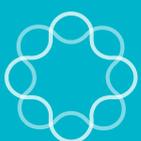


Poliabuso e doppia diagnosi

**S.P. Soares Pinto, A. Zambon,
M. Cibin, D. Agostini, F. Aliotta,
F. Biondini, P. Bizzi, G. Cerizza,
A. Dattola, M. Forghieri,
I. Giorgi, F. Girardi, I.M. Hinnenthal,
A. Jaretti Sodano, L. Liberto,
E. Majolino, D. Mioni, M. Movalli,
L. Pedretti, A. Marmora, P. Ranaletti,
G. Spolaor, P. Vizzuso, G. Zucchi,
G. Vittadini, G. Corrao**



Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno IV, n. 13

MISSION n. 37

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

Direttore scientifico: Alfio Lucchini

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

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

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

Poliabuso e doppia diagnosi nelle residenzialità alcolologiche ospedaliere: caratteristiche dei pazienti e dei percorsi terapeutici/riabilitativi

S.P. Soares Pinto¹, A. Zambon¹, M. Cibin², D. Agostini³, F. Aliotta³, F. Biondini⁴, P. Bizzi⁵, G. Cerizza⁶, A. Dattola⁷, M. Forghieri¹⁴, I. Giorgi⁸, F. Girardi⁹, I.M. Hinnenthal¹⁰, A. Jaretti Sodano¹¹, L. Liberto⁹, E. Majolino¹², D. Mioni¹³, M. Movalli⁴, L. Pedretti L.¹⁴, A. Marmora⁷, P. Ranaletti⁶, G. Spolaor G.¹⁵, P. Vizzuso¹¹, G. Zucchi⁵, G. Vittadini¹⁶, G. Corrao¹

1. Dipartimento di Statistica e Metodi Quantitativi, Università degli Studi di Milano Bicocca, Milano.

2. Dipartimento per le Dipendenze, Az. Ulss 13 del Veneto, Mirano Venezia, www.cocaina-alcol.org.

3. Casa di Cura Villa Silvia, Senigallia.

4. Servizio per le Alcoldipendenze, Ospedale San Raffaele Turro, Milano.

5. Ospedale Privato Accreditato Villa Maria Luigia, Parma.

6. U.O. Riabilitazione Alcolologica, Ospedale S. Marta, A.O. Ospedale Maggiore, Crema.

7. Centro di Riabilitazione Alcolologica - Fondazione Stella Maris Mediterraneo - Chiaromonte (Pz).

8. Servizio di Psicologia, Fondazione S. Maugeri IRCCS, Istituto Scientifico di Pavia.

9. U.O. Ospedale San Pancrazio, Istituto di Riabilitazione S. Stefano, Trento.

10. Economia e Gestione Aziende Sanitarie, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; ASL I, Regione Liguria, Imperia

11. U.O. Alcolfarmacodipendenze Presidio Ospedaliero, Fatebenefratelli, Torino.

12. Centro Terapeutico Dipendenze, Ospedale Bad Bachgart Comprensorio Sanitario, Bressanone.

13. Casa di Cura Parco dei Tigli, Padova.

14. Centro di Riabilitazione Alcolologica Villa Rosa, Modena.

15. Comunità Terapeutica Villa Soranzo, Venezia.

16. U.O. Riabilitazione Alcolologica, Fondazione S. Maugeri IRCCS, Istituto Scientifico di Pavia.

Introduzione

L’astensione dall’uso di alcol e sostanze psicoattive costituisce il fulcro del trattamento della Dipendenza; tale obiettivo è raggiungibile attraverso interventi medico/farmacologici, psicologici e sociali, abitualmente combinati in processi terapeutici complessi, sia in setting ambulatoriale, che residenziale e semiresidenziale (Cibin, Hinnenthal, 2012).

Tra i Disturbi da Uso di Sostanze Psicoattive i Problemi Alcolcorrelati e la Dipendenza da Alcol costituiscono, insieme con la dipendenza da nicotina, la parte più drammatica per mortalità e disabilità (Innamorati e coll., 2012; McArtney e coll., 2010), contribuendo in maniera significativa alla spesa sanitaria del mondo occidentale (Miller e coll., 1998).

In questo contesto, accanto al fondamentale apporto dei gruppi di auto-mutuo aiuto (Alcolisti Anonimi, Club Alcolologici Territoriali) (Edwards, 2002; Hudolin e coll., 1994, Zavan, 2011) e a quello dei Servizi per le Dipendenze (Ser.T./Ser.D.) e dei Nuclei Operativi Alcolologici (NOA), si è andato affermando il contributo delle Unità di Riabilitazione Alcolologica (URA).

È questo un approccio presente da circa trent’anni in Italia che trae spunto sia dall’esperienza del “Minneso-

ta Model” statunitense (Anderson e coll., 1999), sia dagli studi dello psichiatra croato Vladimir Hudolin (Hudolin, Corlito, 2008), sia dalle “Cliniche psicosomatiche” tedesche e austriache (Hinnenthal, Cibin, 2011).

Sintetizzando, le caratteristiche specifiche di questo modello (che lo rende ben diverso dalle comunità terapeutiche “tradizionali”) sono:

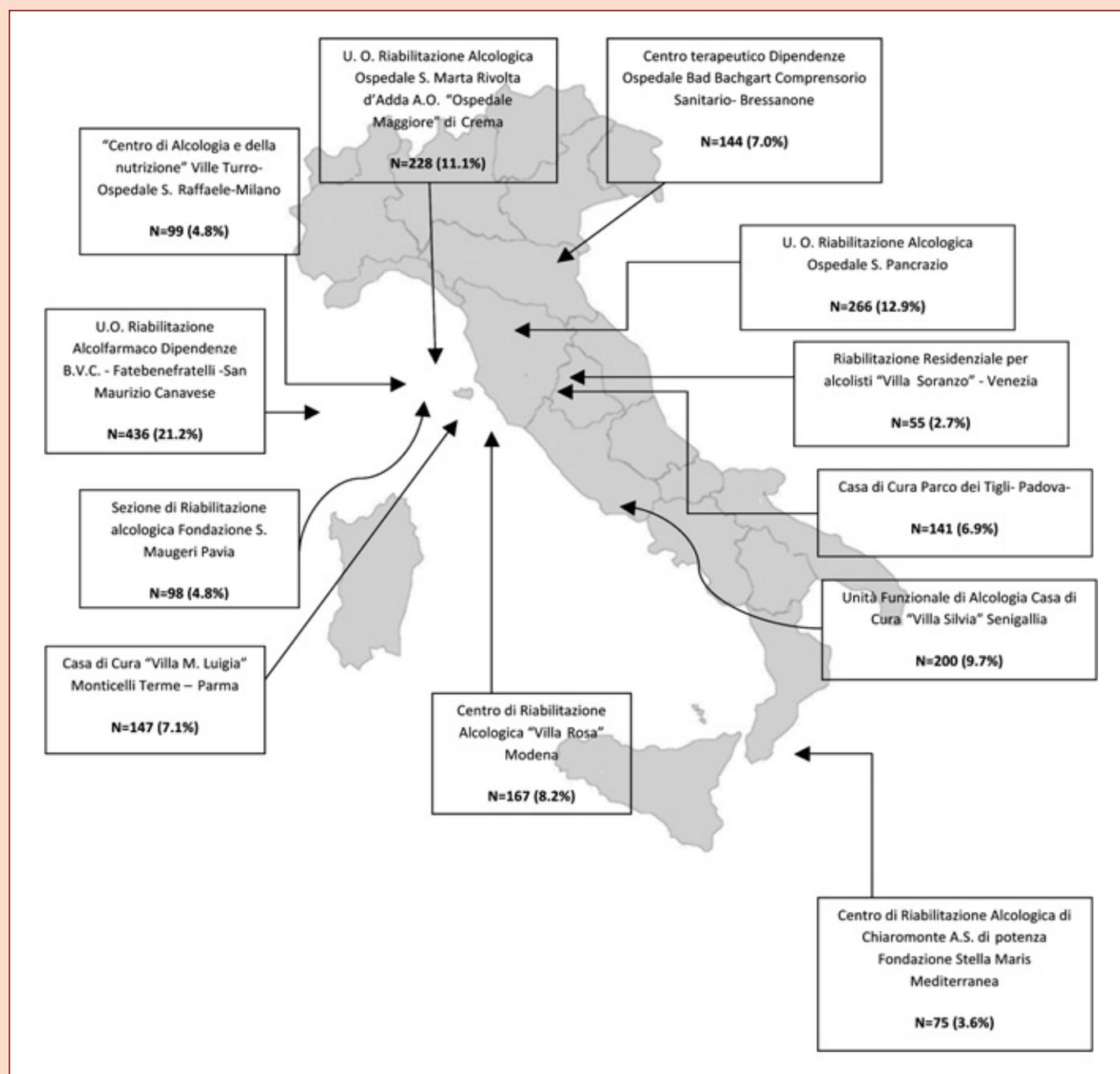
1. Brevità del ricovero (mediamente 30 giorni).
2. Intensità dell’intervento (si opera a livello fisico, psichico, familiare).
3. Complessità dell’intervento stesso (vengono erogate prestazioni di tipo medico, psicologico ed educativo).
4. Elaborazione di un progetto aftercare.

Questo tipo di gestione delle problematiche alcol-correlate seppure utilizzato da tempo e presente in circa venti strutture sparse per l’Italia, non era mai stato oggetto di un’analisi approfondita delle caratteristiche socio-demografiche e gestionali.

I dati qui presentati fanno parte di uno studio multicentrico che si propone di colmare tale lacuna, analizzando in dettaglio le variabili dell’utenza che afferisce alle principali unità che fanno parte del Coordinamento Residenziale Alcolologico Italiano (Gruppo CORRAL, 2011).

Scopo del presente lavoro è evidenziare e discutere i dati dello studio Corral (Zambon e coll., in press) riferiti in particolare alla presenza di fenomeni di poliabuso di

Fig. 1 - Distribuzione spaziale dei centri CORRAL



sostanze e di comorbidità psichiatrica, ed evidenziare le caratteristiche dei percorsi terapeutico/riabilitativi.

Materiali e metodi

Il campione in studio è costituito da tutti i pazienti dimessi durante il 2009 dalle 12 Unità Residenziali Alcolologiche Italiane (URA) partecipanti al CORRAL.

I pazienti che hanno avuto più ricoveri durante il 2009 sono stati inclusi nel campione in occasione del loro primo episodio di ricovero.

Per ogni paziente, il referente delle URA presso il quale il paziente era ricoverato, ha raccolto, mediante un questionario strutturato di 26 item, alcune caratteristiche riguardanti gli aspetti socio-demografici e clinico-diagnostici, le caratteristiche del percorso assistenziale che ha portato al ricovero, le caratteristiche del percorso terapeutico sperimentato presso l'URA e il percorso assistenziale programmato dopo la dimissione.

Tutte le variabili continue sono state riportate come valori medi (\pm deviazione standard) mentre le variabili categoriche sono state considerate sia in termini di frequenze assolute che relative.

Il confronto tra i valori medi di due (o più gruppi) è stato effettuato mediante la statistica test T (o l'analisi della varianza).

L'indipendenza tra variabili categoriali è stata valutata mediante il test χ^2 .

Tutte le analisi statistiche sono state realizzate utilizzando il software SAS v.9.2.

Si sono considerati solo test a due code e i p-value inferiori a 0.05 sono stati considerati significativi (Garrett e coll., 2011).

Risultati

Al momento del ricovero

Alla ricerca hanno partecipato 12 URA che hanno ricoverato complessivamente 2061 pazienti durante il 2009.

La figura 1 evidenzia come la maggior parte dei centri (83%) si trovi al nord con qualche isolata presenza al centro (Marche) e al sud (Basilicata) (figura 1).

Anche i pazienti ricoverati presso i diversi centri non sono uniformemente distribuiti, ad esempio si può notare che il 21% dell'intera casistica appartenga al solo centro piemontese "U.O. Riabilitazione Alcolfarmaco Dipendenze B.V.C. - Fatebenefratelli San Maurizio Canavese".

Dei 2061 pazienti iniziali, cinque sono stati esclusi dalle analisi a causa di dati mancanti (60% delle variabili). Le caratteristiche dei pazienti sono sintetizzate nella tabella I.

Il paziente "medio" afferente ad una URA durante il 2009 è risultato essere: maschio (69% dei dimessi),

adulto (età media 46 anni), con un livello di istruzione medio/bassa (il 61% possiede solo la licenza media), senza evidenti problemi occupazionali (solo il 36% non è occupato o lavora occasionalmente), con diagnosi di dipendenza dall'alcol (93% dei dimessi), non astinente nell'ultimo mese prima del ricovero (79% dei dimessi), con una diagnosi psichiatrica e/o di altra dipendenza o abuso da sostanze (65%).

Dei 934 pazienti con co-patologie fisiche/organiche, l'8% risulta affetto da cirrosi, il 60% da altre patologie (come ad esempio patologie cardiologiche o malattie del metabolismo), e il 5% da polineuropatia (Vittadini e coll., 2001).

In tabella II sono riportate in dettaglio le principali patologie psichiche di cui sono affetti 1327 pazienti. Il 44% ha una dipendenza/abuso da altre sostanze e/o farmaci, mentre il 41% presenta disturbi di personalità.

Caratteristiche significativamente associate alla presenza di una diagnosi psichiatrica sono (tabella III): genere Maschile ($\chi^2 = 50.2$, p-value = <0.0001), età inferiore a 50 anni ($\chi^2 = 10.5$, p-value = 0.0012); basso livello di istruzione ($\chi^2 = 21.5$, p-value = <0.0001); durata dell'abuso/dipendenza ($\chi^2 = 23.9$, p-value = <0.0001); consumo di alcol nel mese prima del ricovero ($\chi^2 = 16.6$, p-value = <0.0001); uso di altre sostanze, comportamento patologico ($\chi^2 = 25.5$, p-value = <0.0001); presenza di patologie organiche ($\chi^2 = 20.6$, p-value = <0.0001); precedenti ricoveri per alcolismo ($\chi^2 = 36.1$, p-value = <0.0001).

La comorbidità psichiatrica sembra essere indipendente dallo stato occupazionale ($\chi^2 = 2.8$, p-value = 0.0954), dalla durata del ricovero ($\chi^2 = 0.3$, p-value = 0.6156) e dalla durata di altro uso/abuso, comportamento patologico.

La maggior parte dei pazienti sono giunti all'URA poiché inviati da un Sert.T./Ser.D. (40% dei dimessi), dal medico di base/specialista (17%), e infine da altri servizi alcolologici territoriali (15%).

In tabella IV è riportata la distribuzione delle figure professionali/assistenziali che hanno ritenuto necessario il ricovero del paziente.

Durante il ricovero

Una volta ricoverato, un paziente rimane in URA mediamente 30 giorni (± 23.5).

Durante la loro permanenza i soggetti possono svolgere diversi percorsi riabilitativi.

Nella figura 2 sono raffigurati i percorsi con le rispettive percentuali di partecipazione.

Ogni paziente poteva intraprendere più di un percorso durante il suo ricovero.

Al momento della dimissione è stato dato un giudizio inerente l'esito del percorso riabilitativo del paziente (figura 3): il 77% manifesta un livello motivazionale medio/alto nel seguire il percorso riabilitativo (e una

Tab. I - Caratteristiche socio-demografiche e diagnostiche dei 2056 pazienti inclusi nell'analisi

Variabili	Totale (n=2056)
Socio-demografiche	
Maschi, n (%)	1411 (68.6)
Età (anni \pm SD)	46.3 \pm 10.8
Titolo di studio	
Nessun titolo, n (%)	8 (0.4)
Licenza elementare, n (%)	279 (13.7)
Licenza media, n (%)	945 (46.4)
Licenza superiore, n (%)	661 (32.5)
Laurea, n (%)	141 (6.9)
Occupazione	
Occupato stabile, n (%)	862 (42.2)
Occupato non stabile, n (%)	111 (5.4)
Non occupato, n (%)	637 (31.2)
Pensione di invalidità, n (%)	224 (10.9)
Pensione di anzianità, n (%)	91 (4.5)
Studente, n (%)	6 (0.3)
Casalinga, n (%)	112 (5.5)
Diagnostiche	
Dipendenza/Abuso da alcol	
Dipendenza, n (%)	1906 (92.8)
Abuso, n (%)	147 (7.2)
Consumo di alcol nell'ultimo mese prima del ricovero	
Astinente, n (%)	436 (21.2)
Non astinente, n (%)	1619 (78.8)
Durata della dipendenza/abuso da alcol	
< 5 anni, n (%)	327 (16.1)
5 - 10 anni, n (%)	496 (24.5)
> 10 anni, n (%)	1203 (59.4)
Presenza di altre diagnosi (psichiatriche e dipendenza/abuso da altre sostanze)	
No, n (%)	729 (35.5)
Sì, n (%)	1327 (64.5)
Co-patologie fisiche/organiche	
No, n (%)	1122 (54.6)
Sì, n (%)	934 (45.4)

Tab. II - Analisi descrittive riguardanti la presenza di altre diagnosi (psichiatriche e dipendenza/abuso da altre sostanze)

Altre diagnosi	Totale (n=1327)
Dipendenza o abuso di altre sostanze e/o farmaci, n (%)	584(44.0)
Disturbo di personalità, n (%)	547(41.2)
Sindrome Affettiva, n (%)	385(29.0)
Sindrome ansiosa, n (%)	155(11.7)
Psicosi, n (%)	60 (4.5)
Disturbo del controllo degli impulsi, n (%)	35 (2.6)
Disturbo del comportamento alimentare, n (%)	24 (1.8)
Demenze, n (%)	19 (1.4)
Oligofrenia, n (%)	12 (0.9)

Tab. III - Confronto tra le caratteristiche dei pazienti con assenza o presenza di diagnosi psichiatrica

	Diagnosi psichiatrica		χ^2	P-value
	Sì	No		
Genere				
Femmina	23.6	38.2	50.2	<0.0001
Maschio	76.4	61.8		
Età				
< 50 anni	62.3	69.1	10.5	0.0012
> 50 anni	37.7	30.9		
Istruzione				
Medio alta	34.1	44.1	21.5	<0.0001
Bassa	65.9	55.9		
Occupazione				
Non occupato	50.4	54.1	2.8	0.0954
Occupato	49.6	45.9		
Abuso/dipendenza da alcol				
Abuso	5.7	8.4	5.8	0.0161
Dipendenza	94.3	91.6		
Durata abuso/dipendenza da alcol				
< 5 anni	11.9	19.9	23.9	<0.0001
5-10 anni	25.7	23.4		
> 10 anni	62.4	56.7		
Consumo di alcol nel mese prima del ricovero				
Astinente	25.1	17.8	16.6	<0.0001
Non astinente	47.9	82.2		
Altro uso/abuso/comportamento patologico				
No	75.3	65.1	25.5	<0.0001
Sì	24.7	34.9		
Durata altro uso/abuso/comportamento patologico				
< 5 anni	24.4	31.8	4.0	0.1337
5-10 anni	31.2	27.1		
> 10 anni	44.4	41.1		
Patologie organiche				
No	49.3	59.2	20.6	<0.0001
Sì	50.7	40.8		
Durata del ricovero				
< 30 giorni	73.8	74.8	0.3	0.6156
> 30 giorni	26.2	25.2		
Ricoveri precedenti				
0	63.9	50.8	36.1	<0.0001
≥1	36.1	49.2		

Tab. IV - Distribuzione dei pazienti in funzione della figura che ha ritenuto necessario il ricovero

Struttura che ha ritenuto necessario il ricovero	Totale (n=2044)
Comunità terapeutica, n (%)	7 (0.3)
Familiare (specificare), n (%)	158 (7.7)
Gruppi di auto-aiuto, n (%)	28 (1.4)
Medico di base/specialista, n (%)	338 (16.5)
Nessuno, n (%)	102 (5.0)
Reparto ospedaliero, n (%)	105 (5.1)
Sert, n (%)	809 (39.6)
Servizi alcolologici (NOA/centro di alcologia), n (%)	312 (15.3)
Servizi sociali, n (%)	14 (0.7)
Servizi territoriali privati, n (%)	54 (2.6)
Servizio psichiatrico, n (%)	117 (5.8)

Fig. 2 - Distribuzione dei pazienti in funzione del numero di percorsi riabilitativi effettuati durante il ricovero

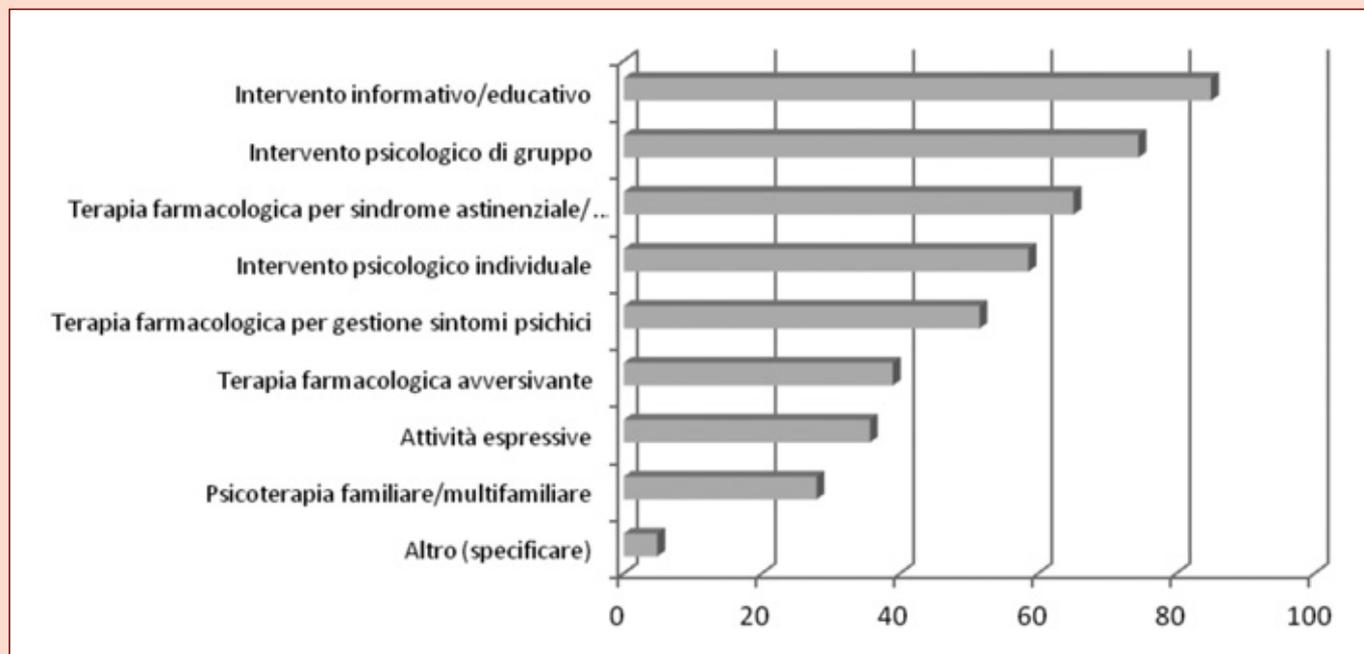
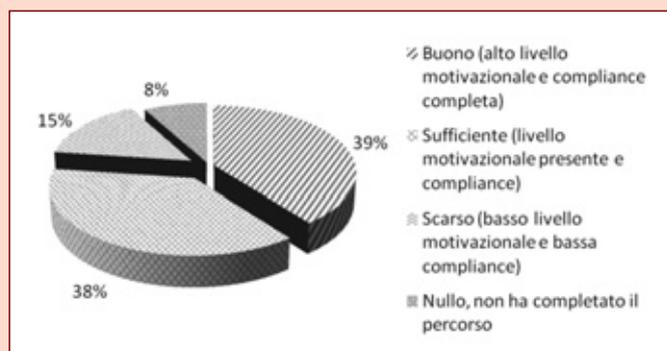


Fig. 3 - Distribuzione dei pazienti in funzione del giudizio sull'esito del percorso riabilitativo alla dimissione

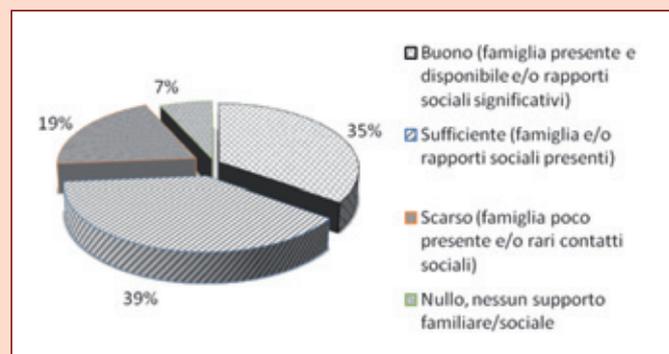


compliance completamente il 15% ha un livello motivazionale e una bassa compliance.

Il rimanente 8% è rappresentato da quei soggetti che si sono auto dimessi o che hanno un decadimento del contratto terapeutico.

Prima che il paziente venga dimesso viene fatta una valutazione anche sul supporto familiare (figura 4): il 74% dei pazienti al termine del percorso all'interno del centro ha una famiglia presente e disponibile, il 19% ha rari contatti sociali e familiari ed un 7% di individui non ha alcun tipo di rapporto sociale/familiare.

Fig. 4 - Distribuzione dei pazienti in funzione della valutazione dell'operatore del supporto familiare e sociale alla dimissione



Dopo il ricovero

L'89% dei pazienti ha concluso il percorso riabilitativo stabilito dall'URA presso la quale era ricoverato.

Il restante 11% è costituito dai pazienti che si sono auto-dimessi (5.7%), per i quali si è verificato il decadimento del contratto terapeutico (3.9%) e che hanno interrotto il ricovero per l'insorgenza di complicanze (1.8%).

Al momento della dimissione il paziente era inviato a una struttura/figura di riferimento per la presa in carico e il prosieguo della riabilitazione.

Dalla tabella V si evidenzia come quasi la metà dei pazienti era inviata ai Ser.T. (44%).

Discussione

Dall'analisi delle caratteristiche del campione dei pazienti afferenti alle U.O. di riabilitazione alcolica si rileva un profilo "medio" caratterizzato da una evidente complessità clinica e psichica; prevale una diagnosi di dipendenza alcolica, in fase attiva prima del ricovero che si accompagna ad una patologia organica prevalen-

temente a carico del fegato (Carto, Addolorato, 2010) ed un'altra patologia psichica in quasi la metà dei casi.

È inoltre presente, per una metà del campione, l'uso di altre sostanze psicoattive.

Tale dato conferma la tendenza registrata già da anni riguardo al progressivo cambiamento di tipologia dell'alcolista italiano medio che passa da quella del forte bevitore quotidiano, soprattutto di vino, a quella dell'abusatore del fine settimana e del binge drinker con finalità "tossicomane" (e quindi con contemporaneo ricorso ad altre sostanze) o di autoterapia a problemi emotivi o di adattamento sociale (Janiri, 2006; Sanfilippo e coll., 2004, Cerbini e coll., 2008).

Una delle funzioni più importanti della Residenzialità alcolica è la formulazione di una corretta diagnosi sia rispetto all'uso di sostanze, che alla presenza di problematiche fisiche e psichiche associate, che alle risorse sociali, familiari ed ambientali.

Un aspetto particolarmente delicato del processo diagnostico di questi pazienti riguarda gli aspetti psicologico/psichiatrici, al punto alcuni autori propongono che ansia, depressione e impulsività siano considerati elementi strutturali dell'addiction stessa piuttosto che situazioni di per sé comorbili (Pani e coll., 2010).

È noto come la individuazione dei disturbi mentali "primitivi" vada fatta a paziente astinente da almeno 20 giorni; la intossicazione da alcol/sostanze infatti è in grado di "mimare" praticamente tutti i disturbi mentali.

Ove l'uso di sostanze sia in fase di attività i tratti psicopatologici riscontrati dovrebbero essere inquadrati nella categoria "Disturbi mentali Indotti da Sostanze" (APA, 2007).

La distinzione tra disturbi mentali "primitivi" e disturbi indotti da sostanze ha importanti implicazioni terapeutiche: nel primo caso infatti il focus terapeutico è sul disturbo mentale, nel secondo sulla Dipendenza stessa, la cui remissione condiziona anche la sintomatologia psichiatrica (Brady, Malcom, 2006; Schuckit, 2009).

Tab. V - Distribuzione dei pazienti in funzione della struttura a cui vengono inviati per il prosieguo del programma

Figura/struttura a cui viene mandato il paziente per il prosieguo del programma	Totale N(2039)
Altro, n (%)	2 (0.1)
Comunità terapeutica, n (%)	83 (4.1)
Day-hospital/semi-residenzialità presso la stessa struttura, n (%)	85 (4.2)
Gruppi di auto-aiuto, n (%)	102 (5.0)
Medico di base/specialista, n (%)	324 (15.9)
Nessuno, n (%)	29 (1.4)
Reparto ospedaliero, n (%)	37 (1.8)
Sert, n (%)	890 (43.6)
Servizi alcolologici (noa/centro di alcolologia), n (%)	367 (18.0)
Servizi sociali, n (%)	8 (0.4)
Servizi territoriali privati, n (%)	29 (1.4)
Servizio psichiatrico, n (%)	83 (4.1)

Nel presente studio si riscontra una maggiore prevalenza di disturbi mentali comorbili nei soggetti che hanno assunto alcol nel mese precedente al ricovero: questo dato ci richiama all'importanza di una corretta tempistica nella effettuazione della diagnosi, ed alla opportunità in alcuni casi di prolungare la degenza per giungere ad una maggior chiarezza diagnostica.

Analizzando le caratteristiche della comorbilità psichiatrica si evidenzia come il 41% del campione presenti una diagnosi di Disturbo di Personalità e come questa sia la diagnosi di gran lunga più rappresentata.

Le situazioni comorbili sono a loro volta significativamente associate a sesso maschile, età inferiore a 50 anni, basso livello di istruzione; maggiore durata dell'abuso/dipendenza; uso di sostanze diverse dall'alcol; consumo di alcol il mese prima del ricovero, presenza di patologie organiche; ricoveri precedenti per alcolismo.

La presenza o meno di fenomeni di poliabuso di sostanze, l'età di esordio della Dipendenza e la associazione con disturbi di personalità o a tratti impulsivi e caratteristiche "sensation seeker" sono gli elementi centrali per distinguere i pazienti con Dipendenza secondo la tipologia di Cloninger (Cloninger e coll. 1981; Cloninger, 1987; Cloninger, Svrakic, 2009; Leggio e coll., 2009).

Il tipo I di Cloninger corrisponde a quello che un tempo si sarebbe chiamato "modello postraumatico": i pazienti di tipo I sono divenuti dipendenti nell'età adulta in seguito ad eventi di vita ed hanno una componente genetica minore; sono persone in cui la dipendenza si configura come un "episodio", per quanto lungo e grave, in un contesto di vita per altri aspetti "normale".

Nei soggetti di tipo II invece la componente genetica è più forte, la dipendenza inizia precocemente ed impronta tutta la vita, è caratterizzata dall'uso di più sostanze ed è spesso associata con Disturbi di Personalità (Cibin e coll., 2011; Hinnenthal e coll., 2010); questi soggetti più frequentemente presentano una storia di problematiche scolastiche e lavorative e deterioramento sociale grave: è quello che un tempo si sarebbe detto modello "costituzionale" o "diatesico".

Nello specifico del campione considerato si può concludere che la distribuzione tra le due tipologie sia rispettivamente del 50% circa.

Questo dato può essere rilevante nell'orientamento rispetto alla impostazione del programma terapeutico durante la residenzialità e nell'aftercare.

I pazienti di tipo I infatti rispondono bene ad un intervento relativamente "leggero": si tratta di soggetti che una volta messi nelle condizioni di affrontare il loro problema con le sostanze e le situazioni di vita connesse, stanno globalmente bene e sono nella maggior parte dei casi in grado di riprendere la propria vita sociale e familiare.

Si tratta dei pazienti che rispondono meglio alla residenzialità breve, specie se comprendete interventi miranti a superare il congelamento emotivo causato dalle sostanze e dalle situazioni traumatiche e l'appoggio a gruppi di auto aiuto (Alcolisti Anonimi, Club Alco-

logici Territoriali) (Cerizza e coll., 2008; Cibin e coll., 2009; Hinnenthal, Cibin, 2011).

Per i pazienti di tipo II invece il discorso è più complesso: essi richiedono interventi multipli e continuativi nel tempo, cui spesso è necessario affiancare anche il supporto sociale.

Accanto al programma finalizzato alla inibizione del potus, analogo a quello previsto per il tipo uno, per questi pazienti è necessario prevedere interventi sia di tipo medico che psicologico mirati alla stabilizzazione della emotività disfunzionale; possono essere indicati per programmi residenziali lunghi (Hinnenthal e coll., 2011).

La applicazione di questi principi al setting residenziale breve dovrebbe prevedere dunque la possibilità di differenziare gli interventi in base alla tipologia, ed in particolare:

- per il tipo I la applicazione di tecniche "postraumatiche", cioè di tecniche nate per il trattamento del Disturbo Postraumatico e miranti allo "sblocco emotivo" ed al riequilibrio tra funzioni emotive e cognitive (Cibin e coll., 2012; Hinnenthal e coll., 2011);
- per il tipo II: la impostazione di interventi terapeutici specifici per i disturbi di personalità, sia di tipo farmacologico che psicoterapico (Dimeff, Linehan, 2008; Linehan, 2011; Hinnenthal e coll., 2010).

Per entrambe le situazioni è fondamentale la motivazione alla continuazione del trattamento in setting territoriale e la formulazione di un programma aftercare sulla base delle informazioni emerse nel corso del ricovero (Cibin, Hinnenthal, 2012; Rossi, 2013).

La forte presenza di soggetti di tipo II nel campione oggetto del presente studio può essere spiegata dagli stessi criteri di accoglienza che caratterizzano le U.O. riabilitative.

Pur non avendo ancora le Unità Operative CORRAL elaborato formali e comuni criteri di inclusione, tuttavia hanno adottato negli anni una modalità di selezione dei ricoveri in cui si privilegia un paziente "complicato" e probabilmente di più difficile gestione in un setting ambulatoriale²¹.

Rispetto al percorso ambulatoriale che precede e segue la degenza riabilitativa, si rileva come siano prevalentemente Ser.T./Ser.D. e NOA i principali invianti ed a queste stesse strutture i pazienti tornano dopo la dimissione. Il ricovero si configura pertanto come uno spazio riabilitativo di alta intensità assistenziale, che accoglie e rinvia pazienti che mantengono una presa in carico ambulatoriale presso le strutture territoriali e che si pone come una parentesi per il trattamento delle complicanze cliniche della dipendenza alcolica, garantendo un periodo di sobrietà protetta in cui affrontare il disagio psichico, relazionale e sociale correlato alla dipendenza.

Il fatto che l'89% dei pazienti abbia completato il percorso riabilitativo e che tale percorso sia stato giudicato dal responsabile del servizio buono o sufficiente in circa il 75% dei casi sembra configurare un soddisfacente esito del programma.

Tipo I:

Inizio tardivo, reattivo a eventi accaduti nel corso della vita (traumi lutti, situazioni "di passaggio").

Comportamento prevalente: evitamento (harm avoidance)

Base neurobiologica: deficit serotoninergico

Effetto ricercato: ansiolitico/ antidepressivo, rilassamento psicofisico

Craving: relief craving (desiderio di ridurre la tensione)

Capacità di gratificazione: Buona

Capacità di contatto con gli altri: Buona

Storia di vita: "vita vissuta" in cui l'alcolismo appare come un incidente o una complicità

Tipo II:

Geneticamente determinato

Inizio precoce, evoluzione rapida

Prevalenza maschile

Comportamento prevalente: ricerca sensazioni intense (Novelty Seeking)

Neurobiologia: deficit del sistema dopaminergico

Effetto ricercato: gratificazione

Craving: reward craving (desiderio di ricompensa)

Maggiore risposta ai potenziali auditivi evocati

Storia di ADHD infantile

Associazione con disturbi antisociale e borderline di personalità

Capacità di gratificazione: Scarsa (csd. Reward Deficiency Sindrome)

Capacità di contatto con gli altri: Scarsa e problematica

Storia di vita: Vita improntata dal rapporto con l'alcol e le sostanze

Conclusioni

A nostro parere la ricerca appare sufficientemente precisa nella descrizione della tipologia di utenza afferente agli URA sia per la vastità del campione sia per l'accuratezza nella raccolta dei dati (su 2061 casi solo 5 sono stati scartati per scadente compilazione del questionario).

Questa precisione consente di avere una chiara visione delle caratteristiche sia della tipologia di alcolisti trattati sia delle modalità di trattamento.

Ciò permette la formulazione delle seguenti osservazioni conclusive:

1. L'approccio riabilitativo alcolologico ospedaliero offre una gestione efficace dei problemi alcol correlati poiché garantisce una presa in carico globale del paziente ed un suo ritorno rapido alle strutture territoriali invianti.
2. La degenza alcolologica può essere centrale per una corretta importazione diagnostica in quanto consente di osservare il paziente in assenza di alcol e sostanze, e di distinguere le situazioni comorbili "primitive" da quelle "indotte da sostanze".
3. Le situazioni comorbili sono più frequenti in soggetti maschi con poliabuso di sostanze; la diagnosi più frequente è di Disturbo di Personalità. Queste caratteristiche, che richiamano quelle del tipo II di Cloninger,

fanno pensare alla opportunità di strutturare percorsi parzialmente differenziati sulla base della tipologia di Dipendenza.

4. Si riscontra la crescente presenza di soggetti ormai "fossilizzati" nella loro carriera di alcolisti, dimenticando soggetti relativamente giovani i quali, pur nella loro gravità, vengono considerati (non sempre a ragione) meglio gestibili con un approccio solo ambulatoriale.
5. Da parte loro le URA dovrebbero dotarsi di strumenti di valutazione oggettivi (anche se questo risulta difficile data la particolare tipologia del problema) per verificare sia l'esito del percorso riabilitativo sia, eventualmente, le varie fasi di esso.
6. Pur riscontrandosi una forte presenza in entrata ed in uscita dei Servizi per le Dipendenze e per l'alcolologia, permangono modalità di invio varie e disperate, che spaziano dal reparto ospedaliero al medico di famiglia per arrivare all'auto invio. Questa situazione, che deriva in buona parte dalla eterogeneità della assistenza alcolologica nei vari territori, risulta essere ancora troppo confusa e "spontaneista" dovendosi, a nostro parere, riservare un simile approccio, complesso e quindi costoso, a casi ben selezionati all'interno di chiari percorsi terapeutici durante la degenza e nel territorio.

7. Poiché la riabilitazione alcolica ospedaliera, con le sue caratteristiche di brevità, intensità e complessità, soddisfa i principali requisiti della moderna riabilitazione andrebbe, a nostro parere, potenziata sia in termini quantitativi che qualitativi.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2007), DSM IV-TR Masoon, Milano.
- Anderson D.J., McGovern J.P., Dupont L. (1999), "The Minnesota Model", *J Addict Dis*, 18: 107-14.
- Brady K.T., Malcom R.J. (2006), "Disturbi da uso di sostanze e disturbi psichiatrici di Asse I in comorbidità", in Galanter M., Kleber H.D. (eds.), *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*, seconda edizione, Masson, Milano.
- Carto F., Addolorato G. (2010), "L'epatopatia cronica alcolica", *Mission*, 25: 45-51.
- Cerbini C., Biagianni C., Travaglini M., Dimauro P.E. (2008), *Alcolologia oggi: nuove tendenze fra clinica ed ecologia*, FrancoAngeli, Milano.
- Cerizza G., Cibin M., Hinnenthal I., Ranalletti M.P., Dondi E., Vittadini G. (2008), "La Residenzialità Riabilitativa Alcolica come opportunità terapeutica", *Mission*, VII, 27: 27-31.
- Cibin M., Hinnenthal I., Lugato E. (2009), "I programmi residenziali brevi", *Medicina delle Tossicodipendenze*, dic., 65: 39-46.
- Cibin M., Hinnenthal I. (2012), "Trattamento integrato dell'alcolismo: gli strumenti ed i luoghi dell'intervento", *Noos*, 18, 3: 189-2011.
- Cibin M., Cibin M., Hinnenthal I., Nava F., Ferdico M. (2011), "Focus su Disturbi di personalità, schizofrenia, Paranoia ed Isteria", in Gasbarrini G., *Trattato di medicina Interna*, Verduci Editore, Roma.
- Cibin M., Bettamin S., Spolaor G., Hinnenthal I. (2012), "Il piacere ed il corpo nel trattamento delle Dipendenze: dagli approcci 'cognitive' alle tecniche 'emotive'", *MDD - Medicina delle Dipendenze*, II, 8: 31-42.
- Cloninger C.R., Bohmann M., Sigvardsson S. (1981), "Inheritance of alcohol abuse, Cross-fostering analysis of adopted men", *Arch. Gen Psychiat*, 38: 861-868.
- Cloninger C.R. (1987), "Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism", *Science*, 236: 410-416.
- Cloninger C.R., Svrakic D.M. (2009), "Personality Disorders, in Comprehensive textbook of psychiatry", Sadok B.J., Sadok V.A., Ruiz P. (eds.), Lippinkot Williams and Wilkins, Philadelphia.
- Dimeff L.A., Linehan M.M. (2008), "Dialectical behavior therapy for substance abusers", *Addict Sci Clin Pract*, Jun, 4(2): 39-47.
- Garrett M.F., Nan M.L., James H.W. (2011), *Applied Longitudinal Analysis*, Wiley, Boston.
- Edwards G. (2002), *Alcohol the world's favorite drug*, Thomas Dunne Books, New York.
- Gruppo CORRAL (2011), "La riabilitazione ospedaliera in alcolologia", *Alcolologia*, 12: 44-48.
- Hinnenthal I., Asam C., Gallo S., Spolaor G., Cibin M. (2011), "Trauma: aspetti terapeutici nelle dipendenze da alcol e cocaina", *Alcolologia*, 10: 13-23.
- Hinnenthal I., Nava F., Ferdico M., Cibin M. (2010), "Personalità Borderline ed Alcolismo: Aspetti Neurobiologici e Clinici", *Mission*, 31: 29-39.
- Hinnenthal, Cibin (a cura di) (2011), *Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da Alcol e Cocaina: il modello Soranzo*, SEED, Torino.
- Hudolin V., Ciullini A., Corlito G., Dellavia M., Dimauro P.E., Guidoni G. et al. (1994), *L'approccio ecologico-sociale ai problemi alcol-correlati e complessi*, Erikson, Trento.
- Hudolin V., Corlito G. (1996), *Psichiatria, Alcolologia, Riabilitazione*, Erikson, Trento.
- Innamorati M., Pompili M., Martinotti G., Serafini G., Amore M., Lester D., De Vita O., Hatzigiakoumis D.S., Quatralo G., Girardi P., Janiri G. (2012), "Andamento dei decessi per problematiche potus-relate nei paesi dell'Unione Europea nel periodo 1980-2003", *Mission*, 35: 27-35.
- Janiri L. (2006), "Comorbidità psichiatrica dell'alcol dipendenza e del poliauso: una sinossi", *Dip Pat*, 3: 43-44.
- Leggio L., Kenna G.A., Fenton M., Bonenfant E., Swift R.M. (2009), "Typologies of alcohol dependence. From Jellinek to genetics and beyond", *Neuropsychol Rev.*, 19(1): 115-29.
- Linehan M.M. (2011), *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*, Raffaello Cortina.
- Miller N.S., Gold M.S. (1998), "Comorbid cigarette and alcohol addiction: epidemiology and treatment", *J Addict Dis.*, 17(1): 55-66.
- McArtney G., Mahamood L., Leyland A., Batty G.D., Hunt K. (2010), "Contribution of smoking and alcohol related deaths to the gender gap in mortality evidence from 30 european countries", *Tob Control*, 10: 1136.
- Pani P.P., Maremmani I., Trogu E., Gessa G.L., Ruiz P., Aki-skal H.S. (2010), "Delineating the psychic structure of substance abuse and addictions: should anxiety, mood and impulse-control dysregulation be included?", *J Affect Disord*, May, 122(3).
- Rossi A. (2013), "Gli interventi possibili nel setting della medicina Generale", in Cibin M., Lucchini A., Rossi A. (a cura di), *La gestione delle Dipendenze da Alcol in Medicina Generale*, Pacini editore, Pisa.
- Sanfilippo B., Galimberti G.L., Lucchini A. (2004), *Alcol, Alcolismi: Cosa cambia*, FrancoAngeli, Milano.
- Schuckit M.A., "Alcohol related Disorders", in Saddok B.J., Sadok V.A., Ruiz P. (2009), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Lippinkot, William & Wilkins (eds.), Philadelphia.
- Vittadini G., Buonocore M., Colli G., Terzi M., Fonte R., Biscaldi G. (2001), "Alcoholic polyneuropathy: a clinical and epidemiological study", *Alcohol Alcohol.*, 36(5): 393-400.
- Zambon A., Soares Pinto S.P., Agostini D.², Aliotta F., Biondini F., Bizzi P., Cerizza G., Dattola A., Forghieri M., Giorgi I., Girardi F., Hinnenthal I.M., Jaretti Sodano A., Liberto L., Majolino E., Mioni D., Movalli M., Pedretti L., Propato A., Ranaletti P., Spolaor G., Vizzuso P., Zucchi G., Vittadini G., *La residenzialità alcolica ospedaliera: caratteristiche dei pazienti e dei percorsi terapeutici/riabilitativi*, Minerva Medica, in corso di pubblicazione.
- Zavan V. (2011), "Il mondo dell'autoaiuto", in Hinnenthal I.M., Cibin M. (2011), *Il trattamento residenziale breve delle Dipendenze da Alcol e Cocaina: Il modello Soranzo*, Seed Editore, Torino.