Fulvio Fantozzi
Medico delle Dipendenze
Specialista in Medicina Legale
Libero Professionista

ex Direttore della Struttura Complessa Area Nord SER.T. - Centri Alcologici – Centri Antifumo di Carpi e Mirandola,
Az. U.S.L. di Modena

https://fulviofantozzi.it flu_fantibus@libero.it

Reggio Emilia, via Che Guevara n. 55
Bologna via di Corticella n. 59

cell. 320 4780329

DISCLAIMER

Il dott. Fulvio Fantozzi non ha rapporti stabili di consulenza con Aziende farmaceutiche nè con Case Editrici; non detiene la proprietà intellettuale (cosiddetto “brevetto”) di alcun farmaco.

MDD - Verona 24 febbraio 2017.

Sala Marani, Ospedale Maggiore AOUI Verona
Di cosa parliamo quando parliamo di bere. Il bere mediterraneo nella prevenzione e nel trattamento

ALCOLISMO: LE RAGIONI DEL BERE CONTROLLATO

Fulvio Fantozzi, Medico esperto in Dipendenze Patologiche, Reggio Emilia

MDD - VERONA 7 NOVEMBRE 2014, AULA MAGNA, POLICLINICO GB ROSSI
CONVEGNO NAZIONALE
ALCOL:CAPIRE ED ORIENTARE I CONSUMI, DIAGNOSTICARE E CURARE ABUSO E DIPENDENZA

IL RUOLO DEL SISTEMA OPPIOIDE: CURARE … ANTAGONIZZANDO

FULVIO FANTOZZI
Libero Professionista, Esperto in Medicina delle Dipendenze Patologiche
Reggio Emilia

Circa le ragioni della lamentata immobilità del nostro Paese nell'implementare come si dovrebbe politiche sanitarie Alcologiche laiche , le quali quindi non escludano il bere controllato come obiettivo terapeutico ancorché intermedio-temporaneo-provvisorio dei Servizi pubblici preposti, è bene ricordare brevemente la "preistoria dell'Alcologia"e …

La Preistoria del Bere controllato

…in particolare quella degli anni ’80. Il Sociologo Roizen ce ne diede nel suo impeccabile e dottissimo articolo (1) una descrizione dettagliata ed avvincente, ma qui è il caso di ricordare solo come l’avere presentato politiche innovative basate su strumenti di cura non farmacologici e miranti al bere controllato come panacea e come “la strategia migliore “ o addirittura l’unica per curare alcolisti abbia provocato in passato veri e propri disastri laddove pazienti che stavano seguendo programmi *abstinence oriented* deviarono verso più appetibili e facili percorsi di riduzione del bere, da cui fallimenti, ricadute e decessi alcol - correlati probabilmente evitabili.

Vi è da dire che i suddetti percorsi di cura "alternativi" promossi circa 30 anni fa negli USA non poterono certo giovarsi di strumenti farmacologici per il controllo del bere come gli antagonisti degli oppioidi.

Opino che purtroppo oggi troppi addetti ai lavori nonché *opinion leaders* operanti non solo negli Enti Ausiliari accreditati ove le teste pensanti di solito sono digiune di formazione medica, ma in molti SER.T. dove i Medici invece ci sono, rimangano ostili al processo di laicizzazione di cui sopra per il timore sia di esiti del genere, sia di una qualche rivoluzione insostenibile e quindi destabilizzante nei Servizi stessi.

La “MISSION POSSIBLE“

dei Servizi per le Dipendenze Patologiche

Garantire al maggior numero possibile di persone affette da problemi o da disturbi correlati ad alcol e/o altre droghe (A.O.D.) il miglior livello di benessere possibile per il tempo più lungo possibile al minor costo possibile.

Mod. da Galanter Kleber, 1998

ALCOLOGIA MODERNA

- **LAICITA’**
- **Multidimensionalità**
- **Combinazione (di più trattamenti)**
- **<u>Collegamento</u>**

M.A.T.C.H.

- Matching
- Alcohol
- Treatment to
- Client
- Heterogeneity

Benjamin Rolland,1,2 Franc !ois Paille,1,3 Claudine Gillet,1,4 Alain Rigaud,1,5,6 Romain Moirand,1,7,8 Corine Dano,1,9 Maurice Dematteis,1,10 Karl Mann11,12 & Henri-Jean Aubin1,12,13

Pharmacotherapy for Alcohol Dependence: The 2015 Recommendations of the French Alcohol Society, Issued in Partnership with the European Federation of Addiction Societies.

CLINICAL GUIDELINES,

SUMMARY

Background: The latest French good practice recommendations (GPRs) for the screening, prevention, and treatment of alcohol misuse were recently published in partnership with the European Federation of Addiction Societies (EUFAS). This article aims to synthesize the GPRs focused on the pharmacotherapy of alcohol dependence. Methods: A four-member European steering committee defined the questions that were addressed to an 18-member multiprofessional working group (WG). The WG developed the GPRs based on a systematic, hierarchical, and structured literature search and submitted the document to two review processes involving 37 French members from multiple disciplines and 5 non-French EUFAS members. The final GPRs were graded A, B, or C, or expert consensus (EC) using a reference recommendation grading system.

Results: the treatment of alcohol dependence consists of either alcohol detoxification or abstinence maintenance programs or drinking reduction programs. The therapeutic objective is the result of a decision made jointly by the physician and the patient.

For alcohol detoxification, benzodiazepines (BZDs) are recommended in first-line (grade A). BZD dosing should be guided by regular clinical monitoring (grade B). Residential detoxification is more appropriate for patients with a history of seizures, delirium tremens, unstable psychiatric comorbidity, or another associated substance use disorder (grade B). BZDs are only justified beyond a 1-week period in the case of persistent withdrawal symptoms, withdrawal events or associated BZD dependence (grade B). BZDs should not be continued for more than 4 weeks (grade C). The dosing and duration of thiamine (vitamin B1) during detoxification should be adapted to nutritional status (EC).

For relapse prevention, acamprosate and naltrexone are recommended as first-line medications (grade A). Disulfiram can be proposed as second-line option in patients with sufficient information and supervision (EC).

For reducing alcohol consumption, nalmefene is indicated in first line (grade A). The second-line prescription of baclofen, up to 300 mg/day, to prevent relapse or reduce drinking should be carried out according to the "temporary recommendation for use" measure issued by the French Health Agency (EC).During pregnancy, abstinence is recommended (EC).

If alcohol detoxification is conducted during pregnancy, BZD use is recommended (grade B). No medication other than those for alcohol detoxification should be initiated in pregnant or breastfeeding women (EC). In a stabilized pregnant patient taking medication to support abstinence, the continuation of the drug should be considered on a case-by-case basis, weighing the benefit/risk ratio. Only disulfiram should be always stopped, given the unknown risks of the antabuse effect on the fetus (EC).

First-line treatments to help maintain abstinence or reduce drinking are off-label for people under 18 years of age and should thus be considered on a case-by-case basis after the repeated failure of psychosocial measures alone (EC).

Short half-life BZDs should be preferred for the detoxification of elderly patients (grade B). The initial doses of BZDs should be reduced by 30 to 50% in elderly patients (EC). In patients with chronic alcohol-related physical disorders, abstinence is recommended (EC). Any antidepressant or anxiolytic medication should be introduced after a psychiatric reassessment after 2–4 weeks of alcohol abstinence or low risk use (grade B).

A smoking cessation program should be offered to any smokers involved in an alcohol treatment program (grade B).

ADDICTION

Addiction, 116, 1973–1987
Submitted 27 May 2020; initial review completed 20 July 2020; final version accepted **6 November 2020**

Controlled drinking—non-abstinent versus abstinent treatment goals in alcohol use disorder: a systematic review, meta-analysis and meta-regression

Jonathan Henssler[1,2], Martin Müller[3,4], Helena Carreira[5], Tom Bschor[6], Andreas Heinz[2] & Christopher Baethge[1]

Department of Psychiatry and Psychotherapy, University of Cologne Medical School, Cologne, Germany,[1] Department of Psychiatry and Psychotherapy, Charité Campus Mitte, Charité Universitätsmedizin Berlin, Corporate Member of Freie Universität Berlin, Humboldt-Universität Zu Berlin and Berlin Institute of Health, Berlin, Germany,[2] Department of Emergency Medicine, Inselspital, Bern University Hospital, University of Bern, Bern, Switzerland,[3] Institute of Health Economics and Clinical Epidemiology, University Hospital of Cologne, Cologne, Germany,[4] Department of Non-Communicable Disease Epidemiology, Faculty of Epidemiology and Population Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK[5] and Department of Psychiatry and Psychotherapy, Technical University Dresden, Dresden, Germany[6]
doi:10.1111/add.15329

ADDICTION

Addiction, 116, 1988–1989

Submitted 9 December 2020; final version accepted **22 January 2021**

Commentary on Henssler *et al*.: The public health case for promoting and valuing drinking reductions in the treatment of alcohol use disorder

KATIE WITKIEWITZ , JAMES MORRIS & JALIE A. TUCKER

Department of Psychology and Center on Alcohol, Substance Use and Addictions, University of New Mexico, Albuquerque, NM, USA,[1]
Centre for Addictive Behaviours Research, School of Applied Sciences, London South Bank University, London, UK[2] *and Department of Health Education and Behavior and Center for Behavioral Economic Health Research, University of Florida, Gainesville, FL, USA*[3]

OBIETTIVO RIDUZIONE DEL POTUS
(e … del “DANNO”)

Naltrexone

Nalmefene

Baclofene

(Sodio-oxibato)

MISCELLANEA DI PENSIERI E PAROLE SUL BERE CONTROLLATO

Via via Sobell (2), il già citato Roizen (1), poi Janet Ambrogne 2002 (3), poi interventi accademici di un certo spessore, come Alan Marlatt , tradotto da me su Personalità/Dipendenze tanti anni fa (4), e poi sullo stesso filone K.Witkiewitz nel 2021 (5)

Inoltre *laudationes* dichiarate in letteratura sponsorizzata (6) per quelle che *illo tempore* erano apparse come novità farmacoterapeutiche promettenti in tema di bere controllato (nalmefene), poi ridimensionate da verifiche *in trincea* non soltanto mie (7)

E POI … DI TUTTO E DI PIU’ !

DI TUTTO E DI PIU’

Sortite in buona fede di Operatori appassionati (8) ove in soldoni proprio a Verona si propugna(va) una sorta di avvezzamento libertario al vino durante la fase finale del percorso comunitario in soggetti dipendenti; poi di recente prassi parrebbe già consolidate sul Bere Controllato, presentate coraggiosamente come canoniche dai sempre pragmatici Svizzeri (9)… ecc. ecc.

Di recente infine (ma non ci sarà mai una fine…) sono stati pubblicati, piuttosto sommessamente deve essere detto, contributi, di Psicoterapeuti privati che riportano esperienze di lavoro clinico finalizzate, almeno con certi pazienti, al Bere controllato utilizzando strumenti eminentemente psicologici in sé e per sé non eclettici in ambito CBT ed anche metacognitivo. Nel farlo però dimostrano di non possedere nemmeno l’ABC dell’Alcologia laddove scambiano *fiaschi per fischi* proprio nelle definizioni fondamentali della materia Alcologica.

Comunità di Capodarco di Fermo

POLIABUSO ED EDUCAZIONE AL PIACERE: THE NARROW WAY

riccardo@arcobalenoct.it

Verona, 23 febbraio 2017

Sinclair JD (2001)

"Evidence about the use of naltrexone and for different ways of using it in the treatment of alcoholism".

Alcohol and Alcoholism 36 (1): 2–10, 2001

L'estinzione Farmacologica del Bere Eccessivo
bibliografia minima, in lingua italiana

a cura di Fulvio Fantozzi

F. Fantozzi, David Sinclair. **"La ricaduta nell'alcol: un concetto vincente, ma …*in via di "estinzione* ?". *Personalità/Dipendenze*, 2004; 10 (fasc. II), 219 – 243.**

P.Owen, G. Alan Marlatt. **"Should abstinence be the goal for alcohol treatment ?". The American Journal on Addictions 10 : 289-295, 2001 (Clinical Controversies Series). Traduzione e commento in due puntate a cura di F. Fantozzi pubblicato su *Personalità/Dipendenze* rispettivamente anno 2002; 8 (fasc.I), p. 97 (anche su** http://www.pol-it.org**) e anno 2003; 9 (fasc I), p. 5.**

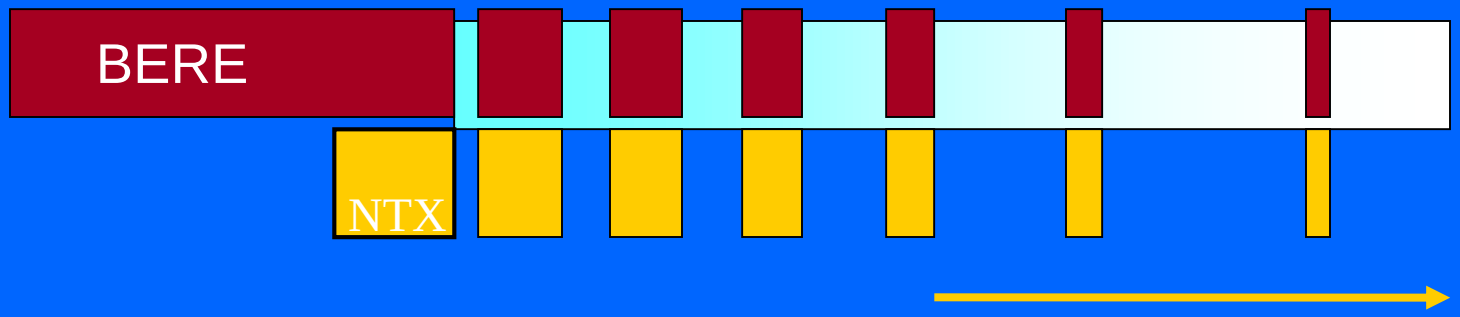
D. Sinclair, F. Fantozzi, J.Yanai. **"Uso efficace del naltrexone: ciò che non è stato detto a medici e pazienti". *Medicina delle Tossicodipendenze (The Italian Journal of the Addictions*), Dicembre 2003, n. 41, p. 15 – 21.**

***F.Fantozzi*: "Attualità nella terapia del disturbo da uso di alcol". *Personalità/Dipendenze*, 2002; 8 (fasc.I), 33 – 40.**

Qual è l'uso corretto del Naltrexone nel paziente con Disturbo da Uso di Alcol ?

1) assumere il Naltrexone SENZA disintossicazione !

2) Medicazione MIRATA : prendere Naltrexone solo quando si beve - e non bere MAI senza avere prima assunto il Naltrexone (24)



3) Continuare il trattamento <u>per un tempo indefinito</u>

BERE CONTROLLATO

Dove?

A) in strutture pubbliche territoriali, private, specializzate e competenti in Alcologia e meglio ancora in Addittologia Clinica in generale;

B) in ambulatori privati qualificati, convenzionati e non, ove però operino Medici e altre figure sanitarie capaci di creare e coltivare visioni multidimensionali delle cure Alcologiche e di conseguenza la motivazione ad una sufficiente liaison con gli altri nodi della Rete di Cura.

C) per ora NON in ambito cure primarie perché i tempi non sono maturi in Italia.

[A proposito di tale ultima considerazione, invero una sperimentazione con MMG evoluti che accettino di lavorare a stretto contatto con Medici Addittologi con una formazione ad hoc sul Bere Controllato è molto bella da pensare, ma la conoscenza della visione Alcologica delle Istituzioni e delle Società Scientifiche più accreditate rende un progetto del genere fantascientifico. Almeno, ripeto, al momento!]

BERE CONTROLLATO

COME ?

Con lo stesso *modus operandi* che informa l'agire terapeutico dell'Addittologia convenzionale, ossia combinando più strumenti di natura diversa: farmacologici, psicoterapeutici e socio-educativi e informando e coinvolgendo, ove possibile, e meglio prima di partire, familiari e altre figure significative per il paziente, onde evitare equivoci , intoppi o addirittura sabotaggi del trattamento!

E' rilevante spiegare che il trattamento avente come obiettivo il bere controllato non è né a tempo determinato né è condizionato all'accettazione in tempi brevi dello switch verso la sobrietà.

BERE CONTROLLATO

Quando ?

“Quando motivazione e risorse interne ed esterne del singolo paziente che in quel momento ci troviamo dinanzi non consentono di puntare ragionevolmente ad altro”.

CENNI BIBLIOGRAFICI

1-Roizen R. : The Great Controlled-Drinking Controversy. In Recent Developments in Alcoholism, Vol. 5, Ed. New York. Plenum, 9, 245-279, 1987.

2-Sobell MB, Sobell LC: Alternatives to abstinence: Time to acknowledge reality. *Addictions* 21:2-29,1974.

3-Janet A. Ambrogne, Reduced-risk drinking as a treatment goal: what clinicians need to know,Journal of Substance Abuse Treatment, Volume 22, Issue 1,2002,Pages 45-53.

4- Owen P., Marlatt G.A. : Should abstinence be the goal for alcohol treatment ?. The American Journal on Addictions 10 : 289-295, 2001 (Clinical Controversies Series). Traduzione e commento in due puntate, a cura di F. Fantozzi; pubblicato su Personalità/Dipendenze rispettivamente anno 2002; 8 (fasc.I), p. 97 e anno 2003; 9 (fasc I), p. 5.

5- KATIE WITKIEWITZ , JAMES MORRIS & JALIE A. TUCKER. Commentary on Henssler *et al*.: The public health case for promoting and valuing drinking reductions in the treatment of alcohol use disorder.

6- Fertonani Affini, E.Savi, P. Garafoni, S. Zaltieri, V, Nucera, L.Giustina, M.C. Antonioni. *Nuovi approcci terapeutici nei disturbi correlati all'uso di alcol: la riduzione del consumo come step terapeutico*. Journal of psychopathology 2013; 19:164-171

7- Fantozzi F. : Nalmefene versus naltrexone. ALCOLOGIA, n. 23, pagine 25-27, 2015.Roizen R. : The Great Controlled-Drinking Controversy. In Recent Developments in Alcoholism, Vol. 5, Ed. New York. Plenum, 9, 245-279, 1987.

8- https://www.comunitadicapodarco.it/bere-controllato-un-articolo-dellarcobaleno-sullassunzione-di-alcool/

9- https://www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/index.php/it/alcol/tipi-e-abitudini-di-consumo/consumo-controllato

GRAZIE DELL'ATTENZIONE
E …

…UN SALUTO
LAICO
A TUTTI !