminate dal Prefetto è possibile far ricorso entro 10 giorni dalla notifica, presso il giudice di pace (comma 9 art.75 del DPR 309/90).

Da segnalare che la legge 49/2006 aveva inserito l'articolo 75bis che prevede la possibilità per il Questore di comminare misure di sicurezza, nei confronti di persone considerate "pericolose" in quanto già condannate, anche in via non definitiva, per reati contro la persona, il patrimonio, o che abbiano già violato il testo unico sugli stupefacenti, o siano destinatari di misure di prevenzione o sicurezza.

In questo caso, le misure applicate, che possono durare fino a due anni, riguardano: l'obbligo di presentarsi almeno due volte a settimana in Questura o in caserma, il divieto di frequentare determinati locali, il divieto di allontanarsi dal Comune di residenza, l'obbligo di rientrare in casa a una certa ora o il divieto di condurre veicoli a motore.

Tali misure di sicurezza, ad ogni modo, devono essere convalidate dal giudice di pace.

A chi viene trovato in possesso di una piccola quantità di sostanze stupefacenti per uso personale, le autorità di pubblica sicurezza contestano una violazione amministrativa.

Questo comporta: il sequestro della sostanza (che verrà analizzata per verificare che si tratti effettivamente di sostanza stupefacente e stabilire la quantità di principio attivo); la segnalazione al Nucleo operativo tossicodipendenze della Prefettura (NOT) e la successiva convocazione in Prefettura per un colloquio con un assistente sociale.

In caso di prima segnalazione, il Prefetto può archiviare il procedimento con un formale invito a non fare più uso di sostanze, oppure emanare le sanzioni previste.

L'ammonizione può essere adottata solo per la prima segnalazione e solo per chi si presenta al colloquio.

Si tratta, comunque, di una facoltà del Prefetto, non di un obbligo, quindi ogni Prefettura ha le sue prassi.

Tendenzialmente, in caso di prima segnalazione per possesso di una piccola quantità di derivati della cannabis si verrà ammoniti; in caso di altre droghe, no.

Per questo motivo nella raccomandata che la Prefettura invia alla persona segnalata fissando il colloquio, viene esplicitamente indicata la possibilità di presentare documentazione rilasciata dai Servizi per le dipendenze che attesti l'esito favorevole dello svolgimento di un programma "terapeutico e socio-riabilitativo" o "educativo-informativo"; tale documentazione viene valutata, insieme ad altri elementi, per decidere se applicare o meno le sanzioni e in quale misura.

In pratica, la persona deve essersi rivolta al Ser.D. ed avere attivato e completato un programma al termine del quale potrà dimostrare di aver abbandonato l'uso di sostanze.

In caso non ci si presenti al colloquio in Prefettura, scattano le seguenti sanzioni: sospensione della patente (fino a 3 anni), del passaporto o del porto d'armi (fino a 1 anno). È utile anche sapere che chi è oggetto di sanzioni amministrative ex art. 75 non può conseguire la patente né il patentino; nel caso le sanzioni arrivino dopo il rilascio, il Prefetto dispone la revoca della patente (art. 120 del Codice della Strada), e quindi per riottenere questo documento sarà necessario partire da zero e sostenere nuovamente l'esame di guida.

Secondo la legge, dalla seconda volta in poi che si viene colti in possesso di sostanze non c'è possibilità di chiudere la vicenda con un ammonizione, ma devono essere applicate le sanzioni previste dalla legge.

La scelta del tipo di sanzione da applicare (e quindi del documento da sospendere) viene fatta dal Prefetto.

Tuttavia, chi deve usare la patente di guida per lavoro può chiedere che quel documento non gli venga sospeso dimostrando che gli è indispensabile.

Un lavoratore dipendente dovrà presentare una dichiarazione del datore di lavoro, mentre un lavoratore autonomo potrà fare un'autocertificazione documentando il tipo di attività svolta.

La Prefettura, quando applica la sospensione della patente per l'art. 75, deve comunicare tale sospensione alla Motorizzazione Civile.

Quest'atto formale può avere conseguenze molto sgradevoli per chi guida perché la Motorizzazione può chiedere alla persona segnalata di recarsi periodicamente davanti alla Commissione medica locale, che verifica se la persona sia in possesso dei requisiti psico-fisici necessari per l'idoneità alla guida. È un iter lungo e costoso che può andare prolungarsi anche diversi anni. La segnalazione alla Motorizzazione può essere fatta anche nel caso in cui la patente non fosse stata sospesa per motivi di lavoro.

## 4. Progetto Kryptonite - Ser.D. di Taranto

Prevenzione ed informazione sono termini intimamente collegati e finalizzati a contrastare o mettere in guardia dalla seduzione del rischio.

Fare prevenzione significa, oggi nella società dei consumi, provare a stimolare la coscienza critica rispetto ai valori e agli stili di vita.

La questione diviene quella di ridurre lo scarto tra indicazioni valoriali ed esistenziali, a volte ipocrite del mondo degli adulti, e pratiche socializzanti e ludiche dei giovani, evitando di lasciare questi ultimi troppo soli di fronte ai rischi che l'uso di sostanze psicoattive, legali e illegali, comportano.

Inoltre, il confronto e la discussione che il Progetto intende promuovere, essendo a tutt'oggi operativo dopo una prima fase di sperimentazione, appare imprescindibile anche per poter usufruire di quelle informazioni che solo i testimoni privilegiati possono offrire ad un Servizio specifico come il Ser.D.

In estrema sintesi, con "Kryptonite" si intende lavorare sul piano medico-sanitario e socio-culturale in termini di informazione e prevenzione, beneficiando del sapere dei consumatori che gli indicatori quantitativi non sempre riescono ad offrire ai tecnici del settore.

Si tratta di ascoltarsi reciprocamente, confrontarsi, parlarsi per informare, accrescere e rinforzare i fattori di protezione.

Il Progetto "Kryptonite", attraverso l'informazione e la partecipazione dei soggetti coinvolti nell'utilizzo di sostanze psicoattive o in comportamenti a rischio, mira a promuovere una forma di informazione/prevenzione più articolata e partecipata al fine di sviluppare una rete di protezione per i più giovani, uno spazio di confronto, una consapevolezza del problema reale da parte dei tecnici del settore con la creazione di buone prassi.

L'informazione veicolata è sì scientifica e particolare ma anche accompagnata da una lettura socio-culturale della società attuale guardando alle problematiche del consumo e dei comportamenti a rischio nel quadro più generale della relazione personale, sociale e istituzionale.

Tale progetto, poi, attraverso la specificità degli interventi informativi, tarati sul target e sulle caratteristiche di consumo (uso, dipendenza), si colloca tra la prevenzione secondaria e quella terziaria.

In estrema sintesi, la secondaria agisce sulla prevalenza, con lo scopo di diminuire il tasso dei nuovi casi, mentre la terziaria opera sulla gravità, ossia evita o riduce i danni derivanti dall'utilizzo di sostanze stupefacenti legali e illegali.

Inoltre, attraverso il contatto e il lavoro diretto con chi vive in prima persona la problematica in questione, è possibile ricavare informazioni, strumenti di monitoraggio della situazione presente, elementi di valutazione ed efficacia di modalità e approcci in materia di prevenzione, al fine di orientare azioni ed interventi futuri.

### Destinatari

Persone segnalate al Ser.D. di Taranto dalla locale Prefettura per detenzione di sostanze psicoattive (ex art. 75 DPR 309/90), non in carico al Servizio.

### Modalità

1. Accoglienza dei partecipanti attraverso un colloquio individuale, compilazione della scheda di accoglienza, sottoscrizione del consenso informato, compilazione di un questionario d'ingresso a cui fa seguito, a fine percorso, quello d'uscita.

2. Avvio del corso. Gli argomenti alla base degli incontri riguardano 3 aree tematiche:

• **Area informativa**

- Lettura del contesto in chiave socio-antropologica (sostanze, rischio, gioco d'azzardo, relazioni sociali nell'era di internet e dei social.
- Riflessioni sui condizionamenti sociali al consumo e sugli stili di vita individuali.
- Aspetti sanitari (approfondimento sui principali effetti delle sostanze psicoattive).
- Informazioni sulle norme di settore.

• **Area contemplativa**

- Riflessioni sul proprio uso di sostanze.
- Riflessioni su vantaggi e svantaggi dell'uso.
- Autovalutazione della propria situazione.

• **Area motivazionale**

- I processi di cambiamento.
- Il mantenimento del cambiamento.
- Le prospettive future (bilanciamento su aspetti positivi e negativi delle scelte relative al consumo).

Durante il primo incontro, viene somministrato un questionario per la valutazione delle conoscenze già possedute per ciò che attiene all'area delle sostanze psicoattive legali e illegali e dei comportamenti a rischio, della legislazione in materia.

Durante l'ultimo incontro viene somministrato nuovamente un questionario di valutazione delle conoscenze acquisite e consapevolezza dei rischi.

La frequenza agli incontri è su base volontaria.

**Materiale**

Documentazione legislativa in materia di sostanze psicoattive, fogli bianchi per appunti, materiale audiovisivo e multimediale (spot pubblicitari, servizi giornalistici, brevi documentari, campagne informative sugli effetti dell'abuso di sostanze psicoattive, ecc.).

**Figure professionali**

Dirigente Medico (Dott. Cosimo Buccolieri), Dirigente Sociologo (Dott.ssa Anna Paola Lacatena), Assistente Sociale (Dott.ssa Giulia Armento) Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL TA-Ser.D. di Taranto.

Attività prevista in orario di servizio e senza finanziamenti specifici.

**Tempi**

4 incontri di gruppo, in orario preserale a cadenza settimanale (il giovedì pomeriggio), della durata di 2 ore (15,30-17,30).

Data di avvio Progetto "Kryptonite" 01 settembre 2014.

Chiusa la fase di sperimentazione al 31 dicembre 2014, lo stesso è ad oggi operativo

**Obiettivi**

- Rendere l'incontro con il Ser.D. più utile possibile per la persona inviata, nell'ottica della tutela della sua salute e del benessere sociale.
- Analizzare il contesto socio-culturale e le modalità di relazione sociale online e offline.
- Individuare una motivazione diversa da quella finalizzata all'evitare l'applicazione delle sanzioni amministrative (in particolare la sospensione della patente).

- Sensibilizzare i partecipanti riguardo alle problematiche legali, culturali e socio-sanitarie legate all'uso di sostanze psicoattive legali e illegali.
- Condurre ad una condizione di maggiore responsabilità rispetto alla propria salute e al rapporto con il contesto sociale.
- Favorire da parte dei partecipanti l'acquisizione di nuove conoscenze e informazioni relative alle problematiche affrontate dal Progetto.
- Favorire da parte del personale DDP - Ser.D. nuove conoscenze relative alle problematiche affrontate dal Progetto attraverso la voce e l'esperienza dei testimoni e dei cosiddetti informatori privilegiati.

**5. Risultati fase sperimentale (01 settembre 2014-31 dicembre 2014)**

Il questionario d'ingresso (segnato da un codice personale e autosomministrato) del Progetto "Kryptonite" si è articolato in 28 domande, finalizzate a sondare le conoscenze e le percezioni dei segnalati non in carico al Ser.D. di Taranto a proposito di consumo, dipendenza e comportamenti a rischio.

Hanno partecipato alla fase sperimentale del Progetto (01 settembre 2014-31 dicembre 2014), 45 persone (44M, 1F) segnalate ex art. 75 DPR 309/90, non in carico al Ser.D. di Taranto.

L'età media è risultata essere di 27 anni.

Il più piccolo è nato nel 1996 e i più grandi sono del 1965 (2).

L'unica donna è nata nel 1974.

Per oltre il 90% dei casi, la segnalazione ha fatto riferimento a hashish o marijuana.

Alla prima domanda "Che cos'è una droga?", il 53,3% ha risposto "ogni sostanza che introdotta in un organismo vivente, può modificarne una o più funzioni e che ne determina uno stato di dipendenza", per il 24,4% "È ogni sostanza che altera il nostro comportamento e che è punita dalla Legge".

Il 17,7% non risponde, il 4,4% ritiene sia "ogni sostanza psicoattiva presente nel mondo naturale".

Ben più definita appare la percezione relativamente all'alcol.

Nello specifico, il 93,3% ritiene sia "una sostanza psicoattiva presente nelle bibite alcoliche".

Il 91,1% è a conoscenza che la gradazione alcolica "è la percentuale di alcol (in volume) contenuta in tutte le bevande".

Interessante è notare come il 95% degli intervistati sia consapevole dei danni che l'assunzione di alcol può generare in gravidanza per il feto, così come il 97,7% dichiara che l'alcol non migliora le prestazioni sessuali.

Percentuali elevate, rispettivamente il 95,5%, il 97,7% raccolgono anche le domande relative allo stabilirsi della dipendenza da alcol in presenza di assunzione protratta e i danni al sistema nervoso centrale da bere eccessivo e prolungato.

Quale sia la concentrazione di alcol nel sangue, oltre la quale (0,5 g/l), per il codice della strada, non è consentito guidare, raccoglie il 46,6% di risposte corrette.

Ben il 17,7% dichiara di non saperlo, con un 35,5% che dichiara essere lo 0,8 g/l.

Ben più "preparati" appaiono gli intervistati in merito alle possibili sanzioni.

La sospensione e il ritiro della patente nonché la detrazione dei punti sono gli item più indicati.

Alla domanda relativa a ciò che maggiormente può influenzare la guida dopo l'assunzione di alcol, l'alterazione della percezione sensoriale e la riduzione della capacità attentiva sono le

risposte più indicate solo dopo un 91,1% che segnala la perdita di sicurezza nella guida a causa dell'abbassamento della soglia di attenzione dell'assuntore.

Il 28,8% degli intervistati risponde affermativamente alla domanda "Le è mai capitato di trovarsi in una situazione a rischio perché il conducente dell'auto su cui viaggiava aveva bevuto?"

Per il 48,8% delle risposte, l'eroina "è una sostanza depressogena del sistema nervoso centrale", a fronte di un 24,4% che la indica come "una sostanza eccitante del sistema nervoso centrale".

Per il 55,5% la cocaina è "una sostanza eccitante del sistema nervoso centrale".

Per il 64,4% la capacità della cannabis di eccitare o deprimere dipende da vari fattori, sebbene il 15,5% la inquadra tra le sostanze depressogene e solo il 2,2% come eccitante.

Al 62,2% sembra chiaro che gli effetti a lungo termine dei cannabinoidi siano l'alterazione della capacità mnemonica, di concentrazione e sindrome demotivazionale. Il 24,4% segnala come i cannabinoidi possano procurare disturbi dell'equilibrio. La meno conosciuta tra le sostanze sottoposte alla valutazione degli intervistati è risultato essere l'LSD.

Per contro quella più conosciuta dopo i cannabinoidi è l'ecstasy, definita dal 73,3% "sostanza chimica stimolante psicoattiva (MDMA)".

Particolarmente interessante è il dato relativo alla domanda sulla diffusione del gioco e, specificatamente delle scommesse e l'utilizzo di denaro: il 95,5% è la somma delle percentuali relative alle risposte "diffusissimo" (53,3%) e "molto diffuso" (42,2%).

Avendo la possibilità di segnalare quali giochi tra i diciassette indicati in una tabella gli intervistati consideravano d'azzardo, va rimarcato che oltre il 71% ha indicato l'item "poker (anche Texas Hold'em) e Blackjack".

Se per definire d'azzardo un gioco si ha la necessità dell'alea e della puntata in denaro, facendo riferimento ad uno dei più noti giochi con l'ausilio delle carte, Roger Caillois negli anni '80 ha sottolineato come la destrezza del giocatore potrebbe sottrarre il poker ad una sorta di consueta e condivisa definizione.

Nessuno ha indicato i videogame (Playstation, Nintendo, ecc.) e gli scacchi, dando per certo che nelle fattispecie l'esito sarebbe da attribuire in misura maggiore all'abilità del giocatore che alla fortuna.

Gli intervistati non sembrano prendere in particolare in considerazione una sorta di acquiescenza programmata del giocatore e della sessione di gioco su PC che invaliderebbe l'esclusiva destrezza del giocatore stesso, così come la dilagante diffusione della puntata in denaro anche per i giochi multimediali e online. Non sembrano avere dubbi invece sulle lotterie istantanee, Lotto e Superenalotto, Gratta e vinci, lotterie, ecc., definendoli giochi d'azzardo a tutti gli effetti.

Se al primo posto i segnalati dalla Prefettura (ex art.75 del DPR 309/90) nel periodo compreso tra il primo settembre e il 31 dicembre 2014, si attendo dagli operatori Ser.D. Taranto "professionalità e competenza" (77,7%), il 71,1% vorrebbe anche "accoglienza e comprensione".

Ciò che non vorrebbero trovare è "qualcuno che mi giudica" e "interventi esclusivamente medici".

## 6. I luoghi e le sostanze

In considerazione della finalità del Progetto "Kryptonite" di conoscere meglio il mondo dei giovani consumatori non in cari-

co al Ser.D. di Taranto, sono state approntate alcune domande atte a sondare non solo le conoscenze relative alla problematica e alla normativa di riferimento ma anche e soprattutto al "sapere" informale, considerando da subito indispensabile "ascoltare" i giovani partecipanti.

Spinti dalla volontà di non restare esclusivamente costretti nell'alveo del dato numerico e dell'approccio quantitativo, il gruppo ha offerto l'opportunità di un confronto aperto e di uno scambio di competenze, percezioni, vissuti, e sentiti.

È stato chiesto agli intervistati di indicare i luoghi che secondo loro sono maggiormente interessati dal consumo di sostanze illegali.

Sono stati invitati ad indicare tre luoghi in ordine di importanza. Dalla specifica domanda è emerso che al primo posto gli intervistati collocano la strada/piazza e i rave.

Con questo termine (rave party o semplicemente rave), utilizzato alla fine degli anni ottanta per descrivere le prime feste illegali, caratterizzate dal ritmo incalzante di musica dance e giochi di luce, si intendono oggi tutte le feste in cui non vengono richieste autorizzazioni particolari e assolti gli obblighi quali pagamento diritti d'autore, rispetto di normative igienico-sanitarie nella somministrazione di cibo e bevande.

Al secondo posto hanno fissato le discoteche o locali da ballo, seguito da feste da ballo e casa di amici, al terzo le sale giochi. Appare evidentemente come la cifra del consumo sia strettamente collegato all'aggregazione e al divertimento.

Il consumatore non vuole essere solo così come l'assunzione non sembra riportare al dolore, all'isolamento ma all'idea della festa, dello stare assieme e del piacere/divertimento.

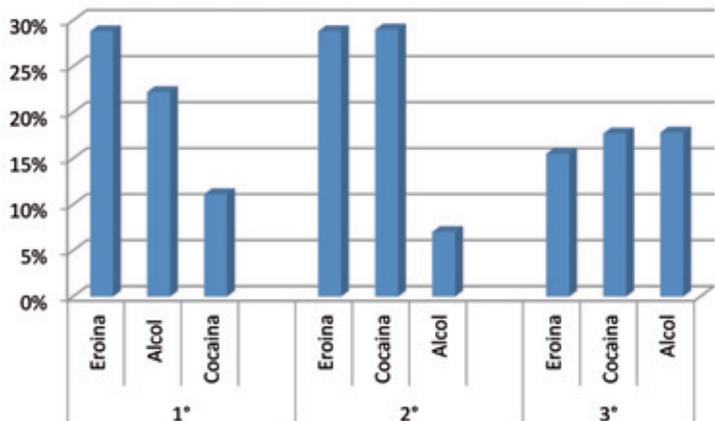
Ci sarebbe da chiedersi se questo non sia una risposta ad un dolore e ad un senso di solitudine. Come a dire la convivialità, i suoni, il frastuono per non sentire altro.

Altrettanto significativo appare il dato che emerge dalla domanda "quali pensa siano le sostanze su cui è prioritario strutturare degli interventi di prevenzione?" (Graf. 1).

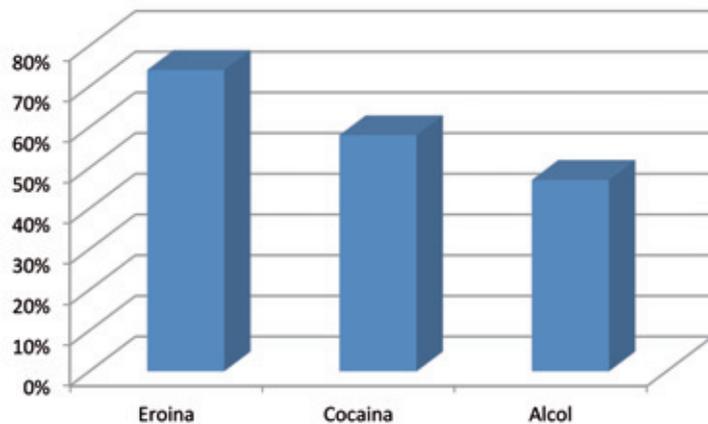
A tal proposito, il risultato è l'allocatione in ordine di priorità dell'eroina al primo posto, dell'alcol al secondo, della cocaina al terzo, sebbene sommando tutte le percentuali ricavate l'eroina resta al primo, la cocaina sale al secondo e l'alcol si colloca al terzo.

Evidentemente per un meccanismo che potrebbe riportare all'evitamento difensivo (e non solo), essendo la stragrande maggio-

Graf. 1 - Risposte relative alla domanda n. 4 del questionario d'ingresso: "Quali pensa siano le sostanze su cui è prioritario strutturare degli interventi di prevenzione? (Indicarne 3 in ordine di importanza)"



Graf. 2 - Risposte relative alla domanda n. 4 del questionario d'ingresso: "Quali pensa siano le sostanze su cui è prioritario strutturare degli interventi di prevenzione? (Indicarne 3 in ordine di importanza)" - Percentuali totali



ranza (oltre il 90%) segnalata per hashish o marijuana, poco prioritari appaiono gli interventi in materia di cannabinoidi (Graf. 2).

Pur segnalando oltre il 60% degli intervistati i possibili effetti negativi dell'uso di droghe impropriamente dette leggere, gli stessi assimilano all'idea della diffusione del fenomeno quella di una pericolosità tollerata e tollerabile.

In realtà, considerato il numero di segnalazioni questo tipo di consumo meriterebbe una particolare attenzione anche al fine di evitare una sempre più crescente "normalizzazione" del fenomeno e, dunque, un implementarsi della percezione del "lo fanno quasi tutti, non è un problema" ... da cui, meglio puntare risorse e attenzioni su altro.

Nessuno come il consumatore di cannabis sembra alimentare l'idea della differenza tra droghe leggere e droghe pesanti, accettabile nei rischi e negli effetti, non certo nella possibilità di un uso "pesante" anche delle cosiddette droghe leggere.

I giovani partecipanti al Progetto hanno discusso con gli operatori i dati derivanti dal questionario di ingresso, ampliandone la possibilità di comprensione e di verifica.

La prevenzione suggerita sarebbe da orientarsi nei termini di consumo di eroina, cocaina e soprattutto alcol.

Quest'ultimo, al pari del gioco d'azzardo patologico e della dipendenza da internet sembra segnare ormai di colpevole ritardo l'attuale delle agenzie di educazione e prevenzione.

Per i partecipanti a "Kryptonite", infatti, sono state sottovalutate, a loro dire volutamente, situazioni e rischi che oggi vedono i più giovani ostaggi indifesi di quella che da controcultura si è fatta cultura dominante.

A tal proposito, non è improprio accennare al «*godimento smarrito*» di Lacan (2010, p. 196) o alla *cultura del narcisismo* di Lasch (1995), in merito ai quali principi e già prima di loro secondo l'idea della *mutazione antropologica* di Pier Paolo Pasolini, lo smarrimento e la perdita di valori del giovane sarebbe da imputare al consumismo edonista, al diffuso nichilismo, alla fragilità del giovane senza riferimenti, l'amplificazione delle pulsioni individualistiche.

Minata nel profondo la stabilità dei legami sociali e, dunque, la possibilità stessa della costruzione della personalità e del pensiero critico, non resta che l'individuo isolato in piena deriva valoriale (Galimberti, 2007).

Gli stessi *Social Network* che potrebbe offrire l'affaccio illimitato sul mondo, su ciò che non è conosciuto, sull'Altro non noto,

spesso si riducono al contatto tra conoscenti, alla ricerca di chi si è già incontrato, in un tempo più o meno recente, o di chi presumibilmente non si conoscerà mai offline.

Tutto sembra essere possibile o comunque accessibile virtualmente.

Se tutto è reso visibile e pubblico (o pubblicabile) nulla è, però, conosciuto profondamente.

Dal verticale della conoscenza che da un punto scendeva in profondità si è passati all'orizzontalismo dei sistemi passanti, dove fugacemente si entra in contatto con tutto e con niente (Baricco, 2008).

Günter Anders (2004) profetizzò che la vita dei ragazzi non appariva priva di senso perché costellata dalla sofferenza, ma insopportabile perché priva di significato.

Il funzionamento di questo meccanismo appare aprire alla comprensione di come la dipendenza patologica non sia solo legata agli effetti generati dalla sostanza o da un particolare comportamento. È molto probabile, che a monte vi sia una psicopatologia di cui il *craving* è una sorta di accessorio che non cambia il carattere del fenomeno essenziale.

Sembrerebbe preesistere rispetto all'incontro con l'oggetto della dipendenza, da riportare a quell'area della motivazione, più o meno consapevole, che induce il soggetto a ricercare la medicazione della frammentarietà e del dolore (Khantzian, 1993).

Nell'ipotesi dell'automedicazione, il soggetto vede nell'uso di sostanze, nei comportamenti a rischio e nei suoi oggetti implicazioni positive, foriere di benessere, quando non desiderabili per riuscire a dare un senso a se stesso e alla propria vita (McDougall, 2003).

Un'attenzione particolare merita la dimensione del *rave*.

Come è noto, il concetto di sottocultura affonda le proprie origini nella corrente sociologica della Scuola di Chicago che, a partire dal secondo decennio del Novecento e sotto la guida di Robert Park e Ernest Burgess, sviluppò un approccio etnografico allo studio della città e dei suoi differenti gruppi sociali, in prevalenza marginali (Park *et al.*, 1915; si veda Fine e Kleinman 1979).

Non meno importanti, nel corso degli anni settanta sono considerati gli studi del *Centre for Contemporary Cultural Studies* (CCCS) sotto la direzione di Stuart Hall proprio sulla cultura e le condizioni di vita dei giovani proletari inglesi.

Lo studioso di *popular culture* Steve Redhead è stato uno dei primi agli inizi degli anni novanta a riportare un'attenzione, particolarmente critica nei confronti della teoria sottoculturale di Birmingham.

Abbandonando l'idea che questi studi avrebbero dovuto prendere spunto dalle condizioni materiali di vita dei giovani, Redhead ha virato per primo verso l'idea che le sottoculture, costituiscono, invece, il risultato di un gioco di appropriazioni e di rifiuti di rappresentazioni estetiche (Redhead, 1993).

Cultura giovanile, devianza sociale, panico morale da parte dei media nei confronti delle pratiche giovanile, hanno definitivamente acceso, passando attraverso la *club culture*, l'attenzione sul mondo dei *rave* (McRobbie e Thornton, 1995).

Per Michel Maffesoli (2013), basta guardarsi attorno e porsi una semplice domanda: qual è il punto comune fra la *Love Parade* di Berlino (un milione di persone per le strade ogni anno), i *rave parties* clandestini delle nostre periferie e campagne.

Forse questi fenomeni rimandano ad un modello *arcaico* di socializzazione: il relazionale prevale sul razionale, l'affettivo sul cognitivo, il gruppo sull'individuo, l'immaginario sul calcolo, il locale sul globale.

Espressione di una sorta di nomadismo psichico, capace di richiami *controculturali*, il fenomeno dei *free party* ha da subito catalizzato l'attenzione degli studi sociali.

La più recente scuola francese di sociologia, capeggiata da Pierre Bourdieu e Jean Baudrillard, si è soffermata a lungo sui giovani e sulla complessità contemporanea di cui si sono fatti portatori, sottolineando la portata di un fenomeno di *sottocultura* affermatosi a fronte della «*scomparsa di ogni cultura del senso e del sentimento estetico*» della cosiddetta cultura “alta” dominante.

La lettura della massificazione della postmodernità di Baudrillard sembra farsi più nichilista, nera, fredda.

Il sociologo francese, scavando sotto la scorza della “socialità” tipica del costume delle odierne società massificate, riscopre il “sociale autentico” nella profondità e immobilità dei legami (la religiosità, la sensibilità collettiva...) come manifestazioni di una vita quasi animale ed aspetti con evidenti aspetti tribalistici.

Le conclusioni scaturite dal confronto con i partecipanti al Progetto del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche di Taranto fanno pensare a un sottobosco di consumo di sostanze e musica presente nel territorio afferente alla ASL jonica e non solo.

Diffusa appare, infatti, la pratica del nomadismo del fine settimana con un vero e proprio flusso migratorio del divertimento notturno verso la litoranea salentina e verso la città di Bari e della sua provincia.

Il mondo adulto è rigorosamente tenuto fuori dalla pratica e la scelta di alcune tipologie di musica e di fasce orarie sembrano confermare la volontà di spazi “incontaminati” per soli giovani. Gli stessi hanno espresso l’esigenza-bisogno di portare il consumo di sostanza in una sorta di mondo che vorrei dove fantasie echeggianti pratiche pagane e dionisiache si offrono ad una sorta di resistenza culturale (contro o sotto che dir si voglia) spontanea e finalmente individualizzante.

Il mondo della notte come dimensione ad appannaggio dei più giovani.

Più gli adulti cercheranno di penetrare quest’area più la voglia di difenderla potrebbe indurre all’innalzamento dell’asticella dell’impenetrabilità (notte senza più tarda, sostanze, musica, abbigliamento, simboli, leader, ecc.).

Non è solo una questione di immagine ma di identità e appartenenza, indotta anche da una scarsa fiducia che i giovani sembrano nutrire nei confronti del mondo degli adulti e della sua capacità di farsi guida e riferimento.

I giovani della notte sembrano fidarsi solo di sé, dei loro amici e di pochi altri.

Hanno idoli e punti di riferimento significativi per loro e solo per loro (a cura di Pagliarano, Baldini, 2010).

## 8. Il Questionario di uscita

Delle 45 persone segnalate ex art. 75 DPR 309/90 nel periodo relativo alla fase di sperimentazione del Progetto “Kryptonite” che hanno compilato il questionario d’ingresso, 38 hanno risposto anche alle domande di quello d’uscita.

Di queste l’89,4% si è detto “molto soddisfatto” di quanto ricevuto nel Ser.D. di Taranto all’interno del Progetto.

Il 94,7% si è detto analogamente “molto soddisfatto” del rapporto instaurato con gli operatori del Progetto (si ricorda che l’Equipe era composta da un Dirigente medico, da un Dirigente Sociologo e da un’Assistente Sociale).

Il 97,3% ha dichiarato che la collocazione della struttura Ser.D. ha risposto alla propria esigenza di riservatezza a cui va aggiunto il 100% delle risposte positive per ciò che attiene al rispetto della Privacy.

Tra quanti hanno seguito assiduamente il gruppo (4 incontri) oltre che i colloqui individuali, la percentuale più alta di segnalazioni

(80%) nella domanda a risposta multipla ha rimarcato l’accredarsi delle conoscenze/informazioni e della consapevolezza rispetto al consumo di sostanze e di comportamenti a rischio.

Quanti non hanno potuto partecipare a tutti gli incontri hanno precisato che i motivi erano legati ad impegni professionali (oltre il 90%) o sportivi.

La dimensione del gruppo ha poi portato gli intervistati a indicare nel 46,6% delle risposte, l’item “*mi ha permesso di confrontarmi con altre persone e con gli operatori in maniera costruttiva*”.

Ciò che è apparso sorprendente ai giovani segnalati è stato il clima disteso e non giudicante, la professionalità e la gentilezza: «*mi sono sentito a mio agio*», «*sono bravissime persone*», «*sono persone disposte ad aiutarti*», «*comprensione della difficoltà*», «*sanno cosa fare e molto bene*», «*professionisti e molto educati*», «*una buona cosa per chi sbaglia e vuole rimediare*».

Se si fosse voluto attribuire al questionario d’uscita una valenza simile alla *customer satisfaction*, non si potrebbe che esserne lusingati.

In realtà lo si è inteso con e fuori dall’indicatore prettamente numerico, come ascolto del testimone. Davvero l’unico soggetto dell’interazione che possa dire, in sanità e non solo, quanto un intervento, un’iniziativa, un trattamento possa dirsi riuscito e senza particolari scollamenti tra obiettivi e risultati.

## 9. Conclusioni

La letteratura internazionale ha più volte messo in luce come la partecipazione ad attività strutturate e guidate da un leader adulto con incontri regolari (Cooper, Valentine, Nye, Lindsay, 1999; Eccles & Barber, 1999; Marsh, 1992) riduce il rischio di abbandono scolastico (McNeal, 1995), incrementa la soddisfazione, abbassando i livelli di depressione (Mahoney, Schweder & Stattin, 2002) e gli atti delinquenziali (Landers & Landers, 1978; Mahoney, 2000).

La partecipazione ad attività non strutturate, non supervisionate e svolte prevalentemente con il gruppo dei pari, al contrario è associata a comportamenti antisociali (Persson, Kerr, Stattin, 2007; Stattin *et al.*, 2005).

Da questi studi è emerso come un buon adattamento adolescenziale sia frequentemente associato ad attività strutturate, mentre un cattivo adattamento sarebbe correlato abitualmente ad attività non strutturate.

Molte ricerche hanno rilevato uno stretto rapporto tra le attività svolte nel tempo libero e l’adattamento in relazione al sesso, alla personalità, allo stato socioeconomico e ai fattori familiari (Eccles *et al.*, 1999; Marsh, 1992; Stattin *et al.*, 2005).

Precedenti ricerche hanno indagato l’attività sportiva negli adolescenti, mettendo in luce come il fatto di sentirsi competenti o trovare attività, che procurano soddisfazione e caratterizzate da una forte motivazione, possano condurre ad un coinvolgimento sempre maggiore (Carpenter & Scanlan, 1998; Mahoney *et al.*, 2010), mentre la mancanza di competenza e motivazione e l’eccessiva presenza di pressione e restrizioni sarebbero, al contrario, associate all’abbandono scolastico e all’emarginazione sociale (Gould, Feltz, Horn & Weiss, 1982; Guillet *et al.*, 2002; Klint & Weiss, 1987; Sarrazin, Vallerard, Guillet, Pelletier, Cury, 2002).

L’esperienza ci insegna che impostare gli interventi con i giovani in materia di prevenzione in termini di informazioni e nozioni non solo non produce benefici ma potrebbe determinare effetti iatrogeni tutt’altro che desiderabili.

Con maggiore probabilità sono le relazioni sociali ed educative i punti davvero significativi del lavoro di prevenzione.

Senza giudizi e censure, ma nel pieno rispetto della dignità e della reciprocità che non ambisce a far cambiare idea, spingendosi verso direzioni ignote ma che accoglie e non lasciano da soli. L'operatore, dunque, soprattutto con i più giovani dovrebbe tendere sempre più verso un ruolo di educatore, rinunciando all'eccesso di tecnicismo.

Con una formazione specifica ben accetta e rimarcata con piacere dai giovani ma con una coerenza e autorevolezza che non può essere solo frutto di nozionismo e scienza.

L'operatore deve muoversi allora nel solco della cura, dell'apprendimento, dell'accompagnamento, cercando una nuova modalità comunicativa con e per la persona, nella fattispecie molto giovane giovane.

Evidentemente si tratta di ampliare le conoscenze ma anche e soprattutto di accogliere, sostenere, lavorare sulla sfera spesso bistrattata (o non praticata perché più complessa e impegnativa) che è quella delle emozioni, dell'autoefficacia e della fiducia in se stessi.

## Bibliografia

- Anders G. (2004), *Amare, ieri. Appunti sulla storia della sensibilità*, Bolati Boringhieri, Torino.
- Bandura A. (1986), *Social foundation of thought and action. A social cognitive theory*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Baricco A. (2008), *I Barbari. Saggio sulla mutazione*, Feltrinelli, Milano.
- Carpenter P.J., Scanlan T.K. (1998), "Changes over time in the determinants of sport commitment", *Paediatric Exercise Science*, 10: 356-365.
- Cooper H., Valentine J.C., Nye B., Lindsay J.J. (1999), "Relationships between five after-school activities and academic achievement", *Journal of Educational Psychology*, 91: 369-378.
- Eccles J.S., Barber B.L. (1999), "Student council, volunteering, basketball, or marching band: What kind of extracurricular involvement matters?", *Journal of Adolescent Research*, 14: 10-43.
- Ferracuti F. (a cura di) (1987), *Trattato di criminologia, medicina criminologica e psichiatria forense*, Vol. 5, *Teorie criminologiche, prevenzione, ruolo delle istituzioni*, Giuffrè, Milano.
- Gelmi G., Lavatelli M., de Cosimo L. (2006), "Gli approcci alla prevenzione e i riferimenti teorici", in Leone L., Celata C. (a cura di), *Per una prevenzione efficace. Evidenze di efficacia, strategie di intervento e reti locali nell'area delle dipendenze*, Il Sole 24 ORE Sanità, Milano, pp.1-38.
- Gould D., Feltz D., Horn T., Weiss M. (1982), "Reasons for attrition in competitive youth swimming", *Journal of Sport Behavior*, 5: 155-165.
- Guillet E., Sarrazin P., Carpenter P.J., Trouilloud D., Cury F. (2002), "Predicting persistence or withdrawal in female handballers with social exchange theory", *International Journal of Psychology*, 37: 92-104.
- Khantzian E.J. (1993), "Affect and addictive suffering: a clinical perspective", in Ablon L., Brown D., Khantzian E.J., Mack J.E. (eds.), *Human feeling: exploration in affect development and meaning*, Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- Klint K.A., Weiss M.R. (1987), "Perceived competence and motives for participating in youth sports: A test of Harter's competence motivation theory", *Journal of Sport Psychology*, 9: 55-65.

- Lacan J. (2010), "Radiofonia e televisione", in Recalcati M., *L'uomo senza inconscio*, Raffaello Cortina, Milano, p. 196.
- Landers D.M., Landers D.M. (1978), "Socialization via interscholastic athletics: Its effects on delinquency", *Sociology of Education*, 51: 299-303.
- Lanzetti C., Lombi L., Marzulli M. (a cura di) (2008), *Metodi qualitativi e quantitativi per la ricerca sociale in sanità*, FrancoAngeli, Milano.
- Lasch C. (1995), *La cultura del narcisismo*, Bompiani, Milano.
- MacRobbie A., Thornton S., "Rethinking 'Moral panic' per Multi-mediated Social Words", *British Journal of Sociology*, 46(4): 559-574.
- Maffesoli M. (2013), *Homo mediaticus*, Armando, Roma.
- Mahoney J.L., Stattin H. (2000), "Leisure activities and adolescent anti-social behavior: The role of structure and social context", *Journal of Adolescence*, 23: 113-127.
- Mahoney J.L., Parente M.E., Zigler E.F. (2010), "Afterschool program participation and children's development", in Meece J., Eccles J. (Eds.), *Handbook of research on schools, schooling, and human development*, Routledge, New York, NY, pp. 379-397.
- Mahoney J.L., Schweder A.E., Stattin H. (2002), "Structured after-school activities as a moderator of depressed mood for adolescents with detached relations to their parents", *Journal of Community Psychology*, 30: 69-86.
- Marcelli D. (2004), *Il bambino sovrano*, Raffaello Cortina, Milano.
- Marsh H.W. (1992), "Extracurricular activities: Beneficial extension of the traditional curriculum or subversion of academic goals?", *Journal of Educational Psychology*, 84: 553-562.
- McDougall J. (2003), "L'economia psichica della dipendenza: una soluzione psicosomatica al dolore psichico", in Rinaldi L., *Stati caotici della mente*, Raffaello Cortina, Milano.
- McNeal R. (1995), "Extracurricular activities and high school dropouts", *Sociology of Education*, 68: 62-80.
- Pagliarano L., Baldini F. (a cura di) (2010), *Il trattamento nella dipendenza da cocaina*, FrancoAngeli, Milano.
- Park R.E., Burgess E.W., McKenzie R.D. (1915), *La città*, trad. it., Edizioni di Comunità, Milano, 1967.
- Pawson R. (2002), "Una prospettiva realistica. Politiche basate sull'evidenza empirica", *Sociologia e Ricerca Sociale*, n. 68/69, FrancoAngeli, Milano.
- Persson A., Kerr M., Stattin H. (2007), "Staying in or moving away from structured activities: explanations involving parents and peers", *Developmental Psychology*, 43: 197-207.
- Popper K.R. (1970), *Logica della scoperta scientifica*, Einaudi, Torino.
- Ravenna M. (1997), *Psicologia delle tossicodipendenze*, il Mulino, Bologna.
- Redhead S. (a cura di) (1993), *Rave Off: Politics and Deviance in Contemporary Youth Culture*, Avebury, Aldershot.
- Sarrazin P., Vallerand R., Guillet E., Pelletier L., Cury F. (2002), "Motivation and dropout in female handballers: a 21-month prospective study", *European Journal of Social Psychology*, 32: 395-418.
- Sberna M. (1987), "Prevenzione sociale", in Demarchi F., Ellena A., Cattarinussi B. (a cura di), *Nuovo Dizionario di Sociologia*, Edizioni Paoline, Milano.
- Scabini E., Iafrate R. (2003), *Psicologia dei legami familiari*, Il Mulino, Bologna.
- Stattin H., Kerr M., Mahoney J., Persson A., Magnusson D. (2005), "Explaining why a leisure context is bad for some girls and not for others", in Mahoney J.L., Larson R.W., Eccles J.S. (Eds.), *Organized activities as contexts of development: extracurricular activities, after-school and community programs*, pp. 211-235.





# Congresso Regionale FeDerSerD Sicilia

## I percorsi di presa in carico e di riabilitazione del detenuto consumatore di sostanze: problematicità e prospettive

Venerdì 27 novembre 2015  
PALERMO - Sala Convegni Hotel IBIS

### Razionale

FeDerSerD Sicilia vuole intervenire sulle criticità emerse negli ultimi anni fra il problema della presa in carico dei consumatori di sostanze in carcere ed i limiti presenti nell'attuale normativa di riferimento che necessita di essere rivista in alcune sue parti fondamentali come quella della certificazione di tossicodipendenza e dei requisiti per l'accesso alle misure alternative.

In questi ultimi decenni solo in parte, dal punto di vista giuridico, si è stati in grado di fornire risposte concrete ai bisogni di trattamento e riabilitazione del detenuto consumatore problematico di sostanze.

Il convegno affronta i nodi critici della presa in carico del detenuto consumatore di sostanze con particolare riguardo alla realizzazione di programmi alternativi alla carcerazione e alla costruzione della rete territoriale.

### Programma

9.00-9.30	<b>Registrazione dei Partecipanti</b>
9.30-10.00	<b>Saluti Autorità</b> Assessore alla Salute Regione Sicilia Direttore Generale ASP Palermo Presidente Nazionale FeDerSerD
10.00-13.00	<b>Sessione 1 – Il diritto alla salute del consumatore di sostanze in carcere</b>
10.00-10.30	Ambito penale ed uso di sostanze <b>Giancarlo Trizzino</b>
10.30-11.00	Organizzazione carceraria e diritto alla salute del detenuto tossicodipendente <b>Giuseppa Rita Barbera</b>
11.00-11.30	I nodi critici della certificazione ed del modello organizzativo del Ser.T. in carcere <b>Sergio Paderi</b>
11.30-12.00	Criteri di valutazione da parte del tribunale di sorveglianza <b>Raimonda Tomasino</b>
12.00-12.30	L'impatto della legislazione sui rapporti tra i Ser.D. e i tribunali di sorveglianza <b>Pietro Fausto D'Egidio</b>
12.30-13.00	La presa in carico ed i percorsi terapeutici per i consumatori di sostanze in carcere <b>Felice Nava</b>
13.00-13.30	Confronto/Dibattito
13.30-14.40	<b>Lunch</b>
14.40-16.20	<b>Sessione 2 – I programmi di riabilitazione e reinserimento per il consumatore di sostanze autore di reato</b>

14.40-15.05	Il lavoro clinico dello psicologo in carcere <b>Ornella Spotorno – Maria Leone</b>
15.05-15.30	Area educativa trattamentale <b>Nunzio Brugugnone</b>
15.30-15.55	I percorsi delle misure alternative e la costruzione della rete territoriale <b>Ettore Cutrone</b>
15.55-16.20	I programmi finalizzati al recupero ed al reinserimento di detenuti con problemi legati al consumo <b>Riccardo De Facci</b>
16.20-17.30	<b>Tavola rotonda ESPERIENZE DI LAVORO IN CARCERE</b> <b>Claudia Bongiorno</b> <b>Gina Badalamenti</b> <b>Gino Cirlincione</b> <b>Marina Altavilla</b>
17.30	<b>Chiusura lavori e compilazione questionario ECM</b>

### INFO

Venerdì 27 novembre 2015  
Sala Convegni - Hotel IBIS Styles  
Via Francesco Crispi 230

### CREDITI ECM

Il Convegno è accreditato ECM per le seguenti figure professionali del settore: **medico, psicologo, infermiere, educatore professionale, assistente sanitario, farmacista.**

I crediti formativi sono richiesti anche per la figura professionale dell'**assistente sociale** secondo la normativa prevista dall'Ordine di riferimento.

Si ricorda ai Partecipanti che il rilascio della certificazione dei Crediti è subordinata alla partecipazione effettiva all'intero programma formativo (100% di frequenza) ed alla verifica del questionario di apprendimento (superamento con percentuale non inferiore al 75% del totale delle domande).

### QUOTE DI PARTECIPAZIONE

**soci 2015 FeDerSerD** partecipazione gratuita

**non soci 2015 FeDerSerD** Euro 15,00 (+ iva 22% se dovuta)

È possibile iscriversi a FeDerSerD per l'anno 2015/2016 in occasione del Convegno e partecipare con la quota gratuita di socio. È necessario inviare l'iscrizione prima del Convegno.

### MODALITÀ DI ISCRIZIONE

È richiesta l'iscrizione obbligatoria sia per la partecipazione gratuita che a pagamento nelle seguenti modalità:

- partecipazione gratuita: iscrizione on line obbligatoria **entro lunedì 16 novembre 2015**
- partecipazione a pagamento: iscrizione online (solo con pagamento con carta di credito) e, in alternativa, è possibile inviare la scheda di iscrizione compilata in tutte le sue parti e debitamente firmata con allegata copia dell'avvenuto pagamento via fax al n. 031 751525 o per email a federserd@expopoint.it **entro lunedì 16 novembre 2015**.

È possibile effettuare l'iscrizione online connettendosi al sito [www.expopoint.it](http://www.expopoint.it) o [www.federserd.it](http://www.federserd.it) selezionando l'evento di riferimento.

L'iscrizione include: partecipazione ai lavori - attestato di partecipazione - attestato ECM/Assistenti Sociali con assegnazione crediti formativi (per gli aventi diritto) - lunch.

I pagamenti delle quote di partecipazione possono essere effettuati tramite:

- assegno bancario (non trasferibile) intestato a Expo Point sas
- bonifico bancario a favore di Expo Point sas - Segreteria FeDerSerD: cod. IBAN IT96B056 9651 0900 0000 3270 X63 Banca Popolare di Sondrio Agenzia di Carimate (Co) - cin B - abi 05696 - cab 51090 con causale: FeDerSerD Convegno Sicilia 2015
- bollettino c/c postale n. 78452836 intestato a Expo Point sas Via Matteotti, 3 - 22066 Mariano Comense (Co) con causale: FeDerSerD Convegno Sicilia 2015
- bonifico postale su n. 78452836 intestato a Expo Point sas - Via Matteotti, 3 - 22066 Mariano Comense (Co) - causale: FeDerSerD Convegno Sicilia 2015.

Il nome del partecipante e la causale (FeDerSerD Convegno Sicilia 2015) devono essere chiaramente indicati sul trasferimento bancario o postale per permettere alla Segreteria Organizzativa di giustificare e registrare il pagamento. Non saranno accettate iscrizioni senza copia dell'avvenuto pagamento.

Qualora la partecipazione al convegno rientri nella formazione riconosciuta dalla propria azienda ospedaliera, Expopoint accetterà l'iscrizione al convegno di personale dipendente di ditte o enti pubblici solo con presentazione obbligatoria di autorizzazione scritta dell'Ente indicante tutti i dati fiscali che dovrà essere allegata e inviata unitamente alla scheda d'iscrizione per permettere l'emissione della fattura e il pagamento della stessa da parte dell'Ente autorizzante. In caso di assenza di autorizzazione scritta l'iscrizione non sarà ritenuta valida e sarà necessario il pagamento individuale della quota di partecipazione includendo la quota di iva.

È necessario, al momento della registrazione in sede di convegno, presentarsi con copia del pagamento effettuato e/o copia dell'autorizzazione dell'Azienda Ospedaliera/Ente per verificare la corretta procedura di iscrizione.

#### ANNULLAMENTI E RIMBORSI

Gli annullamenti per l'iscrizione devono essere comunicati tempestivamente alla Segreteria Organizzativa. Verrà rimborsato il 50% della quota versata per rinunce pervenute entro **lunedì 16 novembre 2015** mentre nessun rimborso verrà accordato per rinunce pervenute dopo tale data. I rimborsi verranno effettuati dopo il termine del Convegno.

**FeDerSerD**

aderente a:



Sede legale: Via Giotto 3, 20144 Milano

#### Direttivo Nazionale

Pietro Fausto D'Egidio (presidente)  
 Felice Nava (vicepresidente)  
 Guido Faillace (segretario esecutivo)  
 Alessandro Coacci e Alfio Lucchini (past president)  
 Giancarlo Ardissonne, Roberta Balestra,  
 Emanuele Bignamini, Giovanni Cordova,  
 Edoardo Cozzolino, Francesco De Matteis,  
 Tommaso Di Marco, Donato Donnoli,  
 Giuseppe Faro, Maurizio Fea, Roberta Ferrucci,  
 Mara Gilioni, Maria Luisa Grech,  
 Fernanda Magnelli, Ezio Manzato,  
 Gianna Sacchini, Giorgio Serio,  
 Vincenzo Simeone, Cristina Stanic,  
 Concettina Varango, Franco Zuin,  
 Margherita Taddeo, Giovanni Villani

#### Comitato Scientifico Nazionale

Emanuele Bignamini (direttore)  
 Edoardo Cozzolino e Carmela Costa (vicedirettori)  
 Vincenzo Caretti e Maurizio Fea (esperti)  
 Presidenti dei Comitati Scientifici  
 delle Federazioni Regionali

### RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Il versamento della quota associativa, pari a € 50,00 per i laureati e a € 30,00 per i non laureati, si può effettuare tramite:

- versamento sul Conto Corrente Bancario n. 000003417x16 intestato a **FeDerSerD** presso la **Banca Popolare di Sondrio - Agenzia di Carimate - CIN D ABI 05696 CAB 51090**
- versamento diretto ai referenti regionali con rilascio di ricevuta

L'accoglimento dell'istanza di iscrizione a FeDerSerD in qualità di Socio Ordinario avverrà nella prima riunione in calendario del Consiglio Direttivo e ne verrà data comunicazione e conferma con il rilascio e l'invio della Tessera Annuale.

### ANNO 2016 - 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 2016
  - Di rinnovare l'iscrizione in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2016
- a **FeDerSerD - Federazione degli Operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze**

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Si autorizzano FeDerSerD e la Segreteria Expopoint al trattamento dei dati inclusi nella presente scheda

Versamento quota associativa di  € 50,00 (laureati)  € 30,00 (non laureati)  
 (allegare copia bonifico bancario o ricevuta versamento)

Visto il Segretario Esecutivo Nazionale \_\_\_\_\_  
 Visto per approvazione: Il Presidente \_\_\_\_\_