

## “IL NODO BORROMEIO” DAL CONCETTUALE AL CONCRETO Patomorfosi della Dipendenza Patologica nel nostro territorio. Nuove problematiche, nuove strategie

**Campitelli Giovanna, Rapisarda Luigi Maria,  
Taddei Sandro, Isceri Luigia, Batzella Marina,  
Marchionni Fiammetta, D’Ezio Marco, Cherli Marco,  
Gatti Massimiliano, Bonocore Franco,  
Biferrari Sandra**

ASL Roma 3 U.O.S. Ser.D Area Litorale ASL Roma 3,  
Via Tagaste 2 Ostia Lido Roma

### INTRODUZIONE

Il titolo è stato scelto poiché il Nodo Borromeo è un nodo concettuale di difficile, forse impossibile, realizzazione caratterizzato da 3 anelli che devono rimanere uniti, perché se uno si scioglie tutti e 3 si dividono. Il loro rapporto è particolare in quanto nessuno dei 3 può esistere senza gli altri 2. Tutti gli anelli sono centrali. Non esiste una gerarchia più o meno efficace, ognuno trova la sua importanza solo in rapporto agli altri 2. Noi identifichiamo i 3 cerchi del nodo con: 1) Diagnosi; 2) Terapia (farmacologica e/o non farmacologica) e 3) Management clinico del paziente, nel quale comprendiamo: counseling, implementazione del case-manager, incremento del numero dei colloqui individuali, setting adeguato, valorizzazione del management infermieristico, ecc. L’intreccio di questi 3 fattori può essere considerato uno “snodo” su cui agire per ottimizzare le risorse investite con una positiva ricaduta sullo stato di salute del singolo paziente. Infatti nella realtà caleidoscopica dei nostri Servizi l’integrazione di questi 3 momenti appare fortemente ostacolata dalle numerose criticità comuni ai Servizi stessi (carezza personale, sovraffollamento degli spazi, bacini d’utenza estremamente ampi, ecc.).

L’idea di questo lavoro nasce dall’incremento osservato negli ultimi anni e da più fonti confermato (Forze dell’Ordine, incremento del numero di ricoveri in PS, UTIC e SPDC per Patologia correlabile a Cocaina, Alcool e THC, pazienti stessi) dell’uso di Sostanze Stupefacenti diverse dagli Oppiacei.

### OBIETTIVI

Alla luce di queste osservazioni sull’evidente Patomorfosi delle DP nella nostra utenza, abbiamo deciso di oggettivare le nostre impressioni effettuando una attenta ricognizione e ridefinizione diagnostica effettuata al 30 giugno 2016 sui pazienti in carico,

anche aggiornandola alla luce del DSM-5. Si sottolinea come le peculiari caratteristiche epidemiologiche del ns. bacino di utenza e l’altissima utenza in carico, insieme all’elevata penetranza del ns. Servizio ed alla lunga ritenzione in trattamento dei pazienti, rafforzino la significatività dei dati emersi. L’attenzione è stata posta soprattutto alla variazione della diagnosi dal momento dell’apertura della Cartella clinica rivedendo, anche criticamente, i criteri ed i dati pregressi presenti nell’Archivio, relativi alla 1° presa in carico. Pertanto gli obiettivi si riassumono in: 1) Verificare l’ipotesi di una significativa Patomorfosi della DP nella nostra utenza, al fine di adeguare l’offerta terapeutica a questa nuova realtà; 2) Verificare e rendere dinamico il collegamento del processo diagnostico con quello terapeutico dei pz. in carico da più tempo, anche al fine di coinvolgere meglio il singolo paziente nel proprio Progetto Terapeutico Individualizzato al fine di ipotizzare una possibile guarigione clinica.

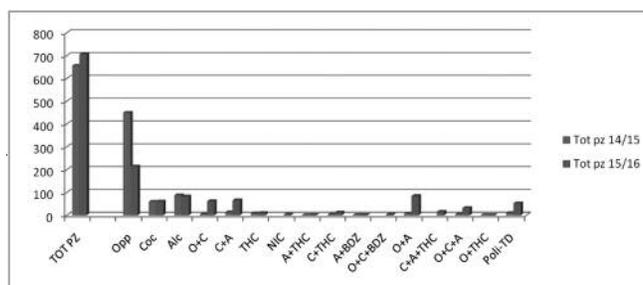
### MEDODO

(Ri)Valutazione diagnostica. È stata effettuata dai Dirigenti Medici nelle figure del Responsabile del U.O.S., Farmacologo Tossicologo, e del Vices responsabile, Internista Immunologo, entrambi esperti nei processi di diagnosi, cura e gestione clinica delle DP. Ci si è attenuti al DSM-5 ed al CGI (Giudizio Clinico Globale), prendendo visione di: anamnesi, metaboliti urinari, analisi chimico-immuno-ematologiche, accertamenti specialistici effettuati, esame obiettivo mirato, testologia psicodiagnostica, consulenze specialistiche, cartelle cliniche acquisite di ricoveri precedenti e/o intercorrenti, eventi esistenziali significativi pre e post diagnosi, terapie farmacologiche e non farmacologiche effettuate, ingressi EA ed altro materiale cartaceo disponibile. Per ogni paziente arruolato (707 pazienti) è stato previsto un colloquio individuale per verificare l’appropriatezza della rivalutazione.

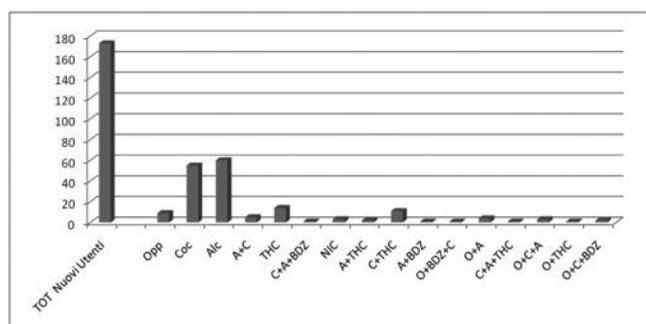
### RISULTATI

Sono riassunti nelle seguenti Tabelle:

Tab. 1 – Confronto tra la totalità dei pazienti attivi negli intervalli di tempo dal 1/07/2014 al 30/06/2015 con i pazienti attivi dal 1/07/2015 al 30/06/2016 per diagnosi.



Tab. 3 – Nuovi pazienti dal 1/07/2015 al 30/06/2016 classificati per diagnosi



particolare attenzione alla costruzione ed al consolidamento dell'Alleanza Terapeutica del pz. con il Servizio.

### CONSIDERAZIONI

Significativo cambiamento della Diagnosi di DP nei pz. seguiti nel 2° semestre 2015/1° semestre 2016 rispetto all'analogo periodo 2014/2015. Questo apre nuovi scenari nella gestione della terapia sostitutiva e nell'indicazione all'implementazione di concomitanti terapie farmacologiche orientate alla cura di Cocaina, Alcool e THC. Addestramento dei Medici non Specialisti in Servizio sull' "istruzione" e "gestione" delle terapie farmacologiche appropriate alle nuove patologie emerse. Revisione in Equipe dei Progetti Terapeutici Individualizzati dei singoli pazienti a "bassa soglia" con scelte terapeutiche più appropriate. Rispetto all'asse Efficienza/Efficacia riequilibrarla, per quanto possibile, potenziandola verso l'Efficacia, così da dare risposta al singolo paziente, nonostante l'utenza estremamente numerosa. Si sottolinea come il periodico colloquio individuale con ogni pz. in carico, costituisca una tappa irrinunciabile nel processo terapeutico, durante il quale appare doveroso informare il pz. e discutere con lui sul Progetto Individualizzato in essere e sulla sua eventuale variazione. Questo momento di rilettura della storia del paziente, confronto e restituzione, porta progressivamente ad un incremento dell'"alleanza terapeutica", testimoniando l'attenzione che il Servizio tutto mostra verso il singolo caso clinico, soprattutto ai fini di una migliore stabilizzazione e della possibile guarigione clinica.

### CONCLUSIONI

Costante attenzione alla cangiante realtà "caleidoscopica" del mondo delle Dipendenze Patologiche, assai difficile da monitorizzare, formalizzare ed elaborare. Adozione di nuove strategie che amplino l'offerta terapeutica più appropriata alla nuova realtà osservata. Rafforzamento della cooperazione con la rete dei Servizi Territoriali sanitari e sociali. Implementazione del Case-Manager e valorizzazione del ruolo e delle funzioni del CPSI, prezioso nel Processo di Management e troppo spesso marginalizzato nel lavoro dell'"Equipe di riferimento" e nella gestione clinica del singolo paziente.

### PROSPETTIVE

Implementazione di "Linee di Trattamento" differenziate per ampliare l'offerta terapeutica. Incremento della "compliance" dei pz. ai nuovi trattamenti proposti con