Relazioni

CORSO ABUSO E DIPENDENZA DA **ALCOL**: DIAGNOSI E TRATTAMENTO

FARMACOLOGIA E NEUROBIOLOGIA

Roberta Agabio
Università degli Studi di Cagliari

L'accresciuta comprensione della neurobiologia dell'alcolismo risulta essere una premessa indispensabile per lo sviluppo di nuovi farmaci che, sostituendosi alla crudele terapia deterrente rappresentata dal disulfiram, siano efficaci nel correggere le alterazioni dei processi della neurotrasmissione che sono alla base della dipendenza da alcol. L'alcol è una piccola molecola solubile sia nell'acqua che nei lipidi. Inizialmente si era ipotizzato che l'alcol svolgesse un'azione aspecifica sul Sistema Nervoso Centrale (SNC) attraverso la fluidificazione delle membrane neuronali. Si riteneva infatti che l'alcol disorganizzasse il doppio strato lipidico delle membrane cellulari alterandone la funzione. Successivamente è stato però dimostrato che l'alcol è capace di modificare l'attività di specifiche proteine immerse nella matrice fluida della parete cellulare che assolvono diverse funzioni, quali quelle di canali per il passaggio degli ioni e di recettori per i neurotrasmettitori. Pertanto, se da una parte si può affermare che l'alcol, a differenza delle altre sostanze d'abuso, non possiede un recettore specifico a cui legarsi, dall'altra si può ragionevolmente ipotizzare che, nella struttura della membrana, esistano degli elementi particolarmente sensibili all'azione dell'alcol. I numerosi effetti comportamentali percepiti dopo l'assunzione di alcol rappresentano il risultato finale della somma delle azioni dell'alcol sui diversi sistemi neurotrasmettitoriali. Ugualmente, fenomeni quali la tolleranza e la dipendenza dall'alcol sono il risultato delle modificazioni con cui alcuni sistemi neurotrasmettitoriali si "adattano" alla presenza continua di alte concentrazioni di alcol. Ad esempio, numerose evidenze sperimentali dimostrano che l'alcol, somministrato acutamente, potenzia la trasmissione GABAergica (acido gamma-aminobutirrico, il più importante neurotrasmettitore cerebrale con funzioni inibitorie). Esistono due differenti classi di recettori GABAergici, i $GABA_A$ e i $GABA_B$. I primi sono recettori-canale permeabili agli ioni cloro e sui quali sono presenti i recettori per le benzodiazepine, per i barbiturici e per i neurosteroidi endogeni. Probabilmente l'alcol, somministrato acutamente, potenzia la trasmissione GABAergica attraverso un meccanismo che facilita l'apertura del canale e favorisce l'ingresso del cloro. Tale modulazione positiva dei recettori $GABA_A$ è comune anche alle benzodiazepine. La somministrazione cronica di alcol induce un "mal adattamento" dei recettori $GABA_A$"che porta ad una minore sensibilità al GABA. Tale fenomeno, alla base dello sviluppo della dipendenza e della tolleranza, spiega l'efficacia terapeutica delle benzodiazepine nel trattamento della crisi d'astinenza da alcol. Recenti evidenze sperimentali indicano che anche i recettori $GABA_B$ svolgono un importante ruolo nella dipendenza da alcol. Infatti, è stato osservato che il baclofen, agonista del recettore $GABA_B$ utilizzato in clinica quale miorilassante, è efficace nel ridurre il consumo di alcol e la severità della crisi d'astinenza sia nell'animale di laboratorio che nel paziente alcolista. Il meccanismo cellulare attraverso il quale il baclofen esercita i suoi effetti anti-alcol non è stato ancora perfettamente definito. Diverse linee di evidenze sperimentali suggeriscono che le proprietà euforigeniche dell'alcol siano regolate dai neuroni dopaminergici mesolimbici, che originano nell'area ventrale tegmentale (VTA) e proiettano i loro neuroni nel nucleus accumbens (NA). L'attivazione di tale sistema è, da un punto di vista fisiologico, indispensabile per la sopravvivenza delle diverse specie animali in quanto consente che lo svolgimento dei comportamenti essenziali per la vita (assunzione di cibo, acqua e riproduzione sessuale) risulti piacevole e gratificante. Anche le sostanze d'abuso, tra cui l'alcol, stimolano potentemente i neuroni dopaminergici, sostituendosi ai normali stimoli endogeni. In accordo con questa ipotesi, è stato osservato che il consumo volontario di alcol da parte di animali alcol-preferenti stimola il rilascio di dopamina nel NA mentre, durante la crisi di astinenza da alcol, si osserva una ridotta attività elettrica dei neuroni dopaminergici ed una diminuita liberazione di dopamina nel NA (che torna però alla norma con l'assunzione di alcol). I modelli animali hanno fornito importanti informazioni sul ruolo della dopamina nella mediazione degli effetti gratificanti dell'alcol. Ad esempio, gli animali alcol-preferenti possiedono, in diverse aree cerebrali, livelli di dopamina più bassi ed un minore numero di recettori dopaminergici di tipo D_1 e D_2 rispetto agli

animali alcol-non preferenti. Infine, la somministrazione di farmaci dopamino-mimetici riduce il consumo volontario di alcol degli animali alcol-preferenti. Non sembra che l'alcol stimoli direttamente i neuroni dopaminergici ma che inibisca gli interneuroni GABAergici che controllano quelli dopaminergici: l'inibizione dei primi "disinibisce" i secondi. E' stato anche proposto che l'effetto stimolatorio dell'alcol sul sistema dopaminergico sia dovuto ad una interazione col sistema serotoninergico ed oppioidergico. Infatti la somministrazione di farmaci ad azione antagonista sui recettori agli oppioidi (ad esempio, il naltrexone) e sui recettori serotoninergici di tipo 5-HT_3 (ad esempio, il tropisetron) blocca il rilascio di dopamina, prodotto dall'alcol, nel NA del ratto. Questi farmaci, efficaci nel ridurre il consumo volontario di alcol nell'animale di laboratorio e, nel caso del naltrexone, anche nell'uomo, probabilmente agiscono attraverso la diminuita stimolazione del sistema dopaminergico che si traduce in una riduzione del potere gratificante dell'alcol. Inoltre, la presenza di recettori $GABA_B$ localizzati nel corpo dei neuroni dopaminergici della VTA, suggerisce che tali recettori possano esercitare - quando stimolati - un'azione inibitoria su questi neuroni (rappresentando il possibile sito d'azione degli effetti anti-alcol del baclofen). Ancora, numerose evidenze hanno dimostrato che l'alcol si comporta come un potente e selettivo antagonista sul recettore dell'acido glutammato (neurotrasmettitore con funzioni eccitatorie più diffuso nel SNC) di tipo NMDA. L'attivazione della trasmissione glutammatergica mediata dal recettore NMDA è parte integrante dei meccanismi cellulari alla base dell'apprendimento e della memoria; è stato pertanto proposto che l'antagonismo svolto dall'alcol possa costituire il meccanismo dei *blackouts* mnemonici che si manifestato in seguito all'assunzione di dosi intossicanti di alcol. Infine, numerose evidenze sperimentali indicano l'esistenza di una relazione inversa tra funzionalità dei sistemi serotoninergici cerebrali e consumo di alcol, attualmente oggetto di verifica clinica.

LE EVIDENZE SCIENTIFICHE SULL'EFFICACIA DEI TRATTAMENTI PER L'ABUSO E LA DIPENDENZA DA ALCOL

Amato L., Davoli M.
Dipartimento di Epidemiologia, ASL RM/E Roma

Introduzione: Partendo dalla consapevolezza che le persone che, a più vario titolo devono prendere decisioni relative alla Salute, necessitano di informazioni attendibili ed aggiornate su cui basare le loro scelte, e che tali informazioni devono essere facilmente e velocemente reperibili, nel 1992 nel Regno Unito è stata fondata la Collaborazione Cochrane, un'organizzazione internazionale no-profit che ha l'obiettivo di produrre, aggiornare e diffondere revisioni sistematiche della letteratura scientifica nei diversi ambiti dell'assistenza sanitaria.
La Collaborazione Cochrane si è successivamente diffusa, coinvolgendo ricercatori, clinici e pazienti di paesi diversi, che collaborano alla conduzione di revisioni nei vari campi della Medicina.
I gruppi che partecipano alla Collaborazione Cochrane ricercano le informazioni su tutti gli studi sperimentali relativi ai trattamenti per le diverse patologie. I risultati di questi studi vengono combinati insieme nelle revisioni sistematiche, offrendo un risultato complessivo delle conoscenze disponibili circa un determinato trattamento. Gli elementi cardine di queste revisioni sono l'esaustività della ricerca della letteratura e la metodologia rigorosa attraverso cui sono condotte.
Il Gruppo editoriale Cochrane su Droghe ed Alcool, si è costituito nel 1998 ed ha base editoriale a Roma presso il Dipartimento di Epidemiologia della ASL RME.
Materiali e Metodi: Le due revisioni pubblicate dal gruppo trattano degli interventi di prevenzione primaria per l'uso di alcol nei giovani e degli interventi con antagonisti degli oppiacei per la dipendenza da alcol. Nella prima revisione viene valutata l'efficacia degli interventi psicosociali ed educativi che hanno come obiettivo quello di prevenire l'insorgere dei comportamenti d'abuso di alcol fra giovani. Tali interventi sono paragonati tra loro o con diverse modalità di conduzione dello stesso intervento o con l'assenza di interventi. Nella revisione sono inclusi 56 studi ed il numero totale di soggetti trattati è di 88103 persone. Nella seconda revisione gli interventi valutati sono i trattamenti con antagonisti degli oppiacei da soli o associati ad altri trattamenti farmacologici e/o psicosociali, paragonati con altri trattamenti farmacologici e/o psicosociali o con trattamenti placebo. 29 sono gli RCT inclusi e 3174 è il numero dei partecipanti.
Risultati: Nella revisione sugli interventi di prevenzione, non è stato possibile giungere ad alcun tipo di conclusione definitiva relativamente all'efficacia degli interventi per quanto attiene ai risultati a breve e medio termine. Per i risultati a lungo termine un intervento di tipo familiare "Strengthening Families Program (SFP)" e gli interventi focalizzati sullo sviluppo di capacità sociali specifiche sembrano essere efficaci rispetto all'uso di alcol, ed all'età al primo uso.
Nella revisione sugli antagonisti degli oppiacei per la dipendenza da alcol, i risultati evidenziano un efficacia del naltrexone paragonato con il placebo rispetto a: ritenzione in trattamento, tasso di interruzioni del trattamento, numero di persone che ricadevano a bere pesantemente. Tutti gli altri confronti effettuati non hanno mostrato differenze statisticamente significative.
Conclusioni: I risultati della revisione sugli interventi di prevenzione evidenziano soprattutto le difficoltà che si incontrano nel valutare e paragonare tra loro i diversi programmi di prevenzione. Le misure di risultato sono molto diverse all'interno degli studi primari inclusi così come lo sono i metodi con cui esse vengono riportate; inoltre è sconosciuta la rilevanza degli esiti studiati rispetto alla salute pubblica. Gli autori insistono sulla necessità di migliorare gli standard metodologici degli studi sugli interventi preventivi ed auspicano lo sviluppo di regole da seguire quando si conducono ricerche su questi temi.
Per quanto attiene alla revisione sull'uso degli antagonisti degli oppiacei per la dipendenza da alcol, i risultati evidenziano che un trattamento breve con naltrexone diminuisce del 36% le probabilità di abbandono del trattamento e del 13% le probabilità di ritornare ad assumere alcol. A causa degli alti tassi di abbandono, il trattamento dovrebbe essere accompagnato da interventi psicosociali e da un'attento monitoraggio degli effetti collaterali per favorire l'adesione al trattamento che sembra essere un elemento cruciale. Non vi è alcuna evidenza che giustifichi l'uso del nalmefene.

ABUSO E DIPENDENZA DA ALCOL: TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

G. Addolorato, L. Abenavoli, L. Leggio, A. Ferrulli, C. D'Angelo, L. Vonghia, A. Mirijello, S. Cardone, G. DeLorenzi, *F. Caputo, N. Malandrino, S. Farnetti, E. Capristo, **R. Agabio, **G. Colombo, **G.L. Gessa, G. Gasbarrini.
Istituto di Medicina Interna, Università Cattolica di Roma
**Centro Alcologico "G. Fontana", Università di Bologna*
***C.N.R., Istituto di Neuroscienze, Sezione di Cagliari & Dipartimento di Neutroscienze "Bernard B. Brodie", Università di Cagliari*

L'abuso di alcol e l'alcoldipendenza rappresentano un ubiquitario e grave problema, dal punto di vista sia medico che sociale. In passato la terapia dei pazienti alcoldipendenti era basata principalmente sull'approccio psicologico, individuale e di gruppo. Nell'ultimo ventennio la scoperta e l'utilizzo di farmaci specifici, in associazione alla terapia di supporto psicologico, ha permesso di incrementare la percentuale di successi terapeutici nel raggiungimento e mantenimento dell'astensione da bevande alcoliche e nella prevenzione della ricaduta.
La presente relazione si prefigge di esaminare i principali farmaci sperimentati sia nell'animale da esperimento che nell'uomo e attualmente utilizzabili nella terapia della disuassefazione da bevande alcoliche. Tali farmaci appaiono essere efficaci sia nel trattamento delle emergenze correlate ad alcoldipendenza che nella prevenzione della ricaduta. Tuttavia si sottolinea il concetto che la terapia farmacologica non deve essere utilizzata come unico trattamento ma come parte integrante di un approccio comprendente il supporto sia psicologico che sociale.

IL TRATTAMENTO NON FARMACOLOGICO

Valeria Zavan
ASL 22 Novi Ligure

Il trattamento non farmacologico ha sempre avuto una importanza preminente nella storia dell'Alcologia. Questo per una sostanziale mancanza di disponibilità di "farmaci forti", che sino a pochi anni fa si concretizzava nella sola possibilità di utilizzo degli avversivanti.
Ciò ha corrisposto ad un grande sviluppo, soprattutto nei paesi di origine anglosassone, di strategie non farmacologiche attinenti all'ambito psicosociale e socio-riabilitativo, alla formulazione di programmi fortemente strutturati in tal senso ed un forte orientamento all'astinenza dei programmi di trattamento.
Elemento sostanziale nel determinare il trend dei trattamenti non farmacologici è stato nel passato il limitarsi del trattamento alla Dipendenza Alcolica, cioè alle forme più gravi di patologia alcol correlata, associato all'enorme sviluppo del volontariato non istituzionale come preminente forma di "aftercare".
Lo sviluppo di maggiori capacità di identificazione precoce, l'affido di tale compito alle strutture di base, l'allargarsi della piramide dell'intervento all'abuso e al bere problematico, l'avanzare della ricerca in campo farmacologico, le prime indicazioni di efficacia sui trattamenti, le indicazioni provenienti da altri campi e le modificazioni socio-economiche hanno profondamente modificato le modalità di approccio all'intervento-trattamento non farmacologico.
Alcuni nodi critici che verranno presi in considerazione sono:
Differenziazione dei target e degli obiettivi (Dipendenza, abuso, bere problematico; astinenza, riduzione dell'uso, riduzione del danno).
Differenziazione degli interventi e dei setting a seconda di target ed obiettivo (sottopopolazioni; l'intervento di rete; l'alcologia di base e specialistica)
Punto di vista del cliente e negoziazione di obiettivi praticabili (la motivazione al cambiamento in alcologia e gli strumenti per la sua valutazione)
L'integrazione degli interventi farmacologici e non farmacologici.
Tali nodi verranno affrontati attraverso una panoramica dei principali indirizzi in tema di intervento:
Il counseling (caratteristiche, campi di applicazione, il counseling in alcologia);
L'intervento breve (caratteristiche; l'intervento breve alcologico non specialistico e specialistico; l'intervento breve motivazionale);
La motivazione al cambiamento (la valutazione della motivazione in alcologia e l'intervento motivazionale orientato);
Le terapie cognitivo-comportamentali (lo sviluppo delle abilità di fronteggiamento; la prevenzione della ricaduta);
Il network sociale (l'intervento socio-riabilitativo; la famiglia; i gruppi di autoaiuto);
Il case management (la facilitazione all'accesso agli interventi ed ai servizi ancillari);
L'integrazione degli interventi.
Data la vastità del tema, particolare attenzione e spazio verrà dato agli argomenti di maggiore spicco degli ultimi anni ovvero al counseling, agli interventi brevi, alla valutazione della motivazione e al ruolo del network sociale.

Relazioni

CORSO ABUSO E DIPENDENZA DA **COCAINA**: DIAGNOSI E TRATTAMENTO

LA CLINICA DEI DISTURBI CORRELATI ALL'USO DI COCAINA

Felice Nava
ULSS8 del Veneto, Castelfranco Veneto (TV)

Gli effetti clinici indotti dalla molecola variano in funzione della modalità di assunzione, della dose e della durata di uso. Dosi di 25-150 mg inducono un'intensa ed immediata euforia che si accompagna ad aumento della velocità e del tono dell'eloquio con un miglioramento delle prestazioni psicomotorie e delle capacità logico-deduttive.
La sua assunzione è, inoltre, sempre associata ad un'intensa sensazione di piacere e di benessere spesso paragonata da alcuni consumatori all'orgasmo sessuale che si accompagna ad una tipica reazione ipertrofica dell'Io che può talora sfociare in veri deliri di onnipotenza.
La cocaina è in grado di determinare uno stato psichico ipertimico del tutto affine a quello maniacale. Gli effetti periferici della cocaina mimano una reazione di allarme, con atteggiamento di ipervigilanza, insonnia, anoressia, aumento della motilità, midriasi, ciclopegia, tachicardia, vasocostrizione splancnica e aumento della pressione sistemica, deviazione del flusso ematico verso i muscoli, aumento della temperatura corporea, *flushing* cutaneo, broncodilatazione, diminuzione della peristalsi (con alterazioni dell'alvo e della minzione) ed aumento della glicemia. Il corteo sintomatologico descritto si estingue usualmente entro le prime 2 h con la sola eccezione della componente ansiosa che permane per un periodo più lungo. Dosi maggiori di 150 mg determinano una forte euforia ed una iperattivazione adrenergica con comparsa frequente di nausea, vomito, tremori, convulsioni ed ipereflessia. In ogni caso gli effetti euforizzanti della sostanza sono rapidamente seguiti da una fase di profonda depressione (*crash*).
Questa è dovuta alla dissociazione dopo qualche ora dall'assunzione della sostanza del complesso cocaina-DAT. Una volta svaniti gli effetti della sostanza il neurotrasportatore è capace di catturare nuovamente il neurotrasmettitore e di determinare nell'ambiente extracellulare un forte calo del tono dopaminergico ed una rapida soppressione degli effetti euforici indotti dalla sostanza.
Questa nuova fase è caratterizzata da effetti simmetricamente opposti a quelli precedenti la cui intensità è anch'essa dose-dipendente.
Dal punto di vista psicologico la fase di *crash* si può presentare con una tipica reazione disforica in cui, a seconda dei casi, può prevalere un atteggiamento malinconico ed abulico, con un aggravamento dello stato d'ansia, oppure una reazione di tipo paranoide, con allucinazioni visive e tattili, deliri di persecuzione, disorientamento spazio-temporale e perdita del controllo degli impulsi.
L'effetto bifasico della cocaina è alla base di uno dei fenomeni principali osservabili nei cocainomani, quello delle abbuffate o *binges*.
Dosi maggiori di 300 mg (spesso letali) causano un quadro di intossicazione che si articola spesso in due fasi.
La prima, caratterizzata da tutti i sintomi sopradescritti ma in forma parossistica, con ideazione delirante ed incoerente, senso di oppressione, allucinazioni, stereotipie, midriasi, nausea, vomito, vertigini, agitazione incontrollabile, eccessiva attività motoria con bruxismo, sudorazione profusa, vasocostrizione intensa con pallore, perdita di calore, tachipnea e disfunzioni epatiche e la seconda dominata da manifestazioni convulsive tonico-cloniche (eventualmente preludenti a crisi di grande male), ipereflessia, una grave ipotensione, tachicardia, cianosi, edema polmonare con dispnea, ipertermia (per disregolazione dei centri deputati al controllo della temperatura corporea), rabdomiolisi, arresto circolatorio e morte.
La brusca interruzione della sostanza porta ad una sindrome d'astinenza il cui correlato neurochimico più importante è rappresentato dalla diminuzione dell'attività del sistema dopaminergico mesolimbico.

La sindrome d'astinenza è caratterizzata da tre fasi. La prima fase (*crash*) compare da 9 h a 4 giorni dalla sospensione dell'uso della sostanza e può essere distinta in tre fasi: precoce, media e tardiva (Tab. 1).

Tab. 1. Sintomatologia della prima fase dell'astinenza da cocaina	
Fase precoce	Agitazione, depressione, anoressia, forte *craving*
Fase media	Affaticamento, depressione, forte desiderio di dormire
Fase tardiva	Forte esaurimento, sonnolenza ed iperfagia

La seconda fase compare dopo 1-10 settimane e può essere divisa anch'essa in precoce, media e tardiva (Tab. 2).

Tab. 2. Sintomatologia della econda fase dell'astinenza da cocaina	
Fase precoce	Normalizzazione del sonno, umore eutimico, ansia
Fase media e tardiva	Anedonia, energia, forte ansia e *craving* verso la sostanza

La terza ed ultima fase è caratterizzata prevalentemente dal forte desiderio della sostanza.

LE EVIDENZE SCIENTIFICHE SULL'EFFICACIA DEI TRATTAMENTI PER L'ABUSO E LA DIPENDENZA DA COCAINA

Amato L., Davoli M.
Dipartimento di Epidemiologia, ASL RM/E Roma

Introduzione: Partendo dalla consapevolezza che le persone che, a più vario titolo devono prendere decisioni relative alla Salute, necessitano di informazioni attendibili ed aggiornate su cui basare le loro scelte, e che tali informazioni devono essere facilmente e velocemente reperibili, nel 1992 nel Regno Unito è stata fondata la Collaborazione Cochrane, un'organizzazione internazionale no-profit che ha l'obiettivo di produrre, aggiornare e diffondere revisioni sistematiche della letteratura scientifica nei diversi ambiti dell'assistenza sanitaria.
La Collaborazione Cochrane si è successivamente diffusa, coinvolgendo ricercatori, clinici e pazienti di paesi diversi, che collaborano alla conduzione di revisioni nei vari campi della Medicina. I gruppi che partecipano alla Collaborazione Cochrane ricercano le informazioni su tutti gli studi sperimentali relativi ai trattamenti per le diverse patologie. I risultati di questi studi vengono combinati insieme nelle revisioni sistematiche, offrendo un risultato complessivo delle conoscenze disponibili circa un determinato trattamento. Gli elementi cardine di queste revisioni sono l'esaustività della ricerca della letteratura e la metodologia rigorosa attraverso cui sono condotte.
Il Gruppo editoriale Cochrane su Droghe ed Alcool, si è costituito nel 1998 ed ha base editoriale a Roma presso il Dipartimento di Epidemiologia della ASL RME.
Materiali e Metodi: Le tre revisioni pubblicate dal gruppo valutano rispettivamente l'efficacia della carbamazepina, degli antidepressivi e degli agonisti della dopamina per la dipendenza da cocaina. Nella revisione sulla carbamazepina, sono inclusi 7 studi ed il numero totale di soggetti trattati è di 455 persone. Tutti gli studi paragonavano trattamenti con carbamazepina con trattamenti placebo. Vi sono 5 nuovi studi che gli autori stanno valutando per l'inclusione in una versione aggiornata della revisione.
Nella revisione sull'efficacia degli antidepressivi per la dipendenza da cocaina, sono inclusi 18 studi con 1383 persone trattate. Tutti i farmaci antidepressivi erano paragonati con trattamenti placebo. La durata del trattamento variava tra i 40 giorni ed i 6 mesi. 14 studi prevedevano un trattamento ambulatoriale, 4 erano effettuati in regime di ricovero ospedaliero almeno all'inizio del trattamento.
Nella revisione sugli agonisti della dopamina, sono inclusi 17 studi con 1109 persone trattate. La durata del trattamento variava tra i 10 giorni e le 12 settimane. 9 studi prevedevano un trattamento ambulatoriale, 3 erano effettuati in regime di ricovero ospedaliero. Sono in corso di pubblicazione altre due revisioni che valutano una l'efficacia dei trattamenti psicosociali e l'altra l'efficacia dell'agopuntura per la dipendenza da cocaina.
Risultati: Carbamazepina: Rispetto alla ritenzione in trattamento la carbamazepina dà risultati lievemente migliori del placebo, anche se in maniera non statisticamente significativa. Numerosi sono gli effetti collaterali descritti negli studi: reazioni cutanee dovute ad ipersensibilità, vertigini, stanchezza, secchezza delle fauci, cefalea, nausea e vomito, ma non vi erano differenze significative rispetto a questi sintomi tra la carbamazepina ed il placebo. Antidepressivi: nei confronti tra desipramina e placebo i risultati rispetto alla ritenzione in trattamento ed agli effetti collaterali non evidenziano differenze significative tra i due trattamenti.
Il numero di abbandoni è alto in tutti gli studi indipendentemente dal tipo di trattamento cui si è sottoposti. Agonisti della dopamina: uso di amantadina, di bromocriptina,e di amantadina vs placebo i risultati rispetto alla ritenzione in trattamento ed agli effetti collaterali non evidenziano differenze significative tra i due trattamenti. Conclusioni: Le conclusioni degli autori si soffermano sul fatto che la pressante domanda dei clinici, dei pazienti, delle loro famiglie e più in generale di tutta la comunità circa l'uso di terapie efficaci per la dipendenza da cocaina fa sì che si adottino protocolli farmacologici la cui efficacia non è dimostrata. I risultati delle revisioni non forniscono prove di efficacia relative all'utilizzo di queste sostanze nella dipendenza da cocaina. Inoltre, dato l'alto numero di abbandoni terapeutici, dovrebbe essere presa in considerazione la possibilità di utilizzo di approcci terapeutici diversi, quali ad esempio gli interventi psicoterapeutici.

Relazioni

CORSO ABUSO E DIPENDENZA DA **EROINA**: DIAGNOSI E TRATTAMENTO

LA CLINICA DEI DISTURBI CORRELATI ALL'USO DI EROINA

M. Pacini
Istituto di Scienze del Comportamento "G. deLisio", Pisa

Nella gestione della patologia correlata all'uso di eroina, il livello clinico costituisce la conoscenza centrale, la base autentica sulla quale disegnare eventuali terapie personalizzate, e la fonte di elementi per il riconoscimento dello stadio e della natura del rapporto con le sostanze. I momenti salienti della clinica tossicomanica sono costituiti dalla diagnosi di dipendenza, dalla costante e continua semplificazione dei fenomeni in base ad un criterio di riduzione sintomatologica, dall'estrapolazione degli elementi indicativi di eventuali ulteriori diagnosi psichiatriche, dal monitoraggio degli stessi segni e della coscienza di malattia come indicatori del rischio di ricaduta. Le stesse terapie tossicomaniche ad oggi scientificamente valide sono comprensibili soltanto a chi abbia compreso la natura della malattia tossicomanica e i suoi sintomi bersaglio, e le dinamiche che legano i sintomi ai fenomeni. La conoscenza della clinica tossicomanica consente di evitare che, a fronte di una complessità fenomenologica da sempre riconosciuta intorno alla tossicodipendenza, la gestione dei singoli casi sia improntata a tale complessità, anziché essere correttamente guidata dai pochi elementi essenziali che hanno una chiara traduzione in termini terapeutici.

DOPPIA DIAGNOSI: IL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

Icro Maremmani
Università di Pisa

Lo scopo di questa presentazione è di confrontare i partecipanti con le seguenti acquisizioni scientifiche nel campo della doppia diagnosi: i disturbi dell'umore sono la comorbidità più frequente nella tossicodipendenza, i disturbi bipolari sono più frequenti dei disturbi depressivi, lo spettro bipolare può essere considerato un fattore di rischio per la tossicodipendenza, lo spettro bipolare influenza le manifestazioni cliniche e l'approccio terapeutico nell'abuso di sostanze, le psicosi sono la comorbidità meno frequente nella tossicodipendenza da eroina, la presenza di psicosi in un tossicodipendente deve far pensare ad un abuso di psicostimolanti e/o allucinigeni, la presenza di sintomi psicotici in un eroinomane in trattamento metadonico deve far pensare ad una sottomedicazione del paziente, i disturbi d'ansia sono rari nella tossicodipendenza e spesso sono secondari all'uso di sostanze, i Disturbi d'ansia sono mascherati dalla dipendenza da eroina e molto rari in pazienti stabilizzati con metadone, per i disturbi d'ansia di pazienti in trattamento con metadone o buprenorfina tenere sempre presente l'azione ansiolitica degli oppiacei, tenere presente che le BDZ insieme all'alcool possono essere abusati da eroinomani sottomedicati, non somministrare BDZ a soggetti in MMTPs durante la fase del disimpegno farmacologico.

IL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO CON AGONISTI PARZIALI ED ANTAGONISTI

Michele Ferdico
SERT Sciacca (AG)

La buprenorfina, derivato semisintetico della tebaina, è stato introdotto nella farmacopea italiana nel 2000, nella veste di un agente agonista degli oppiacei nella terapia della dipendenza cronica da eroina.
In virtù del suo particolare profilo farmaco-dinamico, con azione di agonista parziale sui recettori mu e di antagonista sui recettori kappa degli oppioidi, la buprenorfina ha confermato, nella gestione dei trattamenti farmacologici effettuati nei SERT, l'efficacia terapeutica dimostrata nei trials clinici randomizzati e controllati, con livelli sovrapponibili a quelli ottenuti con il metadone sia in termini di contenimento del comportamento d'abuso di oppioidi che di ritenzione in trattamento. L'azione di agonista parziale sui recettori mu degli oppioidi garantisce inoltre un particolare livello di sicurezza nell'uso terapeutico, in quanto è del tutto assente il rischio di overdose; l'azione di antagonismo sui recettori kappa garantisce inoltre un effetto di blocco della disforia indotta dall'abuso di oppiacei, e migliora gli stati affettivi del paziente in senso antidepressivo.
Per tali caratteristiche farmaco-dinamiche la buprenorfina appare un farmaco agonista degli oppioidi in gradi di assicurare significativi livelli di efficacia clinica nel trattamento combinato di molte sub-tipologie di pazienti eroinomani con problemi di comorbidità psichiatrica (disturbi dell'umore, disturbi psicotici); altresì per le caratteristiche farmacocinetiche, offre dei buoni livelli di maneggevolezza d'impiego in virtù di un ridotto coinvolgimento dei citocromi ossidativi epatici.
L'implementazione della classe farmacologica degli agenti oppioidi ha infine offerto una migliore articolazione dei protocolli terapeutici di passaggio tra classi di agonisti diversi (eroina, metadone, buprenorfina) e antagonisti (naltrexone) nella gestione clinica dei pazienti eroinomani presso i SERT.

Relazioni
SPETTRO DEL **DISTURBO BIPOLARE** E ABUSO DI SOSTANZE

LO SPETTRO BIPOLARE: DIAGNOSI E CARATTERISTICHE CLINICHE

Giulio Perugi
Dipartimento di Psichiatria Università di Pisa
Istituto di Scienze del Comportamento "G. De Lisio", Pisa

Gli studi epidemiologici più recenti riportano una prevalenza del disturbo bipolare pari o superiore al 5%. Quest'ultimo sembra molto più rappresentato di quanto si ritenesse in passato anche nelle casistiche cliniche. Queste osservazioni sono in parte il risultato di una definizione nuova e più ampia di spettro bipolare. Oltre al Disturbo Bipolare I classico, caratterizzato da episodi maniacali o misti con o senza depressione maggiore; rientrano in questo ambito le forme psicotiche, includendo le varianti schizoaffettive. Il Disturbo Bipolare II, caratterizzato da depressione maggiore ricorrente associata a ipomania spontanea rappresenta il fenotipo più comune di disturbo bipolare. La maggior parte dei dati derivanti dalla ricerca clinica indica che la durata media degli episodi ipomaniacali è di due giorni, inferire quindi ai 4 giorni previsti dal DSM IV per la diagnosi. Una variante del disturbo bipolare II è la "depressione ciclotimica", caratterizzata da depressioni maggiori (più spesso con caratteristiche atipiche) insorte su una base temperamentale ciclotimica. La maggior parte degli autori è, inoltre, concorde nel ricondurre nell'ambito dello spettro bipolare le caratterizzate da depressione associata ad ipomania indotta da antidepressivi. Secondo Akiskal e Pinto (1999), queste forme possono essere definite come disturbo bipolare III. In alcuni casi, specialmente se la ricorrenza degli episodi di malattia è elevata ed i periodi interepisodici non sono liberi da manifestazioni affettive, possono essere soddisfatti i criteri per i disturbi di personalità del cluster affettivo (borderline, narcisistico, istrionico). Questo è particolarmente vero per il disturbo bipolare II insorto su una base ciclotimica; in queste condizioni, spesso, viene posta la diagnosi di disturbo borderline di personalità.

La rapida ciclicità rappresenta una fase transitoria nel decorso del disturbo bipolare, specialmente del bipolare II, e si verifica in più del 20% dei pazienti. Questa è una condizione che deve essere tenuta distinta dagli stati misti, osservabili mediamente nel 40% dei pazienti bipolari. Questi ultimi sono spesso associati a sintomi psicotici, a disturbi neurologici e da uso di o sostanze. L'abuso di alcol e di sostanze è spesso riconducibile all'interno dello spettro dei disturbi bipolari. Molti pazienti con disturbo bipolare usano sostanze, almeno in fase iniziale, con modalità "autoterapeutiche".

Vista l'estrema variabilità delle presentazioni cliniche e le difficoltà che si incontrano nella diagnosi retrospettiva di mania ed ipomania, Il problema della corretta identificazione del disturbo bipolare rimane aperto ancora oggi. Mania, ipomania, depressione psicotica e stati misti sono spesso misconosciuti e non individuati correttamente, con rilevanti implicazioni sul piano prognostico e delle scelte terapeutiche. Solo una maggiore diffusione delle conoscenze relative all'intero spettro dei disturbi dell'umore può consentire un corretto inquadramento diagnostico ed un migliore approccio terapeutico a breve e a lungo termine di queste condizioni morbose.

IL DISTURBO BIPOLARE E L'ABUSO DISOSTANZE

Icro Maremmani
Università di Pisa

Uno dei quadri clinici di comorbidità più frequenti nelle tossicodipendenze è quello del Disturbo Bipolare. Questa presentazione passa in rassegna gli aspetti diagnostici e terapeutici del disturbo bipolare che possono influenzare il decorso della tossicodipendenza. Particolare attenzione è riposta alla diagnosi dei sottotipi di disturbo bipolare secondo la teoria di Akiskal, e alla diagnosi di ipomania. Infine vengono passati in rassegna i vari farmaci utilizzati nella terapia del disturbo bipolare e le interazioni con i farmaci usati per la tossicodipendenza.

STRATEGIE DI TRATTAMENTO FARMACOLOGICO DELLA DEPRESSIONE BIPOLARE

G. Di Sciascio
A. Rampino, S. Calò, A. Papazaxarias, P. De Michele, A. Zito
Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche
Università di Bari

Ormai da diverso tempo si va affermando nel campo della diagnostica psichiatrica la convinzione (ampiamente discussa e documentata in letteratura) che la depressione bipolare (cioè la fase depressiva di un disturbo bipolare) costituisca sul piano psicopatologico, prima ancora che su quello nosologico, un'entità diagnostica autonoma rispetto alla depressione unipolare. Tale convinzione, per quanto difficile da dimostrare in via definitiva, poggia su un'ampia serie di dati che confermano per la depressione bipolare una specificità sintomatologica, prima ancora che una specificità di correlati biologici e neuropsicologici, e pone alcuni interrogativi circa l'inquadramento di tale disturbo anche sul piano psicofarmacologico. Cioè, esiste un trattamento farmacologico specifico per la depressione bipolare?

Le difficoltà di inquadramento diagnostico della depressione bipolare si riflettono anche sul trattamento. Gli obiettivi della terapia della componente depressiva del disturbo bipolare sono quelli di ottenere la remissione sintomatologica e la prevenzione delle ricadute, evitando i viraggi maniacali ed ipomaniacali, l'induzione di stati misti, l'accelerazione dei cicli e lo sviluppo di rapida ciclicità e di cronicità residua.

Il trattamento della depressione bipolare è sorprendentemente sottostudiato soprattutto in confronto alla mania ed alla depressione unipolare. La mancanza di ricerche adeguate in questo settore è ancora più sorprendente se si considera che, in molti casi, gli episodi depressivi dominano il decorso del disturbo bipolare, sono associati a livelli molto elevati di sofferenza e disabilità e si associano ad un rischio considerevole di suicidio e di mortalità per altre cause.

Lo scopo del presente lavoro è quello di passare in rassegna le strategie psicofarmacologiche fin qui sperimentate nel trattamento di tale disturbo, discutendo la possibilità di mettere a punto, alla luce delle attuali conoscenze, un protocollo farmacologico specifico per la terapia di questa patologia.

USO DI ANTIDEPRESSIVI, BENZODIAZEPINE E NEUROLETTICI NEI PAZIENTI TOSSICODIPENDENTI

Cristina Toni
Istituto di Scienze del Comportamento "De Lisio", Pisa-Carrara

I disturbi dell'umore sono la comorbidità maggiormente rappresentata nel disturbo da uso di sostanze. La depressione maggiore è stata per molti anni il quadro più descritto, tuttavia sempre più numerose sono le osservazioni epidemiologiche e cliniche che depongono per percentuali elevate di comorbidità tra disturbi bipolari e disturbi da uso di sostanze. L'abuso di sostanze è molto frequente nei pazienti bipolari, così come il poliabuso è più frequente negli eroinomani bipolari. La comorbidità per disturbi dell'umore nella tossicodipendenza da eroina non sembra essere secondaria all'abuso, ma più spesso, in accordo alla teoria della "self selection", è condizionata da comportamenti "sensation-seeking". I sintomi d'ansia sono frequenti in tutte le manifestazioni da intossicazione ed astinenza delle principali sostanze d'abuso; tuttavia i disturbi d'ansia sono poco frequenti. Il rapporto tra psicosi e uso di sostanze è certamente bidirezionale per alcol e sedativi, amfetamine e cocaina, cannabinoidi, allucinogeni e PCP, inalanti. Dubbi esistono sugli oppiacei fasici, mentre gli oppiacei tonici non sembrano causare psicosi. La comorbidità fra Schizofrenia ed eroinismo è poco frequente ed il trattamento metadonico sembra svolgere un effetto protettivo tanto da essere responsabile del disconoscimento dello spettro schizofrenico associato alla tossicomania. Allo stesso modo, il metadone sembra svolgere una azione stabilizzante sul tono affettivo nei pazienti bipolari. Tuttavia, la frequente comorbidità tra disturbi da uso di sostanze e disturbi psichiatrici rende spesso necessario il ricorso agli psicofarmaci di corrente impiego. Diventa quindi imprenscindibile una adeguata conoscenza della farmacocinetica e farmacodinamica degli psicofarmaci, soprattutto per le possibilità di interazione con le sostanze di abuso o con i farmaci utilizzati per la terapia del disturbo da uso di sostanze.
A questo proposito, devono essere tenuti presenti i rischi connessi con l'uso delle benzodiazepine nei pazienti alcolisti, negli eroinomani in trattamento metadonico o nei soggetti con poliabuso. L'uso di neurolettici durante le fasi maniacali di pazienti tossicodipendenti è efficace e sicuro, mentre è necessaria cautela nei casi di abuso e intossicazione da cocaina. Inoltre, sempre per quanto riguarda i neurolettici, va tenuta presente la possibilità di aggravamento dei quadri di ipoforia post-tossicomanica. Tra gli stabilizzanti dell'umore, il vaporato e il gabapentin mostrano pochi fenomeni di interazione e, in virtù delle loro proprietà gabaergiche, possono risultare utili nel disturbo bipolare associato a fenomeni ansiosi. Tra gli antidepressivi, gli Inibitori Selettivi del Re-uptake della Serotonina con limitata azione di blocco sul sistema citocromiale sono da preferire.

IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DELL'UMORE NEL TOSSICODIPENDENTE: RUOLO DEGLI AGONISTI OPPIACEI

Icro Maremmani
Università di Pisa

La tossicodipendenza è una normale malattia che costringe il medico, a differenza della pubblica opinione a confrontarsi con l'individuo invece che con le conseguenze sociali della dipendenza. I sintomi cardine della tossicodipendenza appartengono, al di là delle manifestazioni legate all'intossicazione e alla tolleranza/astinenza, all'ambito dei disturbi del pensiero, dell'affettività e del comportamento, cosicché la tossicomania può essere ascritta alla disciplina psichiatrica. In effetti il desiderio discontrollato e la spinta ipertrofica e prioritaria verso la sostanza, sono sintomi squisitamente psichiatrici. I farmaci oppioidergini sono d'altra parte utili nel trattamento di patologie psichiatriche concomitanti ed indipendenti nei soggetti dipendenti da eroina. Soggetti aggressivi e con alti livelli di psicopatologia all'ingresso in trattamento necessitano di dosaggi di stabilizzazione con metadone superiori ai dosaggi antiastinenziali (circa 30 mg/die). Anche i soggetti con diagnosi di asse I, secondo il DSM-IV, necessitano di dosaggi di stabilizzazione superiori ai dosaggi standard (80-120 md/die) e di un tempo maggiore per raggiungere la stabilizzazione. Se con i pazienti bipolari si ottengono risultati inferiori, la psicosi sembrano essere fortemente responsive al trattamento con agonisti degli oppiacei. Agonisti ed antagonisti hanno effetti opposti sulla depressione, sull'ansia, sull'aggressività e sulle valenze suicidarie degli eroinomani in trattamento. Le conoscenze maturate circa l'uso e le proprietà dei farmaci oppioidergici giustificano, quindi, il loro inserimento nella categoria dei farmaci psicotropi, con l'indicazione accertata nel controllo della tossicomania da oppiacei, con utilità particolare nei casi di doppia diagnosi, e potenziale nelle stesse sindromi psichiatriche in singola diagnosi.

Relazioni
IL COLLOQUIO MOTIVAZIONALE

RAGIONI E PRESUPPOSTI DEL COLLOQUIO MOTIVAZIONALE

G. P. Guelfi
Università di Genova

Il Colloquio motivazionale (CM) nasce negli anni Ottanta per iniziativa di W.R.Miller come reazione ad una modalità fino ad allora prevalente di trattamento dei soggetti con alcolismo e disturbi da altre sostanze secondo un'ottica di "confrontazione", orientata ad un diretto attacco delle modalità di 'negazione' ritenute caratteristiche di tali patologie. Approcci confrontazionalI sono fondati sul concetto di accelerare il processo di "toccare il fondo", inteso come presupposto del recupero. Il soggetto non è ritenuto capace di cambiamento se non vi è costretto, poiché il suo problema è visto come derivante da un 'tratto' di personalità; modello relazionale dello stile confrontazionale sono la persuasione e la costrizione.
Il CM ritiene che la via del cambiamento comporta la responsabilità del soggetto, e che deriva da uno stato della mente del soggetto stesso, che condiziona il suo muoversi lungo gli stadi decisionali. Il cambiamento è un processo interno, facilitato da una relazione empatica, centrata-sulla-persona.

OSTACOLI E FACILITAZIONI DELLA RELAZIONE TERAPEUTICA

Vitantonio Scagliusi
ASL Piacenza

In realtà i percorsi che muovono dal tentativo di persuasione diretta del soggetto a cambiare spingono (e non solo nel caso delle patologie da dipendenza) il terapeuta e il counsellor nella direzione di modalità relazionali disfunzionali e controproducenti: il soggetto è in grado di accogliere consigli, programmi di trattamento solo in determinate circostanze, mentre in altri casi la pressione diretta si traduce in un arroccamento nel comportamento disfunzionale.

ABILITÀ DEL CM 1

Paolo Civitelli
ULSS 4 "Alto Vicentino" Tiene (VI)

Il CM, anziché la persuasione diretta, l'indicazione sistematica di programmi di trattamento, il richiamo alle conseguenze negative del comportamento sintomatico, utilizza modalità relazionali volte a permettere al soggetto la libera esplorazione del suo campo problematico (*domande aperte*), sottolineando il pensiero, la visione, le propensioni, gli obiettivi del soggetto (*ascolto riflessivo*); queste due abilità di base consentono di costruire abilità più complesse e finalizzate: il *sostegno*, dove la sensazione di auto-efficacia sia carente, e il *riassunto*, ove necessiti la ricomposizione di punti diversi nel discorso di cambiamento.

ABILITÀ DEL CM 2

G. P. Guelfi
Università di Genova

La finalità dell'uso combinato di queste abilità è quella di generare 'affermazioni orientate al cambiamento', e di tenere sotto controllo, nonché eventualmente di usare strategicamente, le resistenze al cambiamento. Al fine dell'apprendimento di tali abilità, sono utili alcuni esercizi di risposta ad interazioni, o sotto forma di role play.

MISURARE LA MOTIVAZIONE

Valter Spiller
ASL3 Genovese

Una misura empirica del profilo motivazionale del cliente è decisiva, ed è consigliata in ogni tipo di interazione terapeutica finalizzata al cambiamento di comportamento. Può essere fatta utilizzando strumenti agili ed empirici ('regolo motivazionale'), oppure con strumenti più sofisticati di tipo psicometrico, quali il test Motivazione al Cambiamento 2 – Alcool (MAC 2 – A), in corso di validazione, che verrà brevemente presentato.

Relazioni
DIPENDENZE E SINERGIE D'INTERVENTI: L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

LA CURA DEL PAZIENTE ED IL SAPERE INFERMIERISTICO

Giuseppe Pietrobelli
Consigliere Sidec

Gli anni '90 e l'inizio del nuovo secolo, hanno rappresentato per le professioni sanitarie in generale e per la professione infermieristica in particolare, il momento storico dell'emancipazione e del riscatto sociale sotto diversi punti di vista. E' di questi anni l'unificazione dei percorsi formativi a livello universitario, ma è di questi anni anche il superamento, sul piano giuridico, della dipendenza dalle professioni storicamente più forti (in primo luogo dalla professione medica).
Il percorso formativo di base degli infermieri e degli altri professionisti di area sanitaria oggi si svolge secondo le nuove regole introdotte dalla riforma del sistema universitario che, a partire dalla fine degli anni '90, ha visto attestarsi anche in Italia il cosiddetto percorso 3+2, caratterizzato da una laurea triennale di base, da una laurea specialistica biennale e da ulteriori percorsi formativi quali Master, Corsi di Perfezionamento, Dottorati di Ricerca e Specializzazioni.
Sul piano della regolamentazione dell'esercizio professionale, le professioni sanitarie hanno assistito al superamento dei vincoli di legge che ne dettavano le condizioni di subalternità; con i decreti sui profili professionali che a partire dal 1994 hanno definito per tutte le professioni sanitarie il rispettivo campo di autonomia e responsabilità e con la legge 42/99 che ha abrogato i mansionari e cancellato la definizione di "Professione sanitaria ausiliaria", sostituendola con quella di "Professione sanitaria", sono state introdotte tutte le condizioni legislative affinché si possano sviluppare l'autonomia e l'originalità del contributo di tutte le professioni al "progetto salute" di una società moderna e avanzata quale quella che si affaccia al nuovo millennio.
Ma naturalmente secoli di storia non si cancellano con poche regole scritte; la rivoluzione culturale e sociale cui stiamo assistendo e alla quale stiamo appassionatamente partecipando si può dire che sia appena cominciata. L'autonomia di cui stiamo parlando va vista da diversi punti di vista e per ciascuno occorre individuare gli ostacoli da rimuovere e con cui confrontarsi. Il primo punto di vista è costituito *dall'autonomia disciplinare* che configura la capacità di un corpo di conoscenze di spiegare, interpretare e trattare specifici fenomeni.
Il secondo punto di vista è quello *dell'autonomia sul piano regolamentare* che assegna ad un sistema professionale la responsabilità del riconoscimento e trattamento di determinati fenomeni e problemi. Il terzo punto di vista lo possiamo definire come il piano *dell'autonomia professionale*, inteso come la capacità di ogni singolo appartenente alla professione di esercitare con competenza ciò che le proprie conoscenze e il proprio campo di responsabilità impongono
Le condizioni affinché ognuno di questi piani trovi affermazione sul campo esistono, ma vanno coltivate; quali possono essere i possibili sviluppi? Sul piano disciplinare l'ingresso in Università può davvero costituire la leva fondamentale affinché il corpo di conoscenze si sviluppi, attraverso la ricerca e la sperimentazione, che quindi diventano non tanto un'opportunità quanto un vincolo vero e proprio. Sul piano regolamentare esistono tutte le condizioni affinché la professione infermieristica e tutte le altre di concerto, si affermino responsabilmente nel quadro dei sistemi sanitari italiani ed internazionali. Sul piano professionale è necessario che gli sforzi siano compiuti sia sul versante organizzativo, attraverso lo studio e l'implementazione di modelli che consentano la distribuzione dei poteri e delle responsabilità, sia sul versante culturale, passando da una condizione storicamente ancorata al "fare", ad un'altra in cui la decisione precede l'azione, in cui la decisione è legata al riconoscimento di specifici problemi ed in cui la scelta si colloca in un campo di discrezionalità e di intenzionalità definito dalle conoscenze del proprio campo disciplinare e giocato all'interno di un sistema governato dal principio della complementarietà delle discipline.
Proprio perché quest'ultimo punto trovi conforto nel prossimo futuro, è necessario che i professionisti sviluppino elementi fondamentali quali il ragionamento diagnostico, la progettazione per obiettivi del proprio lavoro, la pianificazione delle azioni, l'integrazione con altri professionisti. Una sfida aperta, una sfida che ci vedrà impegnati per anni nel processo di rinnovamento, ma anche una sfida appassionante, in grado di ampliare gli orizzonti di senso che ognuno sicuramente cerca all'interno della propria vita sia professionale che personale.

QUALI PROSPETTIVE AI NUOVI BISOGNI: IL COUNSELLING SOCIO-SANITARIO

Marcellina Bianco
Collaboratore Professionale Sanitario Esperto Infermiere.
Presidente SIDeC

Il sapere infermieristico nasce da una formazione che mira a sviluppare competenze professionali orientate alla risoluzione di problemi prioritari di salute, e quindi di qualità dei servizi.
" Con la formazione si mira all'acquisizione di una mentalità dinamica orientata al cambiamento culturale…"
Cercheremo di vedere insieme cosa si intende indicare quando si parla di COUNSELLING, cosa questo **atteggiamento** richiede al professionista in generale, approfondendo poi ciò che riguarda il counselling nell'infezione da HIV e nel lavoro di strada.
L'Organizzazione Mondiale della Sanità dice che " il counselling è un processo di dialogo e di interazione duale attraverso il quale il consulente aiuta il consultante a prendere delle decisioni e ad agire di conseguenza, oltre a fornire un'accurata ed attenta informazione ed un sostegno psicologico adeguato". Il counselling è diretto ad aiutare il paziente in un momento di crisi, ad incoraggiare i cambiamenti nel suo stile di vita, se necessario, proponendo azioni e comportamenti realistici, ed è volto a metterlo in grado di accettare informazioni ansiogene favorendo l'adattamento alle relative implicazioni". Chiariamo subito che il Counselling infermieristico è un tipo di intervento, non a carattere psicologico o psicoterapeutico, attuato da un professionista a cui la persona che afferisce al servizio rivolge una specifica richiesta di aiuto per avere informazioni, per trovare la soluzione ad un problema, per facilitare una scelta, per modificare un comportamento etc.
Lo scopo del counselling è obbligatoriamente quello di aumentare la libertà e di ampliare e facilitare le capacità decisionali della persona in difficoltà, non certo quella di portare quest'ultimo ad adeguarsi, ad accettare a condividere le proposte ed i consigli del professionista considerandoli a priori come giusti. Come ammoniva il Conte di Chesterfield " i consigli sono raramente ben accetti, e coloro che più li richiedono sono sempre quelli che meno li gradiscono".Inoltre ricordiamoci che non esistono due persone che abbiano la stessa esperienza di vita, per cui spesso il consiglio funziona più per chi lo che per chi lo riceve. Un altro fatto importante è che molto difficilmente i consigli aiutano a cambiare.
L'infermiere che è parte integrante dell'équipe che lavora all'interno del SerT, dà il suo apporto anche attraverso l'attività di counselling cercando di:

- dare agli utenti un'immagine unitaria e omogenea del servizio, delle scelte, dei metodi in uso
- affrontare in modo più costruttivo il primo contatto con l'utente, evitando di perdere un momento relazionale e informativo di particolare rilevanza
- diminuire la sensazione di "burocratizzazione" legata a certe richieste (documenti, residenza etc.)
- gestire con minor disagio le difficoltà legate all'organizzazione (appuntamenti molto lontani, assenze orari etc.) evitando di radicalizzarle
- aumentare l'integrazione fra le varie figure professionali poiché il counselling dà la possibilità di vedere lo stesso individuo sotto vari punti e il rimettere insieme i vari dati permette una visione globale e dinamica della persona, aiutando gli operatori a dare una risposta alle sue richieste di aiuto
- aiutare la persona a considerare le proprie motivazioni al cambiamento, ed a focalizzare i problemi principali e più urgenti fissando obiettivi, raggiungibili, a breve termine, su cui lavorare
- rispondere in modo adeguato ai bisogni che possono manifestare le persone con patologie particolari (AIDS – HCV) sia all'interno del servizio sia nelle eventuali attività su strada.

Dopo aver discusso questi punti analizzeremo il counselling, secondo le linee OMS per quel che riguarda l'HIV ed il lavoro di strada per poi concludere ricordandoci che il sapere infermieristico non si raggiunge solo ed esclusivamente con il corso base o sul campo, è necessario formarci continuamente.

Relazioni
V CONGRESSO SITD
L' ADDICTION NELLA MEDICINA E NELLA SOCIETÀ

TOSSICODIPENDENZA E PATOLOGIA CARDIACA
Dott. Pasquale Caldarola

Frequente è l'interessamento cardiovascolare nei tossicodipendenti.
La Cocaina è la sostanza che più è in grado di causare eventi cardiovascolari gravi. I suoi effetti sono complessi e dovuti al sommarsi dell'azione simpatico-mimetica e di quella anestetico locale. Il dolore toracico è di comune riscontro e, nella maggior parte dei casi , è dovuto a rabdomiolisi con lesioni della muscolatura scheletrica toracica; solo nel 6% dei casi è espressione di ischemia miocardica , legata ad aumentata trombogenicità, a spasmo coronarico o ad aterosclerosi coronarica accelerata; l'assunzione di cocaina con fumo di sigaretta o con alcool potenzia la vasocostrizione coronarica. La cocaina può indurre crisi ipertensive con conseguenti rotture di aneurismi cerebrali o dissezione aortica, oltre che quadri di ipertrofia ventricolare sinistra. L'abuso cronico di cocaina, attraverso un danno diretto sui miociti o mediante iperstimolazione adrenergica, può provocare quadri di cardiomiopatia dilatativa, reversibile dopo alcuni mesi di astinenza dalla droga. La cocaina provoca aritmie ipercinetiche sopra e ventricolari, talora responsabili di morte improvvisa, meno frequentemente aritmie ipocinetiche.
I Cannabinoidi possono provocare effetti cardiovascolari quali tachicardia ed ipertensione e, in soggetti con coronaropatia, eventi ischemici ed aritmici.
E' ormai accertato il ruolo esercitato da un eccessivo consumo di Alcool. Esso determina aumento della pressione arteriosa, aumentato rischio di ictus sia ischemico che emorragico, aritmie ipercinetiche, soprattutto fibrillazione atriale, sino ad un quadro di scompenso cardiaco dovuto ad una cardiomiopatia (CM) alcolica. E' questo un processo patologico del muscolo cardiaco causato dall'effetto tossico diretto dell'alcool etilico o di suoi metabolici sui miociti ; l'etanolo ed i suoi metaboliti interferiscono con il trasporto ed il legame con il Ca, con la respirazione mitocondriale, con il metabolismo lipidico e la sintesi proteica a livello miocardico. Oltre il 20% dei soggetti che assumono quantità eccessive di alcool presentano evidenza clinica di insufficienza cardiaca e nel 60-70% dei pazienti con cardiomiopatia dilatativa si ha un'anamnesi positiva per abuso di alcool. La CM alcolica colpisce soprattutto maschi tra i 30 e 55 anni di età ed è correlata sia al consumo giornaliero medio che alla durata dello stesso, nonostante vi sia una diversa sensibilità individuale agli effetti tossici dell'alcool. Si caratterizza per una fase preclinica in cui può essere presente solo un quadro di disfunzione diastolica, per giungere progressivamente ad una dilatazione ed ipocinesia globale. La CM alcolica è una delle forme reversibili di miopatia cardiaca; infatti il 90% dei paz. che smette di bere è vivo a 42 mesi dalla diagnosi, rispetto al 43% di quelli che continuano a bere.
Nei tossicodipendenti la prevalenza di Endocardite Infettiva (EI) è circa 60 volte maggiore rispetto ad una popolazione di pari età. La valvola tricuspide è quella più frequentemente interessata (70%). Il microrganismo più spesso in causa è lo stafilococco aureus (60-70%), ma anche batteri gram negativi e miceti (candida, aspergillus) possono essere implicati. La diagnosi di EI è essenzialmente clinica (criteri della Duke University) e viene confortata dalla positività delle emoculture e dalla identificazione ecocardiografica delle vegetazioni valvolari. La terapia dell' EI da stafilococco aureus prevede l'utilizzo di Oxacillina 8-12 g/die e Gentamicina 1mg/Kg ogni 8 ore per 2 settimane o, in caso di impossibilità a somministrare antibiotici per via parenterale, Rifampicina 300 mg ogni 12 ore e Ciprofloxacina 750 mg ogni 12 ore per 4 settimane. La carica batterica nelle vegetazioni tricuspidaliche è minore e la prognosi dell'EI del cuore destro è in genere migliore, salvo in caso di complicanze e di grave immunodepressione associata. In caso di EI da miceti va sempre considerato l'intervento chirurgico poiché la risposta alla terapia medica è spesso insufficiente e la mortalità, in assenza di intervento, è molto elevata.

FUNCTIONAL NEUROIMAGING EVIDENCE FOR A MODIFIED FUNCTION OF THE ORBITOFRONTAL CORTEX IN HUMAN COCAINE ADDICTION: INVOLVEMENT IN INHIBITORY CONTROL AND SALIENCE ATTRIBUTION

*R.Z.Goldstein[1], D. Tomasi[1], L.A. Cottone[1], L.Zhang[1,2], Alia-Klein N[1], A.C. Leskovjan[1,2], F.Telang[1], E.C. Caparelli[1], L. Chang[3], T.Ernst[3], D. Samaras[2], N.K. Squires[2], And N.D.Volkow[4]
1 Brookhaven National Laboratory, Upton, NY, 11973-5000
2 SUNY at Stony Brook, Stony Brook, NY 11794-4400
3 John A. Burns School of Medicine, University of Hawaii, Honolulu, HI 96813
4 National Institute on Drug Abuse, Bethesda, MD 20892.

Using neuroimaging techniques, and targeting blood flow, glucose metabolism, or D2 receptors, we have previously documented abnormalities in the functioning of the striato-thalamo-orbitofrontal circuit during acute drug intoxication, short-term and protracted withdrawal and during drug craving. This same circuit has been repeatedly implicated in salience attribution/reward processing and inhibitory control in animal and human (neurophysiology, lesion, neuroimaging) studies. Using results of recent fMRI, ERP, and PET FDG studies, we will provide direct evidence for the involvement of this circuit in relative reward processing and inhibitory control in cocaine addicted human subjects. In one fMRI study, cocaine subjects and controls performed a Monetary Incentive Go-No/Go task: subjects either responded or refrained from responding during a trigger stimulus under three salience conditions: a) high money (45 cents for every correct response), low money (1 cent), and no money (0 cent). While the reward circuit has been engaged in the contrast between the high and low money conditions in the control subjects, it was not responsive to this contrast in the cocaine subjects. The high monetary reward was also associated with higher ERP P300 peak amplitudes in another group of controls, implicating stimulus emotional evaluation during this condition. Indeed, the BOLD results were accompanied by monotonically positive increases in self-reported value assigned to monetary reward in the control subjects. In contrast, >50% of the cocaine subjects rated all monetary rewards as equally important, i.e., there were no relative gradations in the value of the different amounts of money. These results suggest that drug-related rewards in drug addicted individuals are assigned a constant (and not relative) reward value, possibly reflecting a functional change in the orbitofrontal cortex. In addition, we will present correlational analyses between glucose metabolism in this circuit and neuropsychological and personality measures of inhibitory control that similarly point to a modified functioning of the orbitofrontal cortex in drug addiction. Together, we use our results to map the involvement of the striato-thalamo-orbitofrontal circuit in the assumed core behavioral characteristics of drug addiction: attribution of an exaggerated incentive motivation to the drug and drug related cues, possibly interfering with the ability of the drug addicted individual to attribute similar levels of valence to a variety of non-drug-related rewarding stimuli, which combine with a dysfunction of inhibitory control (especially in a drug context), may lead to a chronically repeating pattern of impulsiveness and lack of control over drug use (e.g., compulsive drug intake at a very high personal cost).

This study was supported by grants from the National Institute on Drug Abuse (to NDV: DA06891-06; and to RZG: 1K23 DA15517-01), Laboratory Directed Research and Development from U.S. Department of Energy (OBER), NARSAD Young Investigator Award, and SB/BNL seed grant (79/1025459) to RZG, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (AA/ODO9481-04) to NDV, ONDCP, and General Clinical Research Center (5-MO1-RR-10710).

THE ROLE OF CRAVING IN ADDICTIVE BEHAVIOR

Tiffany, S. T.
University of Utah School of Medicine
Salt Lake City, Utah - USA

Craving is traditionally conceptualized as the primary motivational process that controls ongoing drug use in the addict and is considered directly responsible for relapse in addicts attempting to abstain from drug use. In humans, craving is generally indexed through self-report measures of desire to use a drug. Research on craving has grown considerably over the past 20 years, and there have been major advances in our ability to measure craving and to manipulate craving under controlled laboratory conditions. There have also been numerous attempts to generate interventions, both behavioral and pharmacological, that reduce craving. Recent research on the assessment, manipulation and treatment of craving will be reviewed in this presentation. In addition, research on the direct role of craving in the addictive process will be summarized. A major finding of such research suggests that craving may not reflect the processes that are immediately responsible for each instance of drug use in the addict. The implications of those findings for the conceptualization and treatment of craving process will be discussed.

L'AFFIDAMENTO DI FARMACI OPPIODI A PAZIENTI CON DIPENDENZA DA EROINA: ASPETTI CLINICI E MEDICO-LEGALI

Mariagrazia Fasoli
ASL Brescia

Negli ultimi 30 anni vari provvedimenti legislativi e amministrativi, statali e regionali hanno limitato la possibilita' dei medici di effettuare, sulla base dei dati scientifici e nel rispetto del codice deontologico, terapie con metadone per la tossicodipendenza da oppiacei.
Tutto cio' ha dato origine ad una lunga serie di contenziosi sul piano politico, amministrativo e giudiziario. Dall'esame comparato del T.U. 309/90, del D.P.R. 171/93, della legge 12/ 2001, della circolare Min. San. 9/2001 si evince che, contrariamente a quanto indicato nella circolare Min. San 20/94n e alle delibere di alcune Regioni, attualmente, nel nostro paese la terapia sostitutiva per la dipendenza da oppiacei è specificamente limitata solo dal dettato della legge 309/90: obbligo del registro di carico e scarico, divieto di consegna a minori e persone manifestamente inferme di mente, scopo terapeutico della prescrizione, prescrizione su ricettario di vecchio tipo fino ad un massimo di 8 giorni di terapia. Per ogni altro aspetto valgono le norme applicabili a tutti i farmaci. Non sono quindi legittime, perché contrarie ad alcuni principi costituzionali, ad alcune leggi dello Stato e al Codice di Deontologia Medica, le norme e le prassi che prevedono l'affidamento del farmaco a persona diversa dal paziente senza il suo libero consenso, la definizione del dosaggio e della durata della terapia sulla base di considerazioni diverse da quelle cliniche, l'imposizione non motivata da dati clinici di protocolli di affidamento che non tengano conto "in ogni caso, delle esigenze di lavoro e di studio e delle condizioni di vita famigliari e sociali dell'assuntore" (art. 122, T.U. 309/90). Tutto ciò presuppone la piena responsabilità professionale del medico e comporta quindi l'obbligo di costante aggiornamento scientifico, la vigilanza su eventuali strumentalizzazioni del proprio operato, la prescrizione solo dopo una diagnosi circostanziata, l'esplicitazione in cartella clinica degli obbiettivi terapeutici e delle ragioni per cui si stabilisce quel regime di affidamento o quella prescrizione. La responsabilità del medico sull'uso che il paziente fa del farmaco, sulla corretta indicazione dei farmaci prescritti e affidati, su mandato di altri colleghi, a pazienti trasferiti, sull'uso del farmaco in comunità terapeutica, sui protocolli difformi dalle indicazioni riportate sulla scheda tecnica deve essere inquadrata in questo contesto.

GLI INTERVENTI DI PREVENZIONE: L'ESPERIENZA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA"

Maurizio Laezza
Coordinatore progetti "Tabagismo" e "Alcolismo"
Area Dipendenze - Assessorato Politiche Sociali - Regione Emilia-Romagna

Con Delibera di Giunta n.785 del 26 maggio 1999 la Regione Emilia-Romagna ha avviato il "Progetto Regionale tabagismo", piano globale di azioni mirate alla prevenzione, cura e controllo dell'abitudine al fumo.
Il Progetto, Coordinato dall'Assessorato alle Politiche Sociali in stretta collaborazione con l'Assessorato alla Sanità si articola in 5 sottoprogetti:

1. Prevenzione del fumo nella scuola dell'obbligo
2. Prevenzione del fumo per intervento dei Medici di Medicina generale
3. Corsi intensivi per smettere di fumare
4. Ospedali e Servizi sanitari senza fumo
5. Luoghi di lavoro liberi dal fumo

Viene descritto lo stato di attuazione del Progetto ponendo a confronto i dati complessivi di attività 2000-2004
I dati 2004, relativi agli interventi e ai progetti delle Aziende sanitarie confermano che il "Progetto Regionale Tabagismo", a cinque anni dal suo avvio, si è ormai radicato sul territorio e si sviluppa con una crescita costante di iniziative.
Alcuni esempi:

- al 31 maggio 2004 sono operativi sul territorio regionale 35 Centri antifumo (erano 6 nel 2000), che vanno ad aggiungersi ai preesistenti 5 della Lega Tumori, per un offerta complessiva di 40 Centri;
- la percentuale delle Aziende sanitarie che hanno regolamentato le procedure per l'applicazione della normativa antifumo è del 100% (70% nel 2000);
- i ragazzi coinvolti nei programmi di prevenzione scolastici "Lasciateci Puliti" e "Smoke-free class competition" sono otre 15.000 (nel 2000 sono stati 4.350);
- sono stati avviati nuovi progetti di prevenzione rivolti alle giovani generazioni: "Scuole libere dal fumo", "Una favola a colori" e "Baby no–smoke"
- E' stato avviato un programma regionale di formazione dei Medici Generali al Couselling antifumo che vede coinvolta la totalità delle Aziende Sanitarie
- e' stata realizzata, dalla Lega Tumori di Reggio Emilia in collaborazione con l'Istituto Oncologico Romagnolo, la mostra didattica itinerante "Le vie del fumo" che oltre a fornire specifiche informazioni sulle problematiche sociali e sanitarie legate al tabagismo propone un approccio emotivamente coinvolgente ai ragazzi basato sugli aspetti simbolici ed esperienziali del fenomeno fumo con diversi laboratori tematici e metodologici (biochimico, fisiopatologico, informatico, artististico-letterario, psicologico)
- cresce di anno in anno anche il partneriato locale. Aumenta il numero dei Soggetti presenti e collaboranti ai gruppi di progetto "Provincia senza fumo": enti locali, aziende sanitarie, scuole ed agenzie educative, privato sociale, volontariato, sponsors e testimonials della società civile, in una logica di alleanze che premia l'intersettorialità e la multidisciplinarità.

IL PROGETTO *PROVINCIA SENZA FUMO* DELL'AZIENDA USL DI PIACENZA

Manuela Buono
Resp. U.O. Cure Primarie del Distretto di Piacenza - Coordinatore Provinciale del Progetto

Il Progetto Tabagismo della Regione Emilia-Romagna declina il mandato di prevenzione primaria, secondaria e terziaria del tabagismo e dei problemi fumo-correlati in due obiettivi specifici, l'incremento del numero di coloro che smettono di fumare e la riduzione del numero di giovani che iniziano a fumare, e propone il raggiungimento di tali obiettivi attraverso l'articolazione in sottoprogetti:

- di Prevenzione per gli studenti attraverso gli insegnanti e per la popolazione generale attraverso i Medici di Medicine Generale,
- di Diffusione dall'astensione dal fumo negli ambienti Sanitari e altre realtà lavorative
- di Cura per i tabagisti

L'Azienda USL di Piacenza, per la realizzazione del Progetto, ha costituito nel 2003 (con delibera del D.G.) un **Gruppo Aziendale composto dai Responsabili delle diverse aree** – che hanno ricevuto una formazione specifica e qualificata – nominando tra questi un Coordinatore che ha il mandato dalla Direzione Sanitaria Aziendale di realizzare gli obiettivi quali-quantitativi definiti annualmente nel Progetto di Budget che viene concordato.

La scelta di un **Coordinamento** "forte" è nata dalla necessità da un lato di impiegare al meglio le risorse economiche e soprattutto quelle umane adeguatamente formate e sensibilizzate che, pur avendo una quota di orario mensile dedicata al progetto, appartengono a U.O. diverse; dall'altro di realizzare una "rete" per la prevenzione e la cura del tabagismo che passa attraverso l'intefaccia fra i diversi sottoprogetti. Naturalmente questa scelta è stata possibile perché nella nostra Provincia c'è una sola Azienda USL che comprende anche i Presidi Ospedalieri.

Il primo obiettivo che il Gruppo di Coordinamento ha raggiunto è stata l'apertura, presso il poliambulatorio AUSL, del ***Centro per imparare a smettere di fumare*** che abbiamo chiamato ZEfARO e che ha finito per dare il nome a tutto il Progetto. L'attività del Centro consiste tra l'altro nella realizzazione di Corsi - condotti da operatori con formazione specifica e di Counselling Motivazionale – per piccoli gruppi di tabagisti (circa 10 persone) e prevedono un colloquio preliminare di valutazione dello Stadio di Motivazione al Cambiamento dell'abitudine al fumo con l'impiego di una nuova versione del MAC che stiamo testando per il CMC in collaborazione con V.Spiller.

Contemporaneamente al Centro, abbiamo attivato il **Programma di prevenzione** "Lasciateci Puliti" **per le scuole** medie della Provincia, successivamente anche "Smoke free competition" e "Insider" per le prime classi delle scuole superiori. I programmi, utilizzati da anni con successo nella Regione Emilia Romagna, prevedono la formazione degli insegnanti che gestiscono poi autonomamente il percorso all'interno delle proprie classi. Non è centrato sugli effetti negativi del fumo, ma piuttosto si propone di aiutare i ragazzi a comprendere l'insieme dei fattori ambientali e personali che inducono a fumare e in particolare a capire *come resistere alle pressioni sociali* che spingono ad iniziare a fumare, sia tra i coetanei, che in famiglia o nei modelli culturali (pubblicità, stampa, film).

Ogni anno, in occasione della "Giornata mondiale senza fumo", ZEfARO realizza una serie di **manifestazioni pubbliche** con la collaborazione -oltre all'AUSL- del Provveditorato agli Studi (e la partecipazione attiva di molti Istituti scolastici), dell'Ordine dei Medici (quindi dei MMG), di FederFarma (quindi di tutte le farmacie della Provincia) e del Comune che mette a disposizione la piazza principale di Piacenza e la sala del Consiglio Comunale. Oltre alle Istituzioni Pubbliche citate, progressivamente la diffusione delle attività di ZEfARO va coinvolgendo sempre più Istituzioni ed Enti pubblici e privati significativi nel territorio (come rispettivamente la sezione Provinciale del CONI e dei Lions), e ciò consente di proporre iniziative sempre più capillari e partecipate nella popolazione.

E' tuttavia evidente che un ruolo centrale nella diffusione dell'astensione dal fumo come stile di vita possono averlo i **Medici di Medicina Generale** che in molte realtà, come nella nostra Regione,

sono da qualche tempo sottoposti a numerose richieste di partecipazione a percorsi e progetti delle AUSL sul Territorio. Abbiamo pertanto deciso di cominciare la collaborazione con un gruppo ristretto di MMG (di tutta la Provincia) che si sono autocandidati a partecipare attivamente al progetto nel corso di un Aggiornamento Obbligatorio specifico organizzato e concordato con i MMG animatori di formazione.
L'obiettivo immediato era quello di sensibilizzare questi MMG ad affrontare il problema del tabagismo con i propri assistiti fumatori e concordare una modalità di gestione "in rete" .
Obiettivo a medio termine è invece quello di offrire un supporto tecnico specifico per l'approccio al paziente tabagista attraverso una formazione specifica al Counselling Motivazionale breve, mentre obiettivo a lungo termine è quello di coinvolgere un gruppo sempre più numeroso di MMG disponibili a realizzare nei propri studi medici condizioni atte a sensibilizzare i pazienti sui danni del fumo e soprattutto sui benefici di smettere, e a svolgere un'attività di educazione alla salute finalizzata alla riduzione dell'abitudine al tabagismo fra i propri assistiti.
Infine Il Gruppo di Coordinamento ha scelto di partecipare solo per gli aspetti "educativi" alla formazione degli Agenti Accertatori previsti negli Ospedali e Servizi Sanitari, lasciando tutta la gestione dell'aspetto sanzionatorio alla Direzione Amministrativa Aziendale. Sono comunque garantiti interventi per motivare e sostenere l'astensione dal fumo all'interno delle singole U.O. aziendali.

TABAGISMO: TRATTAMENTI SPERIMENTALI E NON CONVENZIONALI

Fabio Lugoboni
Università degli Studi di Verona

"Non vi è nulla in medicina che associ un così forte concentrato di prevalenza, letalità e negligenza come la cura del tabagismo" US Health Deptartment

"Il tabagismo conviene più curarlo che prevenirlo" R. Peto

Queste due autorevoli affermazioni sono l'introduzione migliore a quanto cercherò di esporre: la carenza di conoscenza, diffusa, riguardo al tabagismo come addiction, una carenza che parte dalle linee guida nazionali, un po' tutte, che non mirano ad un approfondimento diagnostico, dando indicazioni terapeutiche piuttosto generiche, utili sicuramente per la maggioranza dei fumatori ma non per quella minoranza (circa il 5 %) di fortissimi fumatori appartenenti alle categorie con più alto punteggio di FTND (Fagerstrom Test of Nicotine Dependance). Va ricordato che pur essendo una minoranza si tratta pur sempre di 650.000 fumatori italiani, 3-4 volte il numero totale degli eroinomani.
Nella nostra esperienza, maturata in anni di lavoro presso l'ambulatorio per il fumo del Servizio di Medicina delle Dipendenze dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Verona, diretta dal prof. Mezzelani, ci spinge a raccomandare l'approfondimento diagnostico in senso depressivo di tutti i fumatori. Da un nostro studio effettuato su 800 pazienti intenzionati a smettere di fumare è risultato che circa il 44% delle femmine ed il 32% dei maschi risultavano depressi ad un test di autovalutazione (SDS) prima di entrare in trattamento. Essendo noto che la depressione rende più ardua la dismissione dal fumo riesce difficilmente comprensibile il perché non si raccomandi un approfondimento in tal senso, cercando i metodi più semplici e validi allo scopo.
Un approfondimento terapeutico poi si impone cercando di comprendere maggiormente le radici del craving da nicotina.
Sull'esempio di quanto fatto da Verheul et al nel 1999 per il craving alcolico, suddiviso in 3 tipologie (craving da ricompensa, craving da rilassamento e craving da compulsione) anche per la nicotina è ipotizzabile, secondo la nostra esperienza, qualcosa di simile. E come Verheul che proponeva dei trattamenti mirati sul tipo di craving, anche il nostro gruppo usa regolarmente il baclofene, per esempio, nei casi di forte craving da rilassamento (relief craving) con ottimi risultati. Per confrontare il craving da ricompensa (reward craving) vanno usati con perizia gli NRT, il bupropione e altri strumenti poco usati nei centri di secondo livello come le sigarette alle erbe, i bocchini aromatizzati ecc.
Il craving compulsivo (compulsive craving) può giovarsi di una terapia con SSRI se vi è comorbilità depressiva, ma ottimo è l'impiego dell'auricoloterapia secondo Acudetox; quest'ultima situazione è quella che più si giova di un contatto stretto con l'ambito terapeutico.
Da ultimo viene proposto l'intervento di terzo livello, caso unico in Italia, ossia il ricovero in ambito ospedaliero per le dipendenze da fumo più gravi e complicate. L'esperienza è ormai triennale, con 30-40 ricoveri all'anno, da tutta Italia.
Il dato più confortante è la bassissima percentuale di abbandoni durante la settimana di ricovero (circa lo 0,8%), ricordando che lo stop al fumo è immediato, all'ingresso in ospedale. La terapia intensiva ospedaliera è basata sull'acudetox (2 volte al dì), NRT, baclofene, bupropione, antidepressivi, secondo la necessità contingente.
Per concludere potremmo dire che quanto si sa sul fumo è ancora molto poco; vi è necessità di un insegnamento specifico a livello del corso di laurea in medicina (lusinghiera, come interesse da parte studentesca, è la nostra esperienza in proposito), corsi di addestramento post-laurea soprattutto rivolti ai medici in formazione per la medicina di base. Inoltre servono più studi per migliorare le linee-guida nazionali, utili per la gran parte dei pazienti ma meno utili per quella minoranza di forti fumatori che, in definitiva, è quella che poi ammalerà con maggior frequenza.
Riferimenti: fabio.lugoboni@azosp.vr.it www.mdd.enernova.it tel.045-8074762

LA PSICOPATOLOGIA DELL'ADDICTION

Pier Paolo Pani
Servizio tossicodipendenze AUSL 8 Cagliari

La collocazione della patologia da uso di sostanze fra i disturbi psichiatrici rappresenta oramai un'acquisizione consolidata. E questo non solo per l'esistenza di una patologia psicorganica derivante dall'uso e abuso di sostanze stupefacenti, né per la frequente associazione della tossicodipendenza con altre malattie mentali, ma per le caratteristiche intrinseche della patologia tossicomania.
Nelle persone affette da un disturbo di abuso o dipendenza da sostanze, ai sintomi specifici di questi quadri clinici si associano frequentemente i segni e i sintomi psichici delle sindromi di intossicazione e di astinenza, nonché quelli caratteristici dei disturbi psichiatrici indotti da sostanze. Inoltre, in queste persone si osservano frequentemente segni e sintomi di disturbi psichiatrici comorbosi indipendenti di asse I e asse II.
La frequente coesistenza nel singolo individuo di segni e sintomi associati all'effetto delle sostanze, all'astinenza, alla compulsione per l'uso, alle condizioni psichiatriche predisponenti e alle complicanze psichiatriche, rende difficile l'inquadramento diagnostico e la diagnosi differenziale.
I progressi compiuti dalle neuroscienze nella conoscenza dei meccanismi biologici alla base dei comportamenti di addiction hanno contribuito a chiarire i rapporti esistenti fra tossicodipendenza e psicopatologia. In particolare, i circuiti cerebrali coinvolti e le alterazioni chiamate in causa nella tossicodipendenza possono spiegare la frequenza con la quale questa condizione si associa ai disturbi d'ansia, a quelli dell'umore, a quelli di personalità. I modelli fisiopatologici più recenti includono nelle presentazioni cliniche della tossicodipendenza sindromi e sintomi precedentemente attribuiti alla presenza di una patologia psichiatrica indipendente, ma che oggi appaiono spiegabili dai meccanismi neurobiologici dell'addiction. Recentemente anche la fisiopatologia del delirio è stata riletta alla luce delle scoperte sul ruolo del sistema dopaminergico mesolimbico nella attribuzione della "salienza motivazionale" agli stimoli associati all'uso delle sostanze.

I PRECURSORI PSICHICI DELLA TOSSICODIPENDENZA

Gilberto Gerra
Osservatorio sul fenomeno droga e tossicodipendenze, Ufficio per il Monitoraggio, Dipartimento Nazionale Politiche Antidroga, Roma

Il tentativo di individuare una personalità "addittiva", con un insieme di elementi del carattere e del temperamento che costituiscano gli antecedenti strutturati e definiti dei disturbi da uso di sostanze non ha condotto ad evidenze convincenti, sebbene alcuni tratti individuali nel bambino e nell'adolescente appaiono ricorrere con frequenza elevata nei risultati degli studi prospettici e nelle valutazioni anamnestiche retrospettive. Il comportamento impulsivo con la difficoltà a dilazionare la fruizione delle gratificazioni, la ricerca delle sensazioni intense e nuove, l'aggressività, l'orientamento al presente con difficoltà alla progettualità, la condizione amotivazionale con scarso senso di appartenenza alla famiglia e alle istituzioni pro-sociali, l'ansia sociale e l'eccessiva preoccupazione per l'immagine corporea sembrano predire la propensione ad esporsi alle sostanze psicotrope e il rischio di sviluppare la dipendenza. Allo stesso modo, la percezione dell'attaccamento parentale come insicuro e disorganizzato, con scarsa cura ed eccessiva protezione, è stata riportata in associazione con l'esposizione all'alcool e alle sostanze d'abuso illegali. Secondo altre ricerche, gli antecedenti psichici della tossicodipendenza sarebbero differenziati e riconducibili alle droghe di scelta, seguendo una sorta di semplificante teoria dell'automedicazione: le evidenze anche in questo ambito sono estremamente confuse e l'ipotesi di fondo non tiene in considerazione il fatto che individui caratterizzati da differenti profili della personalità possono usare la stessa sostanza, e sviluppare dipendenza, in relazione ad aspettative e motivazioni psichiche variegate. In questo caso, il cambiamento delle dosi, delle vie d'assunzione e del setting può far assumere alla stessa sostanza ruoli diversificati. D'altro canto, la tendenza al poli-abuso e lo sviluppo di dipendenze multiple sarebbe correlato, secondo alcuni, all'intensità di specifiche caratteristiche di personalità: non le droghe di scelta, ma il numero delle droghe assunte sarebbe associato alla tipologia di personalità. Condizioni psichiatriche più strutturate tipiche dell'infanzia e dell'adolescenza possono essere annoverate tra i precursori psichici della dipendenza da sostanze: il disturbo della condotta, il deficit d'attenzione con iperattività, il disturbo bipolare ad esordio prococe, la depressione, l'ansia da separazione, la bulimia, il disturbo post traumatico da stress, possono contribuire in modo consistente allo sviluppo della tossicodipendenza. Nell'evoluzione di questi disturbi ci si può trovare di fronte a forme sotto-soglia e a condizioni atipiche che, attraverso i tentativi di automedicazione e gli effetti farmacologici delle sostanze, divengono nel corso dell'età evolutiva ancora più difficili da interpretare sul piano nosografico. Se si considerano inoltre i possibili substrati biologici che accompagnano i precursori psichici della tossicodipendenza, capaci a loro volta di modulare e differenziare il quadro psicobiologico indotto dall'esposizione alle sostanze, emerge una serie molto ampia di sequenze eziopatogenetiche, importanti da investigare ai fini della prevenzione mirata e del trattamento. Le interazioni gene-ambiente, le condizioni di attaccamento/separazione, le forme traumatiche e di negligenza dell'infanzia, in una popolazione vulnerabile dal punto di vista biologico, concorrono in modo sinergico all'instaurarsi della tossicodipendenza.

PSYCHOPATHOLOGY AND TREATMENT RESPONSE IN OPIOID ADDICTION

Dr. M. Torrens
Drug Abuse Unit - Psychiatric Department, Hospital del Mar, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Spain

Methadone Maintenance programmes (MMP) have demonstrated their efficacy and effectiveness in the treatment of opioid dependence (Farré et al, 2002; Ward et al, 1998). Most of these studies have been focused on characteristics of MMP offered (e.g. methadone doses, psychosocial services). Few studies have focused on the role of psychiatric comorbidity of patients, although it has been recognized as a factor of poor outcome. Nevertheless few follow-up studies of the relationship of psychiatric comorbidity to treatment outcomes in opioid dependent patients under MMP have been reported (Cacciola et al., 2001, Rounsaville et al., 1986) and the results are controversial. Previous studies have not psychiatrically reassessed the patients at follow-up, nor has the role of incidence of new psychiatric disease during this time or the effect of the treatment of psychiatric disorders during the follow-up period been studied. In this presentation we will show the main results of a prospective study aimed at assessing the role of psychiatric comorbidity in a cohort of 189 opioid dependent patients following MMP during 18 months. The main variables studied were: retention rate, heroin use and HIV risk behaviors. At 18 months on MMP patients with psychiatric comorbidity showed more use of sedatives, less alcohol use and more use of i.v. route than patients without psychiatric comorbidity. Retention rate, use of heroin, cocaine and cannabis and sex risk behaviours were similar between patients with or without psychiatric comorbidity.

References

- Cacciola, J.; Alterman, A.; Rutherford, M.; McKay, JY.; Mulvaney, F.: The relationship of psychiatric comorbidity to treatment outcomes in methadone maintained patients. Drug Alcohol Depend 2001; 61: 271-280.
- Farré M, Mas A, Torrens M, Moreno V, Camí J. Retention rate and illicit opioid use of methadone maintenance interventions: a meta-analysis. Drug & Alcohol Depend 2002; 65:283-290.
- Rounsaville, BJ; Kosten, T; Weissman, MM; Kleber, HD: Prognostic significance of psychopathology in treated opiate addicts. Arch Gen Psychiatry 1986, 43:739-745.
- Ward J, Mattick RP, Hall W.(eds) Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies. Harwood academic publishers, Amsterdam, 1998

Supported by research grants FIS 00/810; G03/005; PNSD 02.

EXPERIENCE WITH BUPRENORPHINE

Gabriele Fischer, Andjela Baewert, Bernadette Winklbaur
Department of Psychiatry, University of Psychiatry, Email: gabriele.fischer@meduniwien.ac.at

There is general agreement that opioid dependence is a chronic relapsing disorder. Psychopharmacological treatment interfering with opioid receptors is supporting the treatment in opioid dependence, especially maintenance therapy with substances acting as opioid receptor agonists have proved to be effective. Methadone and LAAM have been standard agents in the US and Europe, oral-slow release morphine has been successfully administered in this indication in some European countries. In France, buprenorphine, a partial my-agonist and kappa-antagonist has been registered for the treatment of opioid dependence since 1995, where meanwhile more than 80 000 patients have been maintained on. Buprenorphine has been shown to produce limited respiratory depression, long plasma half-life and long duration of action due to its slow dissociation from the receptor and can be administered once daily, or even on alternative days. In addition, buprenorphine has a low dependence liability, with a lower level of reinforcement than a full agonist such as methadone or heroin. It has a wide effective dose-range (2-32 mg; mean dose in France 8 mg) and a wide safety margin, even if it is misused by the intravenous route. Evidence suggests in order to achieve a good retention in treatment, a rapid rather than `slow` induction phase is preferable. In the US, a considerable amount of scientific, controlled clinical trials has been carried out over the past decade, also including alternative day dosing schedules as well as applying the combination product buprenorphine/naloxone. The standard out-come measures in these studies were concomitant consumption of illict drug abuse evaluated through supervised urine toxicology as well as the retention rate over the investigational period. Whereas the majority of US studies refers to results gained through buprenorphine administered in the liguid solution, the first published European study refers to sublingual tablets, which are actually registered for use. These results indicate that the average used daily dose of buprenorphine over a six months study period of 7.5 mg is too low for being comparable to methadone 60 mg. First blood level comparison studies of sublingual tablet formulation and buprenorphine in liguid refer to a 66-75% availability of the tablet compared to the liguid, therefore further investigations are warrented. Over the last years Buprenorphine has already been registered for maintenance therapy in 27 European countries, also very successfully in office-based prescription. We studied buprenorphine with initiation of the treatment at the addiction clinic with subsequent treatment at general practitioners' (GP`s) offices in order to evaluate its efficacy and feasibility in two different treatment settings. Sixty opioid-dependent patients were studied for a period of fifteen weeks (the first three weeks of treatment initiation took place at the addiction clinic, followed by twelve weeks of treatment by GP´s.). Mean outcome measures were retention rate and additional consumption of illicit substances in addition to the evaluation whether buprenorphine can be prescribed successfully by GP`s. With a retention rate of 57% no significant differences occurred between the treatment phases at the specialized addiction unit and the GP`s offices. During the fifteen-week period a significant improvement in well-being and a significant reduction of craving for heroin ($p < 0.001$) and cocaine ($p < 0.001$) could be calculated for patients stabilized on a mean dose of 16 mg buprenorphine. Furthermore a significant reduction of additional consumption of opioids ($p < 0.001$) could be found. Our results showed the successful involvement of office-based prescription, that should further encourage colleagues to treat opioid-dependent subjects with buprenorphine to make more treatment options for this target group available. Other naturalistic studies confirm the feasibility to integrate buprenorphine treatment into the mainstream medicine. Limited experience is also available when buprenorphine is administered in a high risk group of pregnant opioid dependent women. Preliminary results about safety and efficacy indicate that buprenorphine maintenance during pregnancy yields to good retention and low concomittant consumption of illicit drugs in the women, as well as to healthy newborns and only a weak neonatal abstinence syndrome. In conclusion, buprenorphine might even be considered as a first line treatment for opioid addiction as it offers a wide range of options including alternative day dosing in stabilized patients. In the case of unsuccessful use, the transfer from buprenorphine to methadone or other my-agonist opioids is relatively easy, in contrast it is much more difficult to transfer addicts from a high dose full agonist to buprenorphine. Further efforts should focus on improving information on the ideal population which might benefit the most undergoing buprenorphine maintenance in addition to investigate buprenorphine in spezial target groups.

INTERVENTO: APPROCCIO UMANITARIO E APPROCCIO TECNICO: LO STATO DELL'ARTE

Maurizio Coletti
ITACA Italia

Le CCTT sono nate e cresciute quasi al di fuori di un sistema professionalizzato di intervento. Hanno fatto dell'impegno del volontariato e di quello degli ex pazienti un punto di forza determinante. Ma, il volontariato è un concetto sfuggente e rischioso; per gli "ex", la questione si pone in termini differenti: potendo contare sulla conoscenza personale del percorso di dipendenza, sulla confidenza con il linguaggio, sulla conoscenza del programma e della struttura, essi corrono altri rischi. Quelli dell'eccessiva fiducia in quel programma, in quel percorso, in quella struttura; un rischio di autoreferenzialità che non permette le necessarie differenziazioni. Quello che è stato utile per sé, lo dovrebbe essere anche per gli altri.
Dall'altro versante, gli operatori "professionali" hanno altri problemi: difficilmente si adeguano ad un impegno tanto totalizzante, hanno pregiudizi, non sono molto attratti professionalmente dal mondo delle dipendenze e (ancora di più) da quello delle CCTT.
Già 10 anni fa, si fece strada l'esigenza di differenziare le CCT in pedagogico-riabilitative e terapeutico-riabilitative.
La scelta di questi termini e le conseguenze che hanno avuto sulle CCTT e sui trattamenti, sarà l'oggetto della presentazione.
In che modo, in quale forma la CT può essere considerata pedagogica? E, d'altra parte, come considerare terapeutiche le richieste di rispetto rigido di regole e vincoli?
Ma, dal punto di vista terminologico, è da considerarsi che sempre più frequentemente molti esponenti di spicco delle CCTT definiscono il loro intervento come "educativo".
Da una riflessione su questi tre termini (terapeutico, pedagogico, educativo) la presentazione farà il punto su diverse forme di intendere l'intervento di CT.

I PRINCIPALI MODELLI MODIFICATI DI COMUNITÀ

Donatella Mondino
ASL 5 Collegno (TO)

La comunità come strumento terapeutico è stata oggetto di riflessioni e cambiamenti in relazione a differenti target di utenza e problematiche della dipendenza , all'individualizzazione dei percorsi di cura ed a nuove filosofie di intervento centrate sulla proposta di interventi residenziali integrati (approccio medico/ farmacologico e psicosociale). In questa cornice, a partire da una matrice comune si differenziano i modelli di comunità. La diversificazione dei trattamenti residenziali implica un approccio alla cura della dipendenza in termini di complessità e focalizza l'attenzione su tre nodi centrali nel processo di cura:

1. la differenziazione delle condizioni di dipendenza (il momento diagnostico)
2. la connessione fra dipendenza e le differenti dimensioni esperienziali (soggettive / collettive) che questa incrocia (genitorialità, disagio psichico, devianza ecc.)
3. l'integrazione fra strumenti e risorse di cura.

L'esame dei principali modelli modificati di comunità in relazione ai target dei destinatari (genitori/bambini, coppie, pazienti in situazione di comorbilità, persone "ripetenti" od in misura penale alternativa) ed alle differenti problematiche della dipendenza (da oppiacei, cocaina, alcol, GAP) delinea una differente attenzione ai fattori terapeutici che strutturano l'esperienza di comunità. Cosa rimane in termini di "fedeltà" al modello della comunità terapeutica ? e quali sono le possibili direzioni di sviluppo di questo approccio?

I TRATTAMENTI OFFERTI NEI Ser.T.: CARATTERISTICHE ED ESITO

F. Faggiano* per il Gruppo VEdeTTE
** Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze Regione Piemonte e Dipartimento di Scienze Mediche Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro"*

Introduzione. La varietà degli interventi offerti dai Ser.T è ampia e produce una certa diversificazione degli approcci terapeutici. Cruciale è fondare su prove di efficacia le scelte di intervento. Obiettivo dello studio VEdeTTE è la valutazione dell'efficacia pratica degli interventi erogati dai servizi per le tossicodipendenze in termini di riduzione della mortalità e di ritenzione in trattamento. Si fornisce qui la descrizione dei trattamenti erogati alla coorte arruolata nel periodo in studio e la valutazione dei fattori determinanti la ritenzione in trattamento.

Materiali e metodi. La popolazione in studio è costituita da tossicodipendenti da eroina arruolati in 115 Ser.T. nei primi 18 mesi dello studio VEdeTTE (Settembre 1998 - Marzo 2001). I trattamenti erogati nel periodo in studio sono stati rilevati attraverso una scheda di registrazione degli interventi disegnata ad hoc. A partire dai dati registrati sulla scheda i trattamenti sono stati riclassificati in cicli di trattamento e terapie, secondo una scala gerarchica dei trattamenti stessi. Utilizzando le terapie si è valutata la loro efficacia sulla ritenzione in trattamento. Per quest'ultima analisi si è utilizzato il modello multivariato di Cox, che permette di aggiustare per i fattori di confondimento.

Risultati. Nei 18 mesi dello studio è stato proposto di parteciparvi a 15.779 soggetti. Di questi, 3.876 (24,6%) hanno rifiutato, 11.903 (75,4%) hanno accettato. 10.363 soggetti sono stati inclusi nell'analisi degli interventi terapeutici, per un totale di 40286 episodi di trattamento sintetizzati in 33831 cicli di trattamento e poi in 15197 terapie relative a 10273 utenti. I trattamenti più frequenti da soli rappresentano l'84% circa di tutti i trattamenti: il 28% è infatti costituito da trattamenti di mantenimento con metadone, il 27% da detossificazione con metadone, il 29% da psicoterapia, consulenza o sostegno e accompagnamento. La comunità terapeutica residenziale rappresenta il 4,5% dei trattamenti. La percentuale di trattamenti di mantenimento con metadone è sensibilmente più elevata tra i soggetti prevalenti, mentre i trattamenti di detossificazione con metadone sono più frequenti tra gli incidenti ed i reingressi. La durata mediana dei trattamenti di mantenimento con metadone è di 142 giorni, la dose mediana è di 40 mg. La durata mediana della comunità terapeutica residenziale è di 192,5 giorni, quella della psicoterapia è di 200 giorni. Se si considera il tempo trascorso in trattamento, il mantenimento con metadone costituisce ben il 60% del totale, la comunità terapeutica residenziale il 9,6%, la detossificazione con metadone il 10,3%, la psicoterapia il 4,3%. L'analisi dei percorsi terapeutici evidenzia che la sequenza più frequente è quella costituita da un mantenimento con metadone seguito da una detossificazione, a sua volta seguita da un mantenimento. La seconda sequenza più frequente è detossificazione con metadone – mantenimento - detossificazione. Nell'analisi delle terapie, il 53,1% di esse è costituito da mantenimento con metadone, il 35,6% da terapie orientate all'astinenza e l'11,3% da ingressi in comunità terapeutiche. L'analisi della ritenzione in trattamento evidenzia come dopo 179 giorni di trattamento il 50% degli utenti è ancora in terapia. Il fattore predittivo più significativo della ritenzione in trattamento sembra essere il tipo di terapia, con alcune differenze tra incidenti e reingressi. Indipendentemente dal tipo di utente, la ritenzione risulta maggiore per gli utenti per i quali al trattamento è stata associata una psicoterapia o un intervento psico-sociale e la terapia metadonica è somministrata a dosaggi superiori a 59 mg. Per gli utenti in mantenimento con metadone, la ritenzione in trattamento è influenzata dal dosaggio del farmaco: più alta è la dose media giornaliera, maggiore è la ritenzione. Risultano associate significativamente alla ritenzione, oltre al tipo di terapia, anche alcune informazioni sulle caratteristiche socio-demografiche e sulla storia clinica dell'utente: giovane età, sistemazione abitativa stabile, assenza di comorbidità psichiatrica.

Conclusioni. I dati ottenuti con lo studio VEdeTTE sembrano utili al fine della scelta di strategie per il miglioramento della qualità dei trattamenti per la dipendenza da oppiacei in Italia: indicano criticità da affrontare e identificano fattori che possono determinare riduzione della compliance e che devono essere tenuti in conto nella individuazione dell'adeguato programma terapeutico per il singolo individuo.

LA MORTALITA' DEI TOSSICODIPENDENTI: IMPATTO SULLA POPOLAIZONE GIOVANILE ED EFFETTO DEL TRATTAMENTO

A.M. Bargagli per il Gruppo VEdeTTE*
*Dipartimento di Epidemiologia ASL RM E Roma

L'uso problematico di sostanze stupefacenti rappresenta una delle principali cause di morte tra i giovani adulti in Italia e in molti altri paesi europei. Gli obiettivi di questo lavoro sono: descrivere la mortalità dei tossicodipendenti arruolati nella coorte VEdeTTE, stimare l'impatto dell'uso di oppiacei sulla mortalità dei giovani adulti in Italia e valutare l'effetto del trattamento sulla mortalità acuta (overdose e cause violente). La popolazione in studio è costituita da tossicodipendenti da oppiacei arruolati presso 115 SerT tra Settembre 1998 e Marzo 2001. Lo stato in vita al 31/03/2001 è stato accertato presso il servizio di arruolamento e, per le persone non più in carico, presso il comune di ultima residenza. Le cause di morte sono state codificate centralmente da un esperto ISTAT (ICD IX). Sono stati calcolati i tassi di mortalità per tutte le cause e causa-specifici e i Rapporti Standardizzati di Mortalità (SMR) separatamente per maschi e femmine. Il Rischio Attribuibile di Popolazione (PAR) è stato calcolato utilizzando le stime dell'SMR e le stime di prevalenza relative all'anno 2000 pubblicate dall'EMCDDA (Rapporto Annuale, 2003). Per lo studio della mortalità rispetto al trattamento, l'analisi è stata limitata al periodo di 18 mesi in cui i servizi hanno registrato le informazioni sui trattamenti effettuati dalle persone arruolate. La popolazione in studio è costituita da 10258 tossicodipendenti per un totale di 13538.2 anni-persona di osservazione. Nel periodo di follow-up, che ha avuto una durata massima di 24 mesi, si sono verificati 190 decessi, di cui 70 per overdose (36.8%), 38 per AIDS (20.0%) e 30 per cause violente (15.8%). Il tasso di mortalità per tutte le cause è pari a 12.0/1000 a-p (95% I.C.: 5.4-18.6): 12.7/1000 a-p (I.C. 95%: 4.9-20.5) per i maschi e 8.4 (I.C. 95%: 4.7-12.2) per le femmine. Il tasso di mortalità per AIDS è 2.5/1000 a-p (I.C. 95%: 0.7-4.2) e quello per overdose a 2.8/1000 a-p (I.C. 95%: 1.1-4.5); il tasso di mortalità per altre cause è pari a 6.0/1000 a-p (I.C. 95%: 0.1-12.1. L'eccesso di mortalità per tutte le cause rispetto alla popolazione generale è di circa 23 volte per le donne tossicodipendenti (SMR= 22.8, I.C. 95% 16.5-31.5) e di 7 per i maschi (SMR= 6.7 I.C. 95% 5.7-7.8). Il rischio attribuibile di popolazione (PAR) evidenzia che, nel 2000, il 6.5 % (LC 95% 5.5-7.5) dei decessi in Italia nella fascia di età 15-69 è riconducibile alla tossicodipendenza da eroina.
Il tasso di mortalità per cause acute (overdose e cause violente) per le persone in trattamento è pari a 1.4/1000 a-p mentre sale a 15.1/1000 a-p fuori trattamento (RR= 11.0, I.C. 95% 6.0-20.1). Il rischio di morte per overdose, rispetto a quello in trattamento, passa da 25.2 nei 15 giorni successivi all'uscita dal trattamento a 7.3 dopo più di 50 giorni. L'analisi multivariata ha evidenziato che l'essere in trattamento, indipendentemente dal tipo di trattamento, è un forte fattore protettivo della mortalità per overdose (HR= 0.092, I.C. 95% 0.044-0.193); l'incremento dell'età, la presenza di comorbidità psichiatrica e l'aver avuto precedenti episodi si overdose rappresentano forti fattori di rischio indipendentemente dal trattamento.
I risultati dello studio confermano il notevole eccesso di mortalità dei tossicodipendenti da eroina rispetto alla popolazione generale dello stesso genere ed età; da sottolineare, comunque, che le stime ottenute in questa coorte sono più basse rispetto a quelle di altri studi condotti in Italia. Anche i tassi di mortalità per overdose e AIDS sono decisamente più bassi di quelli stimati in precedenza. Nel tentativo di spiegare le differenze osservate, occorre innanzitutto considerare che il periodo di follow-up di questo studio è piuttosto breve, sebbene anche il più recente nel panorama italiano, e che le persone arruolate hanno trascorso gran parte del periodo in studio in trattamento. Per quanto riguarda la stima del rischio attribuibile, si tratta verosimilmente di una stima minima dovuta all'ampia fascia d'età considerata, a causa della mancanza di stime di prevalenza appropriate (per genere e fascia di età più giovane). I risultati di questo studio costituiscono un ulteriore evidenza che il trattamento, a prescindere dalla sua tipologia, ha di per sé un effetto protettivo per la mortalità, confermando quindi che la ritenzione in trattamento dovrebbe essere l'obiettivo primario degli interventi terapeutici per la dipendenza da eroina.

LE DIFFERENZE DI GENERE NELLA TOSSICODIPENDENZA DA EROINA.

Paola Burroni, Elisabetta Versino, Federica Vigna-Taglianti, Franca Beccaria, Marina Garneri, Mara Rotelli, Anna Picciolini.

Introduzione. La dipendenza da eroina si manifesta nei due sessi con rilevanti differenze, che interessano tutti gli stadi della dipendenza: i fattori di rischio, le caratteristiche di uso, le modalità di accesso ai servizi per il trattamento, i trattamenti, e gli esiti. Tali differenze di genere sono state discusse in alcune pubblicazioni (NIDA 1996, IREFREA 2000), ma di fatto la letteratura disponibile, prevalentemente di impronta psicosociale, non riesce o non si è posta come obiettivo di motivare tali differenze.
Il nostro gruppo di lavoro si propone di descrivere le differenze di genere nella coorte VEdeTTE, in relazione a caratteristiche individuali e di trattamento, discutendo i fattori di protezione e di rischio per lo sviluppo della dipendenza da eroina e la prognosi, tentando di inquadrarle in un framework unitario, che tenga conto delle evidenze prodotte dalle diverse discipline: la clinica, la psicologia, la sociologia. Nonostante lo studio VEdeTTE nasca originariamente per valutare l'efficacia dei trattamenti, ed il sesso femminile nella coorte sia sottorappresentato rispetto agli utenti SerT, i dati raccolti si prestano ad indagare e a tentare di interpretare le differenze di genere nella tossicodipendenza da eroina.
Materiali e metodi. La popolazione in studio è costituita dai tossicodipendenti da eroina arruolati nello studio VEdeTTE (10454 soggetti, di cui 1501 donne pari al 14,3 % del totale, nel periodo Settembre 1998 - Marzo 2001, per un totale di 48.902 trattamenti e 41.602 cicli di trattamento). Sono state analizzate: le differenze di genere alla presa in carico, i percorsi terapeutici, i fattori di rischio per l'abbandono del trattamento di mantenimento con metadone.
Risultati. Alla presa in carico, le donne sono più frequentemente coniugate, separate o divorziate e vedove rispetto agli uomini; più frequentemente vivono con il partner o i figli, sono laureate o diplomate e non hanno un lavoro stabile. Si presentano al SerT in età più giovane, più frequentemente sono HIV positive o in AIDS conclamato e con maggior frequenza scambiano siringhe e strumenti. Usano in maggior proporzione ansiolitici e sedativi ma meno alcol degli uomini, e più frequentemente hanno avuto una diagnosi psichiatrica aggiuntiva.
Le differenze maschi/femmine nei sintomi e disturbi psichici prima di iniziare l'uso di sostanze sono statisticamente significative per la maggior parte delle variabili in analisi: perdita di interessi, depressione, comportamenti autolesivi e tentativi di suicidio.
Le differenze si attenuano ma restano statisticamente significative per i sintomi ed i disturbi psichici manifestati dopo l'inizio dell'uso di sostanze.
Per quanto riguarda i trattamenti si evidenzia una differenza statisticamente significativa nella proporzione relativa di trattamenti tra donne e uomini per quanto riguarda la psicoterapia (più frequente tra le donne), il ricorso a trattamenti farmacologici non sostitutivi e il centro crisi (entrambi più frequenti tra gli uomini). Limitatamente ai primi due cicli, i primi due percorsi più frequenti non mostrano differenze tra i sessi. Le sequenze successive mostrano invece delle differenze tra i sessi; gli uomini prediligono comunque il trattamento farmacologico sostitutivo, a scalare o a mantenimento, mentre le donne effettuano anche terapie di sostegno.
Nei primi 18 mesi dello studio il 21.8% delle donne ha abbandonato il trattamento di mantenimento con metadone (n=56) contro il 28.3% degli uomini (n=488), pari ad un tasso di 520 abbandoni per mille anni persona negli uomini contro 346 abbandoni per mille anni persona nelle donne. La differenza appare statisticamente significativa, l'Hazard Ratio grezzo (donne verso uomini) è pari a 0.71, p=0.015. Le variabili indicative di disagio sociale (sistemazione abitativa e condizione lavorativa non stabili), così come lo scambio di siringhe e strumenti risultano determinanti dell'abbandono del trattamento in entrambi i generi, ma l'effetto è più accentuato tra le donne. Una tossicodipendenza recente è significativamente associata con un aumento del rischio di abbandono negli uomini, mentre nelle donne sembra svolgere un effetto protettivo.Le medie e le alte dosi di metadone sono protettive nei confronti dell'abbandono in entrambi i generi, ma nelle donne l'effetto delle dosi elevate (>60mg/die) è molto più evidente (HR=0.32, 95%CI: 0.13-0.81 vs HR=0.62, 95%CI: 0.46-0.82 negli uomini). I trattamenti psicosociali associati sono protettivi sia negli uomini che nelle donne, senza particolari differenze.
Conclusioni. Dalle analisi effettuate nell'ambito dello studio VEdeTTE, emergono differenze di genere sia alla presa in carico che per quanto riguarda i percorsi terapeutici e i determinanti dell'abbandono del trattamento di mantenimento con metadone. Appare dunque necessario sviluppare un approccio di genere nell'assistenza ai tossicodipendenti, con la creazione di contesti di cura maggiormente attenti alla specificità femminile.

L'ASSISTENZA AL TOSSICODIPENDENTE IN CARCERE: COME FAR DIAGNOSI DI FRONTE A CONSUMI INUSUALI, ASSENZA DI COSCIENZA DI MALATTIA E PRESSIONI AMBIENTALI

Stefano Dell'Aera
Ser.T. AUSL N°4 Enna

Com'e' noto l'uso delle droghe e' influenzato dall'offerta del mercato e dalle svariate tendenze della popolazione utilizzatrice.
Se questa considerazione non comporta grandi problemi per la gente comune o per i vari esperti dei talk show, per i medici dei Ser.T. diviene impegnativa sia sul versante diagnostico che su quello terapeutico a causa della difficoltà a trovare definizioni tassonomiche e cure adeguate ai polimorfismi dei consumatori. Ancor più problematico risulta essere l'approccio ai detenuti che , nel tentativo di utilizzare a loro vantaggio i benefici che le leggi prevedono per i tossicodipendenti, tendono ad ipertrofizzare un abuso di droghe o mostrano policonsumi che nella loro globalità sembrano essere di tipo addiction, senza però che ogni singolo consumo sia di tipo additivo. L'autore riporta alcuni casi di consumatori abituali di cocaina che non si ritengono tossicodipendenti e che non hanno avuto mai la necessità di rivolgersi ad un Ser.T., ma che in carcere dichiarano che negli anni precedenti hanno fatto uso continuato della sostanza, ragion per cui richiedono di essere considerati tossicodipendenti, magari attraverso un singolo esame tossicologico o un esame tricologico che dimostri una positività per cocaina. In altri casi si denotano casi di detenuti che già dall'età di 11-12 anni hanno iniziato a far uso di svariate sostanze, senza divenire dipendenti da una soltanto di esse, ma divenendo, a 30-35 anni, dipendenti dall'uso sic et simpliciter, nell'incapacità di riuscire a vivere un solo giorno senza una qualsiasi sostanza.
In questi casi si pone la difficoltà di porre diagnosi di tossicodipendenza, conditio sine qua non per usufruire dei benefici di legge.

TOSSICODIPENDENZA E SALUTE MENTALE IN CARCERE : QUALE INTEGRAZIONE È POSSIBILE

Anna Loi*
**Direttore Servizio Tossicodipendenze ASL 8, Cagliari*

Il Consiglio d'Europa nell'Aprile del 1998 ha sancito il principio dell'equivalenza delle cure erogate nelle strutture carcerarie e nell'ambiente esterno.
Il decreto legislativo 230/99 all'art 1 ribadisce il diritto dei detenuti alla erogazione di livelli di prestazioni sanitarie analoghi a quelli garantiti ai cittadini liberi.
Nella realtà nazionale degli istituti di pena l'organizzazione dell'assistenza ai tossicodipendenti, in particolare per quanto riguarda i soggetti contemporaneamente affetti da patologie psichiatriche specifiche , deve fare i conti con le esigenze complesse e contraddittorie dell'attuale sistema carcerario, sicuramente non preparato e adeguato ad affrontare i grossi mutamenti che hanno riguardato l'evoluzione dei quadri clinici degli stili tossicomanici .
Le criticità più comuni che si affrontano nell'operatività dell'assistenza ai detenuti con patologie psichiche e contemporaneo uso problematico di sostanze stupefacenti e alcol sono essenzialmente riconducibili a tre ordini di problemi:
-aspetti strutturali, sia per l'inadeguatezza di spazi e contesti idonei ad una corretta prassi sanitaria, sia per le condizioni di vita carceraria che possono di per sè stesse divenire potenziali amplificatori se non generatori di patologia mentale
-aspetti normativi ,incompleti ,non attuati, spesso discordanti nel tentativo di conciliare obiettivi di salute , punizione e tutela della sicurezza
-aspetti clinici correlati al contesto, per l'intersecarsi di espressioni sintomatologiche relative non solo allo status di abusatore di sostanze o alla patologia psichiatrica concomitante , ma anche ad espressioni di disagio spesso drammatiche direttamente discendenti dalla condizione di reclusione con tutti gli annessi e connessi o ancora a tentativi manipolatori o di simulazione / dissimulazione.
Le difficoltà organizzative dell'assistenza si traducono, nei diversi istituti,in modalità operative variabili, discrezionali, per lo più non scritte , basate su iniziative di singoli operatori, più che su percorsi standardizzati per il raggiungimento di obiettivi sanitari chiari, valutabili e orientati alla reintegrazione sociale.
In questo contesto l'assistenza ai "tossicodipendenti" (termine sicuramente inadeguato ai diversi quadri clinici dovuti ad un uso problematico di sostanze) con correlata patologia psichiatrica rischia di essere più improntata ad una sommatoria di funzioni e azioni sanitarie che ad una interfunzionalità del percorso trattamentale.

L'AIDS IN AFRICA: IMPLICAZIONI PER L'EUROPA

A. Montineri, V. Brisolesi, E. Sanfilippo & **L. Nigro** [1]
Lega Italiana Lotta AIDS, Catania;[1]Unità di Malattie Infettive, Università di Catania

Introduzione

Epidemiologia dell'infezione da HIV in Africa

I dati forniti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dal The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) dimostrano che il numero di persone con infezione da HIV è in costante crescita in tutto il mondo e che le morti per AIDS sono in continuo aumento soprattutto nelle regioni dell'Africa sub-Sahariana.

Gli ultimi dati mondiali aggiornati al dicembre 2003 segnalano un numero totale di persone con HIV/AIDS pari a 40 milioni, di cui 37 milioni sono adulti e 2.5 milioni di bambini sotto i 15 anni di età. Le nuove infezioni sono state 5 milioni e le morti 3 milioni di cui 500.000 bambini.

L'Africa sub-Sahariana è la regione più gravemente colpita dall'epidemia di HIV/AIDS. Nel 2003, in questa regione, circa 26.6 milioni di persone sono state colpite dall'infezione, e 3.2 milioni sono state le nuove infezioni verificatesi nell'ultimo anno. Inoltre, circa 2.3 milioni di persone durante il 2003 sono morte a causa dell'AIDS.

Per tali motivi nel 2001 la Lega Italiana per la Lotta contro l'AIDS, un'associazione di volontariato italiana, ha deciso di estendere l'attività di prevenzione della diffusione da HIV e di tutela dei diritti delle persone affette dall'infezione da HIV in Africa e precisamente in Zimbabwe.

Epidemiologia dell'infezione da HIV in Zimbabwe

È stimato che 2.3 milioni (1.8-2.7 milioni) dei 12 milioni di abitanti dello Zimbabwe erano affetti da HIV/AIDS alla fine del 2001. Gli ultimi dati del 2003 mostrano una prevalenza del 24.6% (20-28%) tra gli adulti (15-49 anni). Di questi 1.2 milioni (60%) sono donne. In accordo con i dati di UNAIDS del 2002, circa il 10-12% delle madri anti-HIV positive, trasmettono l'infezione al loro bambino. Non vi sono dati precisi sulla percentuale di trasmissione in Zimbabwe, ma così come in altri paesi africani, si stima che tra il 25 e il 40% delle donne gravide positive per anticorpi anti-HIV trasmetta l'infezione ai propri bambini. In Zimbabwe circa 240.000 bambini tra 0-14 anni sono affetti da HIV/AIDS.

Lo Zimbabwe inoltre è fra i paesi più poveri dell'Africa sub-Sahariana, con un sistema sanitario che al momento non gode di ottima salute. Pochi sono nel paese i programmi per la prevenzione delle malattie infettive in generale e dell'infezione da HIV in particolare, assolutamente carente è il personale medico e paramedico; difficile, inoltre, per la popolazione è sostenere il costo dei farmaci e degli interventi sanitari.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2002 aveva assunto come obiettivo far accedere al trattamento antiretrovirale almeno tre persone su cinque infettate; nel 2005, in Zimbabwe, su circa 3 milioni di persone infettate solo 6.000 hanno avuto accesso al trattamento.

Tre sono stati gli ambiti di intervento individuati dalla LILA: istituire e coordinare ambulatori per la prevenzione della trasmissione materno infantile dell'infezione da HIV (condotto in partneriato con il COSV); inviare personale ad un ospedale rurale; contribuire a rendere disponibile la terapia antiretrovirale alle persone in AIDS.

Se malgrado tutti gli impegni assunti dai paesi industrializzati e tutti i programmi portati avanti dalle organizzazioni di volontariato con i governi locali non si riuscirà a bloccare la diffusione dell'infezione da HIV, in futuro si assisterà al crollo delle economie di questi paesi, alla riduzione (per malattia o morte), delle risorse umane, all'aumento del numero degli orfani e conseguente distruzione dei servizi (sanità, scuola, etc.).

Conseguenza di ciò, l'impossibilità per questi paesi di progettare di intervenire nei processi economici internazionali, l'aumento dell'emigrazione e la perdita delle identità culturali.

ADDICTION: LA MALATTIA DEL RICORDO

Emanuele Bignamini
ASL 3 Torino

Gli elementi tempo (cronicità) e reiterazione (recidiva) caratterizzano la patologia da dipendenza.
Si è sottolineato molto, negli ultimi tempi, il ruolo del craving nel mantenimento del comportamento tossicomanico.
Sono stati approfonditi anche i meccanismi neurobiologici che consentono la fissazione del ricordo e del comportamento gratificante.
Anche sul piano psicologico, meccanismi di condizionamento e sentimenti come la nostalgia e il rimpianto hanno assunto un ruolo sempre più specifico.
In modo caratteristico per l'addiction, gli aspetti biologici, comportamentali e psicologici si fondono a determinare ciò che appare come "il senso" che il soggetto dà alle proprie azioni (o che si può attribuire, a posteriori, agli agiti).
La con-fusione tra ricerca di piacere e ricerca di senso costituisce il nodo specifico della patologia da dipendenza e l'elaborazione del ricordo è luogo e strumento chiave della cura.

CRONICITA': I RISULTATI DELLO STUDIO VEDETTE

Marina Davoli
Dipartimento di Epidemiologia ASL RME, Gruppo Cochrane Droga e Alcool

Diverse revisioni della letteratura sulla adesione al trattamento e sul rischio di recidiva hanno mostrato analogie tra la tossicodipendenza e alcune patologie croniche, quali il diabete, l'asma e l'ipertensione.
E' importante notare che non tutti i casi di dipendenza sono cronici, alcuni guariscono completamente anche senza trattamento, altri hanno lunghi periodi di remissione dopo il trattamento, ma molti recidivano spesso. Piuttosto che analizzare quanto la dipendenza sia o non sia una malattia cronica, aspetto già ampiamente dibattuto in letteratura, vorrei utilizzare i dati dello studio VEdeTTE per analizzare quanto le modalità di trattamento offerte attualmente seguano questo modello di cronicità e siano quindi appropriate rispetto agli obiettivi che il trattamento della dipendenza può porsi come raggiungibili. Nell'ambito dello studio VEdeTTE è stata arruolata una coorte di 10454 tossicodipendenti da eroina afferenti a 115 SerT in Italia, nel periodo1998-2001. La maggior parte delle persone che si rivolgono ai SerT per un problema di dipendenza da eroina sono persone già note al servizio, o perché già in carico o perché tornate al servizio dopo la conclusione o l'abbandono di un precedente trattamento; questa tipologia di utenti rappresenta infatti l'88% del totale delle persone arruolate nello studio. I trattamenti più frequentemente offerti sono i trattamenti di tipo psico-sociale (31% di tutti i trattamenti); il 28% dei trattamenti è costituito da trattamenti di mantenimento con metadone, il 27% da trattamenti disintossicanti con metadone, l'8% da altri trattamenti farmacologici e il 6% da comunità terapeutica. Durante il periodo in studio ogni persona ha ricevuto in media 4 trattamenti. I trattamenti offerti hanno breve durata; ad esempio, la durata mediana dei trattamenti di mantenimento con metadone considerati conclusi è di 80 giorni. La proporzione di persone che ricomincia un altro trattamento dopo averne interrotto o concluso uno precedente è molto alta. Per esempio, l'87% di chi ha interrotto un trattamento di disintossicazione con metadone ritorna al servizio per un altro trattamento; ma ritorna al servizio anche l'87% di chi ha concluso un trattamento di disintossicazione. E' evidente quindi che anche a seguito di un trattamento considerato efficacemente concluso il rischio di recidiva è assai alto, a conferma della cronicità della condizione che stiamo studiando. Per questo motivo la capacità di mantenere una persona in trattamento è considerato uno degli esiti più importanti. L'importanza della ritenzione in trattamento, oltre ad essere dimostrata dalla letteratura scientifica internazionale, trova una piena conferma nei dati italiani dello studio VEdeTTE; si osserva infatti che in questa popolazione, che è comunque ricorsa ad un trattamento, il rischio di morire per overdose dei tossicodipendenti usciti dal trattamento è più di 10 volte maggiore rispetto a chi rimane in trattamento; questo rischio è particolarmente elevato nel primo periodo dall'uscita del trattamento (RR=25.2 nei primi 15 giorni).
E' interessante notare che, come osservato anche in altri studi longitudinali internazionali, l'effetto protettivo del trattamento è indipendente dalla tipologia di trattamento.
Quello che invece non è indipendente dal tipo di trattamento è il rischio di abbandono.
Suddividendo i trattamenti offerti in tre grandi gruppi, metadone a mantenimento, comunità terapeutica, trattamenti orientati all'astinenza, si osserva che la probabilità di interrompere un trattamento è più bassa per la comunità terapeutica e per il trattamento di mantenimento con metadone a dosaggi superiori ai 60 mg e aumenta al diminuire della dose di metadone; altri fattori indipendentemente associati all'abbandono del trattamento sono: l'assenza di un supporto psicosociale, la presenza di una comorbidità psichiatrica e l'uso concomitante di cocaina.
E' evidente quindi la necessità di un cambio di paradigma per la valutazione di efficacia dei trattamenti per la tossicodipendenza da eroina. Una successione di episodi di trattamento breve non è equivalente ad una strategia di cura continua; usando una prospettiva di valutazione a breve termine e mantenendo questo approccio, da una parte sottovaluteremmo in maniera significativa l'efficacia del trattamento della dipendenza e dall'altra, ben più grave, offriremmo un trattamento non appropriato.

PHARMACOKINETICS AND PHARMACOGENETICS OF METHADONE

CB Eap
Unit of Biochemistry and Clinical Psychopharmacology, Center for Psychiatric Neuroscience, University Department of Adult Psychiatry, Hospital of Cery, CH-1008 Prilly-Lausanne, Switzerland.

Methadone is widely used for pain treatment and for the treatment of opioid dependence. In most countries, the drug is administered as a racemic mixture (50 :50) of two enantiomers, (R)- and (S)-methadone. (R)-methadone accounts for the large majority, if not all, of the opioid effects of racemic methadone. Methadone can be measured in the blood as soon as 15 to 45 minutes after oral administration. The peak plasma level is observed 2.5 to 4 hours after administration. It has a mean bioavailability of around 75%, but values can vary between 36 % and 100 %. The elimination of methadone is mediated by biotransformation, followed by renal and fecal excretion. The total body clearance is about 0.095 L/min, but can vary by a factor of almost 100 among individuals (from 0.02 to 2 L/min). Plasma levels of methadone decrease in a bi-exponential manner and, while a mean value of around 22 hours has been determined for the elimination half-life, values lower than 5 hours and higher than 130 hours have been reported. When considering the active (R)-enantiomer, mean values of around 40 hours have been determined for elimination half-lives. Besides an intrinsic interindividual variability, which is partly under genetic control, induction and inhibition of methadone metabolism by comedications also contribute to this very large range of clearance and half-life values (for a recent review on methadone pharmacokinetics, see Eap et al., 2002)

Cytochrome P450 3A4 and to a lesser extent cytochrome P450 2D6 are involved in methadone metabolism. Cytochrome P450 1A2, cytochrome P450 2C9 and cytochrome P450 2C19 could be implicated too as suggested by in vitro studies, but their importance is questionable. Several drugs, such as rifampicin, phenobarbital, phenytoin, carbamazepine, dexamethasone, spironolactone, nevirapine, efavirenz, ritonavir or nelfinavir, decrease methadone blood levels, which can result in severe withdrawal symptoms. This is most probably largely mediated by an induction of CYP3A4 activity. Inhibitors of CYP3A4, such as fluconazole, and of CYP2D6, such as paroxetine, increase methadone blood levels.

Methadone displays a large interindividual variability in its pharmacokinetics and probably also in its pharmacodynamics, a variability which is both genetically and environmentally determined. Methadone treatment must thus be individually adapted to each patient, in particular with regard to the dose and to the choice of comedications administered. Due to the high morbidity and mortality associated with opioid dependence, it is of major importance that methadone is used at an effective dosage in maintenance treatment, i.e. at least 60 mg/day, but typically between 80 to 100 mg/day, as shown by several prospective double-blind randomized studies. Another dramatic consequence of subtherapeutic methadone dosing is the frequent misperception that it is poorly effective, decreasing thus the number of patients who could be enrolled in a treatment which might be lifesaving. Recent studies also show that a subset of patients might benefit from methadone doses larger than 100 mg/day, many of them due to a high clearance. Provided that all necessary steps are taken to ensure treatment safety, in particular with regard to respiratory depression and potential cardiotoxicity, there are presently no convincing data which would argue against the use of such high doses.

In the clinical management of the patients, medical evaluation of objective signs and subjective symptoms is sufficient for dose titration in most patients. However, therapeutic drug monitoring of methadone can be useful in several instances for reassuring both the patient and the prescriber of the safety of higher doses, for adjusting the doses when a comedication inhibiting or increasing methadone clearance is introduced, or for detecting very high blood levels which might, in some patients, increase the possibility of cardiac arrythmia. In case of non-response, trough plasma levels of 400 µg/L for (R,S)-methadone or of 250 µg/L for (R)-methadone might be used as target values.

Pharmacogenetics is the study of variability of response to drugs due to genetic factors. It tries to answer the question to why a standard dose of any drug will produce either no therapeutic response in some patients, or side effects or even toxicity in others. With regards to methadone, the implication of the above-mentioned isozymes of the cytochrome P450 family in methadone metabolism, largely explains the interindividual variability of methadone pharmacokinetics, with up to a 17-fold interindividual variation of methadone blood level for a given dose. Thus, we previously showed the importance of the different genotypes of CYP2D6, namely the poor, extensive or ultrarapid metabolizers, on methadone plasma levels (2). These genotypes are also important when considering the important problems of metabolic interactions. For example, the effect of paroxetine, an antidepressant, on methadone plasma level depends on the CYP2D6 genotype of the patient (3). An overview of methadone pharmacogenetics will be presented as well as the preliminary data of a large ongoing multicenter studies examining the influence of multiple genetic factors (cytochromes P450 including the "new" CYP2B6, transporter, receptors) on the response to treatment in methadone maintenance patients. Data on the cardiotoxicity (i.e QTc prolongation) in relation with methadone blood levels will also be presented.

(1) Eap CB et al., *Clinical Pharmacokinetics* 2002; 41:1153-1193
(1) Eap CB et al. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2000; 21:229-234
(2) Begré S et a. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2002; 22:211-215.

ADDICTION: UN PROBLEMA DI SALUTE PUBBLICA

Fabrizio Faggiano
Università del Piemonte Orientale e OED - Piemonte

Questa relazione limiterà l'analisi all'*addiction* da droghe illegali. La valutazione della dimensione di salute pubblica di questo fenomeno è complessa per almeno tre ordini di ragioni: in primo luogo si tratta di un fenomeno che ha origine da un mercato illegale, per cui non accessibile all'analisi, in secondo luogo i dati esistenti, pur numerosi, sono disorganizzati, poco accessibili e utilizzati con regole non univoche, infine, non vi è ancora un accordo nella comunità scientifico- professionale su quali siano i confini di questo fenomeno. Per esempio l'*addiction* da cannabinoidi viene da molti negata, come quella da alcuni anfetaminici quali l'ecxtasy.

Al di là di queste difficoltà, in questa relazione verranno considerate 3 dimensioni dell'impatto per la sanità pubblica del fenomeno in esame: la prevalenza, cioè la frequenza con il quale compare nella popolazione, l'impatto sulla salute, sia in termini di morbosità che di mortalità, e la dimensione criminalità.

Prevalenza: circa lo 0.3% della popolazione italiana è in trattamento per dipendenza da eroina o cocaina. Questa fatica a descrive il fenomeno nella sua complessità. Dobbiamo considerare infatti da un lato che si tratta di utenti in trattamento; la stima di popolazioni nascoste non è semplice da effettuare, ma alcuni studi di cattura e ricattura effettuati correttamente ci permettono di supporre che la popolazione non trattata dal sistema dei servizi abbia circa la stessa dimensione. Ci troviamo quindi di fronte ad una prevalenza intorno allo 0.7%. Un altro elemento da considerare sono le differenze di genere e quelle per età; la dipendenza da droghe illegali essendo oggi un fenomeno prevalentemente maschile (4/5 degli utilizzatori) e della popolazione giovane adulta, mostra prevalenza estremamente i fasce specifiche di popolazione. Per esempio fra i maschi di 30-34 anni in alcune aree d'Italia la prevalenza di utenti in trattamento arriva al 5%.

Salute: la mortalità per overdose è in continua riduzione dal 1996, seppure oggi sia ancora intorno a 500 decessi/anno, con un tasso grezzo che è sceso sotto il 0.5% annuo. Anche le nuove diagnosi di HIV fra i soggetti tossicodipendenti sono in discesa. Intorno agli anni '90 circa il 70% delle nuove diagnosi di AIDS era associato alla tossicodipendenza, mentre gli ultimi dati riferiscono di valori inferiori al 40%.

Criminalità: il 26% (n=14300) dei 54000 detenuti al 31/12/2003 erano tossicodipendenti. Altri 4500 erano affidati ai servizi sociali o in detenzione domiciliare. Il rapporto fra tossicodipendenti in carcere o in pena restrittiva e quelli in trattamento è quindi 3/100. Inoltre il 39% delle popolazione carceraria è in carcere per spaccio (art 73 DPR 309/90). Complessivamente in Australia è stato stimato che i costi diretti e indiretti della dipendenza da oppiacei ammontano a 0.85% del PIL, mentre negli USA la stima si avvicina a 161 milioni di Dollari.

POSTER

ANALISI DELLA TIPOLOGIA DIAGNOSTICA DEGLI UTENTI INSERITI IN COMUNITÀ DAI SERT DELLE AZIENDE USL DELL'AREA VASTA ROMAGNA

A. Berlini (2), S. Briani (4), D. Casalboni (1), M. Fanelli (4), A. Fioritti (1), D. Grandini (3), M.C. Montanari (2), A. Saponaro (1).
(1) AUSL Rimini; (2) AUSL Cesena; (3) AUSL Forlì; (4) AUSL Ravenna

INTRODUZIONE. Le comunità terapeutiche e i SerT del territorio delle Aziende USL di Rimini, Cesena, Forlì e Ravenna hanno analizzato le caratteristiche degli utenti che nel corso del 2004 sono stati inseriti presso strutture residenziali e semiresidenziali, dalla Aziende USL, definendo la diagnosi all'ingresso e gli obiettivi dell'inserimento.
MATERIALE E METODI. Per la definizione delle diagnosi sono stati utilizzati i criteri classificatori del DSMIV, suddivisi però in quattro diverse aree problematiche: i) tipologia di DUS (Disturbo da uso di sostanze); ii) disturbi psichiatrici e/o disturbi di personalità (escluso disturbi da uso di sostanze); iii) malattie somatiche rilevanti e invalidanti; iv) problematiche di marginalità sociale.
RISULTATI. L'analisi ha riguardato 323 soggetti inseriti in comunità nel corso del 2004, di cui il 79,3% maschi e il 20,7% femmine. Nonostante le diverse diagnosi riscontrate (doppia diagnosi, problematiche sociali gravi, alcolismo, …) il 66,4% delle persone è stata inserita in una struttura terapeutica residenziale, mentre il 13,9% in una struttura pedagogico residenziale. Meno rilevanti dal punto di vista quantitativo sono gli inserimenti presso Pronto soccorsi sociali (5,7%), Centri diurni (4,9%), e strutture specialistiche per Osservazione e diagnosi (4,5%).
Quasi la totalità dei soggetti (98,5%) presentava all'ingresso una diagnosi tossicologica: il 46,7% un disturbo da dipendenza da eroina, il 24,1% una politossicodipendenza, il 13,9% un disturbo da dipendenza da alcol, il 9% un disturbo da dipendenza da cocaina o psicostimolanti.
I disturbi psichiatrici e/o di personalità hanno riguardato il 53,9% dei soggetti: il 33,4% presentava disturbi di personalità, il 12,4% disturbi psichiatrici e l'8% entrambe le problematiche.
Le malattie somatiche (rilevanti ai fini dell'inserimento in strutture comunitarie), hanno riguardato l'11,5% dei soggetti inseriti.
Le problematiche sociali (41,5% dei soggetti) sono quelle che maggiormente hanno inciso nella determinazione del processo di inserimento in comunità. Nella maggior parte dei casi si trattava di una marginalità sociale transitoria (13,0%) o marginalità sociale grave transitoria (11,1%), risolvibile con interventi di prima accoglienza o con un periodo di inserimento in strutture di protezione sociale. Meno consistente dal punto di vista quantitativo, ma rilevante dal punto di vista dell'impatto sui servizi, sono le situazioni di marginalità sociale cronica più o meno grave (12,7%). Gli inserimenti relativi a donne con figli minori o con difficoltà ad assolvere alle funzioni genitoriali rappresentano il 4,6%.
Mentre il 36,1% dei soggetti presentava soltanto la diagnosi tossicologica, il restante 63,9% soddisfaceva più criteri diagnostici. In particolare il 24,8% presentava una diagnosi tossicologica connessa a disturbi psichiatrici e/o di personalità e problematiche sociali. Allo stesso modo, il 19,1% dei soggetti presentava una diagnosi tossicologica associata a problemi psichiatrici. Il restante 20% dei soggetti è caratterizzato da situazioni estremamente complesse, con diagnosi psichiatrica, problematiche sociali varie connesse con l'uso della sostanze, che richiedono un maggior impegno assistenziale.
CONCLUSIONI. Vi sono due aspetti che emergono dalla seguente analisi: i) il profilo dei bisogni delle persone affette da dipendenza da sostanze si sta radicalmente modificando, con parziale sovrapposizione delle aree psicopatologica e sociale con quella della dipendenza da sostanze; ii) non si può prescindere da una diagnosi multidisciplinare e multiassiale per definire: a) possibili obiettivi di un inserimento; b) la tipologia di struttura necessaria.

SMOKE FREE - EVIDENZE E PROBLEMI NELLA GESTIONE DI CORSI PER LA DISASSUEFAZIONE DAL FUMO DI TABACCO.

S. Berti, M.A. Pizzichini, F. Sergi, W. Valeri, L. Cecarini, S. Fraboni, P. Mosca, P. Pierucci, L. Lentini
ASUR Marche Zona Territoriale 7 Ancona

Introduzione

"Smoke Free - Corsi per smettere di fumare" è una iniziativa di disassuefazione dal fumo di tabacco realizzata dall'Ufficio Promozione della Salute del Dipartimento di Prevenzione della Zona Territoriale 7 di Ancona in collaborazione con i Centri Antifumo del Distretto Sud (Dipartimento di Pneumologia Ospedale di Osimo) e del Distretto Centro (Servizio di Pneumologia del Poliambulatorio 2000 di Ancona) e con il Servizio di Dietologia.

Materiali e metodi

I Corsi "Smoke-free" si rivolgono a tabagisti di ambo i sessi (con priorità di accettazione per i soggetti affetti da patologie fumo-correlate) e si basano su un sistema integrato di interventi terapeutici indicati in letteratura come più efficaci ed associati tra loro in modo da favorire il migliore esito finale.

I Corsi "Smoke-free" si articolano in 9 sedute di gruppo, precedute da un colloquio di valutazione della motivazione al cambiamento con somministrazione di test psicodiagnostici. A sostegno del trattamento di gruppo, si offre l'opportunità di utilizzare più strumenti terapeutici: nella fase iniziale l'agopuntura, nella forma dell'auricoloterapia (Acudetox), nella fase intermedia i sostituti nicotinici nelle varie formulazioni (NRT: gomme, inalatori, cerotti, compresse sublinguali) e successivamente l'eventuale somministrazione di Bupropione.

Il mantenimento della condizione di astinenza dal fumo viene facilitato dalla adozione di cambiamenti nello stile di vita come la pratica di attività motorie e l'acquisizione di abitudini diverse da quelle associate al fumo. Il programma si avvale di un sistema di indicatori per la valutazione di processo/esito e della misurazione del CO espirato prima e dopo il Corso e nei follow-up a 3, 6, 12 mesi.

Risultati

Negli anni 2003-2005, grazie al contributo della Fondazione Cassa di Risparmio di Verona, Vicenza, Belluno e Ancona, sono stati realizzati presso la Zona 7 di Ancona n. 7 Corsi "Smoke-free" con la presa in carico di un totale di n. 125 tabagisti.

Al termine dei sette Corsi è risultato complessivamente astinente in media il 76,2% dei partecipanti. Il mantenimento dell'astinenza a 3 mesi è stato pari al 65,3% dei partecipanti, a 6 mesi al 44,1% (dato riferito a 5 Corsi) e ad un anno al 50,5% (dato riferito a 4 Corsi).

Anche tra chi è rimasto "fumatore" si è osservata tuttavia una riduzione del 75% del numero medio di sigarette fumate, raggiungendo in due Corsi valori superiori all'80%.

Conclusioni

La dimostrata efficacia del trattamento è legata all'uso di una metodologia ancorata alla Evidence Based Medicine che prevede l'integrazione tra l'esperienza professionale e l'utilizzo di protocolli con evidenze di risultato fondate sull'accuratezza dei test diagnostici, la potenza dei fattori prognostici e la validità e sicurezza dei trattamenti.

L'aspetto maggiormente critico riguarda gli incontri di verifica a distanza di tempo: la graduale riduzione riscontrata nella partecipazione ai follow-up ostacola l'azione del programma operativo e limita le potenzialità terapeutiche e relazionali del setting, anche se incentrato nella funzione di verifica di risultato.

Un dato in controtendenza, ancora da approfondire nel suo significato, riguarda il numero degli astinenti a sei mesi che risulta mediamente inferiore rispetto agli astinenti ad un anno (nei Corsi finora valutati).

Bibliografia

Roy MacKenzie K. Psicoterapia breve di gruppo Erickson Trento 2002.

White AR, Rampes H, Ernst E. Acupuncture for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library Issue 2. Oxford: Update software, 2001.

NUOVI BISOGNI DI STRUTTURE COMUNITARIE SPECIALISTICHE IN REGIONE EMILIA-ROMAGNA

C. Cazzoli, M. Ferri, A. Saponaro
Area dipendenze - Regione Emilia-Romagna

INTRODUZIONE. Il profilo degli utenti inseriti in comunità terapeutiche nel corso degli anni si è sostanzialmente modificato. L'offerta terapeutica "tradizionale" non risponde più totalmente ai nuovi bisogni che espressi dai SerT e dagli utenti che accedono ai servizi.
Per questo motivo la Regione Emilia-Romagna da tre anni esamina in maniera dettagliata la tipologia di inserimenti effettuati sia presso le strutture private presenti in regione, sia in strutture extra regione.
MATERIALE E METODI. Il flusso dei dati proviene dal sistema informativo regionale sulle dipendenze che raccoglie i dati: i) sull'utenza inviata dai SerT in strutture di trattamento; ii) sulla tipologia di inserimento effettuato; iii) sugli esiti degli inserimenti; iv) sui costi per l'inserimento.
RISULTATI. Nel corso del 2003 i SerT della Regione Emilia-Romagna hanno inserito 1.653 utenti in comunità, con un calo del 1,1% rispetto all'anno precedente, ma a cui corrisponde un incremento della spesa del 2,32%.
Questo gap si spiega con il forte aumento degli inserimenti in strutture specialistiche, che hanno una retta giornaliera più alta rispetto alla comunità terapeutica tradizionale, invece fortemente in crisi. Le strutture specialistiche sono le comunità che attuano un intervento su specifiche tipologie di problematiche o di utenza.
Nel corso dell'anno considerato sono stati inseriti 302 soggetti in strutture specialistiche, il 18,3% del totale degli inserimenti in struttura, ma con un incremento del 61,5% rispetto all'anno precedente.
Nonostante l'Emilia-Romagna sia tra le regioni italiane con la maggiore offerta di posti in comunità, di fatto 232 utenti sono stati inseriti in strutture fuori Regione, di cui il 47,7% in strutture che si possono definire specialistiche. In sintesi, se la Regione Emilia-Romagna ha riconosciuto quattro tipologie di strutture (Centri di Osservazione e diagnosi, strutture madre-bambino, strutture per doppia diagnosi, strutture per alcolisti a livello sperimentale), i bisogni non vengono totalmente soddisfatti dall'offerta terapeutica interna, dato che vi sono inserimenti fuori regione per strutture per doppia diagnosi (14,2% degli inserimenti esterni) alcolisti (4,0%), malati di AIDS (1,0%), utenti in doppia diagnosi, madre-bambino (10,3%), COD (2,2%), pronto soccorso sociale (0,9%).
CONCLUSIONI. Il trattamento in strutture terapeutiche del privato sociale rappresenta una modalità di intervento cui le AUSL continuano a far ricorso in maniera consistente. Il numero degli inserimenti è, infatti, superiore alla media nazionale. In generale il budget dedicato agli inserimenti è circa il 25% del totale del budget regione per le tossicodipendenze.
Dall'analisi emerge un progressivo calo dei percorsi tradizionali (soprattutto per i semiresidenziali) e una sempre maggiore necessità di disporre di trattamenti specialistici che comportano una richiesta di riconversione delle strutture.
In modo indiretto si può sostenere che le persone inviate dai SerT in strutture di trattamento presentano problemi più gravi rispetto al passato. Da qui la necessità di interventi specialisti e differenziati.

PROGETTO "ALCOL E CARCERE" PRESSO LA CASA CIRCONDARIALE DI MONZA

A. Cocchini, S. Ingrassia, M. Bramani
Gruppo Operativo Carcere – Dipartimento Dipendenze – ASL Provincia di Milano 3

Introduzione: le conseguenze e la diffusione dell'abuso di alcol sono generalmente sottostimate. All'interno del carcere a fronte di un vasto numero di tossicodipendenti dichiarati e seguiti dai servizi, sono pochi gli etilisti riconosciuti e curati. Dalla letteratura esaminata emergono importanti correlazioni fra etilismo, disturbi psichici e condotte antilegali che esitano nella detenzione. Nella popolazione detenuta gli etilisti sono significativamente presenti, e fra gli etilisti è significativamente elevato il rischio di detenzione. La presenza dell'alcol è ammessa all'interno delle carceri ed è elevato il rischio che si verifichino le condizioni dell'abuso. L'alcol è spesso implicato in comportamenti aggressivi all'interno delle carceri. Il progetto si è proposto di dotare gli operatori delle dipendenze in carcere dei necessari strumenti di lavoro con gli etilisti, di sensibilizzare gli agenti di Polizia Penitenziaria ed i detenuti alle problematiche alcol-correlate ed alle possibilità di cura relative. Un significativo aumento delle richieste di presa in carico era pure atteso.

Materiali e metodi: presentazione del progetto nelle sezioni del carcere; corsi modulari su tematiche di ordine medico e psico-sociale, con particolare riferimento alle cure praticabili anche in regime di misura alternativa alla detenzione (art. 94 L.309/90). Ai partecipanti (volontari) veniva somministrato un questionario all'inizio ed al termine del corso (re-test) per valutare le conoscenze iniziali e le acquisizioni legate al corso nonché le modalità e le conseguenze dell'abuso all'interno del carcere. Sono stati previsti momenti di discussione di gruppo i cui contenuti sono stati raccolti in forma descrittiva. I dati del questionario sono stati successivamente aggregati in percentuale.

Risultati: le conoscenze dei detenuti risultano sempre migliorate dalla frequenza al corso; i non responders diminuiscono nella totalità dei casi. Sono ridotte le false credenze sui benefici dell'alcol (ad esempio: virilità, resistenza al freddo). Appaiono migliorate le conoscenze sui sintomi e sulle conseguenze patologiche dell'abuso (ad esempio: l'alcol produce danni non solo al fegato, possibilità di sindrome astinenziale). La maggior parte dei detenuti è entrata in contatto con abusatori di alcol in carcere, ha esperienza diretta in questo contesto dell'effetto della sostanza quale facilitatore di comportamenti violenti, riferisce la tendenza all'aumento del potus all'interno del carcere. Nell'anno successivo al progetto, il numero degli alcolisti dichiarati e preso in carico è raddoppiato.

Conclusioni: l'alcol è largamente utilizzato in carcere per contrastare il malessere legato alla condizione detentiva, in molti casi l'uso dell'alcol diventa problematico. Viene utilizzato come sostituto delle sostanze stupefacenti dai tossicodipendenti. Il crescente numero dei cocainomani detenuti, già abusatori di alcol all'esterno, ha ulteriormente incrementato l'abuso in carcere. La modalità prevalente di abuso in carcere è episodica e programmata ("abbuffata"), basata sull'accumulo della bevanda da parte di piccoli gruppi; l'alcol per questo influenza i rapporti interpersonali. Spesso si verificano crisi improvvise legate a comportamenti violenti. Si verificano gli effetti crociati dell'alcol e degli psicofarmaci maggiormente diffusi. La diffusa presenza di detenuti di cultura islamica crea ulteriori problemi legati alla incapacità di gestione della sostanza e di riconoscimento dell'abuso. Gli esiti del progetto indicano l'opportunità di orientare maggiori risorse di cura e prevenzione all'abuso dell'alcol affinché la detenzione sia un periodo effettivamente drug-free.

RILEVAZIONE DELLE SOSTANZE D'ABUSO SEQUESTRATE DALLE FORZE DELL'ORDINE (PROGETTO "LO STATO DELLE COSE") NEL TERRITORIO DELL'A.S.L. NA/4.

C. D'Ambra, M.R. De Monte, T. Silvestro, V. Rinaldini, A. Alfieri, A.C. Sannino, M. D'Avino, P. Esposito, C. Cotena, M. G. Sorrentino, N. Raimo, L. Stella.
Servizio Tossicodipendenze ASL NA 4.

Introduzione - Lo Stato delle Cose, titolo preso in prestito da un film di *Wim Wenders*, è un progetto, finanziato dal Ministero della Salute, che nasce dalla necessità di costruire una metodologia di identificazione, registrazione e comprensione dei fenomeni che sono alla base dei comportamenti giovanili. L'obiettivo del nostro progetto è conoscere e studiare modalità di intervento sui comportamenti giovanili e sui "Nuovi Stili di Consumo. In particolare una parte del progetto ha riguardato l'identificazione delle sostanze clandestine che circolano nel nostro territorio sequestrate delle Forze dell'Ordine.

Metodi - In seguito ad accordi con la Procura della Repubblica c/o il Tribunale di Nola (NA), è stato istituito un collegamento organico per la visione delle relazioni relative ai sequestri effettuati dalle Forze dell'Ordine nel triennio 2001-2004. Tutte queste notizie sono state elaborate, mediante una scheda creata *ad hoc* in collaborazione con la Procura.

Risultati - I reperti analizzati rappresentano una parte significativa di tutti i sequestri operati nel territorio dell'ASL NA/4 che coincide quasi perfettamente con il territorio di competenza della Procura della Repubblica. I sequestri effettuati nel triennio considerato sono stati in totale 754, così suddivisi: 2001 = 219; 2002 = 246 e 2003 = 289. I reperti sono rappresentati dalle principali sostanze d'abuso come il Δ^9-tetra-idrocannabinolo (Δ^9-THC), cocaina e eroina. Il Δ^9-THC rappresenta percentualmente la sostanza stupefacente più sequestrata sul mercato clandestino, seguita da cocaina ed eroina. Importante, è sottolineare è che negli ultimi anni c'è stato un incremento delle percentuali del principio attivo del Δ^9-THC. Infatti, siamo passati da valori del 0,8 ± 0,4%, come riportato dalle casistiche nazionali (1) all'attuale 4,0 ± 2,0%. Questo ovviamente, rende la sostanza più tossica e con maggior potenzialità di dipendenza in quanto determina maggiore appetizione. Rimangono pochi i sequestri di eroina e di altre sostanze; di converso c'è da registrare un significativo aumento dei sequestri di cocaina.

Discussione – Dall'analisi dei sequestri, spicca principalmente l'aumento dei reperti relativi alla cocaina, con una distribuzione sul territorio molto capillare. A conferma di ciò, tutti i Ser.T. dell'ASL segnalano un significativo aumento di pazienti con assunzione di cocaina sia nei soggetti poliabusatori che per le nuove iscrizioni di soggetti con dipendenza da solo cocaina (cosiddetti puri). In aggiunta, è comparsa sul territorio la cocaina fumata (crack), evidenziata dall'anamnesi degli utenti che accedono ai servizi. Di converso, i pochi sequestri relativi all'eroina e alla mancanza di sequestri per le cosiddette "Nuove Droghe"confermano chiaramente che il nostro territorio non rappresenta un luogo di spaccio di tali sostanze. La tipologia degli spacciatori indica che erano quasi tutti italiani e di sesso maschile, indipendentemente dalla sostanza in oggetto. I dati analizzati, sembrano in linea con quelli nazionali per quanto riguarda la percentuale del principio attivo e l'aumento del principio attivo del Δ^9-THC, come già precedentemente evidenziato (1). In conclusione, possiamo affermare che così, come è avvenuto negli anni novanta con il nuovo ingresso nel nostro territorio di eroina fumata, *Cobret* (2); abbiamo assistito con questo nuovo stile di consumo a "un'epidemia" di eroinomani. Purtroppo, oggi c'è il pericolo di assistere ad una nuova "epidemia", con la differenza non sottile che attualmente, le nostre capacità di intervenire farmacologicamente, sono migliori per quanto riguarda gli oppiacei (3), ma non esistono protocolli efficaci nel trattamento dell'*addiction* da cocaina.

Bibliografia

De Giovanni N. et al., Statistical evaluation of illicit drugs examined in the period 1993-1995. 34th Triennal Meeting of the International Association of Forensic Toxicologists (TIAFT), Interlaken (Berna), 11-15, 1996.

Stella L. et al. Cobret: una nuova droga? Boll. Farm. e Alcol. XXIV , 109-110, 2001

Stella L., et al. Interactive role of adenosine and dopamine in opiate withdrawal sindrome. Naunyn-Schmiedeberg's Arch of Pharmacol. 368: 113-118, 2003.

RISULTATI DI UNA PROPOSTA OPERATIVA NELL'AMBITO DELLE INIZIATIVE DI PREVENZIONE NELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

C. D'Ambra[1], M. Mone[2], M. Foglia[1], G. Iorio[2], N. Albanese, R. Guastafierro[1], M. Meo[1], G. De Martino[1], A. Ruotolo[1], C. Notaro[1], S. Auriemma[2\], L. Scotti[1], C. Papilio[1].
[1]Servizio Tossicodipendenze ASL NA/4; [2]Associazione Il Pioppo Onlus, Somma Vesuviana (NA).

Introduzione - Le linee guida del Piano Sanitario Nazionale attribuiscono alla scuola un ruolo strategico nell'attuare i programmi di educazione alla salute come promozione del benessere psico-fisico e valorizzazione delle potenzialità di ogni individuo. La scuola costituisce per l'adolescente la "realtà esterna", l'esperienza che presumibilmente attiverà la prima separazione 'concreta' dal suo nucleo familiare.

Metodi - L'obiettivo del progetto è stato quello di stimolare il confronto e il dialogo, facilitare la relazione tra gli insegnanti, i genitori e gli adolescenti, rafforzando e istituendo un rapporto continuativo di collaborazione ed integrazione tra Scuola e Ser.T. al fine di prevenire e combattere la dispersione scolastica e le tossicodipendenze fra le nuove generazioni.E' stato promosso un modello relazionale adulto-adolescente basato sul dialogo e sulla negoziazione, che rispettando la soggettività nelle interazioni, e il riconoscimento ha favorito un ruolo attivo e responsabile dei giovani, impegnati in autentiche sfide rispetto ai compiti della vita. In tale ottica tale metodologia si è posta come trasversale alle varie aree ed azioni previste dal Piano dell'Offerta Formativa. Ed è nel Piano dell'Offerta Formativa che l'area prevenzione UU.OO. Ser.T. dell'ASL NA/4 (con il progetto "Lo Stato delle Cose" finanziato dal Ministero della Salute con il F.N.L.D.) ha iniziato la sua collaborazione con le scuole del territorio.Abbiamo proposto una riflessione critica dei modelli tradizionali di sviluppo dell'informazione di tipo verticale che, seppur proposti con metodologie di tipo attivo, rischiavano comunque di considerare il *target* della prevenzione come un problema da attivare, sensibilizzare e informare con un pensare da adulti, e non come una risorsa attiva in grado di prendersi carico della progettualità e della gestione dei processi di partecipazione. Tale riflessione, supportata da ripetuti incontri con i docenti della scuole superiori, ci ha permesso di realizzare laboratori formati da studenti (futuri *peer educator*), docenti ed *équipe* interdisciplinare area prevenzione Ser.T. – ASL NA/4, al fine di sviluppare esperienze di formazione sui contenuti della prevenzione e sulle modalità di comunicazione dei messaggi. I laboratori sono stati pensati come uno spazio tra e con i giovani, per elaborare strategie di comunicazione orizzontale per sviluppare prodotti sulla prevenzione mirati esclusivamente al mondo giovanile e adolescenziale. La finalità di un "Laboratorio Giovani" è stata quella di poter costituire uno spazio relazionale con essi in qualità di 'partner' anziché semplici destinatari.

Risultati - I *peer educator* formati, con il "Laboratorio Giovani", hanno collaborato alla realizzazione: 1) sito *internet* (www.lostatodellecose.org); 2) *brochure* informative su: cobret (eroina fumata), benzodiazepine, ecstasy, cannabinoidi e cocaina; 3) unità di strada dell'ASL NA/4 nei principali luoghi di aggregazione giovanile; 4) prevenzione in 5 scuole medie superiori del territorio.

Conclusioni - Nella nostra riflessione i giovani hanno rappresentato uno dei principali *target group* nella prevenzione delle dipendenze. I giovani sono in una fase della vita ancora aperta a molte soluzioni alternative e tale condizione ha facilitato le iniziative di prevenzione, in quanto hanno rappresentato una risorsa preziosa nel lavoro con i coetanei. La loro formazione iniziale ha riguardato i contenuti di competenza quali il controllo dei conflitti, il consumo, il divertimento e la gestione delle crisi in situazioni di intossicazione. Sulla base dei risultati si è dimostrato che in seguito al lavoro svolto i ragazzi dopo essere 'ascoltati' possono trasmettere le loro esperienze e le loro competenze agli altri del gruppo. La *peer education*, quindi, non risponde solo all'esigenza di comunicare informazione dai giovani ai giovani ma anche di coinvolgerli come mediatori riconosciuti. Infatti, è emerso che l'intervento sociale è basato sul posizionamento e riposizionamento reciproco all'interno di un gruppo nelle forme del contatto sociale quotidiano. E' su questa intuizione che avevamo basato il nostro intervento e che crediamo sia il punto di svolta nella comunicazione con l'altro chiunque esso sia.

IL GIOCO NON E' UN GIOCO

Paolo Jarre, S. Monge, F. Salvi, M.Spagnolo.
Dipartimento "Patologia delle dipendenze" – Servizio Gioco d'azzardo patologico - ASL 5 Piemonte.

Il gioco d'azzardo patologico (GAP) è stato definito come malattia, ma in molti casi questa non è una definizione idonea; ciò perché l'abbassamento della soglia di accesso ai giochi (la diffusione delle poker-machine nei bar) ha coinvolto molte persone che non si possono definire come veri e propri malati, anche se manifestano un'aumentata vulerabilità. Il nodo nosologico non è solo accademico, ma culturale ed ha delle conseguenze operative non di poco conto. La maggior parte dei giocatori manifestano, negli stessi luoghi di gioco, una forte estraneità all'identità del giocatore che ha bisogno di aiuto. Il nostro Dipartimento ha avviato a fine 2003 un progetto rivolto a giocatori d'azzardo patologici. Il progetto comprende l'attivazione di una linea telefonica attiva 24 ore su 24, un'esperienza pilota di osservazione partecipata sul territorio condotta da un educatore presso i principali i luoghi del gioco (sale giochi, bingo, sale scommesse, ecc.), un servizio ambulatoriale di ascolto e terapia (individuale, di coppia e di gruppo) per i giocatori problematici ed il loro familiari, un servizio di consulenza legale e finanziaria e trattamenti medico farmacologici (naltrexone, SSRI). L'incontro, la presa in carico dei giocatori e dei loro familiari e l'osservazione condotta sul territorio, lungo il periodo di un anno, hanno condotto a compiere riflessioni, fatto sorgere domande e proposto sollecitazioni in merito ad una serie di questioni relative al territorio ancora per molti versi inesplorato del GAP. Una prima riflessione scaturisce dall'osservazione dei luoghi dell'offerta: ciò che caratterizza questi posti è l'assoluta non appartenenza, l'individualismo. Rappresentano bene il ciclo cortocircuitato fra problema collettivo vissuto come individuale e la risposta individuale ad un problema collettivo (una società che spinge ed esaspera il consumo a cui si cerca di rispondere affannandosi per stare al passo cercando soldi per consumare).

Un'altra importante questione riguarda la relazione fra gioco praticato, diagnosi e iter di presa in carico al servizio. Differenziando fra strumenti e funzioni, alcune funzioni ci sembrano importanti e comuni, mentre la flessibilità ci sembra vada giocata sugli strumenti di supporto a ciascuna delle tre fasi di:

Promozione (il cui target oscilla dai familiari a giocatori a seconda della gravità del coinvolgimento nel problema);

Accoglienza (nel caso dei giocatori patologici ha una netta prevalenza la relazione ed in particolare l'aggancio emotivo, i primi 5 minuti, la "seduzione" reciproca; per i giocatori occasionali la procedura e l'attivazione di strumenti come la compilazione della scheda e la spiegazione dei diversi strumenti può avere un effetto rassicurante, invece insistere sulla relazione può generare ansia);

Trattamento (la scelta fra cura e prendersi cura, sapendo che non esiste una netta linea di demarcazione fra le due ottiche, né una esclude l'altra).

E ancora : se i giocatori problematici evidenziano una serie di punti in comune con soggetti affetti da altre forme di *addiction*, come si evince anche dalla comparazione dei criteri del DSM IV per le due categorie diagnostiche, quali aspetti della terapia delle altre forme di dipendenza, da più anni conosciute ai servizi, possono essere mutuate nella presa in carico dei *gamblers* e rispetto a quali aspetti è più opportuno reperire nuove ed originali strategie (è centrale a questo proposito la questione del denaro, che sembrerebbe costituire il corrispettivo della "sostanza" per i giocatori , ma che pone problemi non indifferenti a livello di possibilità di controllo del "sintomo" e di possibile offerta di "terapie sostitutive").

Il gioco d'azzardo ha tutti gli ingredienti: la passione, il comportamento problematico, la dipendenza, la malattia, spesso convivono e non è facile modulare l'accoglienza e la cura con la dovuta elasticità a seconda delle persone e del momento.

Presenteremo i dati preliminari rispetto ai primi 33 casi trattati nel primo anno di attività.

Bibliografia

Croce M., Zerbetto R. (2001), a cura di, *Il gioco e l'azzardo. Il fenomeno, la clinica, le possibilità di intervento*, Franco Angeli, Milano.

Ladouceur R. et al. (2003) *Il gioco d'azzardo eccessivo. Vincere il gambling*, Centro Scientifico Editore, Torino.

ORARIO …SENZA TABACCO

Paolo Jarre, P. Abbate, B. Audino, C. Cavalleri, R. Meotto, S. Mismetti, D. Pini, S. Siviero
Regione Piemonte A.S.L. 5 Dipartimento "Patologia delle dipendenze"

INTRODUZIONE: Il progetto prende avvio nell'estate del 2003 su iniziativa del Gruppo Multidisciplinare per l'Educazione alla Salute del A.S.L.5: l'obiettivo è quello di migliorare la salute sul luogo di lavoro, realizzando programmi di sensibilizzazione e trattamento rivolti ai dipendenti e riducendo/abbattendo il rischio "fumo passivo" sul luogo di lavoro.
Dopo una prima fase di ricerca è seguita la restituzione dei dati nell'ambito di una Conferenza rivolta alla dirigenza dell'ASL 5: è emerso che in Azienda (2490 dipendenti) circa il 22% dei 978 "responders" (217) ha dichiarato di essere fumatore (una percentuale inferiore, probabilmente per un bias di selezione, ai più recenti dati di popolazione generale, 26% circa); si conferma comunque la necessità di avviare programmi per la riduzione del consumo di tabacco sul luogo di lavoro.
MATERIALI E METODI: Si tratta di una ricerca-intervento mirata a conoscere le caratteristiche e l'entità del consumo di tabacco fra i dipendenti dell' A.S.L.5 e ad avviare al trattamento chi è interessato ad intraprendere un percorso di cessazione. A tutti i dipendenti dell'Azienda è stato proposto un questionario anonimo per la rilevazione delle proprie abitudini rispetto al fumo di tabacco. In un secondo tempo è stata offerta ai soggetti fumatori interessati al trattamento la somministrazione del questionario motivazionale (MAC T) e del test di Fargerström. Sono stati attivati nel nostro Dipartimento 3 ambulatori situati nei comuni di Rivoli, Orbassano e Giaveno dove operano medici, infermieri, psicologi, educatori e assistenti sociali.
Presso gli ambulatori sono stati resi fruibili i trattamenti previsti dalle Linee Guida in materia; 1. Farmacologici (Buproprione, Nicotina), 2. Counselling individuale e di gruppo, 3. Terapie non convenzionali (agopuntura auricolare con metodica Acudetox, ipnosi, riflessologia plantare) 4. Gruppi di Auto – Mutuo - Aiuto.
RISULTATI: In questa sede si fa riferimento ai risultati preliminari del percorso trattamentale del progetto "Orario Senza Tabacco". Ad oggi si sono rivolti agli ambulatori 91 dipendenti ASL afferenti ai territori di competenza dei Ser.T. "Dora Riparia" (80 soggetti) e "Sangone" (11 soggetti): a 89 di questi è stato somministrato il questionario motivazionale con la seguente distribuzione di esito: 35 soggetti in fase di azione (40%) 48 soggetti in fase di determinazione (54%), 3 soggetti in fase di contemplazione (3%) e 3 soggetti in fase di precontemplazione (3%). Sul versante motivazionale la maggior parte dei soggetti presenta quindi un alto livello di motivazione ed una significativa disponibilità al cambiamento.
Tra gli 80 soggetti del Ser.T. "Dora Riparia" hanno effettivamente avviato il trattamento di disassuefazione complessivamente 66 persone (10 non hanno proseguito e 4 sono in attesa di prenotazione (oltre il 30% dei fumatori che avevano risposto al questionario dell'ASL 5).
22 soggetti hanno incominciato il trattamento negli ultimi 6 mesi.
La valutazione di Follow – up a 6 mesi è applicabile quindi a 44 soggetti; il tasso di remissione completa è del 61% (27 soggetti; verifica con self-report e determinazione cotinina urinaria).
La valutazione ad 1 anno è per ora applicabile a 29 soggetti; il tasso di remissione completa protratta è del 59% (17 soggetti; verifica con self-report e determinazione cotinina urinaria).
CONCLUSIONI
I risultati in termini di remissione nei percorsi di cessazione del fumo di tabacco sono fortemente influenzati dalle caratteristiche di selezione della popolazione; si può pertanto passare dai pochi punti percentuali ad 1 anno dei tentativi non assistiti della popolazione generale a tassi di remissione completa protratta di oltre il 60% con un percorso di selezione motivazionale e di corretta applicazione delle indicazioni trattamentali delle Linee Guida nazionali.
I drop-out si realizzano quasi esclusivamente nel primo semestredi trattamento.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE Osservatorio Fumo Alcol e droga; Linee Guida Cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo – Ist. Sup. Sanità – 2004.
Miller W., Rollnick S.. Il colloquio motivazionale. Preparare la persona al cambiamento 2d edizione Ed Erickson. 2004

ANTISOCIALITA' E TOSSICOMANIA: L'AFFETTIVITA' DEI DRUGHI (UNO STUDIO PRELIMINARE).

L. Pelizza, I. De Amicis, C. Ghizzoni, A. Begani, A. Galli, I. Piga, G. Scordato.
Equipe della Comunità Residenziale di Accoglienza
Centro di Solidarietà "L'Orizzonte"– CEIS di Parma (PR).

INTRODUZIONE - Il rapporto tra abuso/dipendenza da sostanze stupefacenti e "Psicopatia" è noto e studiato da tempo (Cleckley, 1941; Schneider, 1959; Catalano-Nobili, 1974; Hare, 1991), ma mantiene viva la sua attualità perché tutt'altro che chiarita resta la comprensione delle motivazioni (specie di quelle di natura affettiva) che sottendono le condotte tossicomaniche. I criteri diagnostici per il "Disturbo Antisociale di Personalità" (ASPD) proposti dalla nosografia psichiatrica moderna (ICD-10, 1992; DSM-IV TR, 2000), infatti, si fondano su una valutazione clinica prettamente oggettiva (comportamentale) che poco ci dice sulla soggettività del sociopatico e sui vissuti emotivi alla base dei suoi agiti tossicofilici (e dissociali) (Amore, 2002). MATERIALI E METODI – Il campione in esame è composto da 45 pazienti tossicodipendenti (prevalentemente di sesso maschile [89%]) ammessi consecutivamente c/o la Comunità Residenziale di Accoglienza del CEIS di Parma, nell'arco dell'ultimo anno. Ciascuno di essi è stato sottoposto alle seguenti scale di valutazione psicodiagnostica: SCID-IV (per i disturbi psichiatrici maggiori [asse I del DSM-IV]) e SIDP-IV (per i disturbi di personalità [asse II del DSM-IV]). RISULTATI – Il ASPD è risultato essere la patologia psichiatrica maggiormente rappresentata nei soggetti esaminati (66.5% [n = 30]). In asse I, tale sottogruppo (definito [scherzosamente] dei "drughi", in onore dei protagonisti del film "Arancia Meccanica" di Stanley Kubrick [1971]) presenta, nella grande maggioranza dei casi (73%), una Dipendenza correlata a Più Sostanze (oppiacei [83%], cocaina [56%], alcool [40%] e cannabis [33%]); solo tre di essi (10%) soddisfano i criteri diagnostici per un Disturbo Psicotico NAS e due (7%) quelli per un Disturbo Depressivo Maggiore propriamente detto. In asse II, si evidenzia, invece, una comorbidità rilevante con i Disturbi di Personalità di tipo Borderline (57%), Narcisistico (43%) e Dipendente (33%). CONCLUSIONI – I risultati suddetti evidenziano come il ASPD sia una delle patologie psichiatriche più frequentemente riscontrabili nelle popolazioni tossicodipendenti che attualmente accedono alle comunità terapeutiche. Le condotte tossicomaniche di questi soggetti (che appaiono essere prevalentemente dei "poliabusatori") sembrano essere sottese da tre tipi di motivazioni affettive: (1) quella borderline (impulsività incontrollata, marcata reattività dell'umore [es. disforia e facile irritabilità], sentimenti cronici di vuoto, rabbia, instabilità delle relazioni interpersonali e dell'immagine di sé), (2) quella narcisistica (invidia, ansia e frustrazione di fronte al proprio senso di grandiosità, alle aspettative illimitate di successo e di potere, all'eccessiva necessità di ammirazione da parte degli altri) e (3) quella dipendente (bisogno di essere accuditi, timore della separazione, profondo disagio nei confronti della solitudine).

FOLLOW-UP DI PAZIENTI ALCOLISTI TRATTATI CON IL SALE SODICO DELL'ACIDO GAMMA-IDROSSIBUTIRRICO (GHB), NALTREXONE (NTX) E GHB + NTX.

L. Stella[1,2], A. Avolio[1], L. Ferrante[1], F. Ambrosino[2], L. Perna[2], A. Caiazzo[2], M. Fusco[2], A. Barchetta[2], M. R. Romano[2], M. Zenone, C. Esposito[2], A. Capuano[1], F. Rossi[1].
[1]*Dipartimento di Medicina Sperimentale Sez. di Farmacologia "L. Donatelli" Facoltà di Medicina e Chirurgia, Seconda Università di Napoli;* [2]*Servizio Tossicodipendenze ASL NA 4.*

Introduzione - Nell'alcoldipendenza, malattia complessa e multifattoriale, il trattamento farmacologico riveste un ruolo fondamentale sia nel controllo della sindrome di astinenza che del craving. Tuttavia, nonostante i diversi farmaci anticraving disponibili, si hanno pochi dati realmente attendibili circa la loro effettiva efficacia clinica. Il nostro interesse in questo lavoro si è focalizzato su due farmaci attualmente utilizzati in tale patologia, il sale sodico dell'acido gamma-idrossibutirrico (GHB) e il naltrexone (NTX). Il GHB, costituente endogeno del cervello dei mammiferi, sembra svolgere le funzioni di neurotrasmettitore e/o neuromodulatore (Waszkielewicz e coll., 2004). Diversi studi clinici hanno dimostrato che il GHB è in grado di ridurre sia la crisi d'astinenza che il craving da alcol. Il NTX, antagonista dei recettori oppiacei, già utilizzato nella dipendenza da eroina, è stato registrato recentemente per il controllo del craving nell'alcoldipendenza (Latt e coll., 2002). Scopo del nostro lavoro è stato quello di confrontare l'efficacia del NTX, del GHB e del NTX + GHB in tre gruppi di pazienti (pts) alcolisti.
Metodi - Previo consenso informato sono stati selezionati 49 pts; la diagnosi di dipendenza da alcol è stata posta secondo i criteri del DSM IV e la somministrazione del test Alcohol Use Disorders Identification Test (A.U.D.I.T.). I pts sono stati divisi secondo la terapia farmacologia che ricevevano in tre gruppi; il primo gruppo di 16 pts (14 M, 2 F) con età media di anni 36±8, trattati con NTX (50 mg/die), il secondo gruppo di 17 pts (15 M, 2 F) con età media di anni 35±7, trattati con GHB (75/mg/die frazionato in 5 somministrazioni) e il terzo gruppo di 16 pts (14 M, 2 F) di età media 37±7, trattati con NTX (50 mg/die) + GHB (75/mg/die frazionato in 5 somministrazioni). In un tempo successivo abbiamo riarruolato i pts con recidiva del 1° e 2° gruppo e li abbiamo trattati con NTX (50 mg/die) + GHB (75 mg/kg x 5). Tutti i pazienti inclusi nello studio sono stati valutati con la scala di Hamilton per la depressione, T0; dopo 15 giorni dalla disintossicazione, a tre mesi (T 90), a sei mesi (T 180) e alla fine dello studio (T 360). I tre gruppi sono stati trattati con 40 mg di citalopram/die. Il programma ha previsto la valutazione degli esami ematochimici di routine e dell'alcolemia. Per lo studio è stata richiesta la collaborazione di un familiare referente di ogni paziente per l'affido dei farmaci e anche con un sostegno psicosociale.
Risultati - Nel 1° gruppo dei 16 pts in trattamento con NTX (50 mg/die) 6 pts hanno terminato lo studio con recidiva di 10 pts, nel 2° gruppo dei 17 pts in trattamento con GHB (75/mg/die x 5), 9 pts hanno portato a termine la terapia mentre 8 pts hanno recidivato; infine nel terzo gruppo dei 16 pts trattati con l'associazione NTX (50 mg/die) + GHB (75/mg/die x 5) 12 pts hanno concluso lo studio e 4 pts hanno recidivato. In un tempo successivo abbiamo riarruolato 12 dei 18 pts con recidiva del 1° (NTX) e 2° (GHB) gruppo e li abbiamo trattati con NTX (50 mg/die) + GHB (75 mg/kg x 5); 8 pts hanno concluso lo studio e 4 pts hanno abbandonato in protocollo.
Discussione - In conclusione, i risultati del nostro studio dimostrano che esiste una buona risposta terapeutica ai farmaci utilizzati, che sembra essere maggiore per il GHB rispetto al NTX e che l'associazione di NTX + GHB risulta essere la più efficace. In tutti i pazienti abbiamo osservato un significativo miglioramento della sintomatologia depressiva. Inoltre, questi dati preliminari, escluderebbero, quindi, come riportato in letteratura, che parte dell'efficacia terapeutica del GHB sia dovuto all'aumentata liberazione di oppioidi endogeni a livello del sistema mesolimbico.

Bibliografia
Latt NC e coll., Med I Aust, 3, 176 (11) 530-534, 2002
Waszkielewicz A e coll.Pol J Pharmacol.56(1):43-9, 2004.

L'IMMAGINE SOCIALE DELLE TOSSICODIPENDENZE E LA CONOSCENZA DEI SERVIZI PER LE DIPENDENZE: UN'INDAGINE SU GRUPPI DIVERSI DI POPOLAZIONE

M. Zermiani, G. Serpelloni
Dipartimento delle Dipendenze SerT1 USL 20 Verona

Introduzione: Per poter pianificare campagne informative che siano efficaci è necessario conoscere che cosa la popolazione su cui si vuole fare l'intervento conosce e pensa di quel determinato problema

Obiettivi: La rappresentazione sociale è la risultante di un'elaborazione individuale e un modello sociale. Per poter avere un'idea anche sintetica di tali rappresentazioni ci è sembrato opportuno rilevare: 1) la percezione del rischio legata all'uso delle principali sostanze stupefacenti (nicotina, alcool, hashish, ecstasy, cocaina) distinguendo per tutte un uso occasionale da un uso abituale; 2) l'atteggiamento verso l'uso delle sostanze come pericolosità e verso i consumatori di sostanze leggere e pesanti e rispetto al libero uso; 3) l'uso nella vita di sostanze stupefacenti; 4) la conoscenza (esistenza, tipo di attività svolte, collocazione nel territorio) di servizi specifici per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze; 5) l'immagine dei servizi pubblici per le tossicodipendenze come credibilità, competenza e sincerità.

Metodologia: L'indagine è stata condotta mediante questionari prevalentemente con risposta a scelta multipla inerente la percezione del rischio associata all'uso di sostanze; l'atteggiamento verso i consumatori di sostanze sia leggere che pesanti, verso la liberalizzazione delle sostanze e verso l'uso delle sostanze, la frequenza di uso delle principali sostanze, la conoscenza di organi regionali e locali deputati alla prevenzione e cura (informazioni in merito a campagne informative, ubicazione dei servizi, attività di cura), l'immagine di tali servizi come credibilità, competenza e onestà. La somministrazione è avvenuta per i ragazzi nelle scuole mentre gli adulti sono stati raggiunti in più posti (negozi, luoghi di lavoro, famiglia, ecc.). L'elaborazione dei dati ha utilizzato statistiche descrittive.

Risultati principali: Da un confronto tra i risultati degli junior e dei senior si può sinteticamente osservare: 1) nella percezione dei rischi è più accentuata negli junior (sia nel gruppo 11-14 che in quello 15-18) rispetto ai senior l'idea che l'uso occasionale di sostanze "leggere" come l'alcool, la marijuana ma anche "pesanti" come la cocaina, l'ecstasy non sia così pericoloso. Solo per l'uso abituale di cocaina c'è una certa uniformità nella percezione del rischio associato; 2) nell'atteggiamento verso le sostanze è interessante osservare l'uniformità di punteggi nell'affermazione "meglio liberalizzare tutte le droghe": tutti i gruppi esprimono un parere di disaccordo piuttosto netto; 3) nel questionario al "favorevole al libero uso" si osserva un'uniformità di pareri verso le sostanze come ecstasy, cocaina, eroina mentre si registra una discrepanza nelle sostanze come il tabacco, l'alcol e la marijuana dove gli junior sono molto più favorevoli ad un loro libero uso; 4) uno degli aspetti più interessanti del presente lavoro riguarda la "notorietà" dei servizi per le tossicodipendenze che risultano poco noti sia nei senior che negli junior: risultano poco conosciuti sia i servizi specifici che le loro funzioni; 5) anche per quanto riguarda l'immagine si osserva la necessità di migliorarla: gli junior ma per certi aspetti anche i senior ritengono che chi ha il mandato istituzionale per la prevenzione (Regione e ULSS) non sia molto credibile, onesto e competente.

DEFINIZIONE E SPERIMENTAZIONE DI UN MODELLO DI VULNERABILITA' PER LA PREVENZIONE PRIMARIA DELLE TOSSICODIPENDENZE

M. Zermiani , F. Aldegheri, F. Bricolo, G. Serpelloni
Dipartimento delle Dipendenze SerT1 USL 20 Verona

L'obiettivo generale del progetto è realizzare un intervento di prevenzione primaria delle tossicodipendenze su soggetti in età evolutiva (tra i 5 e i 10 anni), utilizzando il "modello della vulnerabilità" al fine di operare un riconoscimento di situazioni di rischio e fornire un supporto specifico e precoce alle famiglie, mediante attività di counselling e supporto psicologico. Il modello fa riferimento a quello proposto dal National Institute of Drug Abuse basato essenzialmente sull'interazione tra fattori di rischio (Risk Factors, RF) e fattori protettivi (Protective Factors, PF). La probabilità che l'uso di sostanze non prescritte si sviluppi e porti ad una condizione di dipendenza è influenzata dal rapporto dinamico tra fattori di rischio e quelli protettivi. Il modello proposto dal NIDA è stato affrontato e adattato alla realtà italiana nel testo "Vulnerabilità all'addiction" di Serpelloni-Gerra (2002).

In questo prima parte del progetto lo sforzo principale è stato sia quello di costruire una rete con i pediatri, rete non esistente nel passato, sia quello di mettere a punto gli strumenti necessari per poter fare uno screening dei nuclei familiari a rischio. Proprio al fine di creare uno strumento che coniughi sia le conoscenze scientifiche che l'expertise degli operatori dell'età evolutiva, si è creata una attiva collaborazione con esperti della neuropsichiatria e della pediatria ospedaliera, in modo da integrare le conoscenze e verificare la fattibilità dell'indagine. E' stata realizzata una griglia di valutazione di primo livello per l'individuazione dei soggetti a rischio di sviluppo di tossicodipendenza. Tale griglia ha le seguenti caratteristiche:

a) basata su check-list, ossia un elenco ragionato di aree di indagine da effettuare in un determinato ordine. Le aree e i singoli item sono stati elaborati mediante un'esplicitazione dei fattori, declinati in fattori di rischio e protettivi;

b) standardizzata, intendendo con questo l'identificazione di una valutazione uniforme per tutti i soggetti che vengono ritenuti a rischio di vulnerabilità alla tossicodipendenza;

c) multidimensionale, la valutazione comprende le dimensioni nelle quali, secondo il modello della vulnerabilità, si collocano i fattori individuali, familiari, sociali e genetici.

La scheda preparata prevede un'analisi dei nuclei familiari con soggetti in età evolutiva analizzando due fasce d'età: 0-5 anni, 6-12 anni. E' composta di una parte relativa alla madre e al padre, le cui aree principali sono: uso e abuso di sostanze stupefacenti, presenza di disturbi mentali, capacità intellettive e precarietà sociale. La parte relativa al minore prevede l'indagine dello stile di attaccamento, il grado di socialità, la capacità di rispettare le regole, l'iperattività, il temperamento, la presenza di abuso e/o trascuratezza e l'andamento scolastico. La parte sociale viene indagata con alcuni item che valutano l'ambiente sociale, la disponibilità e l'accessibilità di sostanze stupefacenti, la presenza nel gruppo di riferimento di persone che fanno uso di sostanze stupefacenti. Ogni item è stato scelto in base alle evidenze scientifiche trovate in letteratura che supportano l'ipotesi di vulnerabilità alla tossicodipendenza.

Il protocollo è costituito da:

1) depliant informativo da consegnare ai genitori per la presentazione e l'illustrazione del progetto;
2) consenso informato per i genitori che accettano di partecipare al progetto di ricerca;
3) protocollo di ricerca in senso stretto costituito dall'anagrafica; dalla Check-List della madre, del padre, del figlio nella fascia d'età compresa tra gli 0-5 e 6-10 anni.

La collaborazione con i pediatri di libera scelta prevede un percorso di conoscenza per familiarizzare con il modello teorico e per condividere lo strumento di primo livello messo a punto nel progetto. Le "naturali resistenze" dell'operatore sanitario abituato ad affrontare i disturbi dei soggetti in età evolutiva più in un ottica sanitaria che in chiave psicologica-comportamentale devono essere affrontate e discusse in modo da renderli in grado di poter individuare particolari sintomi cognitivi, emotivi, comportamentali che rendono tali soggetti vulnerabili, quindi proporre alla famiglia uno screening di primo livello e un eventuale invio al Dipartimento delle Dipendenze.

INDICE

Relazioni Corso ALCOL pag. 1
Relazioni Corso COCAINA pag. 7
Relazioni Corso EROINA pag.11
Relazioni Corso DISTURBO BIPOLARE pag 15
Relazioni Corso COLLOQUIO MOTIVAZIONALE pag 21
Relazioni Corso ASSISTENZA INFERMIERISTICA pag 27

Relazioni CONGRESSO pag 31

Poster pag. 59