



9-10-11 ottobre MILANO 2019

Centro Congressi Michelangelo Hotel

**ESPERIENZE DI BUONE PRASSI PERVENUTE
secondo le seguenti aree tematiche**

AREA TEMATICA 1

Gli obiettivi della presa in carico integrata nel paziente tossico o alcoldipendente

AREA TEMATICA 2

La gestione della terapia farmacologica nei diversi setting clinici

AREA TEMATICA 3

L'intercettazione precoce: strategie e modelli di intervento

AREA TEMATICA 4

Il management del consumatore di sostanze con comorbidità infettivologica

AREA TEMATICA 5

Modelli di interventi di prossimità e di riduzione del danno

AREA TEMATICA 6

Le nuove sostanze psicoattive implicazioni sulla clinica delle dipendenze

AREA TEMATICA 7

Modelli di presa in carico per il disturbo da gioco d'azzardo

AREA TEMATICA 8

Modelli di presa in carico e terapia della comorbidità psichiatrica

indice

AREA TEMATICA 1

Gli obiettivi della presa in carico integrata nel paziente tossico o alcoldipendente

- 1.1 Viandante non c'è un cammino, il cammino si fa andando! (A. Machado) - Gruppo Andando: meditazioni in corso - pag. 3
- 1.2 Studio caso-controllo sulla prevalenza di elevati livelli di emotività espressa in pazienti con disturbo da uso di alcol - pag. 5
- 1.3 Elevati livelli di emotività espressa si correlano ad una ridotta efficacia del trattamento a breve termine in pazienti con disturbo da uso di alcol - pag. 8
- 1.4 La terapia come narrazione di sé: leggere la propria storia di dipendenza con lenti diverse - pag. 11
- 1.5 Un importante obiettivo della presa in carico multipla del paziente addicted: lo sviluppo o il rinforzo del sé - pag. 15
- 1.6 Caratteristiche dei pazienti che completano il protocollo MBRP nell'ambito del percorso di cura del NOA Baroni/SerD Territoriale ASST Santi Paolo e Carlo, Milano - pag. 18

- 1.7 28 giorni di ACT - pag. 20

- 1.8 High Sustained Therapeutic Buprenorphine Plasma Levels Reduce Respiratory Depression Induced by IV Fentanyl - pag. 22

- 1.9 Associazione tra sindrome astinenziale protratta, craving e ricaduta in soggetti con Disturbo da Uso di Alcol: uno studio di follow-up ad un anno - pag. 25

- 1.10 La dipendenza: risultato o finalità? - pag. 26

AREA TEMATICA 2

La gestione della terapia farmacologica nei diversi setting clinici

- 2.1 Primi risultati di uno studio osservazionale sulla valutazione dell'efficacia terapeutica del levometadone in pazienti in trattamento di mantenimento per dipendenza da oppiacei. SerD 25 - UOC Dipendenze Ovest della ASL Napoli 1 Centro - pag. 27
- 2.2 Disassuefazione da painkillers con Metadone: dalla padella alla brace o arma vincente? - pag. 30
- 2.3 Risultati del trattamento con DAAs di II generazione di una particolare coorte di pazienti, affetti da Malattia da virus C, aventi come caratteristica comune la tossicodipendenza: casistica personale - pag. 32
- 2.4 Terapia farmacologica sostitutiva con fenobarbitale per la detossificazione da benzodiazepine - pag. 33

AREA TEMATICA 3

L'intercettazione precoce: strategie e modelli di intervento

- 3.1 Punto Intervento Dipendenze (P.I.D.): aggancio precoce sul territorio e integrazione sociosanitaria - pag. 35

- 3.2 La rete dei servizi territoriali e il Tribunale per i Minorenni come strumento di intercettazione precoce di genitori con diagnosi di abuso o dipendenza da sostanze stupefacenti ed alcol - pag. 37

- 3.3 Progetto MySpace. Interventi precoci nell'ambito della prevenzione/trattamento comportamenti a rischio nell'adolescente - pag. 39

- 3.4 Il neo-funzionalismo nella strategia d'intercettazione precoce delle alterazioni del Sé in adolescenza e come modello di intervento per il loro recupero - pag. 41

- 3.5 L'intervento precoce nelle Dipendenze Patologiche. Il punto di vista dei servizi della Salute Mentale. Proposta di prassi concettuali ed operative - pag. 45

- 3.6 Progetto EXIT per la Diagnosi ed intervento precoce con l'adolescente e la sua famiglia: analisi della popolazione e primi esiti - pag. 49

- 3.7 Interventi di prevenzione e terapia sulla popolazione aziendale di fumatori - pag. 51

AREA TEMATICA 4

Il management del consumatore di sostanze con comorbidità infettivologica

- 4.1 Un progetto del SerD di Bergamo per lo sviluppo di procedure e best practices nei servizi per le dipendenze sul trattamento olistico per la diagnosi e la cura dell'HCV - pag. 54

- 4.2 Clinical management of drug users with chronic hepatitis C. "Treatment as prevention" (TasP) strategy in an integrated model of care between "community" (SerDs) and "hospital" - pag. 56

- 4.3 Esperienza di trattamento multidisciplinare dell'infezione da HCV nei pazienti con disturbo da uso di sostanze presso i servizi per le dipendenze - pag. 58

- 4.4 Monitoraggio dell'infezione da HCV in una coorte di soggetti migranti in carico al SerD25 della UOC Dipendenze Ovest della ASL Napoli 1 Centro - pag. 60

- 4.5 Il modello organizzativo della UOC Dipendenze Ovest della ASL Napoli 1 Centro per la terapia dell'epatite cronica HCV correlata in popolazioni ad alto rischio. I risultati - pag. 62

- 4.6 Caratteristiche di una coorte di soggetti migranti in carico al SerD25 della UOC Dipendenze Ovest della ASL Napoli 1 Centro - pag. 65

- 4.7 An innovative model for micro-elimination of HCV infection in persons who inject drug (PWID) - pag. 68

- 4.8 Problematiche e peculiarità del paziente HCV infetto che afferisce al SerT - pag. 70

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

Supplemento al N. 51 anno XIV - 2019
Proprietà: FeDerSerD
Sede legale
Via Giotto 3 - 20144 Milano

Editor in Chief
Alfio Lucchini, ASST Melegnano e Martesana - Milano

Scientific Board
Roberta Balestra, ASUI Trieste; Claudio Barbaranelli, Università La Sapienza, Roma; Bruno Bertelli, Università di Trento; Stefano Canali, SISSA Trieste; Vincenzo Caretti, Università LUMSA, Roma; Ivan Cavicchi, Università La Sapienza e Tor Vergata, Roma; Massimo Clerici, Università Milano Bicocca; Massimo Diana, ASL Cagliari; Pietro Fausto D'Egidio - Riccardo C. Gatti, ASST Santi Carlo e Paolo Milano; Gilberto Gerra, UNODC (ONU) Vienna; Mark D. Griffiths, Trent University di Nottingham Regno Unito; Jakob Jonsson, Spelinstitutet AB/Sustainable Interaction e Stockholm university Svevia; Enrico Molinari, Università Cattolica del Sacro Cuore Milano; Sabrina Molinaro, CNR Pisa; Felice Nava, ASL Padova; Marco Riglietta, ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo; Giorgio Serio, ASP Palermo; Enrico Tempesta, Osservatorio Alcol e Giovani Roma

Editorial Board
Sandra Basti (Pavia); Guido Faillace (Trapani); Maurizio Fea (Pavia); Raffaele Lovaste (Trento); Fabio Lucchini (Bergamo); Ezio Manzato (Verona); Vincenzo Marino (Varese); Cristina Stanic (Trieste); Margherita Taddeo (Taranto); Franco Zuin (Milano); Concettina Varango (Lodi)

Editorial Office
Via Mazzini, 54
20060 Gessate (Mi)
tel. 3356612717
missionidirezione@tiscali.it

Direttore responsabile
Stefano Angeli

Copyright by
FrancoAngeli s.r.l. Milano

Poste Italiane Spa
Sped. in Abb. Post.
D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art. 1 comma 1 - DCB Milano
Autorizzazione Tribunale di Milano n. 131 del 6.3.2002

Edizione fuori commercio

indice

AREA TEMATICA 5

Modelli di interventi di prossimità e di riduzione del danno

- 5.1 Interventi di prossimità per danno dei minorenni a rischio del SerT Distretto 9 - pag. 72
- 5.2 SO-STARE? Buone pratiche di Riduzione del Danno - pag. 74
- 5.3 Dispositivo integrato per prevenire e gestire l'overdose - pag. 76
- 5.4 W La Moviada: prevenzione in discoteca - pag. 78

AREA TEMATICA 6

Le nuove sostanze psicoattive: implicazioni sulla clinica delle dipendenze

- 6.1 ...A sua insaputa: un caso di intossicazione acuta da MDPHP in paziente positivo anche a THC-COOH ed oppiacei - pag. 79
- 6.2 Indagine conoscitiva sui cannabinoidi sintetici nelle scuole di Alcamo e Castellammare del Golfo - pag. 81
- 6.3 Cerebral morphological differentiation between cannabis abusers with and without psychiatric disorders: a pilot MRI study - pag. 84

AREA TEMATICA 7

Modelli di presa in carico per il disturbo da gioco d'azzardo

- 7.1 Valutazione dei livelli di fragilità adolescenziale e rischio di gioco patologico - pag. 86
- 7.2 Motivazione e lavoro sul trauma nel trattamento del Gioco Patologico: il progetto "PAS-GAP" - pag. 88
- 7.3 PDTA GAP - pag. 89
- 7.4 Il-ludopatia. Progetto di prevenzione, cura e riabilitazione del gioco d'azzardo patologico nel territorio dell'Asl4 Chiavarese - pag. 91
- 7.5 Un esempio di presa in carico territoriale: il progetto "Reti Proattive" secondo il modello Habitat Microaree di Trieste - pag. 92
- 7.6 Dal modello individuale, al familiare, al modello ecologico nel disturbo da gioco d'azzardo - pag. 94
- 7.7 L'utilizzo del gruppo come strumento terapeutico per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo - pag. 96

AREA TEMATICA 8

Modelli di presa in carico e terapia della comorbidità psichiatrica

- 8.1 Uso di sostanze, disturbo borderline di personalità e doppia diagnosi: entità cliniche differenti o errori nosografici? Studio riguardante tratti di personalità e sintomatologia - pag. 984
- 8.2 Un modello di trattamento dei disturbi di personalità con politossicofilia - pag. 100

AREA TEMATICA 1

Gli obiettivi della presa in carico integrata nel paziente tossico o alcoldipendente

1.1

VIANDANTE NON C'È UN CAMMINO, IL CAMMINO SI FA ANDANDO!!

(A. Machado)

GRUPPO ANDANDO:

MEDITAZIONI IN CORSO

Arosio Rossana*, Giussani Paola,
Consonni Luisa*, Biagio Tinghino***,
Bramani A. Maurizio******

* SerT Carate Brianza, UOS Tossicodipendenze, ASST Vimercate

** NOA Seregno, UOS Alcologia e Nuove dipendenze, ASST Vimercate

**** Responsabile UOS Tossicodipendenze, ASST Vimercate

*** Responsabile UOS Alcologia e Nuove Dipendenze, ASST Vimercate

Il gruppo Andando: meditazioni in corso

è un'offerta terapeutica del Ser.T di Carate Brianza e del NOA di Seregno della ASST di Vimercate che consiste in una attività di gruppo rivolta agli utenti dei due servizi e condotta dall'Assistente sociale Rossana Arosio e dagli infermieri Luisa Consonni e Paola Giussani.

Entrambi i servizi SerT e NOA sono stati coinvolti nella progettazione e nella selezione dei soggetti da inserire all'interno del gruppo ed il gruppo andando nelle offerte terapeutiche inserite nella programmazione annuale dei singoli servizi. Il gruppo andando è inoltre inserito all'interno del PIL zonale della ATS Brianza come gruppo di cammino dedicato a popolazioni particolari quali gli alcolisti ed i tossicodipendenti ed all'interno di attività comuni con i pazienti psichiatrici svolte attraverso percorsi paralleli a seconda delle diverse tipologie di pazienti ma con punti di contatto in occasioni di particolari eventi cooprogettati.

Perché "Andando" come nome del gruppo

Il poeta ci suggerisce che non c'è una strada da seguire per raggiungere un obiettivo, non c'è un modo uguale

per tutti.

La strada, la tua strada sono le tue impronte lasciate sul sentiero, passo dopo passo.

La strada è personale e va cercata ognuno con i suoi tempi, con il suo ritmo, con le proprie capacità.

Il verbo "Andar" in spagnolo significa camminare, il verbo "andando" quindi sottolinea il processo di camminare, perché qualunque sia la meta e bisogna sempre avere una meta, l'importante è il percorso che si è fatto per raggiungerla: come si è superata la fatica come si sono affrontate difficoltà e gli imprevisti, cosa ci aiuta e cosa ci ostacola e durante il percorso quali risorse e capacità non immaginate si scoprono.

Avvicinandoci all'obiettivo tutto quello che abbiamo imparato, anche su noi stessi, ci fa correre seriamente il rischio di cambiare, di non essere più quelli che eravamo prima di metterci in cammino.

Il gruppo Andando: Cos'è

L'esperienza si struttura con escursioni ed è articolata sostanzialmente in due fasi:

1. la prima il camminare per raggiungere la meta e
2. una seconda con una sosta durante la quale verranno proposte attività di gruppo (prevalentemente utilizzando lo strumento di attivazione dei metodi attivi) e attività individuali finalizzate al rilassamento.

L'escursione è lo strumento per la promozione di stili di vita sani, per conseguire una maggior consapevolezza delle proprie potenzialità fisiche e dei limiti. L'escursione si fa in gruppo e quindi è anche l'occasione per la condivisione di emozioni, di stati d'animo e di riflessioni, legate all'esperienza.

Le escursioni si svolgono su itinerari precedentemente testati dalle operatrici e individuati secondo il criterio della gradualità crescente sia per lunghezza sia per difficoltà, durante l'orario di apertura del servizio dalle ore 14.00 alle ore 17.00 nei mesi di aprile e maggio, giornata intera (8,00-18.00) nel mese di giugno. Viene garantito un adeguato rapporto operatori/utenti.

Non solo Camminare

Il cammino, secondo l'OMS è la forma di movimento più diffusa al mondo e, se svolto con regolarità e ad una intensità moderata per almeno 30 minuti al giorno, risulta essere efficace per ridurre la probabilità di sviluppare le malattie metaboliche e patologie croni-

che, aumentando così il benessere psico-fisico. Attraverso la semplice attività del camminare quindi che non richiede alcuna preparazione né specifiche attrezzature, se non un paio di scarpe da ginnastica, si intende promuovere stili di vita sani attraverso esperienze- stimolo e il raggiungimento di contestuali obiettivi educativi che sono:

1. favorire la sperimentazione della fiducia nelle possibilità del proprio corpo, affrontando un impegno che può presentare una qualche fatica
2. agevolare la relazione tra gli utenti e gli operatori in una situazione meno convenzionale. Si ipotizza che una attività svolta a contatto con gli operatori possa facilitare la verbalizzazione nell'immediato di stati d'animo, emozioni, riflessioni e difficoltà e permetta agli operatori una osservazione delle capacità relazionali degli individui all'interno di un gruppo
3. aumentare la conoscenza dei luoghi verdi e storico-artistici che il territorio offre
4. acquisizione di competenze di orientering

I metodi attivi

Con l'obiettivo di creare un clima di partecipazione e vicinanza vengono proposti delle attivazioni che derivano da tecniche specifiche della metodologia attiva. (metodi attivi)

Le relazioni all'interno del gruppo, dove il giudizio sull'altro è sospeso, sono per tutti di sostegno, di stimolo e rinforzo per il superamento delle difficoltà, ad esse vengono affidate le preoccupazioni e le speranze.

Come e quando

Le escursioni si svolgono su itinerari precedentemente testati dalle operatrici e individuati secondo il criterio della gradualità crescente sia per lunghezza sia per difficoltà.

Le escursioni si realizzano nelle aree verdi del Parco della Valle del Lambro, nei dintorni del Ser.T. e sulle Prealpi del lecchese e si svolgono nei mesi primaverili/estivi con una durata di mezza o intera giornata, anche in caso di pioggia e si effettuano una volta la settimana durante l'orario di apertura del servizio. Viene garantito un adeguato rapporto operatori/utenti

Destinatari

Sono gli utenti del Ser.T e Noa che hanno raggiunto un soddisfacente compenso clinico e che siano in fase evolutiva, in attesa di riprendere un'attività lavorativa e per i quali sia indicata un'attività stimolo per riprendere o sviluppare l'attività fisica, risocializzante e di motivazione al cambiamento. La proposta di partecipazione all'attività verrà fatta agli utenti dagli operatori

di riferimento o case manager e l'adesione avverrà su base volontaria. L'interessato potrà partecipare previa firma della liberatoria.

Prodotto finale: Una Video-presentazione

Da agosto a novembre 2018 le attività del gruppo sono proseguite con 4 incontri con l'obiettivo di produrre una presentazione audio-video dell'esperienza utilizzando il materiale fotografico raccolto durante le escursioni e costruendo, con l'aiuto degli operatori di riferimento, una presentazione dell'attività finalizzata soprattutto a mostrare non solo gli itinerari ma le emozioni ed i cambiamenti nel percorso personale dei singoli partecipanti che è stata presentata in pubblico attraverso un evento partecipato e documentato dalla stampa.

1.2

STUDIO CASO-CONTROLLO SULLA PREVALENZA DI ELEVATI LIVELLI DI EMOTIVITÀ ESPRESSA IN PAZIENTI CON DISTURBO DA USO DI ALCOL

Azzimonti Cristina, UOC Dipendenze, ASST Ovest Milanese, Abbiategrasso

Borroni Gianmario, UOC Dipendenze, ASST Ovest Milanese, Abbiategrasso

Colombo Lucio, UOC Dipendenze, ASST Ovest Milanese, Legnano

Crivellaro Sabrina, UOC Dipendenze, ASST Ovest Milanese, Abbiategrasso

Di Paola Fiammetta, Psicologa Psicoterapeuta sistemico relazionale, Firenze

Longagnani Chiara, UOC Dipendenze, ASST Ovest Milanese, Abbiategrasso

Mainini Rossella, UOC Dipendenze, ASST Ovest Milanese, Legnano

Pisi Davide, UOC Dipendenze, ASST Ovest Milanese, Magenta

Roncoletta Katia, UOC Dipendenze, ASST Ovest Milanese, Legnano

Violino Aldo, UOC Dipendenze, ASST Ovest Milanese, Magenta

Introduzione

Sviluppato negli anni '60 e '70 come indice predittivo del decorso della schizofrenia il concetto di emotività espressa (EE) è stato definito da Vaughn "...come indice della temperatura emotiva nell'ambiente familiare: un indicatore dell'intensità della risposta emotiva del familiare in un dato momento temporale. Essenzialmente un rivelatore della mancanza di affetto del familiare o del suo interessamento eccessivamente invadente nei confronti del paziente".

Nonostante venga spesso considerata una caratteristica dei famigliari, l'EE andrebbe interpretata come una misura della relazione tra il paziente ed i suoi famigliari, ed il riscontro di alti livelli di EE come l'espressione di una reciproca negatività all'interno della relazione, risultato dall'interazione tra le caratteristiche del paziente (ad es., scarsa collaborazione) e gli atteggiamenti critici dei parenti (ad es. scarsa flessibilità e tolleranza o tendenza al controllo).

L'associazione tra elevati livelli di EE e la recidiva sintomatologica è stata chiaramente dimostrata in condizioni quali la schizofrenia e la depressione, mentre il suo valore predittivo negativo è stato osservato in una vasta gamma di altre condizioni psicopatologiche, che vanno dai disturbi d'ansia, all'abuso di sostanze psicotrope, ai disturbi alimentari.

La relazione tra il disturbo da uso di alcol ed i livelli di EE è stata indagata solo in pochi studi, che hanno evidenziato una ridotta efficacia dei trattamenti nei soggetti con elevati livelli di EE, mentre non ci sono dati sulla prevalenza e fattori associati ad elevati livelli di EE in questi pazienti.

Scopo di questo studio è quello di verificare la prevalenza e l'entità di elevati livelli di EE percepita in un gruppo di pazienti con diagnosi di disturbo da uso di alcol mediante il confronto con i livelli di EE percepita in una popolazione di controllo e di verificare l'esistenza di fattori associati ad elevati livelli di EE in pazienti con diagnosi di disturbo da uso di alcol.

Pazienti e Metodi

Sono stati arruolati 64 pazienti (33 maschi, 51,6%) di età compresa tra 18 e 70 anni con diagnosi di disturbo da uso di alcol. Ogni paziente è stato appaiato ad un soggetto di controllo di pari età, sesso e persona di riferimento estratto da una casistica storica di 287 soggetti. Le caratteristiche cliniche e demografiche dei 64 pazienti arruolati sono riportate nelle tabelle 1 e 2. La gravità del disturbo da uso di alcol è stata definita mediante i criteri del DSM-5, che è stato utilizzato anche per la definizione di eventuali comorbidità psichiatriche, già note o diagnosticate nel corso della valutazione multidisciplinare.

Tra gli strumenti disponibili per la valutazione dell'EE, quali ad esempio la *Camberwell Family Interview* (CFI) e il *Five Minutes Speech Sample* (FMSS), abbiamo deciso di utilizzare la versione italiana della *Level of Expressed Emotion Scale* (LEE), un questionario autosomministrato costituito da 60 item elaborato sulla base della struttura concettuale descritta dai teorici dell'emotività espressa Vaughn & Leff, di facile impiego nella pratica clinica e in grado di fornire un indice del clima emotivo percepito nelle relazioni influenti di una persona.

Oltre a fornire un punteggio complessivo, la scala valuta i seguenti quattro atteggiamenti da parte delle persone significative per il soggetto: 1) *intrusività*: fare continuamente tentativi per stabilire contatti o per offrire consigli non richiesti e frequentemente critiche; 2) *risposta emotiva verso la malattia* del paziente: rispondere con rabbia, stress acuto, o con entrambe le

Tabella 1. Caratteristiche Cliniche dei 64 Pazienti Studiati

Disturbo da uso di alcol Grave (%)	36 (56,2)
Poliabuso (%)	6 (9,4)
Comorbidità Psichiatrica (%)	29 (45,3)
Durata Malattia (anni)	11,5±1,3
Trattamenti Precedenti (%)	19 (29,7)
Famigliare di Riferimento	
Compagno/a (%)	25 (39,1)
Figlio/a (%)	7 (10,9)
Madre/Padre (%)	22 (34,4)
Fratello/Sorella	4 (6,2)
Altro (%)	6 (9,4)
Famigliare Coinvolto nel Trattamento (%)	32 (50,8)

Tabella 2. Caratteristiche Demografiche dei 64 Pazienti Studiati

Età (anni)	45,5±1,5
Sesso Maschile (%)	33 (51,6)
Scolarità	
Media Inferiore (%)	33 (51,6)
Media Superiore (%)	23 (35,9)
Laurea (%)	8 (12,5)
Stato Civile	
Celibe/Nubile (%)	16 (25,0)
Coniugato/Convivente (%)	32 (50,0)
Divorziato/Separato (%)	9 (14,1)
Vedovo/a (%)	7 (10,9)
Professione	
Disoccupato (%)	16 (25,0)
Occupato (%)	36 (56,3)
Pensionato (%)	12 (18,7)

reazioni che tendono a turbare ulteriormente il paziente; 3) *atteggiamento verso la malattia* del paziente: dubitare che la persona sia veramente malata e con un certo controllo sui sintomi, colpevolizzando frequentemente il paziente o ritenendo il paziente responsabile per le sue condizioni; 4) *tolleranza/aspettativa*: poiché il familiare non è convinto della reale malattia del paziente, è generalmente intollerante sia verso il comportamento disturbato sia verso la compromissione del funzionamento sociale.

Non ci sono punteggi di cut-off, per cui una famiglia è classificata ad alta EE quando il punteggio ottenuto supera la mediana della popolazione di riferimento.

Risultati

Rispetto a quanto osservato nei controlli di pari sesso ed età, nel gruppo di 64 pazienti con diagnosi di disturbo da uso di alcol sono stati osservati valori significativamente più elevati per tutte le 4 sottoscale della *Level of Expressed Emotion Scale* (Tabella 3).

Utilizzando come cut-off il valore mediano della popolazione generale, l'87,5% (56/64) dei soggetti studiati risultavano avere elevati livelli di EE.

Livelli più elevati di EE non si correlavano alla gravità del disturbo da uso di alcol (lieve vs moderato vs grave; $p=0,43$), né alla presenza di comorbidità psichiatrica ($20,6\pm 2$ vs $24,8\pm 2,3$; $p=0,18$) o al poliabuso di sostanze psicotrope ($22,5\pm 1,6$ vs $22\pm 4,1$; $p=0,67$).

Anche il tipo di parentela con la persona significativa, la convivenza o il suo coinvolgimento nel trattamento non sono risultati associati al livello di EE percepita dal paziente.

Discussione

In questo studio abbiamo misurato il livello di EE percepita da pazienti con disturbo da uso di alcol, confrontandolo con quello di soggetti sani di pari sesso ed età. I risultati ottenuti sembrano dimostrare che tra i soggetti con disturbo da uso di alcol alti livelli di EE sono presenti nella fase iniziale del trattamento presso il NOA e che non sembrano essere influenzati dalla gravità del disturbo da uso di alcol o dalla concomitante presenza di disturbi psichiatrici. Anche il grado di parentela, la convivenza o il coinvolgimento nel trattamento della persona significativa non sembrano influenzare il livello di EE percepita dal paziente.

I dati di letteratura dimostrano che in soggetti con disturbo da uso di alcol elevati livelli di EE si correlano ad un aumentato rischio di ricaduta o fallimento del trattamento e che ridurre il livello di EE può condizionare positivamente l'esito del trattamento.

La determinazione del livello di EE potrebbe quindi fornire un utile contributo alla valutazione multidisciplinare ed alla definizione degli obiettivi del trattamento di soggetti con disturbo da uso di alcol, che potrebbero beneficiare di interventi mirati a ridurre il livello di

Tabella 3. Confronto tra i Livelli di Emotività Espressa Percepita in 64 Pazienti con Diagnosi di Disturbo da Uso di Alcol vs 64 Controlli di Pari Sesso ed Età

	Pazienti*	Controlli*	P**
Intrusività	6,5±0,5	2,3±0,2	<0,001
Risposta Emotiva	5,9±0,5	1,6±0,3	<0,001
Atteggiamento Verso la Malattia	3,9±0,5	1,2±0,2	<0,001
Tolleranza/Aspettativa	6,1±0,4	2,1±0,2	<0,001
Totale	22,5±1,5	7,2±0,6	<0,001

*media±ESM **t-Test per dati appaiati

EE, che si sono dimostrati efficaci nel diminuire i tassi di recidiva in ambito psichiatrico.

Infine, la valutazione dell'EE potrebbe rappresentare

un dato di cui tenere conto nel valutare l'opportunità di un trattamento mirato dei familiari/persona di riferimento dei pazienti.

1.3

ELEVATI LIVELLI DI EMOTIVITÀ ESPRESSA SI CORRELANO AD UNA RIDOTTA EFFICACIA DEL TRATTAMENTO A BREVE TERMINE IN PAZIENTI CON DISTURBO DA USO DI ALCOL

Azzimonti Cristina, UOC Dipendenze, ASST Ovest Milanese, Abbiategrasso

Borroni Gianmario, UOC Dipendenze, ASST Ovest Milanese, Abbiategrasso

Colombo Lucio, UOC Dipendenze, ASST Ovest Milanese, Legnano

Crivellaro Sabrina, UOC Dipendenze, ASST Ovest Milanese, Abbiategrasso

Di Paola Fiammetta, Psicologa Psicoterapeuta sistematico relazionale, Firenze

Longagnani Chiara, UOC Dipendenze, ASST Ovest Milanese, Abbiategrasso

Mainini Rossella, UOC Dipendenze, ASST Ovest Milanese, Legnano

Pisi Davide, UOC Dipendenze, ASST Ovest Milanese, Magenta

Roncoletta Katia, UOC Dipendenze, ASST Ovest Milanese, Legnano

Violino Aldo, UOC Dipendenze, ASST Ovest Milanese, Magenta

Introduzione

Sviluppato in Inghilterra negli anni '60 e '70 come indice predittivo del decorso della schizofrenia il concetto di emotività espressa (EE) è attualmente considerato un importante indicatore del clima familiare, definito da Vaughn "... come indice della temperatura emotiva nell'ambiente familiare: un indicatore dell'intensità della risposta emotiva del familiare in un dato momento temporale. Essenzialmente un rivelatore della mancanza di affetto del familiare o del suo interessamento eccessivamente invadente nei confronti del paziente". Alti livelli di EE esprimono, quindi, una reciproca negatività all'interno della relazione, risultato dall'interazione tra le caratteristiche del paziente (ad es., scarsa collaborazione) e gli atteggiamenti critici dei parenti (ad es. scarsa flessibilità e tolleranza o tendenza al controllo).

La correlazione tra elevati livelli di EE e la recidiva sin-

tomatologica è stata chiaramente dimostrata in condizioni quali la schizofrenia e la depressione, mentre il suo valore predittivo negativo è stato osservato in una vasta gamma di altre condizioni psicopatologiche, che vanno dai disturbi d'ansia, all'abuso di sostanze psicotrope, ai disturbi alimentari.

La relazione tra il disturbo da uso di alcol ed i livelli di EE è stata indagata solo in pochi studi, che hanno evidenziato una ridotta efficacia dei trattamenti nei soggetti con elevati livelli di EE.

Scopo di questo studio è quello di verificare la correlazione tra elevati livelli di EE percepita da pazienti in trattamento per un disturbo da uso di alcol e l'aumentata probabilità di un esito negativo a breve termine (3 mesi) dell'intervento terapeutico, definito come abbandono precoce del trattamento o mancato raggiungimento dell'astensione dell'alcol.

Pazienti e Metodi

Sono stati arruolati 96 pazienti, 60 maschi (62,5%) e 36 femmine (37,5%) con un'età media di $46,3 \pm 1,1$ anni (range 18-76 anni) in carico per il trattamento di un disturbo da uso di alcol presso 2 NOA dell'ASST Ovest Milanese. Le caratteristiche cliniche e demografiche dei 96 pazienti arruolati sono riportate nelle tabelle 1 e 2.

La gravità del disturbo da uso di alcol è stata definita mediante i criteri del DSM-5, che è stato utilizzato anche per la definizione di eventuali comorbidità psichiatriche, già note o diagnosticate nel corso della valutazione multidisciplinare.

Tabella 1. Caratteristiche Cliniche dei 96 Pazienti Studiati

Disturbo da uso di alcol Grave (%)	57 (59,4)
Poliabuso (%)	14 (14,6)
Comorbidità Psichiatrica (%)	35 (36,5)
Durata Malattia (anni)	11,2 \pm 1
Trattamenti Precedenti (%)	34 (35,4)
Famigliare di Riferimento	
Compagno/a (%)	54 (56,3)
Figlio/a (%)	8 (8,3)
Madre/Padre (%)	21 (21,9)
Fratello/Sorella	8 (8,3)
Altro (%)	5 (5,2)
Famigliare Coinvolto nel Trattamento (%)	47 (49,5)

Tra gli strumenti disponibili per la valutazione dell'EE, abbiamo deciso di utilizzare la versione italiana della

Tabella 2. Caratteristiche Demografiche dei 96 Pazienti Studiati

Scolarità	
Media Inferiore (%)	53 (55,2)
Media Superiore (%)	32 (33,3)
Laurea (%)	11 (11,5)
Stato Civile	
Celibe/Nubile (%)	29 (30,2)
Coniugato/Convivente (%)	48 (50,0)
Divorziato/Separato (%)	12 (12,5)
Vedovo/a (%)	7 (7,3)
Professione	
Disoccupato (%)	25 (26)
Occupato (%)	56 (58,3)
Pensionato (%)	15 (15,7)

Level of Expressed Emotion Scale (LEE), un questionario autosomministrato costituito da 60 item di facile impiego nella pratica clinica e in grado di fornire un indice del clima emotivo percepito nelle relazioni influenti di una persona.

Oltre a fornire un punteggio complessivo, la scala valuta i seguenti quattro atteggiamenti da parte delle persone significative per il soggetto: 1) *intrusività*: fare continuamente tentativi per stabilire contatti o per offrire consigli non richiesti e frequentemente critiche; 2) *risposta emotiva verso la malattia* del paziente:

rispondere con rabbia, stress acuto, o con entrambe le reazioni che tendono a turbare ulteriormente il paziente; 3) *atteggiamento verso la malattia* del paziente: dubitare che la persona sia veramente malata e con un certo controllo sui sintomi, colpevolizzando frequentemente il paziente o ritenendo il paziente responsabile per le sue condizioni; 4) *tolleranza/aspettativa*: poiché il familiare non è convinto della reale malattia del paziente, è generalmente intollerante sia verso il comportamento disturbato sia verso la compromissione del funzionamento sociale.

Risultati

Al termine di 3 mesi di osservazione 16 (16,7%) pazienti avevano abbandonato il trattamento, mentre altri 31 (32,3%) non avevano ancora raggiunto una condizione di completa astensione dall'alcol. Rispetto ai 49 (51%) pazienti in carico e astinenti a 3 mesi, i pazienti che avevano abbandonato o che non erano riusciti a raggiungere l'astinenza dall'alcol presentavano valori di EE percepita significativamente più elevati ($25,1 \pm 2,0$ vs $18,4 \pm 1,3$; $p=0,006$). L'analisi delle singole componenti della LEE ha evidenziato differenze significative tra i due gruppi di pazienti per 3 delle 4 sottoscale che compongono la LEE, ma nessuna è risultata indipendentemente correlata all'esito del trattamento a breve termine (Tabella 3).

Oltre agli elevati livelli di EE, la giovane età ($P=0,04$) ed un livello di gravità più elevato all'ASI ($P=0,03$) sono risultate le sole variabili significativamente correlate ad un maggior rischio di fallimento del trattamento a 3 mesi dalla presa in carico. Il sesso, la presenza di comorbidità psichiatriche, il poliabuso, la durata della malattia, la gravità del disturbo da uso di alcol, l'anamnesi positiva per precedenti trattamenti, il coinvolgimento di un familiare nel trattamento, il livello di istruzione, lo stato civile e la condizione

Tabella 3. Confronto tra le sottoscale della LEE in 49 pazienti in carico e astinenti dall'alcol dopo 3 mesi di trattamento (Gruppo 1) e 47 pazienti non astinenti o che hanno abbandonato il trattamento prima di 3 mesi (Gruppo 2)

	Gruppo 1*	Gruppo2*	P**
Intrusività	6,3±0,5	6,8±0,5	0,467
Risposta Emotiva	4,6±0,5	6,5±0,6	0,015
Atteggiamento Verso la Malattia	2,7±0,4	4,8±0,6	0,004
Tolleranza/Aspettativa	4,8±0,4	6,0±0,5	0,002

*media±ESM **t-Test per dati indipendenti

lavorativa non sono risultati statisticamente correlati all'esito del trattamento.

All'analisi multivariata (Regressione Logistica Multipla) la presenza di elevati livelli di EE percepita dal paziente è risultato l'unico fattore indipendentemente correlato ad una aumentata probabilità di fallimento del trattamento ($P=0,01$), con un odd-ratio pari a 2,71 per valori di EE ≥ 25 .

Discussione

I dati di letteratura dimostrano che in soggetti con disturbi psichiatrici elevati livelli di EE si correlano ad un aumentato rischio di ricaduta o insuccesso del trattamento e che ridurre il livello di EE può condizionare positivamente l'esito del trattamento.

I risultati del presente studio evidenziano come anche nei soggetti con disturbo da uso di alcol elevati livelli di EE si associano, in modo indipendente da altri fattori, ad un significativo aumento della probabilità di

abbandono del trattamento o incapacità di raggiungere una condizione di astinenza dall'alcol a breve termine. La determinazione del livello di EE potrebbe quindi fornire un utile contributo alla valutazione multidisciplinare: l'utilizzo della scala LEE nella valutazione iniziale potrebbe contribuire alla definizione degli obiettivi del trattamento di soggetti con disturbo da uso di alcol, che potrebbero beneficiare di interventi mirati a ridurre il livello di EE, anche mediante interventi rivolti in modo specifico ai familiari/persone di riferimento, quali ad esempio interventi informativi (di gruppo o individuali) volti a migliorare la comprensione e la consapevolezza della malattia/dipendenza del paziente, oltre che ad istruire il familiare all'utilizzo di strategie comportamentali funzionali alla diminuzione dell'EE, già adottate con successo in ambito psichiatrico (es il modello cognitivo-comportamentale secondo I. Falloon).

1.4

LA TERAPIA COME NARRAZIONE DI SÉ: LEGGERE LA PROPRIA STORIA DI DIPENDENZA CON LENTI DIVERSE

Brunella Barbara, *Dirigente Psicologo Ser.D Alcamo*
Guido Faillace, *Direttore Dipendenze Patologiche -
Ser.D ASP Trapani*

Lavorare in un Ser.D a contatto con pazienti provati da anni di dipendenza, espone il terapeuta ad un lungo esercizio di comprensione ed empatia, ma anche spesso a sentimenti di rabbia ed impotenza, emozioni complesse che influiscono inevitabilmente sul percorso terapeutico.

L'approccio sistemico relazionale con la seconda cibernetica, ha posto particolare attenzione negli ultimi anni alla co-costruzione del percorso di terapia come un viaggio, immagine metaforica condivisa da paziente e terapeuta, ricco di scoperte, che apre scenari di intervento e di cambiamento di ampio respiro.

Come afferma Onnis (2017) "nell'incontro terapeutico il paziente e la famiglia scoprono nuovi significati che possono essere attribuiti alla propria narrazione e, insieme al terapeuta, costruiscono nuove narrazioni".

In questa impostazione clinica, un posto centrale è stato sicuramente quello attribuito alle narrazioni delle storie dolorose e spesso prive di prospettive dei pazienti: infatti il modo in cui ci presentiamo agli altri e gli altri a noi è prevalentemente rappresentato dal racconto delle nostre storie come un sistema coordinato che costruiamo nell'interazione con l'ambiente sociale e che costituisce nel tempo la nostra identità.

Bruner (1986) ha messo in luce le due modalità di pensiero attraverso cui l'essere umano costruisce il proprio sapere: il pensiero paradigmatico, relativo alle cause e agli effetti generali, finalizzato alla scoperta di verità empiriche, e il pensiero narrativo, che riguarda le modalità con cui gli individui sviluppano una comprensione delle vicissitudini della propria esistenza. In quest'ottica Sarbin e Mancuso (1983) hanno sottolineato come la narrazione possa essere considerata una metafora base in psicologia, in quanto permette di comprendere gli individui attraverso le loro storie di vita. L'identità narrativa si sviluppa all'interno dell'am-

biente socioculturale di appartenenza e attraverso il racconto di storie su noi stessi, con cui sviluppiamo il senso del nostro sé. La linguista Charlotte Linde (1993) ha affermato in tal senso che gli individui hanno bisogno di una storia di vita coerente per poter funzionare in modo adattivo nel loro ambiente e quando tali narrazioni si presentano frammentate, contrastanti e non omogenee può essere necessario un lavoro terapeutico che provi a comprendere queste storie "spezzate" e provi soprattutto ad aiutare il paziente a "ripararle". "Dalla clinica sappiamo che quando le narrazioni sono ricche di attributi e povere di azione ci troviamo di fronte a rappresentazioni statiche e ridondanti. Queste si possono identificare con costellazioni sintomatiche che saranno tanto più cronicamente organizzate quanto più sono descritte "senza trauma". Assistiamo spesso ad una progressiva e graduale decontestualizzazione con perdita di nessi e significati a favore di una descrizione immutabile sempre uguale a se stessa che si scarnifica progressivamente fino ad arrivare alla auto-diagnosi" (Galluzzo 1994). La patologia quindi è da ricercare spesso in definizioni definitive ed immutabili circa la propria condizione, e nell'impossibilità di porsi una vera ipotesi di cambiamento. La patologia inoltre diventa tanto più severa e resistente al cambiamento quando quell'immagine rigida e distorta viene rimandata e confermata in tutte le interazioni della vita relazionale, compresa la relazione terapeutica. Quando il terapeuta si avvicina alla storia dei pazienti con uno sguardo curioso, aperto, con un atteggiamento per loro inedito, si sentono presi in considerazione come individui e non come pazienti psichiatrici, o nell'ambito delle dipendenze come "viziati". Ridefinire il sintomo in termini di comunicazione è utile per dare al soggetto una possibilità di riorganizzazione, per poter leggere la propria storia con lenti diverse, per potersi raccontare in modo differente e non secondo un canovaccio che lo intrappola e blocca ogni possibilità evolutiva. La ridefinizione del sintomo e l'astensione dal giudizio e dalle colpe rende possibile al paziente di esprimere se stesso, le proprie idee, i propri comportamenti anche quelli sintomatici, e ciò permette che le trame descrittive di ciascuno emergano, trasformandosi e arricchendosi di nuove visioni. White (1992) introduce il concetto di policentrismo e di polifonia del dialogo, per il quale non vi è una posizione più giusta o più vera, ma diversi punti di vista. La terapia diventa allora il luogo della ri-narrazione delle storie problematiche: i pazienti con il terapeuta decostruiscono la storia come viene letta fino a quel momento e individuano ampliandole storie alternative, diventando autori di nuovi racconti di sé coerenti e positivi, che danno senso alla loro sofferenza e che diventano portatori di benessere. La guarigione e il cambiamento nell'ottica sistemica, dunque, più che mera risoluzione dei sintomi e quindi nello specifico

l'eliminazione dei comportamenti di addiction, risiede nella possibilità di guardare a se stesso e alla propria storia in modo nuovo. "Obiettivo della terapia diventa l'elevazione della consapevolezza attraverso l'autoflessibilità delle premesse personali con le quali ci si muove nel mondo e la sperimentazione hic et nunc di "nuove" modalità relazionali rispetto a persone, pensieri, emozioni, significati" (Giordano, Curino, 2013). Non tutte le storie però sono ugualmente valide: citando Pocock (1995) si può dire che va ricercata una *better story*, una storia utile, migliore delle altre. "Chiunque faccia questo lavoro terapeutico può costatare che non solo non tutte le narrazioni sono equivalenti, ma che hanno maggiore possibilità di essere efficaci per il cambiamento terapeutico quelle che contengono e rielaborano elementi forniti dal sistema familiare, quelle che si collegano con le vicende storiche vissute, con i "miti" condivisi, con le emozioni che li hanno accompagnati e li accompagnano. Da questo punto di vista, per utilizzare una nota metafora, è come se la funzione del terapeuta fosse quella di ricomporre in modo nuovo i pezzi di un mosaico che la famiglia deve tuttavia poter riconoscere come propri" (Onnis 2017)

Vorrei utilizzare tre storie di dipendenza di tre pazienti differenti, che durante la terapia al Sert hanno potuto narrare le loro storie e uscire definitivamente da racconti statici e imm modificabili di sofferenza attraverso la creazione di una storia personale e familiare più funzionale, carica di senso e di prospettiva.

Vito è un giovane di 34 anni che ha fatto uso giornaliero, almeno per 10 anni, di cocaina ad alte dosi. La sua è una storia complessa che lo ha incastrato nel ruolo di pecora nera della sua famiglia. Oggi vuole cambiare, smettere con la droga perché messo di fronte ad un *out out* dalla famiglia che in maniera compatta ha deciso che l'unica strada per lui è la comunità, altrimenti lo rinnegherà come membro della famiglia. Vito è un tenore mancato; oggi che è in terapia da 6 mesi non usa cocaina, ha ripreso gli studi di canto. Lui dice che si era perso, che aveva boicottato lui stesso la sua vita di artista. Al genogramma, il suo racconto inizialmente rigido e con scarse prospettive comincia ad aprirsi alle varie possibilità di lettura. A chi somiglio? Al nonno materno a cui tutti lo riportano, "vizioso", donnaiolo, scialacquatore, o a quello paterno come si vede a volte lui, violento e anaffettivo. Prende strada pian piano nella rinarrazione una terza via: forse Vito sente il peso e l'orgoglio del nome che porta, quello dello zio paterno vittima della mafia, ucciso pochi mesi prima del matrimonio e della sua stessa nascita. Con emozione mi racconta che è morto proprio quando aveva la sua stessa età, per la sua generosità, perché aiutava moralmente ed economicamente la vedova bianca di un suo amico, figlio di un esponente di una

cosca minoritaria, scomparso improvvisamente lasciando moglie e figli. Emergono gravi conflitti fra la madre di cui è il portavoce emotivo e la famiglia di origine del padre. Emerge la relazione disfunzionale con il padre con il quale più volte è venuto alle mani, a cui in maniera acritica attribuisce le "colpe" di tutto, che ama ma che detesta, che definisce un debole. Attraverso una storia ricostruita con modalità meno rigide e più libera da preconcetti, Vito sente di avere possibilità di scegliere come vuole essere e di potersi aprire al rapporto con una ragazza che c'è sempre stata, ma che lui non ha mai potuto accogliere pienamente nella sua vita.

Stefania è una bella donna toscana di 40 anni; lei beve da sempre, ma soprattutto lo fa da 2 anni ogni sera utilizzando la sua birra come una "copertina". Oggi è obesa, bloccata, non ha più voglia di "muoversi". Un tempo girava il mondo con lo zaino in spalla e in uno dei suoi viaggi, 10 anni fa, si è fermata in Sicilia, innamorandosi oltre che della terra, anche di un uomo di 20 anni più grande di lei, Francesco, anche lui alcolista, che muore 2 anni fa per un cancro. La storia di Stefania è dolorosa e senza risposte: la madre quando lei ha 2 anni va via di casa perché si innamora di un altro uomo, rendendo furioso e aggressivo il padre che le impedisce per anni di vederla. Quest'ultimo, nel suo racconto è un figlio succube di un uomo padre-padrone, anche lui anaffettivo e violento e di una madre distante e poco protettiva. Quando Stefania parla del padre dice di sentire una sensazione viscida dentro di lei: teme di essere stata abusata fisicamente da lui ma non se lo ricorda. Ricorda invece di essersi sentita come una specie di moglie per lui: erano sempre insieme, sulla lambretta, a casa dei nonni, a fare la spesa e quando intorno ai suoi 10 anni la mamma pentita ritorna, ricorda gelosia e rabbia. Oggi i genitori vivono insieme, sono una coppia apparentemente unita, ma Stefania è scappata via appena ha potuto. È stata un'adolescente ribelle, promiscua; ha usato tutte le sostanze che ha incontrato, ma in Sicilia ha cominciato la sua vita da alcolista. Si dà tante colpe fra le quali quella di coinvolgersi in storie di "dipendenza" affettiva e sessuale con uomini che la maltrattano fisicamente e soprattutto psicologicamente. L'aver narrato la sua storia, incontrato vari punti di vista, sentito non solo le proprie emozioni ma anche quelli dei genitori, aver ridato senso al suo "scappare" dalla loro casa e cercato nel mondo ciò che forse non aveva mai ricevuto e potuto dare, una relazione piena, in cui essere riconosciuta, vista e amata così come lei aveva bisogno, senza dipendere e senza anestetizzarsi, l'ha aiutata a trovare delle possibilità nuove di scelta, rispetto a come essere, a che relazioni vivere, a come esprimere i propri bisogni, a come richiedere di essere visti e considerati.

Lorenzo è un signore di 45 anni, completamente rovinato dal gioco d'azzardo. La moglie alcuni mesi fa, senza dirgli niente, ha invitato tutta la sua famiglia allargata, lo ha "processato" dinanzi a tutti e lo ha buttato fuori di casa. È pienamente consapevole dei gravissimi errori commessi, si sente terribilmente in colpa, riferisce di meritare tutto questo ed è rassegnato nell'accettare tutte le conseguenze, anche le peggiori, come il perdere le due bambine adorato nate dal matrimonio. La sua è una storia di tentativi di riscatto da una vita abbastanza ingiusta. Quando Lorenzo è un bambino piccolo si ammala il fratello maggiore di leucemia. I genitori lasciano la terra da coltivare e si trasferiscono a Milano per ospedalizzare il figlio malato e assicurargli le cure necessarie, affidando Lorenzo ai nonni. Li rivedrà dopo diversi anni quando è già a scuola media, perché tornano in Sicilia non essendoci più possibilità di cure per lo sfortunato fratello che di lì a poco morirà non ancora ventenne. Il padre non riprenderà più il lavoro ma si chiuderà in una totale devozione mistica che lo porta continuamente alla preghiera isolandosi dal mondo. La madre pian piano scivola invece in una condizione di demenza da cui non si riprenderà più. Anche Lorenzo, per quanto battagliero e pieno di energia, si sente diverso dagli altri e non solo per il grave disagio economico. Abbandona la scuola e intraprende diverse attività. Ma ogni lavoro che inizia è fallimentare, non si concretizza mai, pur avendo ottime capacità imprenditoriali. Sogna di dimostrare a tutti il suo successo e sceglie la strada del gioco che lo porta in breve tempo sul lastrico, pieno di debiti, e lo inchioda ad una vita fatta di menzogne e di sotterfugi. Durante le sedute rinarra con emozione la sua vicenda, bloccato per molto tempo in ruoli cristallizzati come quello del sopravvissuto pieno di enormi sensi di colpa o in quello di vittima oppresso da una vita ingiusta e caina. Con fatica riusciamo ad intravedere le possibilità di scelta che ha avuto nel suo percorso e il significato che hanno rivestito: sceglie come moglie una ragazza proveniente da una famiglia benestante da cui si è fatto praticamente adottare, che dà un peso enorme alla riuscita economica di un individuo, sentendosi per questo sempre disprezzato e deriso da loro. Non è mai riuscito a concretizzare una scelta lavorativa e a realizzarsi pienamente, ma ha continuamente cambiato attività, rafforzando così l'immagine che i familiari della moglie avevano di lui. La difficoltà a pensare e a contenere i propri vissuti affettivo-emozionali, rimanda alla carenza relazionale di base, alla domanda di essere tenuto e pensato, rimasta drammaticamente inevasa nelle relazioni con la famiglia di origine: per Lorenzo la possibilità di essere compreso, che le proprie emozioni possano trovare un senso condiviso con le persone con le quali si è più profondamente legati, al di fuori dei rigidi schematismi bene-male,

sembra impossibile se non si attraversa la possibilità di una rinarrazione meno giudicante e meno persecutoria.

Come possiamo dedurre da questi frammenti clinici "gli orientamenti narrativi che valorizzano l'imprescindibile valenza soggettiva della descrizione di realtà del paziente e del terapeuta, danno alla relazione terapeutica una dimensione dialogica e cooperativa e riconoscono nel cambiamento terapeutico l'attivazione delle capacità e delle risorse del paziente nel dare nuovi significati e nel rinarrare la propria visione dei problemi e le vicende della propria storia" (Onnis 2017). La terapia è un incontro in cui le storie prendono vita e si dipanano nella complessità delle vicende familiari, anche attraverso la flessibilità perturbatrice e la capacità dialogica del terapeuta: infatti "offrire spunti per la co-costruzione di nuove storie, diventa un potente catalizzatore del recupero della flessibilità dell'organizzazione individuale e familiare attraverso la quale è possibile ipotizzare un aumento di possibilità di "scelta" e quindi di recupero della valenza evolutiva delle descrizioni" (Galluzzo 1994) Condividere la propria storia e le proprie emozioni con un terapeuta disponibile, che partecipa empaticamente al viaggio di riconoscimento delle proprie sofferenze e le rimanda con un nuovo senso, permette di cambiare rotta e di iniziare un percorso diverso per la conquista di ambiti e relazioni più liberi. "Le emozioni attraversano anche la relazione terapeutica, rendendo possibile quell'incontro non solo "dialogico", ma "empatico", che è il presupposto del cambiamento terapeutico. È un concetto sottolineato con straordinaria chiarezza oggi, da molti psicoterapeuti di vari orientamenti, tra cui Daniel Stern, che ritiene che le tecniche interpretative non siano sufficienti a giustificare il cambiamento, per il quale è necessario quel something more, quel "qualcosa in più" che ha a che fare con lo scambio emozionale ed empatico che avviene nella relazione terapeutica. Quando si parla di narrazione è, dunque, essenziale che le costruzioni narrative dell'esperienza includano anche questi livelli emozionali e che il lavoro terapeutico permetta loro di esprimersi anche "al di là delle parole" (Onnis 2017)

Bibliografia

Bruner J. (1986) *Actual minds, possible worlds*
Cambridge, MA: Harvard University Press

Mancuso J.C. Sarbin T.R. (1983) *The self-narrative in the enactment of role. In Sarbin e Scheibe Studies in social identity* New York: Praeger

Linde C. (1993) *Life stories: the creation of coherence.*
New York : Oxford University Press

Galluzzo W. (1994) *Narrazione e Psicoterapia Relazionale. Psicobiattivo vol.XIV n.1*

Onnis L. (2017) *Teatri di famiglia. La parola e la scena in terapia familiare* Bollati Boringhieri Torino

Pocock D. (1995) *Searching for a Better Story. Jornal of Family Therapy. In Journal of Family Therapy XVII, 2.*

Giordano C. Curino M.G. (2013) *Terapia sistemica di gruppo Alpes Italia Roma*

White M. (1992) *la terapia come narrazione. Proposte cliniche astrolabio Roma*

1.5

UN IMPORTANTE OBIETTIVO DELLA PRESA IN CARICO MULTIPLA DEL PAZIENTE ADDICTED: LO SVILUPPO O IL RINFORZO DEL SÉ

Irmo Carraro, *Psicologo-psicoterapeuta presso il SerD di Mestre (Ve) fino al 2010. Psicoanalista del CIPA di Parigi, libero professionista dal 2011. Docente di "Clinica psicoanalitica" presso il CISSPAT di Padova e di "Approccio psicodinamico di gruppo" presso l'IVTF di Treviso*

Premessa

Da più parti la letteratura nazionale (Zucca Alessandrelli) e internazionale (Kohut, Jeammet, Khantzian, Flores) ha segnalato la presenza nel paziente con *addiction* di un assetto narcisistico "malato" che si muove fra grandiosità e fragilità. Questo mal funzionamento interno determina nel soggetto *addicted* notevoli difficoltà relazionali e socio-adattive, nonché il continuo bisogno compulsivo di appoggiarsi a qualcuno o a qualcosa (ad esempio, la sostanza psicoattiva) per mantenere un'identità e un equilibrio emotivo interno (= dipendenza patologica).

La necessità di prevedere e pianificare interventi terapeutici volti allo sviluppo o rinforzo del narcisismo fragile di tali pazienti diventa pertanto un momento essenziale per promuovere processi di crescita interna che rendano libero il paziente dall'uso di sostanze e capace di relazionarsi in modo sano in termini interpersonali e socio-adattivi (Carraro, 2018a). Qualora non si preveda all'interno della presa in carico integrata bio-psico-sociale tale obiettivo si rischia di non aiutare il paziente a "sganciarsi" dalle sostanze psicoattive o dai nostri interventi farmacologici e di rimanere "appoggiato" sempre a qualcosa o a qualcuno, non riuscendo ad attingere da un serbatoio narcisistico capace di sorreggerlo. Di qui, la sua incapacità di staccarsi con autonomia dal SerD e il rischio che "sposti" l'appoggio additivo dalle sostanze psicoattive alle terapie sostitutive.

Se questo "spostamento" diventa inevitabile, e anzi auspicabile, per sorreggere e rinforzare quadri clinici di *addiction* caratterizzati da grave psicopatologia e/o carenti risorse interne ed esterne, non lo ritengo auspicabile invece nei pazienti *addicted* psicopatologicamente non molto compromessi e che presentano discrete risorse interne ed esterne.

La mia esperienza clinica con quest'ultima tipologia di

pazienti *addicted* (Carraro, 2016, 2018) ha confermato infatti l'utilità clinica di attivare strategie terapeutiche volte a rinforzare o sviluppare il loro narcisismo fragile, ai fini di una migliore crescita narcisistica, relazionale e socio-ambientale. Il "Gruppo per la Ripresa delle Funzioni" (GRF), ideato da Zucca Alessandrelli (2001, 2002) e da me sperimentato nel SerD di Mestre (Ve) dal 2000 al 2010 con tali pazienti, si è rivelato un efficace strumento per maturare il loro narcisismo fragile/grandioso e consentire loro di mantenere e accrescere le loro conquiste interne ed esterne raggiunte.

In questo lavoro presenterò un caso clinico che esemplifica il percorso di crescita narcisistica, relazionale e adattiva di un giovane *addicted* trattato presso il SerD di Mestre (Ve) e, poi, in un setting privato libero-professionale.

Luca: un percorso a medio termine di crescita affettiva, relazionale e adattiva

Conobbi Luca nel 2008. Un 22 enne politossicomane che abusava di eroina (inalata con la stagnola), cannabis e alcool da 5 anni circa. Demotivato, aveva interrotto il primo anno di università e lavorava come operaio in una piccola ditta locale, lamentando un difficile rapporto con il proprio datore di lavoro. Frequentava da 2 anni una coetanea, seppure con molte difficoltà relazionali. I suoi genitori erano molto presi dal proprio lavoro e dal secondo figlio 19 enne, che dava loro molte più soddisfazioni di Luca sia in termini scolastici che relazionali.

L'Intervista ANB (Carraro, 2017) che gli proposi all'inizio, fece emergere una notevole fragilità narcisistica relativamente alle aree del "senso di sé", delle "relazioni", degli "affetti" e dell'"attività socio-ricreativa-morale".

Il nostro rapporto terapeutico nacque all'insegna dell'instabilità con tentativi di manipolazione, insincerità e discontinuità finché, durante il **Gruppo Accoglienza e Orientamento**, un gruppo supportivo di 3 mesi semi-aperto che conducevo, non lo confrontai empaticamente sul suo atteggiamento sfidante e inaffidabile: da quel giorno il nostro rapporto divenne meno ambivalente, meno manipolato e più autentico. In gruppo richiedeva molta attenzione, la mia e quella dei compagni, e si impegnò molto per portare a basso dosaggio il Metadone che il medico del SerD gli aveva prescritto. Dopo i 3 mesi di gruppo chiese di entrare nel **GRF** (Gruppo per la Ripresa delle Funzioni), un gruppo supportivo-espressivo rotating di 1 anno che co-conducevo con una collega con 8 giovani *addicted*. Visse subito molto male l'inserimento perché si sentì l'unico membro che usava ancora Metadone e la sua fragilità narcisistica trovava difficile tollerare tale differenza, cosa che gli servì peraltro da stimolo per scarlo lentamente durante i primi 6 mesi di frequenza al gruppo.

Durante questi primi mesi si scontrò continuamente con i compagni del gruppo che lo contennero e lo fecero riflettere sul suo atteggiamento provocatorio e sfidante. Nel frattempo, i suoi genitori furono inseriti dai colleghi dell'équipe nel **Gruppo Accoglienza Familiari**, un gruppo supportivo chiuso di 3 mesi, dove una dozzina circa di genitori di giovani afferenti al SerD condividevano angosce, colpe, illusioni e delusioni, e diventavano gradualmente dei buoni alleati nel percorso di recupero dei loro figli.

Verso i 6 mesi, in prossimità delle dimissioni di 3 membri anziani del gruppo, Luca cominciò ad assumere un atteggiamento meno provocatorio e più collaborativo con i compagni anche se si mostrò molto severo e poco accogliente nei confronti dei membri appena entrati, finché il gruppo non lo confrontò empaticamente riguardo il suo rigido atteggiamento. L'atmosfera accogliente e solidale del gruppo gli sollecitava vissuti invidiosi e aggressivi che, a stento, riusciva a contenere finché, verso gli 8 mesi, non si sentì un membro "anziano" del gruppo, un ruolo carico di responsabilità che lo mise a dura prova, facendo emergere in parte la sua latente ambivalenza. Nel frattempo, anche l'abuso alcolico si ridusse fortemente, limitandosi all'uso sporadico di qualche spinello con gli amici. Cominciò in quel periodo a condividere con i compagni del gruppo le difficoltà relazionali che aveva con la fidanzata e con il datore di lavoro. Il gruppo lo supportò, ma anche lo contenne nelle sue intemperanze e scatti di ira finché il datore di lavoro non lo licenziò in seguito a un'ennesimo alterco. I compagni di gruppo si strinsero attorno a lui e lo supportarono con i loro rimandi e contenendolo nelle sue reazioni grandiose e proiettive che celavano un intenso dolore e rabbia per la perdita subita. Due episodi di ricaduta alcoolica furono accolti dal gruppo come il segnale del suo disagio e con difficoltà Luca iniziò a esprimere il dolore e la rabbia autodiretta che gli si muoveva dentro per il risultato della sua reazione rabbiosa.

Questo consentì al gruppo di confrontarsi sulle motivazioni latenti che portavano i vari membri a ricadere nell'uso di sostanze e molti di loro solidarizzarono con Luca riportando proprie esperienze di perdita di controllo degli impulsi e di ricaduta additiva, legate a eventi emotivamente destabilizzanti. La corazza caratteriale di Luca piano piano si allentò e venne penetrata dagli accoglienti rimandi del gruppo: finalmente contattò il fiume di emozioni che arginava dentro di sé. Questo lo condusse all'ultimo mese di GRF, quando cominciò a condividere ancor di più con i compagni il dolore e la rabbia per i suoi comportamenti, nonché la paura di ritornare all'uso di sostanze. Il gruppo allora lo confrontò e lo supportò consentendogli di elaborare

questo difficile momento. Fortunatamente, la fine del GRF coincise con l'inizio di una nuova attività lavorativa che si era da poco procurata.

Nel questionario ANB (Carraro, 2017) i due conduttori e l'osservatrice recorder del gruppo riconobbero un significativo miglioramento narcisistico in riferimento all'area del "senso del sé" (autostima), dell'"affettività" (maggiore riconoscimento ed espressione degli affetti) e socio-ricreativa (il nuovo lavoro e la ripresa di interessi, come la palestra e la pallavolo), mentre l'area "relazionale" (rapporti coi familiari, lavorativi e amicali) rimaneva ancora carente.

La sua conclusione del gruppo GRF, il non uso di sostanze psicoattive e il nuovo lavoro lo portarono a chiudere il rapporto con il SerD nel 2010.

Nell'autunno del 2011 Luca mi contattò telefonicamente per un colloquio. Da 8 mesi io non lavoravo più al SerD e avevo avviato uno studio come psicoanalista libero professionista. Al colloquio fummo felici di rincontrarci. Luca si sentiva molto solo: la ragazza lo aveva da poco lasciato e lui si sentiva ansioso e depresso. Iniziammo dei colloqui settimanali molto intensi emotivamente: gli proposi infatti una psicoterapia dinamica breve intensiva (ISTDP: Abbass, 2015), cui rispose molto positivamente. *L'esperienza al SerD gli era servita per rinforzare il suo fragile Sé, ma ora si trattava di affrontare l'area traumatica del conflitto generazionale, rimasta inesplorata durante il GRF.*¹

Durante i primi colloqui emersero subito intensi vissuti di rabbia e colpa verso il fratello, una gelosia profonda che Luca aveva sepolto nel suo passato e che veniva spostata nel presente disturbando le relazioni con i coetanei (si pensi, ad esempio, alla sua severità nei confronti dei nuovi membri entrati nel GRF nel suo secondo semestre) e i colleghi di lavoro (con cui spesso litigava). L'elaborazione di questi vissuti fraterni fece emergere però ben presto l'area traumatica del suo conflitto generazionale: la rabbia intensa verso i genitori che preferivano suo fratello a lui. Numerose sedute furono dedicate a questo tema che emerse sia in termini transferali nel rapporto con me (era geloso e invidioso degli altri miei pazienti che avrebbe voluto conoscere) che nel recupero di dolorosi ricordi del passato in cui si sentì trascurato e messo da parte dai genitori per la nascita del fratello. L'elaborazione di questi vissuti dolorosi e rabbiosi fece emergere gradualmente intensi vissuti di colpa e, alla fine, il suo grande bisogno di affetto, amore e riconoscimento da parte dei suoi genitori, una serie di vissuti latenti presenti nel rapporto coi genitori e il fratello o nel burrascoso rapporto con l'ex datore di lavoro. Tale rielaborazione del passato consentì lentamente a Luca di vivere e vedere il presente sotto una nuova luce, non più all'insegna

¹ Nel GRF non si affrontano ed elaborano le tematiche relative all'area del trauma, ma si sviluppa o si rinforza solo l'apparato narcisistico fragile dei partecipanti al gruppo: un lavoro di "latenza terapeutica" (Zucca Alessandrelli, cit.).

dell'ambivalenza e della conflittualità.

Conclusioni

Attraverso questo caso clinico ho voluto mostrare l'importanza nella presa in carico bio-psico-sociale integrata di (ri-)costruire o rinforzare il Sé dei pazienti *addicted* così da aiutarli a contenere il loro craving additivo ed evitare rovinose ricadute, avviandoli verso un percorso di condivisione fra pari, capace di far maturare il loro narcisismo fragile/grandioso. Tale (ri-)costruzione o rinforzo dell'apparato psichico darà poi l'opportunità ad alcuni di loro di effettuare un percorso di approfondimento intrapsichico e relazionale che li individuerà in termini identitari e di sviluppo.

Bibliografia

- Abbass A. (2015)**, *Superando la resistenza*. Cleup, Pd, 2018
- Carraro I. (2016)**, *Insieme... a tempo limitato. La psicoterapia dinamica di gruppo breve o a termine nella cura della Dipendenza da Sostanze Psicoattive*. Cleup, Pd.
- Carraro I. (2017)**, L'Intervista ANB: una modalità semistrutturata per valutare l'assetto narcisistico di base del paziente *addicted*. In: *FeDerSerDInforma*. 29: 1-4.
- Carraro I. (2018a)**, Importanza del rinforzo o dello sviluppo del Sé fragile/grandioso nella cura dell'*Addiction*. In: *FeDerSerDInforma*. 32: 1-3.
- Carraro I. (2018b)**, I gruppi psicodinamici brevi o a termine nella cura della dipendenza da sostanze psicoattive: un'esperienza clinica in un SerD Veneto. In: *Gruppi*, 2, 87-106.
- Zucca Alessandrelli C. (2001)**, GRF: il gruppo per la ripresa delle funzioni. Prima parte. In: *gli argonauti*. 91: 319-336.
- Zucca Alessandrelli C. (2002)**, GRF: il gruppo per la ripresa delle funzioni. Seconda parte. In: *gli argonauti*. 92: 45-65.

1.6

CARATTERISTICHE DEI PAZIENTI CHE COMPLETANO IL PROTOCOLLO MBRP (*MINDFULNESS BASED RELAPSE PREVENTION*) NELL'AMBITO DEL PERCORSO DI CURA PRESSO IL NOA (NUCLEO OPERATIVO DI ALCOLOGIA) BARONI / SerD Territoriale ASST Santi Paolo e Carlo, Milano

Ciccarelli Alberto, *Educatore Professionale Erba Chiara*, *Medico NOA Baroni, SerD Territoriale ASST Santi Paolo e Carlo, Milano*

Background

Il protocollo MBRP, la cui efficacia clinica è stata dimostrata dalla letteratura internazionale^{1), 2)}, è diventato parte integrante del modello di intervento del NOA Baroni dal 2015, assieme agli altri percorsi di gruppo di tipo informativo e psico-educativo. Il protocollo ha la durata di otto settimane (un incontro a settimana) ed è condotto da due operatori del Servizio. Si sviluppa attraverso sessioni in cui si propongono temi e pratiche differenti, che hanno come obiettivo finale lo sviluppo di particolari abilità utili a fronteggiare le situazioni collegate al rischio di assunzione di alcol e sostanze. La continuità nella frequenza da parte della maggior parte dei partecipanti costituisce elemento indispensabile al raggiungimento degli obiettivi clinici individuali e al buon funzionamento del gruppo. Per questo abbiamo ipotizzato che alcune caratteristiche cliniche e sociali possano essere associate a una maggiore probabilità di completamento del percorso, quindi essere utilizzate per inserimenti maggiormente mirati e per ridurre il drop out.

Metodi

I pazienti inviati al protocollo MBRP dal 2015 a oggi sono stati suddivisi in due categorie: pazienti che hanno completato il protocollo (partecipazione ad almeno sei incontri su otto) e pazienti che non hanno completato il protocollo (partecipazione a meno di sei incontri su otto). I pazienti di entrambe le categorie sono stati descritti secondo le seguenti variabili.

Variabili cliniche

1. disturbo da uso alcol/poliabuso (intendendo per poliabuso l'uso attuale o pregresso di sostanze diverse dall'alcol o il gioco d'azzardo patologico);
2. presenza/assenza di presa in cura o in carico da parte di un CPS (Centro Psico Sociale) indipendentemente dalla presenza di una diagnosi di patologia psichiatrica;
3. astinenza da alcol e/o sostanze maggiore/ minore di tre mesi prima dell'inizio del protocollo;
4. mantenimento dell'astinenza durante le otto settimane di protocollo.

La condizione di astinenza dall'alcol e sostanze è determinata sulla base di elementi anamnestici, clinici e di laboratorio.

Variabili sociali

1. Presenza/assenza di provvedimenti giudiziari vincolanti la partecipazione al percorso;
2. Problematica assente-lieve/moderata-grave nell'area lavorativa del questionario ASI (Addiction Severity Index) 30 giorni;
3. Problematica assente-lieve/moderata-grave nell'area familiare del questionario ASI 30 giorni;
4. Problematica assente-lieve/moderata-grave nell'area legale del questionario ASI 30 giorni.

Risultati

Dal 2015 a oggi, 84 pazienti sono stati arruolati per la partecipazione al gruppo MBRP presso il NOA Baroni. Un criterio assoluto di esclusione dal protocollo in fase di arruolamento è stato una durata dell'astinenza da alcol e sostanze inferiore ai 30 giorni.

Degli 84 pazienti arruolati, coloro che hanno completato il percorso (partecipazione ad almeno sei incontri su otto) sono stati 54 (circa il 64%), coloro che non hanno completato il percorso (partecipazione a meno di sei incontri su otto) sono stati 30 (pari a circa il 36% del totale).

Le variabili cliniche nelle due categorie di pazienti, PPC: Pazienti con Percorso Completato e PPNC: Pazienti con Percorso Non Completato, sono così distribuite:

Il 39% (21 persone) dei PPC sono poliabusatori; nella categoria dei PPNC i poliabusatori sono il 53% (14 persone). L'11% (6 persone) dei PPC sono in cura o in carico al CPS; nella categoria dei PPNC 2 persone sono seguite presso il CPS (7%). Rispetto alla durata dell'astinenza prima dell'inizio del protocollo, tra coloro che hanno completato il percorso, l'81% (44 persone) presenta un'astinenza maggiore di tre mesi. Tra coloro che non hanno completato il percorso, tale periodo di astinenza è presente nel 73% (22 persone) dei casi. Per quanto concerne infine il mantenimento dell'astinenza durante le otto settimane di protocollo, si è osservata una percentuale di 4% (2 persone) di non astinenti tra

i PCC e del 23% (7 persone) di non astinenti tra i PPNC. Le variabili sociali nelle due categorie di pazienti, PPC: Pazienti con Percorso Completato e PPNC: Pazienti con Percorso Non Completato, sono così distribuite:

Tra i pazienti che hanno completato il percorso (PPC), il 22% (12 persone) presenta un vincolo giudiziario (provvedimenti del Tribunale Ordinario, anche relativamente alla Patente di Guida, oppure provvedimenti del Tribunale per i Minorenni), contro il 23% (7 persone) tra coloro che non hanno completato il percorso (PPNC). Rispetto alla presenza di una problematica in ambito lavorativo (ASI 30 giorni, Area Lavorativa) il 67% (36 persone su 54) di coloro che hanno completato il percorso (PPC) ha una problematicità moderata o grave. Tale condizione si è riscontrata in eguale percentuale (20 persone su 30) tra coloro che non hanno completato il percorso (PPNC). Tra i PPC, coloro che hanno riportato nell'ASI 30 giorni una problematicità moderata o grave nell'Area Familiare rappresentano il 41% (22 persone), contro il 37% (11 persone) dei PPNC. Infine tra i PPC, coloro che hanno mostrato una problematicità moderata o grave nell'Area Legale sono il 13% (7 pazienti), contro il 17% (5) dei PPNC.

Conclusioni

I criteri e gli strumenti di analisi utilizzati evidenziano una sostanziale sovrapposibilità tra le caratteristiche cliniche e sociali dei pazienti delle due categorie (PPC e PPNC), eccezion fatta per l'assenza di una condizione di poliabuso (53 vs 39%) e il mantenimento dell'astinenza da alcol durante le otto settimane di protocollo (96 vs 70%).

In base a quanto osservato, la presa in cura/carico al CPS e la durata (superiore o inferiore a tre mesi) dell'astinenza prima dell'inizio del protocollo non sareb-

bero determinanti significative per il drop out. Anche il quadro sociale descritto dall'ASI 30 giorni (area lavorativa, familiare e legale) sembra non incidere sull'aderenza al percorso MBRP. Infine, contrariamente a quanto si potrebbe supporre, il vincolo giudiziario al programma di cura non è d'incentivo al completamento del percorso.

Le principali discriminanti di aderenza al protocollo, l'astinenza durante le otto settimane e l'assenza del poliabuso, sarebbero quindi di natura clinica. È verosimile tuttavia che il mancato impatto delle variabili sociali sia almeno in parte da attribuire alla tipologia degli strumenti utilizzati per caratterizzare i pazienti (ASI 30 giorni), che danno una rappresentazione soggettiva della problematicità da parte del paziente stesso.

Di fatto, non considerando i limiti di tale lavoro, rappresentati principalmente dalla relativa numerosità del campione e dai criteri necessariamente generici di caratterizzazione dei pazienti, i dati a disposizione incoraggiano gli operatori ad un'offerta non eccessivamente selettiva di una proposta di cura ancora considerata di nicchia, soprattutto nell'ambito dei servizi pubblici per il trattamento delle dipendenze patologiche.

¹ Li W, Howard MO, Garland EL, McGovern P, Lazar M. (2017) *Mindfulness treatment for substance misuse: A systematic review and meta-analysis*. *J Subst Abuse Treat*. 2017 Apr;75:62-96

² Bowen S, Witkiewitz K, L. Clifasefi, Grow J, Chawla N, Sharon H. Hsu, MS, Haley A. Carroll, Harrop e, Collins SE, M. Kathleen Lustyk, and Mary E. Larimer (2015) *Relative Efficacy of Mindfulness-Based Relapse Prevention, Standard Relapse Prevention, and Treatment as Usual for Substance Use Disorders*. *JAMA Psychiatry*. 2014 May; 71(5): 547-556.

28 GIORNI DI ACT

Luigina Scaglia*, **Alessia Mediolini****,
Sabrina Ferrari***, **Diego Feliciani*****,
Cristina Pezzoli****

**Medico geriatra, psicoterapeuta responsabile
Riabilitazione Alcolologica Palazzolo S/O Fondazione
Richiedei*

*** Medico psicoterapeuta Riabilitazione Alcolologica
Palazzolo S/O Fondazione Richiedei*

**** Educatore Riabilitazione Alcolologica Palazzolo S/O
Fondazione Richiedei*

***** Coordinatrice infermieristica Riabilitazione
Alcolologica Palazzolo S/O Fondazione Richiedei*

Introduzione

L'Acceptance and Commitment Therapy (detta ACT) è uno dei nuovi modelli terapeutici di trattamento per abuso di sostanze stupefacenti, alcol o altre sostanze psicotrope. L'ACT è una psicoterapia di terza generazione che riguarda alcuni processi psicologici fondamentali come l'accettazione, l'azione impegnata e la defusione. Sempre più lavori scientifici mostrano evidenze nel trattamento delle dipendenze patologiche attraverso l'ACT che nasce originariamente dal lavoro di Hayes, Strosahl e Wilson.

Il seguente lavoro è stato impostato seguendo gli sviluppi delle **psicoterapie di terza generazione**. In particolare l'Acceptance and Commitment Therapy e le psicoterapie basate sulla mindfulness.

Materiali e metodi

La degenza nel reparto di riabilitazione alcolologica dura 28 giorni, si è impostato una scheda di lavoro ACT per ciascun giorno di degenza.

Per scheda di lavoro si intende una seduta eseguita in gruppo, condotta da uno psicoterapeuta di formazione ACT.

Le sedute sono state strutturate in modo da prevedere diversi tipi di esercizi che toccare tutti e sei i processi dell'Hexaflex.

Ogni seduta è stata strutturata in modo tale da dare la possibilità ai pazienti con diverse anzianità di degenza di potere partecipare.

Si sono divisi i lavori in quattro sottogruppi:

- Lavori basati sull'utilizzo di metafore durante le sedute di mindfulness (metafora ruscello, metafora mare, metafora aquiloni, metafora palloncini, metafora nuvole, metafora delle alghe, metafora del drago).

- Lavori basati sull'utilizzo di materiali e testistica già utilizzati in letteratura (come le carte valoriali di L.Hayes, la matrice e gli ami di B.Schoendorff, la scheda VLQ).
- Lavori basati su esercizi esperienziali e la visione di video sempre presi dalla letteratura scientifica (video mostro nel vascello, la scacchiera, etc.).

Conclusioni

L'efficacia della terapia ACT nel mondo delle dipendenze è stata validata ormai da tempo dalla letteratura scientifica internazionale.

Questo studio attraverso la raccolta di 28 schede di lavoro ACT ha permesso di poter iniziare a lavorare con i pazienti in gruppo aiutandoli a chiarire cos'è davvero importante per loro, cosa ha veramente significato e valore, e cosa vorrebbero realizzare nella vita, fissando obiettivi e agendo con perseveranza e impegno per raggiungerli e ottenendo così una vita più ricca, piena e significativa in un contesto di degenza ospedaliera per un percorso di riabilitazione alcolologica.

Bibliografia

- Harris R. (2006) *Embracing Your Demons: an Overview of Acceptance and Commitment Therapy Psychotherapy in Australia* VOL 12 NO 4;
- Hayes, S. C., Brownstein, A. J. (1986). *Mentalism, behavior-behavior relations and a behavior analytic view of the purposes of science. The Behavior Analyst, 1*, 175-190;
- Hayes, S. C., Wilson, K. G. (1994). *Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. The Behavior Analyst, 17* (2), 289-303;
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press;
- Hayes, S. C., Barnes-Holmen, D., Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press;
- Hayes, S. C. (2002a). *Acceptance, mindfulness, and science. Clinical Psychology: Science and Practice, 9* (1), 101-106;
- Hayes, S. C. (2002b). *Buddhism and Acceptance and Commitment Therapy. Behavioral Practice, 9*, 58-66;
- Hayes, S. C. (2003). *Mindfulness: Method and process. Clinical Psychology: Science and Practice, 10* (2), 161-165;
- Hayes, S. C. (2004). *Acceptance and Commitment Therapy, relational frame theory and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior Therapy, 35*, 639-665;
- Hayes, S. C., Follette, V. M., Linehan, M. M. (2005). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press;
- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F. W., Masuda, A., Lillis, J. (2006). *Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. Behaviour Research and Therapy, 44*, 1-25.

1.8

HIGH SUSTAINED THERAPEUTIC BUPRENORPHINE PLASMA LEVELS REDUCE RESPIRATORY DEPRESSION INDUCED BY IV FENTANYL

Felice Alfonso Nava,¹ presenting on behalf of Katharina Wiest², M. Hyke Algera³, Laurence Moss⁴, Monique van Velzen³, Geert Jan Groeneveld^{3,4}, Jules Heuberger⁴, Albert Dahan³, Frank Gray⁵, Stephanie Strafford⁵, Robert Dobbins⁵

¹Penitentiary Medicine and Drug Abuse Unit, Public Health Service Padua, Italy; ²CODA, Inc., Portland, OR, USA; ³Leiden University Medical Center, Leiden, NLD; ⁴Centre for Human Drug Research, Leiden, NLD; ⁵Indivior Inc., North Chesterfield, VA, USA

Background

The number of Italian drug overdose deaths is underestimated,¹ although according to EMCDDA, in 2017, the special register (Police Forces and Prefectures) reported an increase of 10% in the number of drug-induced deaths in Italy.² It is also alarming to learn of the first death in Italy attributed to the use of a novel synthetic opioid (U-47700).² In the US, the number of drug overdose deaths exceeded 70,000 in 2017, partially driven by an increase in deaths involving potent synthetic opioids such as fentanyl/fentanyl analogs.³ Fentanyl overdose can cause respiratory depression, followed by decreased mental status, brain damage, and death. Patients who enter medication-assisted treatment (MAT) programs for opioid use disorder (OUD) have a reduced risk of overdose and death,⁴ but

they may be vulnerable due to the exposure to fentanyl via unprescribed drug use.⁵ Buprenorphine (BUP), a partial agonist at the mu-opioid receptor (MOR), is used for MAT of OUD. BUP has high affinity for the MOR; prior studies indicate that plasma concentrations of BUP ≥ 2 ng/mL achieve 70%-80% brain MOR occupancy and block the subjective drug-liking effect of full opioid agonists such as hydromorphone.⁶ As a partial agonist, BUP has a ceiling effect on respiratory depression such that it does not cause apnoea when administered alone and minute ventilation (MV) is not suppressed beyond 50%-60%.⁷ The hypothesis is that sustained plasma concentrations of BUP ≥ 2 ng/mL will competitively inhibit the effects of potent, short-acting MOR agonists like fentanyl and carfentanil that can result in apnoea and death.

Objective:

Examine the effects of sustained BUP concentrations on respiratory depression induced by intravenous (IV) fentanyl.

Methods

Eight opioid-tolerant patients using >90 mg daily oral morphine equivalents were enrolled in an open-label, placebo-controlled, 2-period crossover study. Patients received placebo (PLC)/fentanyl on Day 1 and BUP/fentanyl on Day 3. MV was measured at isohypercapnia (baseline MV ~20 L/min) through a facemask connected to a pneumotachograph.⁶ Once ventilation stabilised, pulsed-continuous infusions of PLC or BUP were initiated. BUP infusion targeted plasma concentrations of 1 (low dose), 2 (middle dose) or 5 ng/mL (high dose) for 6 hours, consistent with concentrations achieved with RBP-6000, an extended-release BUP delivered via subcutaneous injection.⁸ Following initiation of BUP or PLC infusion, IV fentanyl boluses of 250, 350, 500 and 700 mcg/70 kg were administered at 2, 3, 4, and 5 hours, respectively. Drug effects were measured as a decrease in MV, number/duration of

Table 1. Patient Demographic and Clinical Characteristics

BUP Dose	Patient	Sex	Age	BMI	Drug Usage at Screening Visit
Low	201	F	44	23.6	Oxycodone 60 mg/d
	205	M	46	29.6	Fentanyl patch 25 mcg/h; oxycodone 60 mg/d; marijuana
Middle	206	F	33	30.8	Fentanyl patch 75 mcg/h; oxycodone 90 mg/d; tapentadol 50 mg/d
	208	M	43	22.0	Buprenorphine 16 mg/d; cocaine; marijuana
	1207	F	31	23.2	Oxycodone 60 mg/d; marijuana
High	202	M	52	25.1	Heroin 250 mg/day (smoke); cocaine; marijuana
	203	F	52	31.5	Fentanyl patch 50 mcg/h
	204	F	34	21.0	Fentanyl patch 75 mcg/h; oxycodone 60 mg/d; marijuana

Table 2. Effects of Buprenorphine Doses on Fentanyl Boluses			
<i>Subject</i>	<i>BUP Dose</i>	<i># Boluses</i>	<i>Notes</i>
201	Placebo	3	Apnoea after 3 rd bolus. Intermittent for 5 minutes with verbal stimulation. ↓ O2 sat.
	Low	4	No apnoea events.
205	Placebo	2	Prolonged apnoea after 2 nd bolus. Lasted ~10 minutes and required verbal stimulation. ↓ O2 sat.
	Low	4	Apnoea after 3 rd bolus. No verbal stimulation. Intermittent apnoea after 4 th bolus but no verbal stimulation required and O2 sat stable.
206	Placebo	4	Apnoea after 4 th bolus for 2 minutes with verbal stimulation required. ↓ O2 sat.
	Middle	4	No apnoea events.
208	Placebo	4	Prolonged apnoea after 4 th bolus. Lasted 12 minutes with verbal stimulation required. ↓ O2 sat.
	Middle	4	No apnoea events.
1207	Placebo	4	No apnoea events.
	Middle	4	No apnoea events.
202	Placebo	4	Prolonged apnoea after 4 th bolus. Lasted 25 minutes with verbal stimulation required. ↓ O2 sat.
	High	4	No apnoea events.
203	Placebo	2	Apnoea after 2 nd bolus. Two events with verbal stimulation.
	High	4	Brief apnoea only after 2 nd bolus and verbal stimulation was not required.
204	Placebo	3	Apnoea after 3 rd bolus. Intermittent for 5 minutes with unstable breathing pattern.
	High	4	No apnoea events.

apnoeic events (lasting ≥ 20 seconds), need for ventilatory stimulation, and changes in oxygen saturation. Fentanyl dose escalation was discontinued at the investigator's discretion if participants experienced apnoea that required ventilatory stimulation or had a significant fall in oxygen saturation or other unstable breathing pattern.

Results

Demographic and clinical characteristics of the patients are shown in Table 1.

The study showed that fentanyl boluses decreased MV, and that buprenorphine administration prevented apnoea events in most patients. During the PLC period, abrupt declines in MV were seen following each fentanyl bolus, and 6 of 8 patients (75%) experienced 1 or more apnoeic events requiring verbal stimulation to maintain adequate MV. IV fentanyl dose escalation was stopped early after the 2nd (n=2) or 3rd bolus (n=2) in 4 subjects because of prolonged apnoea or changes in oxygen saturation (Table 2).

In contrast, during the BUP period, each patient completed 4 fentanyl boluses and only 1 experienced apnoeic episodes after the 3rd and 4th boluses. With BUP, none of the patients required verbal stimulation and oxygen saturation did not drop below 90%. For the low-dose BUP infusion targeting 1 ng/mL, declines in MV were evident after fentanyl boluses and the 1 patient with apnoeic events during BUP infusion was in this group. For the high-dose BUP infusion targeting 5 ng/mL, marked changes in MV or repeated apnoeic events did not occur after the fentanyl infusions.

CONCLUSIONS: These data suggest BUP acts as a competitive inhibitor of fentanyl boluses at doses up to 700 mcg/70 kg, thereby reducing the magnitude of fentanyl-induced respiratory depression, especially at BUP concentrations ≥ 2 and 5 ng/mL. Although this is a small patient sample, the potential protective effect of ≥ 2 ng/mL and 5 ng/mL in sustaining plasma concentrations against fentanyl-induced respiratory depression warrants additional investigation.

References

1. *Italian annual report to Parliament on drug addiction, 2018*. Available at: <http://www.politicheantidroga.gov.it/it/attivita-e-progetti/relazioni-annuali-al-parlamento/relazione-annuale-al-parlamento-sul-fenomeno-delle-tossicodipendenze-in-italia-anno-2018-dati-2017>.
2. *Italy, Country Drug Report 2019*. EMCDDA, June 2019. Available at: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-drug-reports/2019/italy>.
3. Hedegaard H, et al. *Drug overdose deaths in the United States, 1999-2017*, NCHS Data Brief. 2018; 329:1-8.
4. Dupouy J, et al. *Mortality associated with time in and out of buprenorphine treatment in French office-based general practice: A 7-year cohort study*. *Ann Fam Med*. 2017;15:355-8.
5. Ochalek TA, et al. *Fentanyl exposure among patients seeking opioid treatment*. *J Subst Abuse Treat*. 2019;96:23-4.
6. Nasser AF, et al. *Sustained-release buprenorphine (RBP-6000) blocks the effects of opioid challenge with hydromorphone in participants with opioid use disorder*. *J Clin Psychopharmacol*. 2016;36:18-26.
7. Yassen A, et al. *Mechanism-based PK/PD modeling of the respiratory depressant effect of buprenorphine and fentanyl in healthy volunteers*. *Clin Pharmacol Ther*. 2007;81:50-8.
8. Haight BR, et al. *Efficacy and safety of a monthly buprenorphine depot injection for opioid use disorder: a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial*. *Lancet*. 2019;393:778-90.

ASSOCIAZIONE TRA SINDROME ASTINENZIALE PROTRATTA, CRAVING E RICADUTA IN SOGGETTI CON DISTURBO DA USO DI ALCOL: UNO STUDIO DI FOLLOW-UP AD UN ANNO

Pepe Maria, Di Nicola Marco, Janiri Luigi
UOC di Consultazione Psichiatrica, Fondazione Policlinico Universitario "A. Gemelli" IRCCS, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Introduzione

Il Disturbo da Uso di Alcol (DUA) riguarda circa il 4% della popolazione mondiale ed è associato a significativi tassi di morbilità e mortalità, con rilevanti costi sociosanitari. La sindrome da astinenza alcolica protratta è caratterizzata da sintomi fisici e psichici conseguenti all'interruzione dell'assunzione di alcol che si protraggono per diversi mesi. L'obiettivo del presente studio è stato indagare l'associazione tra la sintomatologia astinenziale protratta, l'intensità del craving e la ricaduta in un campione di soggetti con DUA in remissione seguiti longitudinalmente per un anno.

METODI. Cento pazienti con DUA in remissione (DSM-5) afferenti al Day Hospital di Psichiatria Clinica della Fondazione Policlinico Universitario "A. Gemelli" IRCCS sono stati valutati a distanza di 1-3-6-12 mesi dal percorso di disassuefazione. I reattivi psicometrici impiegati sono stati: il Timeline Followback (TLFB) per il diario del consumo alcolico, la Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol (CIWA-Ar) per la sintomatologia astinenziale, l'Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS) e la Visual Analogue Scale (VAS) per il craving.

Risultati

La sintomatologia astinenziale alcolica protratta è risultata associata in maniera statisticamente significativa sia all'intensità del craving sia all'entità ed alla frequenza delle ricadute.

Conclusioni

I risultati dello studio sottolineano la rilevanza clinica della sindrome astinenziale protratta e l'associazione con il craving e con il fenomeno della ricaduta. Tali costrutti devono, pertanto, rientrare tra gli obiettivi principali di un approccio terapeutico integrato (far-

macologico, psicosociale e riabilitativo) finalizzato alla prevenzione delle ricadute nei pazienti con DUA.

Bibliografia

- Heilig M, Egli M, Crabbe JC, Becker HC. Acute withdrawal, protracted abstinence and negative affect in alcoholism: are they linked. *Addict Biol.* 2010;15(2):169-84.
- Cordovil De Sousa Uva M, Luminet O, Cortesi M, Constant E, Derely M, De Timary P. Distinct effects of protracted withdrawal on affect, craving, selective attention and executive functions among alcohol-dependent patients. *Alcohol Alcohol.* 2010;45(3):241-6.
- Martinotti G, Di Nicola M, Reina D, et al. Alcohol protracted withdrawal syndrome: the role of anhedonia. *Subst Use Misuse.* 2008;43(3-4):271-84.

1.10

LA DIPENDENZA: RISULTATO O FINALITÀ?

Luigina Scaglia*, **Alessia Mediolini****,
Sabrina Ferrari***, **Diego Feliciani*****,
Cristina Pezzoli****

**Medico geriatra, psicoterapeuta responsabile
Riabilitazione Alcolologica Palazzolo S/O Fondazione
Richiedei*

*** Medico psicoterapeuta Riabilitazione Alcolologica
Palazzolo S/O Fondazione Richiedei*

**** Educatore Riabilitazione Alcolologica Palazzolo S/O
Fondazione Richiedei*

***** Coordinatrice infermieristica Riabilitazione
Alcolologica Palazzolo S/O Fondazione Richiedei*

Siamo abituati a considerare la nostra condizione esistenziale come l'effetto di cause precedenti ma siamo poco inclini a chiederci perché, o perlomeno quanto, la nostra condizione venga da noi stessi utilizzata e scelta per uno scopo.

La dipendenza può essere il risultato finale di una serie di cause (familiarità, vissuto, traumi, struttura personale...) ma allo stesso tempo può diventare un mezzo per un fine (non assumere la responsabilità di una scelta, evitare il confronto con la propria ombra...).

A questo proposito portiamo il caso di una giovane donna di 21 anni.

Caso clinico

Giovane donna di 21 anni di origini rumene. Figlia di ragazza madre che muore quando la paziente ha tre anni. Adottata da una coppia "succube" della madre di lei (che soffre di depressione).

In adolescenza inizia a soffrire di disturbi del comportamento alimentare e ad abusare di alcol e di farmaci. Mal sopporta le interferenze dei suoi genitori e della nonna materna che vogliono determinare le sue scelte ma d'altra parte è molto preoccupata di non deluderli. Ha frequentato un anno di università (filosofia) ma vorrebbe iscriversi a psicologia.

Dopo plurimi accessi al PS per coma etilico viene presa in carico presso il SerT ed il CPS territoriale dove però non ha ancora eseguito inquadramento data la sua costante intossicazione alcolica.

Il collega del SerT la invia per un percorso riabilitativo che possa definire le problematiche e la priorità con cui affrontare il caso oltre che per fermare l'abuso di alcol.

La paziente durante il primo periodo del ricovero deve essere spesso richiamata per atteggiamenti seduttivi e manipolatori nascosti da un comportamento apparentemente adeguato.

Con lei si chiarisce che il disturbo del comportamento alimentare non dovrà distrarre lei e noi dal percorso alcolologico.

A metà percorso riesce a prendere contatto con la radice del proprio malessere: si sente in colpa (e pertanto si punisce) perché si ritiene essere la causa della morte della madre. Le si rimanda che sua madre l'ha messa al mondo tre volte: non abortendola, partorendola e salvandole la vita nella circostanza dell'incidente: erano per strada ed un automobile, sbandando le investe, la madre fa da scudo alla figlia. La madre muore e lei è affidata ad istituto.

A questo punto la paziente è davanti ad una scelta che le si riproporrà per tutta la vita: decidere se utilizzare la dipendenza per cristallizzarsi in questa identità di "risultato della propria storia" (e perciò focalizzarsi su cause esterne che giustificano il suo disagio e rinforzino la reazione rabbiosa autolesionista) oppure generare un progetto esistenziale che, partendo dalla storia personale, le permetta di diventare ciò che è.

Per essere elaborato un progetto vitale attraverserà percorsi dolorosi ma nuovi e creativi come quelli di un parto che genera vita è non come il dolore distruttivo di un cancro che porta alla morte.

Il ruolo della riabilitazione è forse quello di far conoscere al paziente la possibilità di soffrire per il bene, per la realizzazione di sé.

Il percorso riabilitativo non deve essere un intervento palliativo.

In questo senso la riabilitazione può segnare un confine, una inversione di tendenza che permette di prendere contatto con cosa ci ha determinato ma per scegliere la libertà del proprio futuro.

La paziente alla dimissione ha formulato l'intenzione di cercare in Romania la tomba della madre (che ha sempre visualizzato nella sua mente), di superare il senso di colpa sviluppando il senso di gratitudine per la donna che dandole per tre volte la vita le ha affidato la responsabilità della vita stessa.

AREA TEMATICA 2

La gestione della terapia farmacologica nei diversi *setting* clinici

2.1

PRIMI RISULTATI DI UNO STUDIO OSSERVAZIONALE SULLA VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA TERAPEUTICA DEL LEVOMETADONE IN PAZIENTI IN TRATTAMENTO DI MANTENIMENTO PER DIPENDENZA DA OPIACEI. SER.D.25 - U.O.C. DIPENDENZE OVEST DELLA ASL NAPOLI 1 CENTRO

Curcio F*, Asturaro E*, Auriemma F, Bandiera F*, Barretta V*, Fontebasso M*, Girasole D*, Marguccio E**, Mazzella C***, Nicotra F*, Pianese P*, Procida M*, Spalice R*, Scialò L*, Topa M*, Zirpolo C*, Baldassarre C******

**Operatori del Ser.D 25 - U.O.C. Dipendenze Ovest - ASL Napoli 1 Centro - Napoli*

***Referenti Ser.D 25 e 29 - U.O.C. Dipendenze Ovest - ASL Napoli*

****Dirigente Medico - Ser.D Area Penale - ASL Napoli 1 Centro - Napoli*

*****Direttore U.O.C. Dipendenze Ovest - ASL Napoli 1 Centro - Napoli*

Premessa

La forma racemica del metadone attualmente in uso è costituita dalla miscela di destro- e levo-metadone; dei due racemi, il levometadone ha efficacia doppia rispetto al metadone HCl nell'attività di ligando ai recettori K per gli oppiacei. Il levometadone presenta un'affinità recettoriale per i recettori μ 10 volte maggiore del destrometadone e una potenza analgesica 50 volte maggiore; pertanto la miscela racemica ha un'attività terapeutica "diluita" a causa della presenza del d-metadone, la cui forma chimica destrogiro presenta limitata attività di ligando, esprimendo essa invece una certa attività nei confronti di altri recettori presenti nell'organismo umano. Rispetto al metadone racemo il levometadone presenta un'emivita più lunga. Evidenze scientifiche dimostrano che la dose efficace del levometadone è pari al 50% del metadone in uso attualmente. Come il metadone, l'utilizzo di levometadone

è associato a: 1) riduzione significativa dell'uso concomitante di sostanze illecite; 2) riduzione significativa dei sintomi di astinenza; 3) riduzione significativa del craving; 4) il significativo aumento della compliance al trattamento. Inoltre il levometadone non influisce sull'intervallo QTc, pertanto la sostituzione di metadone racemo con levometadone può ridurre i valori dell'intervallo e confermare un migliore profilo di sicurezza cardiaca del levo-metadone anche rispetto al metadone racemo.

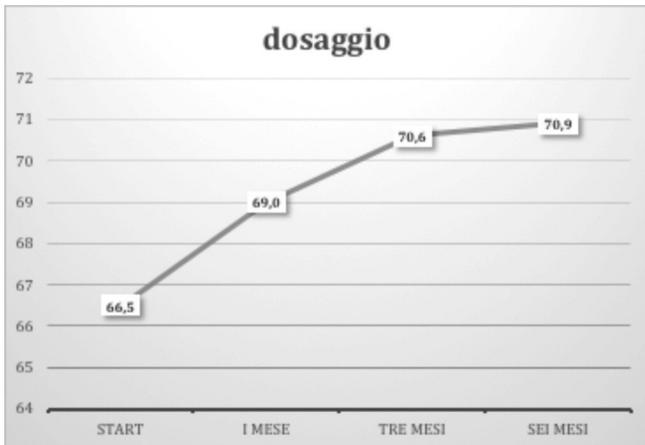
Materiale e metodo

Lo scopo principale dello studio osservazionale è la valutazione dell'efficacia del levometadone per la "recovery" del paziente anche rispetto al metadone HCl. Obiettivo secondario: valutazione dell'intensità e degli effetti desiderati ed indesiderati del farmaco. Lo studio si svolge nel Ser.D.25 della U.O.C. Dipendenze Ovest - ASL Napoli 1 Centro ed ha la durata di 12 mesi, con rilevamenti al tempo 0, sei mesi, 12 mesi. Criteri di inclusione: qualsiasi dosaggio di metadone HCl, diabete, patologie cardiache, utilizzo di altre sostanze psicoattive; criterio di esclusione: gravidanza. Nel caso di passaggio da metadone HCl a levometadone, il dosaggio iniziale è pari a circa la metà della posologia. Oltre ai principali parametri biologici, nei soggetti arruolati è valutata la variazione della posologia del levometadone in relazione al precedente uso di metadone e nel follow up successivo. Viene usata una scala VAS per indagare quantitativamente variazioni relative alle seguenti aree: frequenza e qualità dell'alvo, libido ed efficienza sessuale, lucidità di pensiero, variazioni dell'umore. Inoltre, è valutato il comportamento socio-relazionale nelle aree FLASCH (famiglia, lavoro, amici, sessualità, casa, hobby). Relativamente agli aspetti tossicomani, viene effettuato lo screening per la ricerca dei cataboliti delle principali sostanze psicoattive. Infine, viene eseguita la routine diagnostica ed effettuato il dosaggio degli ormoni sessuali (prolattina, FSH, LH, progesterone, DHEA-S, 17 beta-estradiolo, testosterone, free testosterone) mediante prelievo ematico.

Risultati preliminari

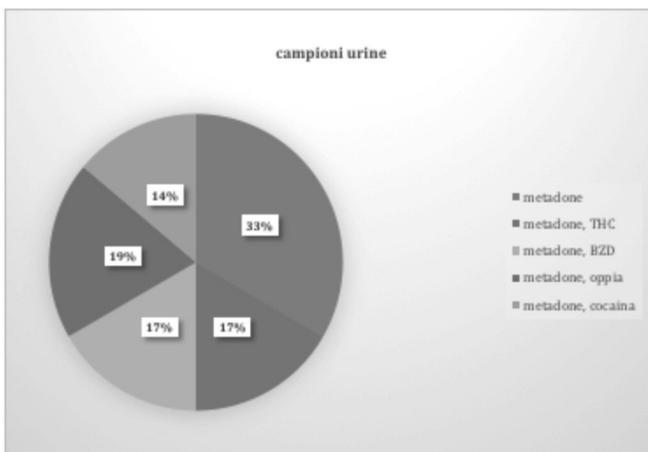
Al momento sono monitorati 44 soggetti (40 maschi - 90,9% - e 4 femmine - 12,8%); il body mass index medio è 28,2 e l'età media è 44,1 anni (+/- 9,57); 5 non sono italiani. Drop out: 8 pazienti hanno abbandonato lo studio (18,2%). Di essi 2 soggetti hanno sospeso prima dei 10 giorni; 3 hanno abbandonato prima dei tre mesi; uno prima dei sei mesi e due dopo

oltre 6 mesi. Il dosaggio medio di metadone al T0 è di 132,3 mg/die e conseguentemente il trattamento con levometadone è cominciato con la media di 66,5 mg. Dei 35 soggetti attualmente in studio, uno ha scalato e poi terminato il trattamento.



Il dosaggio nel corso del primo mese per i 42 soggetti rimasti è aumentato a 69,0 mg. (+3,8%); di levometadone. Al terzo mese di studio il dosaggio medio è aumentato a 70,6 mg. (+6,2%); per i 37 pazienti giunti al 6° mese il dosaggio medio è 70,9 mg/die (+6,6%). Nei 16 pazienti giunti ai 12 mesi l'aumento risulta del 12,5%.

Il monitoraggio dei tossicologici al terzo mese ha registrato 12 positivi per metadone; 6 soggetti utilizzavano anche THC, oltre levometadone; 6 aggiungevano al metadone le benzodiazepine; 7 soggetti utilizzavano anche oppiacei e 5 campioni risultavano positivi per metadone e cocaina.



Funzioni fisiologiche

L'alvo, solo 7/44 (15,9%) soggetti ha dichiarato una periodicità quotidiana della funzione al tempo 0; nella quasi totalità dei casi, con poche eccezioni in cui la frequenza resta simile all'uso di metadone, con il levometadone è risultato quotidiano. Al terzo mese la libido viene percepita migliore, contrassegnata da un punteggio che passa da 5,2 sulla scala VAS al T0 a 7,2

(+38,4%); anche l'efficienza sessuale migliora sensibilmente: da 5,4 a 6,8 (+25,9%). I soggetti riferiscono un netto miglioramento dell'ideazione, che viene riportata più pronta e lucida, anche se con un miglioramento non importante come per la funzione sessuale.

Alle domande "FLASCH" il punteggio complessivo è sceso da 34,8 a 32,0 (-8%) dopo sei mesi e a 27,5 (-20,9%) dopo un anno. L'unico aspetto che migliora sensibilmente è quello sessuale (+15,4% dopo 12 mesi). Per quanto riguarda il monitoraggio ormonale, al t0 la prolattina è nel range di riferimento in tutti i soggetti; anche i valori medi del dosaggio del testosterone e della sua variante "testosterone libero" si mantengono nella zona bassa del range di normalità, anche se 11/20 pazienti presentano valori al di sotto dei valori normali.

Sembra che gli 8 pazienti che non hanno preferito la terapia, abbiano sofferto la maggiore attivazione cerebrale che il levometadone è in grado di causare.

Conclusioni

Dai risultati preliminari riportati possiamo desumere alcune evidenze, sia pure da confermare nell'ulteriore svolgersi dello studio: impostare il dosaggio del farmaco al 50% appare un'ottima strategia, ma esso va frequentemente corretto nel corso del tempo, fino ad un incremento di circa il 10%. Ciò incide anche sui costi sanitari del trattamento. D'altro canto il minore volume di conservazione implica un minore ingombro dei magazzini e spese di trasporto più esigue. Gli esami tossicologici evidenziano un certo fabbisogno di sedazione dei soggetti, che viene soddisfatto dall'uso di THC o di benzodiazepine. Appare evidente il miglioramento di alcune funzioni fisiologiche (alvo, funzione sessuale) che in alcuni casi rappresenta una buona soddisfazione dell'utenza. Per quanto attiene alla sfera relazionale si segnala un piccolo ma generalizzato aumento dell'insoddisfazione e quindi della distanza tra ciò che si desidera e come si vive. Tale sensazione di insoddisfazione si può spiegare anche grazie alla maggiore lucidità di pensiero e consapevolezza delle insufficienze insite nella sfera relazionale dei soggetti. Per quanto riguarda eventuali variazioni dei valori di laboratorio relativi alla sfera ormonale, risulta ancora prematuro esprimere qualsiasi parere. In conclusione, il levometadone è un ulteriore strumento terapeutico a disposizione dell'equipe per il trattamento di alcuni soggetti; almeno in questa prima fase, complice la novità del farmaco e l'ancora scarsa preparazione dei pazienti da parte dei Medici di riferimento, emerge che una percentuale non trascurabile dei soggetti (nello studio il 18,2%) incontra difficoltà legate alle caratteristiche attivanti del medicamento. Come sempre, una migliore qualità dell'accoglienza ed una maggiore preparazione delle équipes di riferimento dei pazienti

incidono certamente sull'esito delle terapie e sui rapporti costo/efficacia di un trattamento.

Bibliografia

1. Pharmacopsychiatry. 1996 Nov;29(6):212-5. *The efficacy of L-methadone and racemic methadone in substitution treatment for opiate addicts—a double-blind comparison.* Scherbaum N, Finkbeiner T, Leifert K, Gastpar M.
2. Br J Clin Pharmacol. 2004 Dec; 58(6): 609–617. doi: 10.1111/j.1365-2125.2004.02221.x *Subjective and physiological responses among racemic-methadone maintenance patients in relation to relative (S)- vs. (R)-methadone exposure.* T.B. Mitchell, K.R.Dyer, D.Newcombe, A.Salter, A.A.Somogyi, F.Bochner, and J.M.White
3. Eur J Pharmacol. 2015 Aug 5;760:1-6. doi: 10.1016/j.ejphar.2015.03.081. Epub 2015 Apr 17. ***Relationship between plasma concentrations of the l-enantiomer of methadone and response to methadone maintenance treatment.*** Meini M, Moncini M, Daini L, Giarratana T, Scaramelli D, Chericoni S, Stefanelli F, Rucci P.

2.2

DISASSUEFAZIONE DA PAINKILLERS CON METADONE: "DALLA PADELLA ALLA BRACE O ARMA VINCENTE"?

¹Fabio Guerrini, ²Liliana Formenti, ¹Massimo Daniele
¹Medico. ²Infermiera.

Ser.D. Corsico. D.S.M.D. ASST Rhodense

La tematica della diffusione in Italia dei principi attivi noti anche come *painkillers* è oramai da anni oggetto di riflessioni da parte degli operatori dei Servizi delle Dipendenze. Gli scenari che possono produrre potenziali pz per i Servizi sembrano essere due: il primo, legato alla migliorata accessibilità a tali prodotti dal mercato farmaceutico in un ambito legale e ben normato (per cui è appropriato definirli farmaci), il secondo correlato, in vece, alla recente "vivacità" del mercato illegale (confermata dai sequestri), in una "filiera" clandestina tipica delle "droghe", che desta preoccupazione anche per la propensione di alcuni consumatori a sperimentazioni di *painkillers* in mix con altre sostanze psicoattive. L'attenzione è quindi rivolta sia alla possibile stabilizzazione di un "Disturbo da Uso continuo", sia – e soprattutto – al rischio di incidenti "acuti" a causa della potenza e della affinità recettoriale spesso multiple di quelle della Morfina.

Emblematico è il caso del Fentanyl, oggetto di segnalazioni di intossicazioni acute, talvolta letali, causate dalla sua presenza -ignota al consumatore- in alcune "partite" di eroina (si veda, a questo proposito, la iniziativa della Regione Emilia Romagna di mettere a disposizione dei Ser.D e dei consumatori dei kit di riconoscimento del Fentanyl all'interno del prodotto acquistato).

Una riflessione va dedicata anche alla maggior accessibilità a questi principi attivi – quando utilizzati come farmaci – in seguito a quanto disposto dalla Legge 38/2010, il cui principio di base punta a riconoscere il dolore cronico benigno del tutto meritevole di essere contrastato con i farmaci più efficaci a disposizione; da ciò discendono: l'indicazione agli operatori sanitari di dedicare continua attenzione nel rilevare l'intensità del dolore dei loro pazienti e l'obiettivo di dare nuovo impulso ai progetti e ai protocolli correlati al raggiungimento degli "Ospedali senza dolore" i cui Comitati sono presenti dal 2001 dopo accordo stipulato tra Ministero e Regioni. È quindi evidente che una maggior flessibilità da parte dei medici a prescrivere i farmaci analgesici ed una migliorata accessibilità da parte dei

pazienti rispondono entrambe a criteri di umanità e civiltà assolutamente condivisibili. Le uniche note di preoccupazione sono, semmai, legate al rischio di iperprescrizione da parte dei primi o di una gestione disattenta e "leggera" da parte dei secondi con il risultato che, pur a partire da un contesto legale, vi possa essere uno "stravaso" di questi farmaci verso un mercato "grigio" (cessione/utilizzo illegali di un farmaco legale) oppure una sottovalutazione della loro potenziale pericolosità (anche solo quella iadditivai) rispetto ai benefici.

È verosimile che queste due tipologie di pz richiedano, a causa dei diversi profili di consumo sopra descritti, diverse modalità di "aggancio" e presa in carico anche per la presenza di altre frequenti differenze (età, stato di salute, propensione alla devianza, ecc). Da chiedersi, in vece, se il trattamento farmacologico di disassuefazione possa essere il medesimo per ambedue le tipologie. Comprensibilmente il "pensiero" ricade sul farmaco "sostitutivo" più noto nei nostri Servizi, il Metadone sciroppo, che potrebbe essere una "arma" terapeutica vincente in attesa di nuovi farmaci o nuove tecniche di disassuefazione. Tuttavia, in questo particolare ambito, il suo impiego deve essere ben ponderato sia per gli aspetti di farmacologia recettoriale sia per quelli legati alla induzione di un'altra dipendenza infine per la possibile riluttanza di alcuni pz nei suoi confronti. Il nostro Ser.D. ha avuto la possibilità di affrontare l'aspetto della disassuefazione da *painkillers* trattando con Metadone 2 pz fedelmente rappresentativi delle 2 diverse tipologie.

Di seguito la descrizione delle due differenti situazioni cliniche e le conseguenti riflessioni.

Paziente n° 1 (dipendenza da farmaco da regolare prescrizione medica)

Nel 2011 venne presa in carico una donna di 66 anni inviata da un Ambulatorio Oncologico di Terapia del Dolore. Dopo un intervento chirurgico demolitivo per un carcinoma, la pz era stata trattata con vari analgesici oppioidi, ma solo l'ultimo in ordine cronologico - Fentanil cps 400 mcg ad assorbimento oromucosale - sembrava procurarle sollievo. Prescrittore a dosaggi di 2400 mcg die a.b., ne assumeva 6000-7200 mcg die, ovvero fino a 18 volte al giorno anziché 6. La farmacocinetica di quella formulazione aveva contribuito allo sviluppo di una grave dipendenza che poco aveva a che vedere con la necessità analgesica. Di conseguenza la propensione della pz ad assumere condotte assimilabili al *doctor shopping* (anche al Ser.D) e le richieste di farmaco senza prescrizione alle farmacie territoriali incominciavano ad essere preoccupanti. I primi tentativi di disassuefazione ambulatoriale utilizzando diverse formulazioni di Fentanyl e/o SSRI e BZD, oppure Ossicodone 10 mg RP, furono inefficaci. Nel 2016, su sche-

ma consigliato dal Servizio di Medicina delle Dipendenze della A.O. Universitaria di Verona, si è deciso di provare un trattamento metadonico a basso dosaggio (5 mg + 5 mg die) seguito da incrementi di 5 mg la settimana per conseguire una iniziale riduzione del Fentanyl. Dopo circa 6 mesi la pz, in effetti, aveva ridotto del 50% il consumo di Fentanyl mediante assunzione di 20 mg + 20 mg di Metadone 5% die (+ Bromazepam gtt e Ossicodone). Successivamente, in regime ospedaliero, il dosaggio di Metadone venne aumentato fino a 20 +15 +30 mg die e quello di Fentanyl azzerato. Alla dimissione la pz veniva rinvia ai curanti sul territorio (Ser.D e Terapia del Dolore). Nel corso dei mesi successivi e fino a tutt'oggi ella non ha avuto *craving* per il Fentanyl (nessuna richiesta di prescrizione), ha "resettato" periodicamente, con il medico del Ser, il dosaggio di Metadone stabilizzandolo a 30 mg die (15+15), infine ha sospeso tutti gli altri farmaci psicoattivi associati (alcuni già alla dimissione dalla A.O.). Ad oggi la pz (over 70) si presenta mensilmente al Ser.D per il monitoraggio medico e per il ritiro del farmaco. Non sono emerse criticità di alcun tipo rispetto al Metadone in termini di pregiudizi della pz e dei suoi familiari, di gestione, di sicurezza e di maneggevolezza del farmaco.

Paziente n° 2 (dipendenza da farmaco illegalmente acquisito in assenza di prescrizione)

Dal 2011 al 2019 si è presentato più volte al Ser.D un giovane uomo di nazionalità egiziana che riferiva un consumo - del tutto voluttuario - di circa 20 cps al giorno di Tramadolo 200 mg, esordito nel Paese di origine. Con evidente flessione timica raccontava di essersi recato spesso anche al P.S. per episodi di autolesività. I primi tentativi di disassuefazione con Pregabalin, SSRI, BZD non hanno prodotto alcuna efficacia: il pz abbandonava sistematicamente il trattamento farmacologico. Da alcuni mesi, accertata la presenza del Tramadolo nella matrice urinaria, è stata attivata una terapia ambulatoriale con Metadone 5%, incrementato gradualmente sino a 90 mg die. A seguito di questo trattamento il consumo di Tramadolo è cessato e si è registrata una riduzione nella assunzione di altri farmaci (Pregabalin e BZD). Il pz non ha risolto il proprio disturbo dell'umore tuttavia ha ben consolidato l'"aggancio" con il Ser.D, presso il quale si presenta quotidianamente, ed è in condizione di poter svolgere un Programma Terapeutico multidisciplinare non solo, quindi, farmacologico.

Conclusioni

La diffusione dei prodotti *painkillers* in Italia è nota da tempo. Numerosi sono i rischi per i consumatori che li sperimentano nelle "formulazioni" illegali per via intravenosa, ma non si sottovaluti il problema della

dipendenza patologica che riguarda anche i consumatori del contesto legale, ovvero da motivata prescrizione medica. Due, quindi, le tipologie di pz che possono presentarsi all'attenzione dei Ser.D con proprie peculiarità e differenze. Diverse, si suppone, anche le modalità di presa in carico. Medesimo, in vece, potrebbe essere il trattamento farmacologico di disassuefazione. Nel nostro Ser.D, avendo a disposizione due pz appartenenti alle due diverse tipologie, abbiamo *testato* per entrambi (rispettivamente severa dipendenza da Fentanyl e severa dipendenza da Tramadolo) una disassuefazione con Metadone, pur con modalità diverse in base ad alcune peculiarità dei 2 pz (*in primis* età e comorbidità internistiche e psichiatriche). Una prima analisi, sebbene i due pz non abbiano ancora completato il proprio "percorso" clinico, ha evidenziato che il Metadone ha prodotto soddisfacente efficacia, buon profilo di tollerabilità, sufficiente maneggevolezza d'uso, scarsa propensione al *misuso* e alla *diversione*, bassi costi per il SSN, riduzione significativa dell'assunzione di altri farmaci psicoattivi. Non è da escludere, pertanto, che esso sia da proporre o riproporre quale farmaco d'elezione per la disassuefazione da alcuni *painkillers* accettando di buon grado il fatto che, per le sue caratteristiche farmacologiche, esso stesso richieda una assunzione protratta nel tempo.

Possiamo, quindi, sostenere che nel nostro Ser.D. questa duplice esperienza ha contribuito a superare alcune perplessità cliniche e potrà verosimilmente essere replicata con maggior efficienza anche perché, vista la maggior diffusione dei *painkillers*, è auspicabile che i Ser.D possano migliorare il livello di collaborazione con altri Servizi quali gli Ambulatori di Terapia del Dolore.

2.3

RISULTATI DEL TRATTAMENTO CON DAAS DI II GENERAZIONE DI UNA PARTICOLARE COHORTE DI PAZIENTI, AFFETTI DA MALATTIA DA VIRUS C, AVENTI COME CARATTERISTICA COMUNE LA TOSSICODIPENDENZA: CASISTICA PERSONALE

Vincenzo Iovinella*, Clara Baldassarre**, Fabio Curcio**, Marco Topa, Ferdinando Macri***, Carmine Mazzella****, Paola Bellomunno****, Stefano Vecchio****

* Responsabile del Centro Prescrittore dei farmaci ad alto costo per la cura dell'HCV, P.O. San Paolo, ASL Napoli 1 Centro,

** SERD 25, *** SERD 27, **** SERD 24

Premessa

Dall'aprile 2015 la Campania ha cominciato la dispensazione dei nuovi farmaci per la cura dei pazienti affetti da malattia cronica HCV correlata, con grado di fibrosi F3 ed F4, i DAAs (antivirali ad azione diretta) di II generazione e successivamente le linee guida nazionali hanno virato verso l'eradicazione dell'epatite da virus C aprendo il trattamento a tutti i soggetti infetti con ogni grado di fibrosi. In questo lavoro si riportano i dati di un sottogruppo di pazienti, tossicodipendenti, trattati presso il Centro Prescrittore dei farmaci ad alto costo per la cura dell'HCV del P.O. San Paolo, ASL NAPOLI 1 CENTRO.

Popolazione

I pazienti afferenti al nostro Centro, provenienti dai SERT cittadini, sono stati 255 ed hanno rappresentato il 24,2% della casistica generale. Le caratteristiche generali del gruppo hanno mostrato un'età media di 52 anni, nettamente inferiore alla popolazione complessiva del Centro (64), le femmine sono state 30 mentre la popolazione maschile era costituita da 225 persone. I sottotipi più rappresentati sono stati il genotipo 1a (103) ed il genotipo 3 (101). I Pazienti erano tutti in trattamento sostitutivo e non è stato necessario nessun aggiustamento posologico.

Risultati

I risultati come si evince dalle tabelle 1 e 2 sono stati molto lusinghieri: nell'ambito del trattamento solo 5

pazienti hanno relapsato di cui uno si è reinfectato. In tabella riportiamo dati dei pazienti trattati con i sottogruppi dei pazienti trattati con i farmaci attualmente più utilizzati.

Tabella 1

ETÀ MEDIA	52	VIREMIA	1273500	FIBROSI	15,1
MASCHI	225	FEMMINE	30		
GENOTIPO 1	103	GENOTIPO 2	2		
GENOTIPO 3	101	GENOTIPO 4	15		

Tabella 2

	VIREMIA	FIBROSI	GENOTIPO	GPT(F.T.)	PLT
PRIMA DI GIUGNO 2015	1866315	14,3	TUTTI	43	183000
DOPO GIUGNO 2015					
EPCLUSA	2458000	10,3	1	38	176125
	2560000	21	3	72	111282
MAVIRET	4560000	5	1	28	148156
	1600000	7	3	38	116000

Conclusioni

Sono stati riportati i dati di 255 soggetti tossicodipendenti (225 M e 30 F). I farmaci di ultima generazione utilizzati hanno avuto come caratteristica la brevità (56 giorni) o la semplificazione (1 cp per 84 giorni). Come si vede dalle tabelle l'apertura a tutte le categorie ha comportato una riduzione dell'età media, ed un innalzamento delle medie delle viremie. L'eradicazione in questa particolare categoria di pazienti è stata raggiunta grazie al lavoro di equipe che si è instaurato fra lo specialista epatologo ed il team degli operatori dei SERT attraverso un apposito protocollo di intesa autorizzato dalla Direzione Centrale dell'ASL Napoli 1 Centro.

2.4

TERAPIA FARMACOLOGICA SOSTITUTIVA CON FENOBARBITALE PER LA DETOSSIFICAZIONE DA BENZODIAZEPINE

Traversoni Sara¹, Cipriani Federico³, Sili Maria¹, Lanzi Cecilia², Mannaioni Guido¹

¹Dipartimento di Neuroscienze, Psicologia, Area del Farmaco e Salute del Bambino dell'Università degli Studi di Firenze

²SODc Tossicologia Medica Azienda Ospedaliero universitaria Careggi, Largo Brambilla 3, Firenze

³Scuola di Scienze della salute, Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Firenze

Introduzione

Le benzodiazepine (BDZ) sono tra le classi di farmaci più comunemente prescritte, non necessariamente in un *setting* specialistico¹. I livelli di prescrizione sono molto elevati e il disturbo di uso da benzodiazepine (nonché i decessi per overdose e le visite al pronto soccorso correlate alle benzodiazepine sono problemi di salute pubblica in netta crescita². L'assunzione protratta di questa classe di farmaci ansiolitici/ipnotici provoca l'instaurarsi di meccanismi di tolleranza, dipendenza e sindrome da astinenza da sospensione che spesso necessitano un intervento specialistico. Il fenobarbitale, per la sua sicurezza, il basso costo e la buona tollerabilità è, nella nostra esperienza, da considerare una valida strategia terapeutica sostitutiva, delle benzodiazepine.

Scopo della ricerca

Il fenobarbitale è utilizzato da molto tempo per la detossificazione da abuso di BDZ per diverse caratteristiche: la lunga emivita, la buona tollerabilità e sicurezza, la tolleranza crociata e la versatilità d'uso lo rendono un farmaco molto utile in pazienti con disturbo da uso di BDZ³. Questo studio si propone l'obiettivo di validare l'efficacia terapeutica del protocollo detossificante da BDZ con la sostituzione di queste molecole con una dose equivalente di fenobarbitale.

Metodo

È stata effettuata un'analisi retrospettiva su una coorte di pazienti trattati per abuso di BDZ negli anni dal 2006/2018 presso la SODc Di Tossicologia Medica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi,

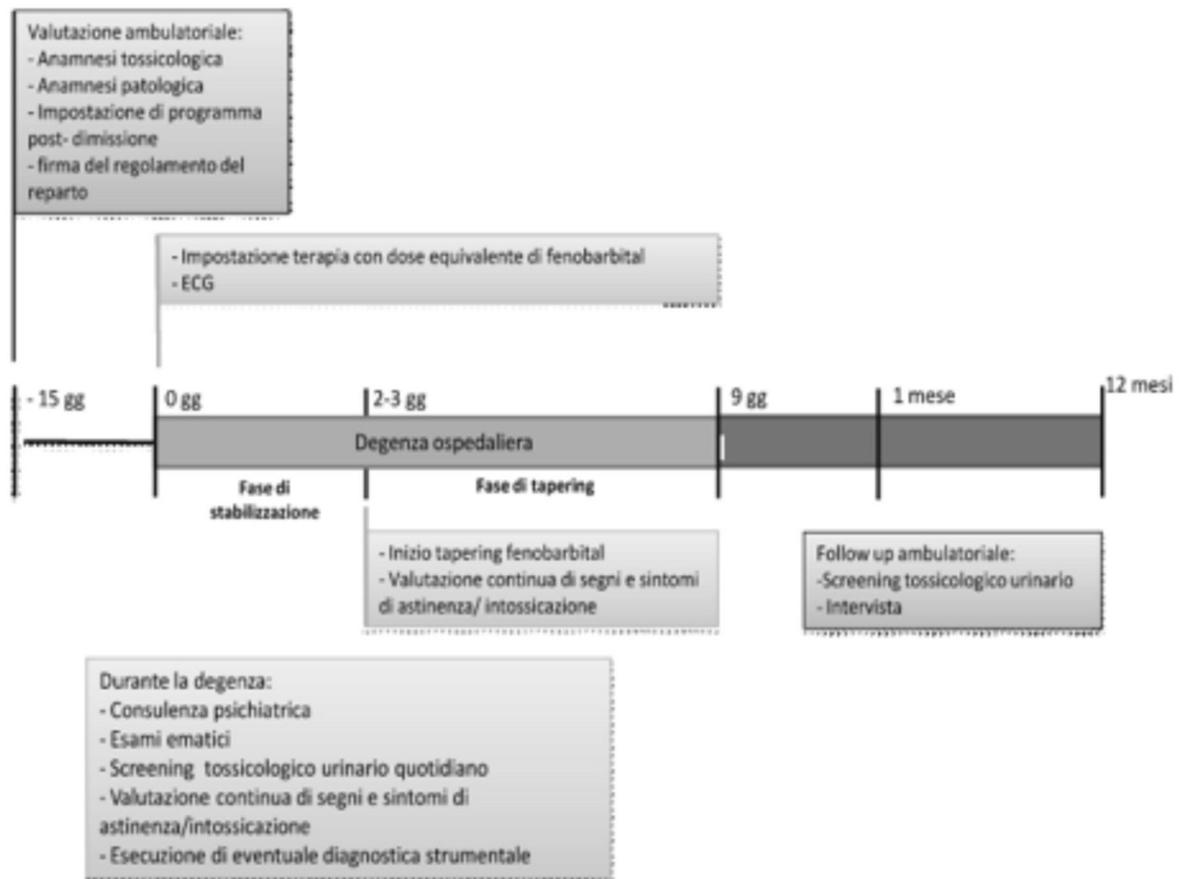
in regime di ricovero. La posologia del fenobarbitale somministrata ai pazienti non è stata calcolata solo in dose equivalente ma anche e soprattutto in base alla clinica del singolo paziente e cioè nella quantità di fenobarbitale necessaria per prevenire l'insorgenza di gravi segni o sintomi di astinenza (mai superiore alla dose terapeutica massima)³. Il *tapering* graduale del farmaco è stato condotto secondo lo schema classico di Smith e Wesson per la detossificazione da barbiturici⁴ con termine variabile a seconda della risposta clinica del paziente.

Risultati

Sono state analizzate le cartelle cliniche di 168 pazienti, 98 maschi e 70 femmine di età compresa tra 21 e 88 anni, età media 42 anni. Le BDZ maggiormente oggetto di abuso sono risultate essere quelle a emivita breve/internedia (lormetazepam e lorazepam). Il tasso di non recidiva entro un anno è stato del 54%. L'analisi effettuata con modelli di regressione logistica uni e multivariata sulla recidiva a dodici mesi ha permesso di sottolineare come sesso maschile, co-abuso di sostanze stupefacenti e terapia concomitante con gabapentin costituiscono fattori di rischio di recidiva, mentre una adeguata terapia antidepressiva, terapia con trazodone (spesso inserito a scopo ipnoinducente), possono essere considerati fattori protettivi nei confronti di un nuovo abuso.

Conclusioni

Pur riconoscendo la necessità di ulteriori studi con gruppi di controllo e con altri trattamenti comparati, si può affermare che il protocollo d'intervento da noi consolidato nel corso di numerosi anni di pratica clinica si pone come opzione terapeutica sicura ed economica per il trattamento della dipendenza da BDZ, in uno scenario globale di assenza di linee guida condivise.

Figura 1 – Schema del protocollo terapeutico**Figura 1** – Schema del protocollo terapeutico**Referenze**

- Hood SD, Norman A, Hince DA., Melichar JK, Hulse GK. Benzodiazepine dependence and its treatment with low dose flumazenil. *Br J Clin Pharmacol*, 2014 Feb;77(2):285-94.
- Votaw VR, Geyer R, Rieselbach MM, McHugh RK. The epidemiology of benzodiazepine misuse: A systematic review. *Drug Alcohol Depend*, 2019 Jul 1;200:95-114.
- Kawasaki SS1, Jacapraro JS, Rastegar DA. Safety and effectiveness of a fixed-dose phenobarbital protocol for inpatient benzodiazepine detoxification. *J Subst Abuse Treat*, 2012 Oct;43(3):331-4.
- Smith DE, Wesson DR. Phenobarbital technique for treatment of barbiturate dependence. *Arch Gen Psychiatry*, 24:56-60.1971.

AREA TEMATICA 3

L'intercettazione precoce: strategie e modelli di intervento

3.1

PUNTO INTERVENTO DIPENDENZE (P.I.D.): AGGANCIO PRECOCE SUL TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Cinzia Assi, Morena Martini, Nicoletta Cesari, Marta Torriani, Giuseppe Fiorentino, Annalisa Pistuddi, Rosandra Ferrario, Giovanna Parravicini, Alfio Lucchini

DSMD ASST Melegnano-Martesana (Milano)

Francesco Celestina, Daniela Rosella, Cristina Greco, Cristina Gallione

Azienda Sociale ASSEMI (San Donato Milanese, Milano)

Il PID situato presso la sede distrettuale di ASSEMI in via Sergnano a San Donato Milanese è attivo dal 1 giugno 2015. Tale spazio è stato pensato in seguito a una valutazione sulle rilevazioni epidemiologiche dei dati di consumo rilevati sul territorio della ASL MI2 (IPSPAD e ESPAD nonché dati di Report dell'Osservatorio Epidemiologico del Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL MI2) ed è nato a partire dalla stretta collaborazione con ASSEMI, che è l'Azienda Sociale Sud - Est Milano nel territorio del Distretto Sociale Sud Est Milano che insiste sul territorio del Distretto Socio-sanitario di San Giuliano Milanese (Ambito n.2 ASL MI2). Una precedente sperimentazione aveva sottolineato l'importanza della presa in carico integrata delle situazioni complesse. Tale presa in carico era più efficace quanto più l'aggancio ai Servizi avveniva precocemente rispetto alla comparsa delle problematiche e tanto più i Servizi che concorrevano ad attivarla lavoravano in rete. Era già stato per questo attivato con un accordo di programma tra l'Azienda Ospedaliera di Melegnano - CPS, UONPIA-, l'ASL MI2 - SerD- e ASSEMI - Servizi Minori e Famiglia dell'ex ambito distrettuale n.2 un gruppo di valutazione clinica dei casi complessi che afferivano a più servizi per garantire una presa in carico integrata che attivasse processi virtuosi. Dal 2014 sempre in quest'area è attivo un Piano territoriale di prevenzione e contrasto al Gioco di Azzardo Patologico che ha previsto sia l'attivazione di interventi preventivi sul territorio sia il favorire l'aggancio pre-

coce di questi soggetti ai Servizi.

Dalla valutazione di tali interventi e dalle rilevazioni epidemiologiche l'ASL MI2 e ASSEMI si è convenuto di attivare una attività chiamata PID (PUNTO INTERVENTO DIPENDENZE).

Tale attività è rivolta principalmente a:

- minori o giovani adulti (<25 anni) con eventuali problematiche di uso/dipendenza da sostanze legali/illegali e/o gioco d'azzardo patologico;
- genitori di minori con eventuali problematiche di dipendenza, anche in presenza di segnalazioni all'Autorità Giudiziaria;
- persone con problemi di alcoldipendenza e loro famigliari
- persone con problemi di gioco d'azzardo patologico e loro famigliari

IL PID

- intercetta precocemente situazioni di disagio giovanile legato a consumi o abuso di sostanze (aggancio precoce)
- è un luogo di prossimità per favorire l'accesso ai Servizi di persone adulte che abbiano difficoltà logistiche o di altro tipo a raggiungere le sedi istituzionali.
- offre una facilitazione all'integrazione socio-sanitaria, dato che la sua ubicazione agevola la possibilità di effettuare incontri di rete fra Servizi (UONPIA, Servizi Sociali Minori, CPS, SerT/NOA) che a vario titolo sono chiamati alla cura o all'intervento su casi complessi.

Infatti una delle grandi risorse messe a disposizione dal PID è l'avvio precoce di presa in carico integrata da più Servizi sia sanitari, sociosanitari e sociali del territorio.

Questo perché i dati clinici ed epidemiologici suggeriscono che l'aggancio precoce e la presa in carico precoce influiscono sull'esito positivo dei trattamenti.

La prima attività offerta si è concentrata in 2 pomeriggi alla settimana, il mercoledì e giovedì dalle 14,00 alle 18,00, con la presenza di operatori di équipe multiprofessionali del SerT di Vizzolo Predabissi e della UOS NOA e Comportamenti di Addiction di Pieve Emanuele: vi gravitano 1 medico, 2 assistenti sociali e 3 psicologi. Vi si accede previo appuntamento, contattando un numero verde e l'accesso non prevede alcuna lista d'attesa.

Dal 1/03/2016 questa équipe è stata integrata dalla presenza di 1 psicologo e 1 pedagogo, grazie al progetto Passi Prossimi (attivo fino al prossimo dicembre 2017) a titolarità di ASSEMI: questo progetto prevede infatti sui Comuni di San Donato Milanese e San

Giuliano Milanese interventi di prossimità e di aggancio precoce che chiamano in causa la mission di intervento del PID ed in particolare vuole costituire un'attività che faciliti l'accesso ai Servizi di minori o giovani adulti, anche attraverso l'attivazione di percorsi di formazione verso gli adulti che esercitano responsabilità educative. Il PID non vuole sostituirsi ai Servizi accreditati, ma fa da ponte verso di essi ove necessario e fa da primo appoggio a situazioni delicate (riguardanti in particolare minorenni e adolescenti problematici con le loro famiglie) permettendo un confronto fra vari attori con l'intento di incidere precocemente e in modo più discreto sul disagio rilevato.

Rappresenta inoltre un servizio di prossimità agile e di facile accesso.

Dall'analisi di questo tipo di attività (giugno 2015-agosto 2019) si possono fare alcune considerazioni. Probabilmente anche grazie alla capillare informazione e al materiale informativo prodotto sulla nascita di questo nuovo tipo di intervento, si sono moltiplicati i canali di invio al PID.

Agli accessi volontari, che generalmente rappresentano il primo canale di invio ai Servizi SerT/ NOA del territorio si sono aggiunti in misura significativa l'invio dai Servizi di Cura (CPS, SPDC e altri Reparti Ospedalieri) e dai Servizi Sociali Comunali (già molto sensibilizzati attraverso il Piano Territoriale di prevenzione e contrasto per il Gioco d' Azzardo Patologico) soprattutto per quanto riguarda le persone con problemi di dipendenza da alcol o GAP.

Per quanto riguarda i minori o giovani adulti, l'invio prevalente nasce dallo stretto contatto con i Servizi Minori e Famiglia Comunali, con la UONPIA territoriale e con il Consultorio Adolescenti di San Donato Milanese.

Spesso i minori fruiscono di questo spazio consulenziale perché sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria (17 su 57) o perché già seguiti da un Servizio Minori e famiglia (n.35 su 57).

Da una prima valutazione si può evincere che questo piccolo spazio aperto in maniera più capillare sul territorio di prossimità sicuramente ha facilitato l'accesso di tutti i tipi di target.

Inoltre la presenza di varie figure professionali permette un aggancio precoce e una valutazione "agile" delle problematiche della persona e l'eventuale invio per un intervento specialistico.

Sono state intercettate in questi anni 151 persone (57 minori, 12 coppie di genitori, 40 persone con problemi di GAP e 42 persone con problemi di alcol): di queste solo il 10 % avevano già ricevuto un precedente intervento trattamentale (quindi il 90% degli utenti si rivolgeva per la prima volta al Servizio). Di queste persone 57 erano minori, 82 adulti per problemi alcolcorrelati e GAP, 12 consulenze a genitori.

La non connotazione del Servizio ha probabilmente reso più facile l'accesso a minori e giovani adulti (30%) e anche le donne sono maggiormente rappresentate (25%).

È anche significativa la ritenzione in trattamento, che riguarda il 62% dell'utenza con una significativa diminuzione dei drop-out.

Un altro dato interessante è che solo per 9 minori utenti su 57 si è reso necessario l'inserimento in strutture residenziali, sottolineando dunque l'importanza dell'intervento integrato sul territorio.

3.2

LA RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI E IL TRIBUNALE PER I MINORENNI COME STRUMENTO DI INTERCETTAZIONE PRECOCE DI GENITORI CON DIAGNOSI DI ABUSO O DIPENDENZA DA SOSTANZE STUPEFACENTI ED ALCOL

Naselli Francesca Giusi, Cagnana Francesca, Rispoli Marta, Gallorini Tiziana, Bruno Federico
Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, SerT Distretto 9, ASL3 Genova

Premessa

Si è riscontrato, negli anni 2014-2015, un aumento di invii da parte del Tribunale per i Minorenni per accertamenti rispetto a situazioni di violenza familiare in genitori con possibile uso di sostanze stupefacenti e/o alcol. Contestualmente si è registrato un aumento delle gravidanze nelle pazienti tossicodipendenti in carico al servizio, con conseguente incremento delle segnalazioni ai Servizi Sociali e al Tribunale per i Minorenni. Questa realtà ha determinato la necessità di perfezionare l'appropriatezza degli interventi di fronte a situazioni socio-sanitarie sempre più complesse, in un'ottica anche di prevenzione primaria rispetto al maltrattamento nell'infanzia e alla prevenzione dei disturbi psicopatologici ad esso correlati (1). Contestualmente i servizi sociali del territorio, esprimevano il bisogno di nuove forme di collaborazione rispetto a questo tema.

Obiettivo

Migliorare la gestione delle attività cliniche rivolte ai genitori inviati dal Tribunale per i Minorenni e favorire l'attivazione di fattori protettivi per i minori coinvolti. Creazione di un tavolo di lavoro tra SerT, Salute Mentale, Consultorio, Servizi Sociali e Tribunale per i Minorenni per la realizzazione di un protocollo sperimentale all'interno del Distretto Socio-Sanitario 9 dell'ASL 3 di Genova. Verificare se attraverso queste azioni, sia possibile intercettare precocemente situazioni di tossicodipendenza e alcol-dipendenza non note.

Metodo

STUDIO OSSERVAZIONALE

Raccolta dei dati (dal 2015 al 2018) relativi ai casi in

cui sono coinvolti minori e il Tribunale per i Minorenni, vale a dire genitori residenti nel nostro distretto socio-sanitario inviati con l'obiettivo di escludere o confermare una diagnosi di abuso o dipendenza da stupefacenti e/o alcol. L'indagine ha compreso anche le segnalazioni del SerT al tribunale rispetto a casi già in carico. È stato eseguito un follow-up ad un anno e a tre anni rispetto agli esiti.

STANDARDIZZAZIONE DEL PERCORSO DIAGNOSTICO E CLINICO

La procedura interna si esplicita in una fase di valutazione multidisciplinare psicologica e psichiatrica per un inquadramento ad ampio raggio (sia sulla dipendenza che sulle dinamiche familiari interconnesse) della durata di due mesi. Contestualmente è presente un monitoraggio tossicologico attraverso l'esame della matrice cheratinica nella fase di valutazione iniziale (con l'acquisizione di dati relativi agli ultimi tre mesi), seguono esami tossicologici su urina bisettimanali della durata di tre mesi e un esame tossicologico su matrice cheratinica dopo sei mesi dall'inizio dell'indagine diagnostica. Tale strategia permette di avere un'analisi tossicologica complessiva di nove mesi. I test ricercano alcol (etiglucuronide), benzodiazepine, cocaina, oppioidi, metadone, buprenorfina, anfetamine, metanfetamine e cannabinoidi in considerazione del frequente poliabuso (ad esempio alcol e cocaina) con test di conferma in caso di positività. In caso in cui la valutazione dia esito positivo si propone una presa in carico attraverso la stesura di un progetto individualizzato.

PROTOCOLLO SPERIMENTALE INTER-SERVIZI DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 9

La condivisione della necessità di efficientare il lavoro di rete tra servizi e tribunale ha portato ad un confronto rispetto agli specifici mandati istituzionali dei singoli interlocutori; ciò ha permesso di creare flussi comunicativi più semplici migliorando il lavoro di ognuno. Il Tribunale per i Minorenni, limitatamente ai casi del Distretto 9, invia il provvedimento direttamente ai servizi coinvolti (in passato i provvedimenti dovevano essere richiesti ai Servizi Sociali e in molti casi giungevano a valutazione iniziata). Il SerT si impegna a redigere due relazioni una alla fine della valutazione (fatte salve situazioni d'urgenza) dopo tre mesi e la successiva dopo sei mesi dall'inizio dell'osservazione. I Servizi Sociali raccolgono le relazioni di tutti i servizi sanitari coinvolti (SerT, Neuropsichiatria Infantile, Consultorio, Salute Mentale), le inviano unitamente al magistrato e per conoscenza a tutti i servizi. In questo modo si crea un circolo virtuoso che permette di implementare reciprocamente il lavoro dei singoli servizi coinvolti.

Risultati e discussione

STUDIO OSSERVAZIONALE

Il campione studiato, su una popolazione di 124.203 (tasso 0.091), è composto da 114 soggetti (52 madri, 58 padri e 4 familiari di II grado). Sono state seguite 23 coppie di genitori. Su 52 madri, 12 erano in stato di gravidanza. Nei nuclei familiari osservati sono coinvolti 186 bambini e ragazzi. 18 Madri (15 con Diagnosi Positiva; 3 a rischio per stili di vita inadeguati) e 34 Padri (20 con Diagnosi Positiva; 14 a rischio per stili di vita inadeguati) sono diventati noti ai servizi grazie a un provvedimento giuridico. Il 75% di questa popolazione è risultata essere una popolazione con compromissione del funzionamento interpersonale e del sé. L'indagine ha permesso inoltre di evidenziare la complessità di questo campione, dato non solo dalla presenza di diagnosi di dipendenza, ma anche di individui con comorbidità con altre patologie psichiatriche. Tali aspetti sono risultati fattori decisivi nella stesura del progetto di presa in carico del nucleo familiare e di attivazione della rete protettiva per i minori coinvolti. I pazienti già seguiti al SerT con un provvedimento (evento che sollecita diversi vissuti di controllo) hanno risposto in termini positivi alla richiesta di sottoporsi a un percorso di valutazione dimostrando una buona *compliance* al percorso e una buona ritenzione al trattamento. Tre dei pazienti in carico sono risultati essere in remissione protratta.

STANDARDIZZAZIONE DEL PERCORSO DIAGNOSTICO E CLINICO

La standardizzazione del percorso, in particolare della fase di valutazione, ha determinato un miglioramento della compliance degli utenti che, soprattutto al primo incontro, riportavano vissuti e atteggiamenti oppositivi. Ha permesso inoltre di garantire una valutazione clinica omogenea limitando i condizionamenti autoreferenziali degli operatori in un contesto molto impegnativo sul piano emotivo (durante gli anni di valutazione si sono verificati tre decessi tra i genitori).

PROTOCOLLO SPERIMENTALE INTER-SERVIZI DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 9

Il miglioramento del rapporto inter-personale tra gli operatori dei vari servizi ha permesso di approfondire i campi di collaborazione e di instaurare percorsi formativi condivisi in particolare con i servizi sociali.

Conclusioni

Questo lavoro di rete è risultato efficace nell'aumentare in termini numerici la possibilità di intercettare persone dipendenti e di migliorare la qualità degli interventi terapeutici. Ciò è stato tanto più importante in quanto si è tratto di genitori con figli minori la cui vita potrà essere maggiormente tutelata. L'elevato numero

di diagnosi positive dimostra l'appropriatezza della segnalazione da parte del Tribunale per i Minorenni di Genova. Gli operatori e i giudici coinvolti hanno apprezzato il miglioramento dei flussi informativi e gli operatori del Ser.T hanno valutato positivamente la standardizzazione delle procedure. Il lavoro clinico con i genitori ha permesso in tutti i casi di fornire a ognuno uno spazio di ascolto terapeutico e nel contempo di promuovere un'azione di promozione della salute e di prevenzione ad ampio spettro. Il follow-up a tre anni ha dimostrato come le prese in carico si caratterizzino come multi-professionali e prevedano interventi di tipo ambulatoriale, residenziale e di riabilitazione sociale protratti per molti anni.

Bibliografia

1. Felitti V.J. (2009) *Adverse Childhood Experiences and Adult Health (Editorial)* "Academic Pediatrics" vol. 9, pp.131-132

3.3

PROGETTO MYSPLACE INTERVENTI PRECOCI NELL'AMBITO DELLA PREVENZIONE/TRATTAMENTO COMPORTAMENTI A RISCHIO NEL- L'ADOLESCENTE

**Margherita Dolcino, Nicoletta Vaccamorta,
Sara Carboni, Angelo Carta, Chiara Cecchi,
Davide Dondero, Eleonora Gallarati, Laura Penco**

*Progetto MySpace ASL 3 genovese,
in gestione ATI Ceis Genova, A.F.E.T. Aquilone Onlus,
MA.RIS, Ass.ne Comunità S. Benedetto al Porto*

MySpace è un progetto del SerT ASL 3 Genova, gestito in ATI (Associazione Temporanea di Impresa) da Ceis Genova, Coop Ma.Ris, Afet Aquilone Onlus, e Associazione Comunità San Benedetto al Porto. Si rivolge, da oltre 10 anni, a ragazzi e ragazze dai 14 ai 24 anni a rischio di dipendenza patologica.

I fattori di rischio sui quali interviene il centro sono:

- comportamenti autodistruttivi (uso e abuso di sostanze, etc.)
- comportamenti autolesivi
- comportamenti delinquenziali
- comportamenti antisociali
- ritiro sociale
- scarso rendimento scolastico (esclusione, abbandono, non frequenza, etc.)

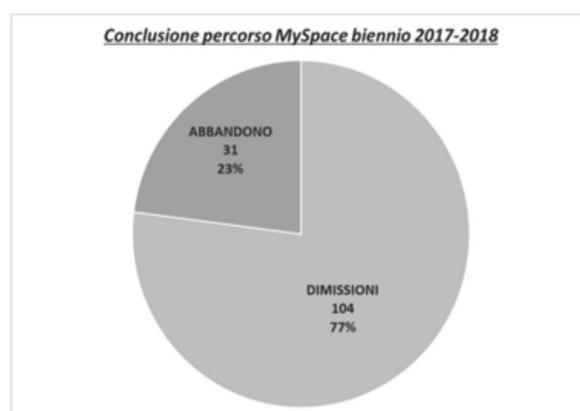
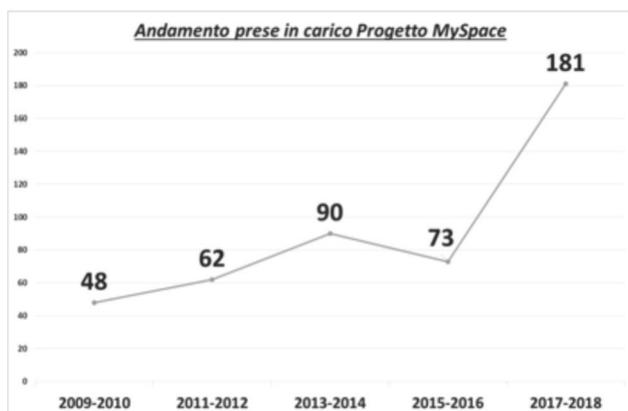
MySpace si caratterizza per la flessibilità di intervento. I progetti sviluppati con e per gli adolescenti hanno l'obiettivo di sostenere le potenzialità e mettere in atto le risorse proprie dell'utente, in modo da interrompere i comportamenti a rischio e sintomatici di altri problemi. Il percorso intrapreso con i ragazzi ha obiettivi a breve e a medio termine per rendere il più possibile concreto l'intervento e implementare le risorse

dei ragazzi coinvolti. Il progetto educativo è condiviso con il servizio segnalante e la famiglia, laddove necessita si attiva anche il sostegno alla genitorialità e il sostegno psicologico ai ragazzi. Il progetto è individuale ed è sviluppato al fine di renderlo il più possibile consono allo sviluppo dell'autonomia/benessere della persona coinvolta.

Il Piano di trattamento individuale (PTI) prevede il monitoraggio e la valutazione del progetto educativo, dei rapporti con la rete e il raggiungimento degli obiettivi.

La metodologia privilegia un approccio misto, tra la flessibilità di intervento e la strutturazione del processo per poter sostenere e sviluppare le potenzialità dell'utente, mettendo in atto le risorse personali attraverso azioni concrete e obiettivi specifici.

In questi oltre dieci anni di attività come Progetto MySpace abbiamo assistito al cambiamento ed alla affermazione di nuovi bisogni da parte dell'utenza inviata. Nel corso degli anni abbiamo "reiventato" strumenti atti a sostenere il processo creativo dei ragazzi. La ricerca di un nuovo assetto narcisistico, il riposizionamento delle relazioni interpersonali, la costruzione di una autonomia ancorché fragile unitamente alla maturazione di un percorso cognitivo ancora da compiersi, rendono il periodo adolescenziale un momento di grossa difficoltà, che impone la comprensione ed il sostegno attraverso la messa in evidenza delle risorse esistenti presenti sia interiormente che nell'ambiente di riferimento. Quello che inizialmente facciamo è una sorta di rilettura della situazione che ha portato il ragazzo o chi per lui, a chiedere aiuto. Riteniamo che l'utilizzo di sostanze stupefacenti sia un sintomo espressione di una condizione psicologica più complessa che necessiti di essere adeguatamente indagata attraverso gli strumenti educativi di cui disponiamo. Tale sintomo non deve essere scambiato per una identità consolidata. L'attenzione sulle modalità di assunzione e sui fattori di rischio legati all'abuso ci permettono di avvicinare i ragazzi senza alcun pregiudizio nella convinzione che la plasticità dell'età adolescenziale necessiti anche di una fase di sperimentazione volta ad affrontare crisi evolutive necessarie alla



Denominazione fase		Strumenti
A.	Fase di presa in carico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A1. Scheda anagrafica ▪ A2. Valutazione iniziale da parte dell'equipe ▪ A3. Scheda di presa in carico ▪ A4. Progetto educativo concordato con il soggetto segnalante ▪ A5. Contratto di adesione al progetto MySpace ▪ A6. Questionario della salute
B.	Valutazione intermedia del progetto	<ul style="list-style-type: none"> ▪ B1. Scheda di valutazione e monitoraggio del progetto ▪ B2. Prestazioni eseguite (rilevate da programma MFP/Ge.Di in uso presso il Ser.T) ▪ B3. Scheda di riprogettazione del percorso
C.	Valutazione finale del progetto	<ul style="list-style-type: none"> ▪ C1. Questionario della salute ▪ C2. Diario clinico MFP/Ge.Di ▪ C3. Scheda di valutazione e chiusura del progetto ▪ C4. Prestazioni eseguite (rilevate da programma MFP/Ge.Di in uso presso il Ser.T) ▪ C5. Relazione finale

costruzione di una individualità autonoma. Per far ciò ci accostiamo soprattutto a tutte le "altre attività" che costellano il mondo dei ragazzi nella loro quotidianità, dando sostegno e voce anche a quei piccoli segnali spesso sottovalutati dagli stessi ragazzi, nella convinzione che, se sufficientemente supportati, possano divenire qualcosa di predominante nella vita del ragazzo/a, tanto quanto l'attrazione per la sostanza. In questo nostro lavoro evidenziamo quanto parlare di adolescenti che utilizzano sostanze stupefacenti, sia sempre e comunque parlare di "adolescenze" al fine di trovare specificità individuali e non modelli universali e generalizzati di trattamento.

Un minimo di struttura per un massimo di creatività ci consente di agire la flessibilità negli interventi, nel rispetto di una metodologia di base definita da strumenti e contratto terapeutico con il ragazzo. Il progetto verte sul rendere l'adolescente che fa utilizzo di sostanze, comunque protagonista del percorso. Presenteremo quindi: dati relativi a 10 anni di attività con particolare riferimento agli ultimi tre anni: attività promosse, dossier di un caso quale strumento rappresentativo dello stile di lavoro e del metodo clinico/pedagogico, attività e strumenti svolti con i genitori.

3.4

IL NEO-FUNZIONALISMO NELLA STRATEGIA D'INTERCETTAZIONE PRECOCE DELLE ALTERAZIONI DEL SÈ IN ADOLESCENZA COME MODELLO DI INTERVENTO PER IL LORO RECUPERO

Guido Faillace, *Direttore Dipendenze Patologiche ASP Trapani*

Caterina Di Giovanni, *Dirigente Pedagogista Ser.D. Alcamo, ASP Trapani*

La conoscenza che oggi abbiamo sui *Funzionamenti* dell'uomo e la presenza di approcci multidisciplinari e multidimensionali all'interno dei Ser.D ci consentono di considerare la persona nella sua *interezza e complessità* e progettare una pratica d'intervento coerente con tali presupposti.

Nella costruzione delle *buone prassi* un apporto fondamentale ci viene dato dal *Neo-Funzionalismo*, che senza dubbio può rappresentare un passo utile nello sviluppo del pensiero scientifico verso la complessità, volge altresì sempre maggiore attenzione verso una conoscenza più completa del *Funzionamento* profondo degli esseri umani, aprendo i confini tra psicologia, medicina, biologia, fisiologia, per indirizzarsi costantemente verso una gestione piena efficace e integrata della salute e del benessere, individuale e sociale.

I Funzionamenti di fondo (Rispoli 1993, 2004, 2011, 2016) sono le *radici* dell'agire nelle diverse situazioni di vita e danno origine a numerosi elementi che caratterizzano in modo profondo il poter star bene, il poter essere efficaci nella vita, il funzionare pienamente o meno.

Un intervento sulla persona nella sua interezza, sia psicoterapico, di prevenzione, pedagogico o rieducativo, non può prescindere dal recuperare quei *Funzionamenti di fondo* che, nel corso della vita, per situazioni varie, si sono alterati, chiusi, risultano carenti o inquinati. È fondamentale intercettare, dunque, durante tutta l'età evolutiva i segnali, le "tracce" lasciate da Esperienze primarie non positive, che si ritrovano (...) in tutte le *Funzioni psicocorporee*, come prodomi precoci di patologie e problemi.

Esplosioni di malattie, problemi comportamentali, difficoltà sociali, insuccessi scolastici, disturbi del linguaggio, bullismo, rischi di tossicodipendenza, non sorgono

mai improvvisamente, ma sono l'evoluzione di alterazioni già da molto tempo in atto. Non sono (...) "i sintomi" che devono venire presi in considerazione per uno screening precoce e approfondito, non sono solo le alterazioni patologiche *evidenti*, ma un insieme di fattori: elementi che possono anche essere sottili e profondi, ma che noi oggi siamo in grado di rilevare con sufficiente precisione. È possibile, così, fare previsioni abbastanza attendibili sul rischio di disturbi futuri, e formulare ipotesi, anche sul tipo di disturbi che potranno intervenire, su quale versante essi si potranno presentare. (...) I segni precoci che possono darci conto del *Funzionamento* complessivo (...) sono numerosi, non sempre evidenti, e spesso molto differenti da quelli che tradizionalmente vengono presi in considerazione (proprio perché antecedenti ai disturbi veri e propri). Inoltre, i segni precoci devono riguardare, per avere una certa capacità predittiva, necessariamente tutti i livelli di *Funzionamento* dell'*Organismo*, tutti i piani del SÈ, in una visione multidimensionale e complessiva." (Rispoli, 2004, pag. 299-300).

Nell'ambito delle attività di prevenzione rivolte agli studenti degli Istituti d'Istruzione Secondaria Superiore del territorio, il Servizio per le Dipendenze Patologiche di Alcamo ASP n°9 TP organizza progetti finalizzati all'intercettazione precoce di alterazioni del SÈ e alla promozione di percorsi psicocorporei di riequilibrio dei Funzionamenti di Fondo, che permettono un ritorno al Benessere, secondo l'ottica del Neo-Funzionalismo (Rispoli, 2016).

Progettare il Benessere con la visione del Neo-Funzionalismo vuol dire utilizzare:

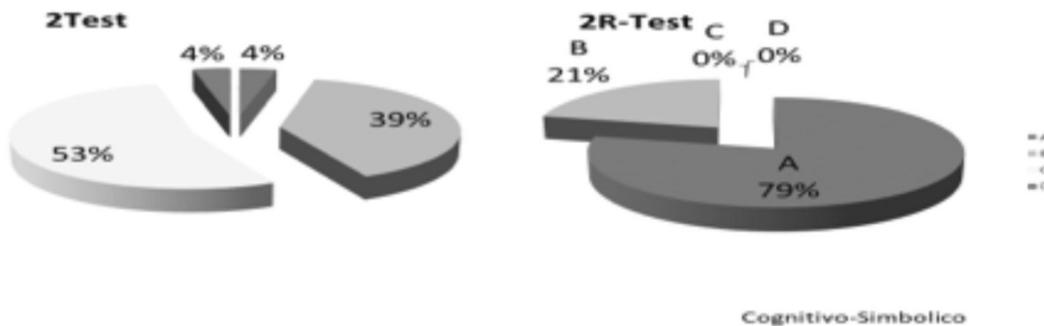
- Una epistemologia di riferimento che guarda alla persona nella sua interezza e complessità
- Una metodologia operativa integrata e direttiva
- Tecniche Funzionali dettagliate, finalizzate all'attraversamento specifico di Esperienze Basilari del SÈ (EBS), che favoriscono la riapertura di quei Funzionamenti di fondo che permettono l'accesso al Benessere.

Il Ser.D. di Alcamo ha sempre dato grande spazio agli incontri con gli adolescenti, in quanto essi attraversano un momento delicato di crescita (con i pericoli di strutturazione di devianza sociale, di nascita di situazioni di dipendenza patologica, esordi di psicosi) ed ha attivato, sin dal 2001, svariati percorsi per la promozione del Benessere.

Nei nostri laboratori si interviene per favorire un riequilibrio e una riarmonizzazione di tutta l'organizzazione Funzionale del SÈ. Vengono riaperti Funzionamenti che erano chiusi, stereotipati, limitati e scollegati. E nello stesso tempo vengono riattraversate e recuperate le EBS carenti, che così ritornano a far parte del bagaglio permanente di capacità della persona (Rispoli, 2004). Conoscere il Funzionamento della persona e le relative possibili alterazioni permette di intervenire adeguata-

Grafico n°1

E. B. S.: Essere Portati



Cognitivo-Simbolico

mente riequilibrando il Funzionamento del SÈ, aprendo condizioni di Benessere nel presente e creando i presupposti per un Benessere futuro.

Si riporta di seguito l'esperienza Funzionale di 50 adolescenti (17-19 anni), frequentanti la quarta classe di un Istituto superiore del territorio di pertinenza del Ser.D., che hanno aderito volontariamente ai laboratori sul Benessere e alla somministrazione individuale della scheda Rispoli 2011 prima e dopo l'esperienza, avvenuta durante l'anno scolastico 2017/2018.

Per una verifica più obiettiva del lavoro vengono, però, considerate solo le valutazioni dei soggetti presenti almeno al 75% di tutto il percorso formativo (n° 28 studenti).

L'osservazione dei valori C+D, indicatori delle alterazioni Funzionali del SÈ, ha evidenziato che il 96,4% degli studenti esaminati ha difficoltà a Lasciare, mentre il 78,6% ha un elevato Controllo e non riesce ad andare in un stato profondo di Benessere. Il 71,4% dei ragazzi valutati ha paure e non sa eseguire una Respirazione diaframmatica profonda. Problematici risultano molti Funzionamenti di Fondo, mentre appare positiva l'EBS Tenerezza, ma soprattutto più come valore che come espressione. Infatti il 75% dei partecipanti al progetto non riesce ad aprire la Morbidezza e non ha la Forza Calma.

Un confronto con valutazioni precedenti effettuate dal

2001 al 2008 evidenzia un incremento delle alterazioni del SÈ. I ragazzi incontrati a scuola, negli ultimi anni si mostrano un po' diversi dai loro coetanei di 10-15 anni fa. Apparentemente più autonomi e capaci di un rapporto più paritario con l'adulto, di fatto sono più fragili e insicuri.

Considerati gli aspetti emergenti si è programmato un progetto formativo con potenzialità di riequilibrio, per cui si è preparato un percorso esperienziale che prevede l'attraversamento di EBS efficaci per la riapertura del Benessere di questi studenti.

Esperienze Basilarì del SÈ attraversate:

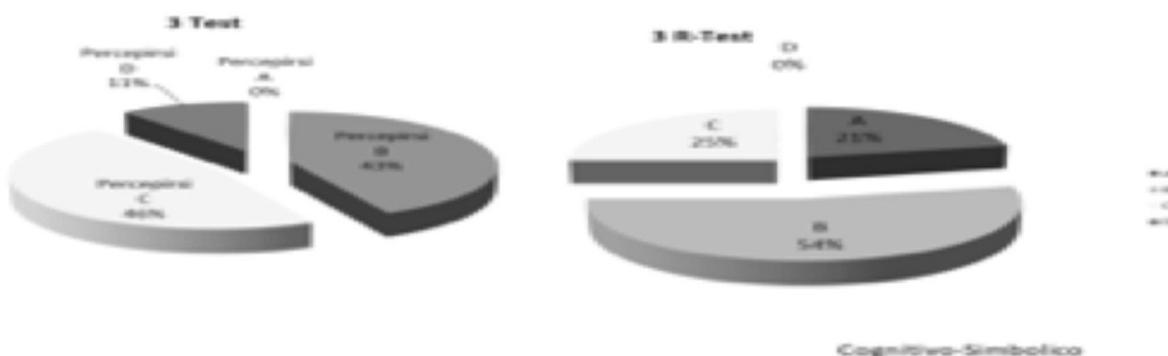
Lasciare, Fiducia, Stare, Benessere, Abbandonarsi all'altro, Essere Portati, Essere Protetti, Sensazioni, Essere Presi, Contatto, Allentare il Controllo, Giocare, Essere Tenuti, Aggressione affettuosa, Forza, Consistenza, Tenerezza.

Gli studenti incontrati nei laboratori hanno mostrato un grande interesse per il lavoro proposto; già al primo incontro, hanno scoperto con stupore la possibilità di un Appoggio e hanno incominciato a sentire la piacevolezza di Stare.

Sin dall'inizio hanno espresso una grande Fiducia nei confronti della Pedagogista e, riconoscendola come vera adulta in grado di Vedere, Ascoltare, Capire, Considerare si sono fatti Portare, come si evince dal grafico n° 1 in cui i valori A+B, indicatori di buon funzionamento, all'item n° 2 si attestavano all'inizio al 43%,

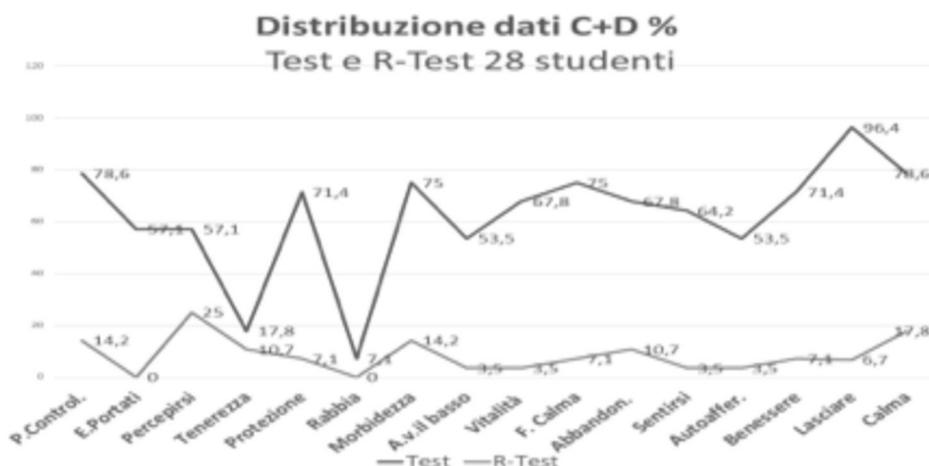
Grafico n°2

EBS:Percepirsi



Cognitivo-Simbolico

Grafico n°3



mentre al R-Test raggiungevano il 100% di capacità nell'E.B.S.: Essere Portati.

Spesso gli adolescenti hanno un rapporto conflittuale con i genitori o le figure adulte, specie se autoritarie. Ma l'atteggiamento autorevole e accogliente della conduttrice e la metodologia direttiva del percorso hanno suscitato nei ragazzi una risposta molto positiva, che essi hanno espresso con grandissima serietà, attraverso la puntualità, una frequenza costante, un impegno organizzativo maggiore per lo studio e soprattutto un grande coinvolgimento. Frase tipica che veniva da molti ripetuta: "oggi sono qua..., non potevo perdermi l'incontro, questo è uno spazio per me!".

Durante il percorso gli adolescenti hanno aperto le Sensazioni, sperimentato il piacere di entrare in Contatto e compreso che è necessario conoscere gli altri al di là delle apparenze; hanno scoperto il Benessere come possibilità di percepirsi adeguatamente (capacità visibile prima soltanto nel 43% dei partecipanti, che successivamente alla fine dell'esperienza è risultata presente nel 75% degli studenti valutati) e di aprirsi alla relazione.

I ragazzi hanno incominciato a prendersi cura di se stessi e degli altri, il 93% dei partecipanti ha acquisito la respirazione diaframmatica e l'86% la capacità di

allentare il tono muscolare.

Nel tempo si sono modificati dei Funzionamenti di fondo come si evince, nel grafico n°3, dal confronto della distribuzione dei dati C+D, indicatori di alterazioni, valutati prima e dopo il Percorso Benessere.

Da adultizzati insicuri, come erano arrivati, gradualmente, attraversando l'Aggressione affettuosa, incominciando a sciogliere la Rabbia, diventando più veri, i partecipanti hanno tirato fuori la Forza Calma, la Voce, l'Assertività, la Consistenza sino a diventare Fieri di sé e potersi sentire ancora adolescenti, che possono scegliere, che possono dire no, che vogliono essere considerati per quello che sono.

Nelle riflessioni conclusive alla fine del percorso, i ragazzi hanno espresso che erano in parte consapevoli del loro cambiamento e che spesso se ne erano accorti anche i loro amici, i genitori o i professori.

Nel grafico seguente è possibile osservare l'evoluzione riscontrata negli adolescenti alle prove di verifica, i valori "C+D" rilevatori di alterazioni sono notevolmente diminuiti, mentre sono aumentati quelli "A+B" indicatori di Armonia, Benessere e Funzionamento positivo del SÈ.

Grafico n°4

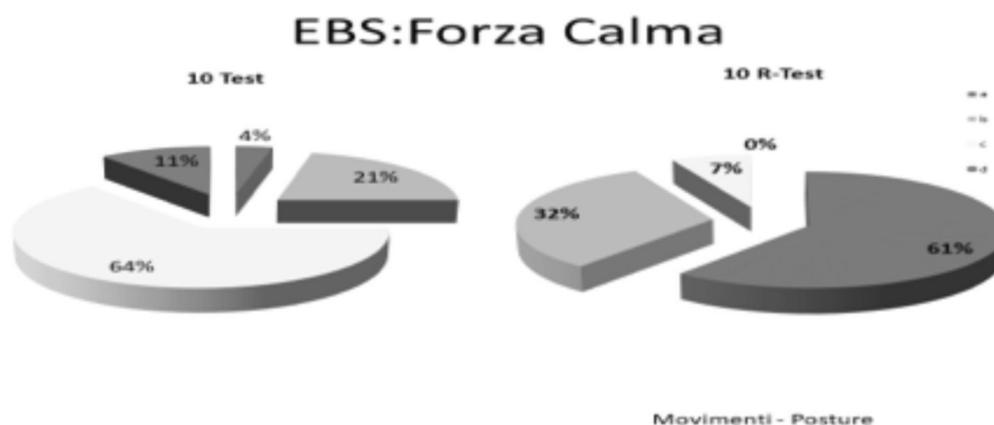
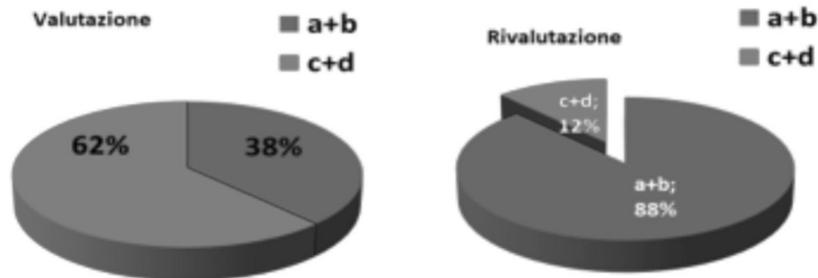


Grafico n°5

Verifica 28 Studenti

**Bibliografia**

Di Giovanni C., Inguglia S. (2012). *Genitorialità e Benessere: un percorso di formazione per genitori con figli adolescenti* in Inguglia C., *La progettazione di interventi psicosociali*. Roma, Carocci.

Di Giovanni C. (2014), *Funzionalismo, Stress e Benessere nei servizi sanitari*, in *Neo-Funzionalismo e Scienze integrate. Nuove frontiere di cura, prevenzione e benessere*, S.E.F. Rivista Telematica n.2 settembre 2014.

Di Giovanni C. (2018), *Il Neo-Funzionalismo nelle attività di prevenzione al Ser.T.*, in *Neo-Funzionalismo e Scienze integrate. Nuove frontiere di cura, prevenzione e benessere*, S.E.F. Rivista Telematica n.6 dicembre 2018.

Rispoli, L. (1993). *Psicologia Funzionale del SÈ*. Roma, Astrolabio.

Rispoli, L. (1996). "Le esperienze fondamentali del SÈ come nucleo centrale della psicoterapia", in Piccini F., Bavestrello D. (a cura di), *Insuccessi in psicoterapia*, Milano, Franco Angeli.

Rispoli, L. (2004). *Esperienze di Base e sviluppo del SÈ*. Milano, Franco Angeli.

Rispoli, L., & Di Nuovo, S. (2011). *L'Analisi Funzionale dello Stress*. Milano, Franco Angeli.

Rispoli L. (2016), *Il corpo in psicoterapia oggi. Neo-Funzionalismo e Sistemi integrati*. Milano, Franco Angeli.

3.5

L'INTERVENTO PRECOCE NELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE. IL PUNTO DI VISTA DEI SERVIZI DELLA SALUTE MENTALE. PROPOSTA DI PRASSI CONCETTUALI ED OPERATIVE

Gianluca Monacelli*, Andrea Balbi**,
Claudia Battista***

*Resp.le U.O.S. CSM X Municipio e sost. Ex art 18 dir.
UOC SerD ASL Roma 3

**Direttore DSM ASL Roma 3 Dir. UOC X Municipio e
Comune Fiumicino

*** Funzioni di Resp.le SPDC Castelli ASL RM 6

Abstract

La dipendenza patologica rappresenta un'emergenza sanitaria e sociale che deve impegnare l'intera collettività attraverso ogni nodo di responsabilità socio sanitaria fino alla rete degli *steakeholders*, per pianificare strategie di prevenzione, cura e sostegno per giovanissimi i giovani-adulti e i cosiddetti 'cronici' rispetto le sue derive e cadute esistenziali (*esistenza mancata* di *Binswanger* memoria). Quello che in questo lavoro si promuove è una riflessione concettuale dalla prospettiva dei servizi territoriali della salute mentale, accompagnata da una proposta metodologica e operativa di implementazione delle prassi già presenti nei dipartimentali integrati SM e DP. Metodologia che riprende in parte le indicazioni del PASM 2013- 2018 e delle buone pratiche nella DP, presentando una interfaccia al paziente mediata e immediata da operatori di entrambe le competenze. L'incipit è che se non c'è una tra-formazione culturale degli operatori dei Servizi non ci può essere un *intake* precoce ed efficace dei pazienti con lo smarrimento delle potenzialità di cura.

Addiction

La dipendenza è una patologia ad eziologia multifattoriale a decorso cronico con remissioni e ricadute. Neurobiologicamente può essere considerata come un comportamento appreso indotto dall'uso delle sostanze, alla cui base sono presenti precise alterazioni del sistema della motivazione e della gratificazione. Evidenze scientifiche e cliniche hanno dimostrato che vi è una dipendenza di natura individuale, genetica e ambientale. Ciò che determina le ricadute e che sta alla

base della malattia è il *creaving*. Esso rappresenta un'esperienza soggettiva caratterizzata dall'urgenza appetitiva di ricerca di piacere e una sua messa in atto irriducibile. Esso si costituisce per il desiderio/impulso irresistibile verso una sostanza o a ricorrere ad un determinato comportamento additivo, come strumenti di piacere e riduzione della tensione. Il *creaving* trova il suo substrato neurobiologico nell'attivazione del sistema dopaminergico meso-limbico-corticale a partenza dalla parte ventrale del tegmento con proiezioni dirette al nucleo *accumbens* e da qui alle aree della corteccia prefrontale. La sindrome d'astinenza è accompagnata dall'attivazione del sistema noradrenergico a partenza dal nucleo *ceruleus*. La traduzione italiana del termine *Addiction* con dipendenza, non coglie tutta l'ampiezza della portata concettuale del termine. Con il DSM 5, nel 2014 si è ottenuto un cambiamento radicale e innovativo nel sistema classificatorio internazionale rispetto il suo l'inquadramento. È stata tolta la distinzione esistente tra USO e DIPENDENZA. In questo modo si è parificata ogni forma di uso: dall'uso ricreazionale sporadico, all'abuso ricorrente fino alla dipendenza non si riconosce più una condizione di dipendenza e non la si distingue più da una condizione di abuso. In questo modo si è introdotto il concetto che anche l'uso occasionale di sostanze può assumere dignità clinica e quindi di trattamento. Infine la parola *dipendenza* è stata sostituita con un termine neutro quale '*disturbo da sostanze*' in quanto al concetto dipendenza gli si riconosce una incerta definizione e una connotazione negativa in tema di stigma.

Dati epidemiologici nazionali

La dipendenza da sostanze è una patologia con un importante impatto socio-sanitario, con conseguenze dirette e indirette sull'ordine pubblico e sulla spesa sanitaria e sociale. I giovani al di sotto dei 30 anni rappresentano il 9,1% dell'utenza totale ma i nuovi utenti di questa classe di età sono il 13,7%. Confrontando la Relazione annuale per il Parlamento Italiano 2018, sullo stato della tossicodipendenza e confrontando i dati epidemiologici delle precedenti edizioni si osserva come il trend dei consumi risulti in crescita sia relativamente all'ultimo anno che per l'ultimo mese dei consumi. La sostanza più utilizzata in assoluto rimane la cannabis con una percentuale del 10.2% (tendenzialmente in aumento); seguita dalla cocaina (+ 1,2%) quindi dalle NPS ed infine l'eroina con lo 0.6% del consumo pari a 220.000 persone. I dati relativi alla popolazione studentesca (15 -19 anni) mostra come il 26% della stessa abbia utilizzato una sostanza illegale nell'ultimo anno cioè 900.000 studenti (2017). L'ESPAD 2017-2018 indica che il 34% degli studenti ha riferito di utilizzare una sostanza psicoattiva illegale nel corso della propria vita; il 17% nell'ultimo mese e il 4% ne segnala un uso frequente.

Il punto di vista dai servizi della salute mentale: Nei Servizi della salute mentale sia territoriali che nelle articolazioni ospedaliere l'associazione clinica tra esordi psicotici o riacutizzazioni psicotiche nei giovani o nei giovani adulti e la positività a sostanze stupefacenti - sia diretta che indiretta - rappresenta una constatazione sempre più frequente. Anche gli interventi psichiatrici domiciliari per situazioni caratterizzate da giovani con alterazioni comportamentali *naïf*, sollecitate da familiari o dai presidi dell'emergenza sanitaria, trovano come attore principale l'uso/abuso di sostanze che si interpone tra la crisi adolescenziale e il contesto familiare. Tra le sostanze d'abuso l'hashish e la cannabis (THC) rappresentano gli esogeni più rappresentativi insieme alle NPS, gli smart drugs e l'immane cocaina. Si tratta di nuovi bisogni emergenti in termini di salute pubblica nella popolazione giovanile che merita risposte immediate, appropriate ed efficienti. Questo implica a livello gestionale uno sforzo sia concettuale che organizzativo nel panorama della salute mentale che in parte ha già trovato un binario organizzativo nei Dipartimenti integrati Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche, che deve tradursi su un piano pratico in modelli di lavoro multi professionali concreti e non in rigidi protocolli a compartimenti stagni unidirezionali.

Gli psichiatri spesso rifuggono dalla cura e l'incontro con il disagio tossicofilico per una sorta di paura pregiudiziale o per la mancanza di una formazione specifica. Ma il nuovo contesto di lavoro impone che debbano attrezzarsi professionalmente, ma anche eticamente ed empaticamente, per approcciare una popolazione psichiatrica *nuova*. I giovani pazienti moderni come dettato dalla statistica e dalla clinica sono sempre meno aderenti ai precedenti modelli concettuali, fenomenologici e manualistici della schizofrenia e *psicosi tout court* del 900, o categoriali e pseudo-dimensionali del DSM 5, ma sempre più contaminati nell'espressione fenomenica, ambientale e psicopatologica dagli effetti psichici delle sostanze psicoattive. Vedi la sindrome motivazionale da dipendenza rispetto i sintomi negativi della schizofrenia. I nuovi scenari clinici impongono una rivisitazione profonda della materia a partire della dicotomia psichiatria *versus* dipendenze iniziando a pensare in termini di una "salute mentale nelle dipendenze". Quest'ultima, necessità di un'organizzazione e una modalità di presa in cura/carico, come pure di modelli di intervento, che guardino ai servizi dipartimentali psichiatrici, come rete tra servizi tra pari, funzionali e rapidi introducendo concetti di lavoro come 'empowerment - outcome - budget di salute' pur conservando le loro specificità.

Nel territorio del X Municipio di Roma, che ammonta a circa 250.000 abitanti, i servizi della Salute Mentale e Dipendenze Patologiche sono rappresentati da un CSM, prossimale ad una delle più popolari piazze di spaccio

della droga, un SerD anch'esso collocato in un area ambientale critica e un SPDC. In questo territorio ad un'analisi retrospettiva dei ricoveri, si apprezza come l'esordio psicotico o la riacutizzazione di un disagio psichico è frequentemente legato all'uso di THC o di altre sostanze d'abuso. Più è precoce l'uso di sostanze d'abuso, maggiore è il rischio di espressione psicotica negli adolescenti soprattutto nei cinque anni che la precedono. In un nostro studio i dati preliminari (in progress) indicano come gli accessi in SPDC al momento del ricovero presentano al 25% circa una positività per le sostanze d'abuso (alcol, cocaina, THC, ecc). Le diagnosi più frequentemente associate secondo i codici ICD 9 sono: 301 > 296 > 295. Anche le riacutizzazioni psicotiche o le espressioni comportamentali caratterizzate da agitazione con aggressività eterodiretta 'inspiegabili' in PS sono di sovente sono manifestazione di intossicazioni da sostanze psicoattive. L'impresa o la grande sfida dei Servizi è l'intercettazione precoce del disagio o *intake*. A tal riguardo nel Lazio sono state introdotte delle procedure regionali per una riorganizzazione dei servizi per le dipendenze con la formulazione di un offerta terapeutica omogenea per profilo di dipendenza con trattamenti specifici per tipo di dipendenza; implementati anche da protocolli la presa in cura dei minori con problematiche legate all'uso di sostanza con o senza psicopatologia in atto o sottoposti a procedimento penale. La stessa ASL Roma 3 si è adoperata per la realizzazione di un PDTA dedicato ai giovanissimi e giovani adulti compresi in una finestra di età tra i 13 e i 24 anni. Il problema che rimane è come evitare che gli adolescenti si 'perdano' tra le maglie della rete dei servizi (dalla dimissione dai PS, dai MMG, i consultori, le case della salute ecc) anche laddove esiste un centro dedicato alla loro valutazione e diagnosi. Di fatto per ogni buona prassi operativa quello che rende fragile la sua efficacia è la traduzione operativa sul campo dell'esperienza reale. Le buone pratiche devono essere vicini al *cliente*, lavorare nel suo ambiente vitale, essere di facile accesso e raggiungibilità. Appetibili e disponibili in tempi zero. Soprattutto nel periodo di maggiore vulnerabilità auxologica dell'individuo, ovvero nel passaggio tra l'infanzia e la prima età adulta, ovvero l'adolescenza. Epoca vitale in cui più facilmente la persona ha contatti per quel suo momento storico esistenziale unico e irripetibile con l'addiction in ogni sua forma e che parallelamente esprimono vissuti di vergogna reticenza, paura che porta i ragazzi a rifuggire velocemente anche dal desiderio di chiedere aiuto. Sono momenti fugaci che, come anche per le *Early onset Psychosi* e gli *stati mentali a rischio*, se non agganciati in modo assertivo, rifuggono nella risacca caotica del mare adolescenziale per poi chissà quando e come tornare sulla battigia. E' quindi indispensabile realizzare servizi prossimali che non chiedano spostamenti, impegni ma

che li catturino lì subito. Servizi malleabili, stimolanti accattivanti, che assorbono quel minimo di richiesta in atto, trasformando l'episodicità di una incontro di aiuto (un accesso in Pronto Soccorso; un dialogo friendly con un professore, una confidenza con il MMG o il PDL, ecc) in un rapporto stabile e il più continuo possibile con il giovane, per indirizzarlo poi ai servizi di presa in cura dedicati. In qualche modo sono i Servizi che si devono adattare alla popolazione adolescenziale e non gli adolescenti ai servizi. In quest'ottica quello che il Dipartimento SM-DP ASL Roma 3 vuole introdurre per i giovani adolescenti con aspetti misti tra psicopatologia e sostanze d'abuso (doppia diagnosi), è una sorta di 'equipe funzionale diffusa e integrata', costituita dagli operatori che per primi realizzano l'incontro e l'abbozzo di una relazione di cura con i ragazzi e che *richiami* sul posto, a formare una equipe funzionale integrata con competenze e professionalità diverse, gli operatori dell'altro servizio dedicato (dipendenze/psichiatria), per implementare e indirizzare la relazione di cura nascente. Il percorso di accoglienza, valutazione e diagnosi si realizza così sul luogo di primo *intake* e continua a seguire il paziente nel servizio di aggancio iniziale per essere 'accompagnato' poi al Servizio più specifico per competenza e appropriatezza senza così rischiare di 'smarrire l'adolescente. Fondamentale è non perdere la relazione di cura nella sua fase iniziale per soddisfare le burocrazie di cura. L'ipotesi degli autori è che già al primo incontro si forma nella mente del giovane un abbozzo di relazione terapeutica, un innesto di fiducia con l'operatore che non vada smarrita ma ampliata e integrata con le altre rappresentanze dei Servizi.

Bibliografia

- American Psychiatric Association 2014, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V*. American Psychiatric Association, Washington DC
- American Psychiatric Association 2011, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. American Psychiatric Association, Washington DC;
- Bagot K.S. Milin R., Kaminer Y., 2015 - *Adolescent Initiation of Cannabis Use and Early-Onset Psychosis*; 2015;36(4):524-33. doi: 10.1080/08897077.2014.995332
- Binswanger, 1956. *Tre forme di esistenza mancata. Esaltazione fissata, stramberia, manierismo*. Ed Bompiani 2011.
- Carlos Roncero MD, PhD, Constanza Daigre PhD Candidate, Lara Grau-López MD, PhD Candidate, Laia Rodríguez-Cintas MA, Carmen Barral MD, Jesús Pérez-Pazos MD, Begoña Gonzalvo MD, Margarita Corominas PhD & Miguel Casas MD, PhD (2013) *Cocaine-Induced Psychosis and Impulsivity in Cocaine-Dependent Patients*, *Journal of Addictive Diseases*, 32:3, 263-273, DOI: 10.1080/10550887.2013.824330.
- Canciani L, Martuscelli T, Piergentili P a cura di. (2008). *L'adolescenza tra metamorfosi e breakdown evolutivo. Raccolta interventi del secondo convegno nella Regione Friuli Venezia Giulia sull'adolescenza (Teatro Pasolini, Casarsa della Delizia - PN - 15 novembre 2008)* Zadig editore.
- Compton MT, Broussard B, Ramsay CE, Stewart T (2011). *Pre-illness cannabis use and the early course of non affective psychotic disorders: associations with pre-morbid functioning, the prodrome, and mode of onset of psychosis*; *Schizophr Res.* 2011 Mar; 126(1-3): 71-76.
- DCA Regione Lazio agosto 2015 n. U00383
- DCA Regione Lazio n. gennaio 13/2015
- DCA Regione Lazio U00451 del dicembre 2014
- Di Chiara G. (2018). *Il punto di vista del neuroscienziato*. In *Sostanza – Manuale sulle Dipendenze patologiche Vol. 1*. Ed. CLAD. Verona.
- Elisa Bellamoli, Franco Alessandrini, Giada Zoccatelli, Giovanni Serpelloni (2012). *Gli effetti del consumo di cannabis sul cervello degli adolescenti*. Materiale riscontrabile su: http://www.politicheantidroga.gov.it/media/1661/212_cannabis_adolescenti.pdf
- Esperanza Vergara-Moragues, Pedro Araos Gómez, Francisco González-Saiz, Fernando Rodríguez-Fonseca (2014). *Cocaine-induced psychotic symptoms in clinical setting*. *Psychiatry Research* 217(2014)115-120
- ESPAD Italia: <https://www.epid.ifc.cnr.it/index.php/it/10-popolazione/73-espad-it>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2016. *Annual Report on the State of the Drugs Problem in Europe*. Lisbon.
- Freud S. *Al di là del principio di piacere* (1920), in *Opere di Sigmund Freud (OSF) vol. 9. L'Io e l'Es e altri scritti 1917-1923*, Torino, Bollati Boringhieri, 1986
- Addiction theory matters-Why there is no dependence on caffeine or antidepressant medication* *Addict Biol.* 2019 Mar 21.
- M.A. De Luca, M. Solinas, Z. Bimpisidis, S.R. Goldberg, and G. Di Chiara, (2012). *Cannabinoid facilitation of behavioral and biochemical hedonic taste responses*. *Neuropharmacology.* 2012 Jul; 63(1): 161-168.
- Mary E. Kelley, Ph.D., Claire Ramsay Wan, M.P.H., Beth Broussard, M.P.H., Anthony Crisafio, Sarah Cristofaro, M.P.H., Stephanie Johnson, M.A., Thomas A. Reed, Patrick Amar, M.D., Nadine J. Kaslow, Ph.D., Elaine F. Walker, Ph.D., and Michael T. Compton, M.D., M.P.H. (2016). *Marijuana Use in the Immediate 5-Year Premorbid Period is Associated with Increased Risk of Onset of Schizophrenia and Related Psychotic Disorders*. *Schizophr Res.* 2016 Mar; 171(1-3): 62-67.
- Mezzina R (2014). A cura di Roberto Mezzina, Chiara Luchetta e Clara Minisini e con la collaborazione di Daniela Vidoni, Alessandra Oretti e Alberto Giammarin. "Qualcosa è cambiato?" *Aiutare i giovani a rischio di*

psicosi.

<https://asuits.sanita.fvg.it/export/sites/aas1/it/d>

Ministero della salute 2013 – 2015. Vedi riferimento:

Ministero della Salute PANSM 2013 - 2020. Vedi riferimento: http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=927

WHO PANSM 2013 - 2020. Vedi riferimento:

Nava Felice (2018). *La neurobiologia del craving: le evidenze delle ricerche sperimentali nella pratica clinica*. In *Sostanza – Manuale sulle Dipendenze patologiche Vol. 1*. Ed. CLAD. Verona.

Nizzoli U. 2018 *Definizione del DUS*. In *Sostanza – Manuale sulle Dipendenze patologiche Vol. 1*. Ed. CLAD. Verona.

Popolo R., Balbi A, Vinci G. (2007). *Early psychosis. Dalla valutazione al trattamento*. Alpes Italia

Relazione annuale per il Parlamento Italiano 2018 sullo stato della tossicodipendenza in Italia.

Ricci G; Locatelli C. Bassi M. (2018) *Uso di Sostanze e Pronto Soccorso*; In *Sostanza – Manuale sulle Dipendenze patologiche Vol. 2* and (2017) *Changes in Dopamine Transmission in the Nucleus Accumbens Shell and Core during Ethanol and Sucrose Self-Administration*. *Front Behav Neurosci*. 2017; 11: 71.

3.6

PROGETTO EXIT PER LA DIAGNOSI ED INTERVENTO PRECOCE CON L'ADOLESCENTE E LA SUA FAMIGLIA: ANALISI DELLA POPOLAZIONE E PRIMI ESITI

Prete Antonio*, **Scaramuzza Giulia****,
Parmigiani Pierluigi***, **Traspadini Federica******,
Romanini Letizia*****, **Sacchelli Cinzia*******

* Medico di Medicina Interna, Responsabile SerD - Dip. SMD - ASST di Crema

**Laureanda in Psicologia Clinica, Università degli Studi di Bergamo

***Educatore Professionale

****Assistente Sociale

*****Psicologa

*****Psicologa, Responsabile Servizio di Psicologia - Dip. SMD - ASST di Crema

I dati sull'uso di sostanze psicotrope lecite e illecite sono cresciuti esponenzialmente negli ultimi anni, specie nella fascia di età adolescenziale. La preoccupazione dei clinici è che all'aumentare della diffusione del consumo corrisponda una "normalizzazione statistica e dei costumi" che, riducendo culturalmente la percezione del rischio, esponga un maggior numero di giovani all'inconsapevole e pericoloso sviluppo di rapporti di dipendenza dalle sostanze per la modulazione dei propri stati psichici.

Queste considerazioni hanno stimolato il SerD ed il Servizio di Psicologia della ASST di Crema - al termine di un comune percorso formativo promosso nel Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze nel 2017 - a costruire un percorso di intervento dedicato alla

Diagnosi ed intervento precoce per i ragazzi minorenni che accedono al SerD di Crema. Il Progetto Exit consiste in un programma ambulatoriale semestrale con il coinvolgimento dei genitori dell'utente: una consulenza psicologica al termine della valutazione multidisciplinare, la possibilità di accedere ad un gruppo psicoeducativo (un incontro per ragazzi e genitori, tre incontri successivi per sottogruppi omogenei di adolescenti e di genitori), il monitoraggio sanitario con esami strumentali, il supporto psicoeducativo con colloqui concordati con l'adolescente e i genitori, periodici colloqui psicologici familiari di valutazione dell'andamento ed esito del programma.

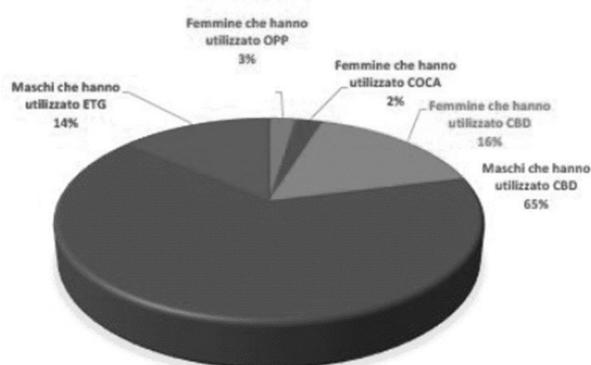
Il Gruppo di Progetto dal 1-1-2018 ha cominciato a raccogliere alcuni dati sulla popolazione adolescenziale che accede al Servizio per analizzarne alcune caratteristiche. In diciotto mesi sono stati 308 gli utenti under 24 anni che si sono rivolti al SerD; ma in questo studio sono stati esclusi coloro che accedevano per problemi connessi alla patente, sieropositività o non avviavano una presa in carico ambulatoriale. Il campione è quindi composto da 203 utenti: 30 adolescenti minorenni (15-17 anni) e 173 ragazzi maggiorenni (18-24 anni).

La maggioranza dei giovani è di sesso maschile: il 90% tra i maggiorenni; mentre la percentuale di femmine cresce tra i minorenni (20%).

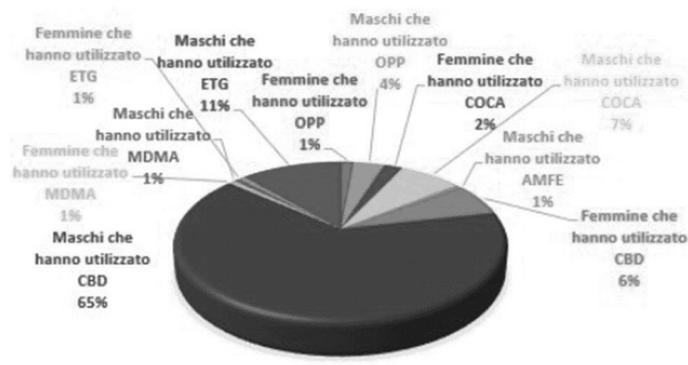
Gli accessi avvengono prevalentemente su invio da parte della Prefettura di Cremona (73%) in virtù di alcuni progetti avviati in collaborazione coi Servizi della ASST di Crema (per es. "Scuola, spazio di legalità" e "Interventi precoci per gli adolescenti segnalati"). La richiesta è spontanea o indotta dalla famiglia per il 20% dei minori e poco meno per i maggiorenni (17%). Per problemi legali giunge al SerD il 3% degli adolescenti ed il 6% degli under 24 anni. La quota residuale viene inviata al Servizio da Comunità terapeutiche o educative.

Nella popolazione dei minorenni, la cannabis (CBD) è la sostanza più utilizzata (dal 65% dei maschi e 16%

MINORENNI E SOSTANZE



MAGGIORENNI E SOSTANZE



Comorbilità	15-17	18-24	Totale
Senza altre problematiche	53%	64%	62%
UONPIA	23%	8%	10%
SPDC e/o CPS e/o con problemi psichici	10%	12%	12%
Servizi Sociali	13%	8%	9%
Tutela minori	23%	14%	16%
Tribunali	23%	17%	18%
Familiarità	13%	10%	10%

delle femmine). Solo i maschi hanno un problema alcolico (14%). Mentre sono le femmine ad usare oppiacei (3%) e cocaina (2%).

Anche tra i giovani adulti la cannabis è la sostanza prediletta da entrambi i sessi; l'abuso di è dell'11% dei maschi e solo dell'1% delle femmine. La cocaina viene utilizzata dal 7% dei maschi e dal 2% delle femmine. L'uso di eroina è del 4% dei maschi e dell'1% delle femmine. Bassa per entrambi i sessi la percentuale (1%) di consumatori di amfetamine e di MDMA.

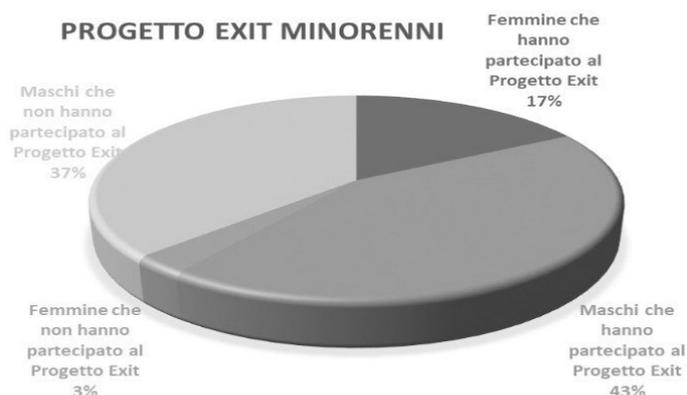
Si è voluto analizzare la presenza di altre variabili indicanti un maggiore livello di complessità nella presa in carico della casistica, anche in questo caso si sono confrontati i dati relativi ai due sottogruppi degli adolescenti minorenni e dei giovani maggiorenni.

Nella tabella è possibile osservare che la quota di ragazzi che accedono al SerD avendo solo il problema legato al consumo di sostanze è complessivamente 62%, tale percentuale è significativamente inferiore (53%) tra gli utenti più giovani. Tra gli altri ragazzi, una quota rilevante presenta già all'accesso al SerD una pluralità di altre problematiche o di prese in carico ad altri Servizi della Salute Mentale, Servizi Sociali, Enti di tutela. Complessivamente una percentuale di ragazzi intorno al 20% è nota o in carico alla UONPIA,

o ai Servizi alla Psichiatria (CPS, SPDC). Una percentuale analoga è già conosciuta ai Servizi Sociali del territorio, alla Tutela Minori, ai Tribunali dei Minori e Ordinario.

Queste osservazioni danno evidenza della necessità di strutturare un lavoro coordinato e trasversale tra gli operatori di diversi Servizi della ASST ed Enti del territorio su questa fascia di età. Sugeriscono, inoltre, la opportunità di investire maggiori risorse su interventi di prevenzione indicata.

Le ultime analisi sono state fatte sull'efficacia del Progetto Exit. Tra i minorenni, per i quali era comunque previsto il coinvolgimento dei genitori, ha aderito alla proposta del programma il 60% dell'utenza; mentre la percentuale scende drasticamente al 18% tra i giovani adulti. Nel confronto tra i due gruppi, gli adolescenti minori hanno risultati significativamente migliori dei maggiorenni under 24 anni, sia nella permanenza in trattamento (50% vs. 21%), sia nell'esito positivo del programma, cioè raggiungimento e mantenimento per cinque mesi della astensione dal consumo di sostanze (43% vs. 25%). Questi dati indicano l'utilità di percorsi trattamentali quanto più possibile precoci, e che combinino interventi diretti all'adolescente ed ai suoi familiari.



3.7

INTERVENTI DI PREVENZIONE E TERAPIA SULLA POPOLAZIONE AZIENDALE DI FUMATORI

C. Varango, *Direttore U.O.C. Servizio Dipendenze ASST di Lodi*

J.P.Lhoste, *Direttore Stabilimento di Corteolona - E. Gruppo Lactalis Italia - Galbani srl*

P. Guzzetti, *H.R. Manager Stabilimento di Corteolona - E. Gruppo Lactalis Italia - Galbani srl*

G. Malagò, *U.O. Ospedale di Medicina del Lavoro, I.C.S. Maugeri IRCCS, Pavia*

R. Abis, *H.R. Generalist Stabilimento di Corteolona - E. Gruppo Lactalis Italia - Galbani srl*

M. Secci, *H.R. Support Stabilimento di Corteolona - E. Gruppo Lactalis Italia - Galbani srl*

M. Spada, *RSPP Stabilimento di Corteolona - E. Gruppo Lactalis Italia - Galbani srl*

Introduzione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce il fumo di tabacco come "la più grande minaccia per la salute nella Regione Europea" e promuove da anni varie strategie per contrastare il fenomeno del tabagismo e implementare stili di vita sani.

Un'azione coordinata per una "Europa senza fumo" è una delle priorità politiche della Commissione Europea nei settori della sanità, dell'ambiente, del lavoro e della ricerca.

Il rischio collegato al fumo di sigaretta è ben noto e il posto di lavoro è una delle sedi dove è possibile intervenire con successo sia per evitare esposizione a fumo passivo, sia per favorire una maggiore conoscenza dei danni e promuovere la cessazione, oltre che limitare il numero di sigarette consumate. L'ambiente di lavoro rappresenta una sede ideale per interventi mirati a ridurre la prevalenza dei fattori di rischio individuali, perché è possibile raggiungere circa il 60% della popolazione. Inoltre, è possibile promuovere simultaneamente cambiamenti nel posto di lavoro (ad esempio, ambienti di lavoro liberi dal fumo) al fine di supportare le modifiche comportamentali.

Per contrastare questo importante fattore di rischio per la salute, che presenta aspetti complessi di tipo tossicologico, psicologico e socio-culturale, occorre adottare politiche di intervento globali capaci di sviluppare alleanze e sinergie attraverso la partecipazione attiva di tutti i soggetti che hanno competenze e responsabilità in ambito educativo, sanitario, politico, economico, e nel campo dell'informazione aziendale. Nel

2018 il Centro Antifumo del Servizio Dipendenze dell'ASST di Lodi ha intrapreso percorsi di sensibilizzazione e di disassuefazione all'interno di una Azienda alimentare a livello internazionale.

Scopo

La politica aziendale dello stabilimento LACTALIS di Corteolona un importante gruppo internazionale nel campo dell'alimentazione ha previsto l'introduzione di un programma d'intervento volto alla disassuefazione dal fumo.

Lo Stabilimento sede di "Egidio Galbani S.r.l." - di Corteolona e Genzone ha voluto sostenere, come prima realtà industriale del Gruppo Lactalis Italia, l'iniziativa: "Azienda libera da fumo", volta alla promozione della salute e del benessere dei dipendenti prefiggendo l'adeguamento dello Stabilimento agli standard europei nel settore Alimentare in materia di regolamentazione del fumo negli ambienti di lavoro ed ha voluto offrire ai dipendenti un servizio che li accompagnasse in un percorso di disassuefazione da fumo intendendo ufficializzare un rapporto di collaborazione con il Servizio Territoriale delle Dipendenze della ASST di Lodi.

L'obiettivo dello Stabilimento è stato quello di realizzare un'azienda libera da fumo a partire dal 1° aprile 2018 attraverso la costruzione di un progetto di collaborazione con il Centro Anti-fumo del Servizio Dipendenze di Lodi al fine di ipotizzare programmi di disassuefazione da nicotina all'interno dell'ambiente di lavoro.

L'Azienda ha inteso intraprendere tale percorso sia per rispondere ad un'esigenza dei clienti che, in caso di mancato adeguamento alle normative e agli standard Europei nel settore alimentare si sarebbero rivolti ad altri fornitori, sia per rispettare gli standard B.R.C. (British Retail Consortium) che vietano di fumare indossando abiti da lavoro.

Metodo

La Direzione Aziendale dello Stabilimento ha previsto il coinvolgimento di tutti i lavoratori, le RLS (Rappresentanze dei Lavoratori per la Sicurezza), il medico competente, l'RSPP, la Qualità, le Risorse Umane, il Management ed il Centro Antifumo dell'ASST di Lodi pianificandone il percorso attraverso vari step a partire da febbraio del 2018. Il percorso ha previsto in primis l'incontro dello specialista del Centro Antifumo insieme al Medico Competente dello Stabilimento con i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, i Capo Reparto, i Capi Turno per condividere il progetto, fare una valutazione del contesto e dare assistenza medica.

Successivamente i medici e la Direzione di stabilimento hanno incontrato i lavoratori - fumatori per dare informazioni sul percorso e condividere la tipologia di assistenza/aiuto da dare. Dal 1° di aprile si è provveduto

alla chiusura delle sale fumo e si è partiti con il divieto di fumo in tutto il perimetro dello stabilimento ed il graduale smantellamento delle sale fumo.

Fondamentale per poter procedere alla disassuefazione è stata la valutazione medica specialistica che è consistita in: anamnesi tossicologica e visita medica specialistica, colloquio motivazionale, Test di Fagerstroem, il test motivazionale di Marino, Prescrizione farmacologica, visite di Follow-up.

Discussione

I dipendenti fumatori che hanno accettato di intraprendere un percorso di disassuefazione da fumo presentandosi alla visita specialistica sono stati 39 di cui 31 hanno accettato di intraprendere il percorso di disassuefazione. Dalla valutazione dei dipendenti fumatori sono emerse 4 aree riguardante la motivazione e la dipendenza tabagica.

Bassa motivazione- alta dipendenza

Questo rappresenta il gruppo sul quale si sono sviluppati il maggior numero d'interventi diagnostico/ terapeutico a carattere motivazionale, associati a quelli di tipo farmacologico e neuro-modulatorio. Gli interventi si sono sviluppati in gruppo e hanno previsto l'effettuazione di sedute di agopuntura/auricoloterapia in sede di lavoro.

Alta motivazione-alta dipendenza

Questo ha rappresentato il gruppo sul quale gli interventi a carattere motivazionale rappresenteranno l'elemento terapeutico fondamentale. È stato previsto che anche in questo gruppo fosse necessario l'intervento farmacologico e/o di agopuntura di gruppo in sede.

Bassa motivazione- bassa dipendenza

In questo gruppo è stato fondamentale l'approfondimento diagnostico per valutare quanto l'aspetto collegato al livello di dipendenza, fosse influente sulle risorse motivazionali del soggetto. In altre parole, il livello di motivazione, sul quale sono stati previsti interventi a carattere comportamentale/motivazionale e farmacologico.

Alta motivazione- bassa dipendenza

Questo rappresenta un gruppo sul quale gli interventi diagnostici e terapeutici a carattere psicologico/motivazionale figurano come un elemento d'intervento fondamentale per valutare quanto l'aspetto collegato al livello di motivazione al cambiamento possa essere influenzato dai cambiamenti neurobiologici determinati dal fumo di sigaretta. In questo gruppo sono stati previsti specifici interventi farmacologici di tipo sostitutivo che, dai dati della letteratura ed esperenziali, rappresentano quelli con maggiore appropriatezza.

Nella dipendenza tabagica sono tre le componenti che mantengono vivo il comportamento disfunzionale.

L'abitudine, la ricerca del piacere e l'auto somministrazione della sostanza psicoattiva, in questo caso la nicotina ma non solo. Bisogna tenere presente che se anche la dipendenza fisica da nicotina ha una durata di tre settimane, dopo questo periodo la nicotina viene completamente eliminata dal corpo. L'atto psicologico comportamentale associato alla sigaretta e appreso nel corso degli anni richiede per la sua estinzione definitiva tempi molto più lunghi. Il primo aspetto che è stato trattato sono state le abitudini associate alla sigaretta, il numero di sigarette fumate al giorno, tentativi che non hanno avuto successo e soprattutto la motivazione attraverso il colloquio motivazionale, il counseling e la terapia cognitivo-comportamentale che trova la sua applicazione a pieno titolo nel trattamento da disassuefazione tabagica. I legami con il comportamento appreso possono essere facilmente cambiati e annullati se si modificano i comportamenti che li determinano. Altro elemento comune che ha riaccolto i vari gruppi è stata l'agopuntura/auricoloterapia, una forma antica di cura in aiuto al processo di disintossicazione. L'agopuntura ha aiutato a calmare molti fastidi dell'astinenza: infatti riequilibra le energie del corpo e riporta alla normalità il funzionamento degli organi interni. Tale meccanismo d'azione aiuta, da subito, a diminuire l'assunzione di nicotina e, in alcuni casi porta alla completa disassuefazione. È un procedimento indolore ed innocuo. Dopo valutazione individuale è stata effettuata l'auricoloterapia in gruppo associato a tecniche ipno-induttive e cognitivo comportamenti. Tale tecnica è sicuramente un trattamento molto efficace che dà risultati a breve termine per chi vuole smettere di fumare. Bisogna ricordare che smettere di fumare richiede un cambiamento fisico, psicologico e sociale è un impegno a 360° da parte del paziente. L'intervento nei due mesi ha previsto:

Nel primo mese

- Visita specialistica tossicologica
- 6 sedute di auricoloterapia associate a tecniche ipno-induttive
- 4 Colloqui motivazionali (counseling)

Nel secondo mese

- Visita di controllo specialistica
- 2 Colloqui motivazionali/counseling
- 6 sedute di auricoloterapia associata a tecniche ipno-induttive

Conclusioni

Il percorso effettuato presso lo stabilimento ha permesso di raggiungere l'obiettivo aziendale che ha previsto la chiusura delle sale fumatori a partire dal 1°

aprile del 2018. Durante gli incontri avuti con i lavoratori, la Direzione Aziendale aveva evidenziato la disponibilità ad offrire ai dipendenti che lo avessero richiesto, un supporto specialistico all'interno della azienda e, a quelli che non avessero voluto sottoporsi ad un percorso di disassuefazione da fumo, un supporto medico per poter lavorare tranquillamente senza necessità di dover accendere la sigaretta.

31 dipendenti si sono sottoposti alla disassuefazione da fumo di cui: 12 donne, 19 uomini con età media di 46 anni. 19 lavoratori hanno smesso completamente di fumare, 12 hanno ridotto le sigarette a n°2/5 al giorno. Dei lavoratori solo 8 hanno avuto necessità di associare il farmaco alle sedute di auricoloterapia con tecniche ipno-induttiva. Per i restanti 23 utenti è stato necessario solo sottoporsi all'auricoloterapia in gruppo associata a tecniche ipno-induttive.

L'ottenimento di un ambiente di lavoro senza fumo può migliorare la produttività in più modi: riducendo gli effetti del fumo passivo sui non fumatori riducendo l'assenteismo per malattie correlate al fumo fra i fumatori che hanno smesso grazie alla politica aziendale e, riducendo i tempi delle pause dedicate alla sigaretta dai fumatori. I lavoratori passano gran parte della giornata nell'ambiente di lavoro: migliorare la salubrità e la vivibilità di quest'ultimo vuol dire migliorare la qualità di vita delle persone. Introdurre regole per il controllo del fumo riduce la percentuale dei fumatori, aumenta il numero dei fumatori che smettono, riduce il numero delle sigarette fumate, riduce gli effetti del fumo passivo sui non fumatori, ha effetti misurabili sulla salute. Una azienda che promuove salute si basa su lavoratori sani in un ambiente favorevole, promuove un'immagine positiva e attenta ai bisogni del personale e migliora il clima aziendale. Una delle aree di intervento riconosciute come prioritarie nell'ambito dei programmi di promozione della salute è la prevenzione e il contrasto all'abitudine tabagica, l'avvio dei fumatori a corretti ed efficaci metodi di disassuefazione, il loro supporto nella fase di follow-up e la prevenzione delle eventuali "ricadute".

Bibliografia

Istituto Superiore di Sanità. Osservatorio fumo, alcol e droga. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo (<http://progetti.iss.it/binry/ofad/cont/lgd.1105961067.pdf>)

Invernizzi G, Boffi R., Mazza R, et al. Fumo attivo e passivo: due facce della stessa medaglia. E&P 28(\$) 2004; 184-187

Jindal SK, Gupta D, Singh A. Indices of morbidity in adult patients exposed to environmental tobacco smoke. Chest. 1994; 106:746-49

Jeffery RW, Forster JL, Dunn BV et al: Effects of work-site health promotion on illness-related absenteeism. J Occup Med. 1993 Nov; 35(11):1142-6

Madeo G, Murgia N, Quercia A, Muzi G, Tosoni G, Dominici F, Abbritti G, dell'Omo M. Abitudine al fumo in giovani apprendisti. In: Atti del 68° Congresso Nazionale SIMLII, Parma, 5-8 Ottobre 2005; MUP Editore; 480-482

Marine WM, Gurr D, Jacobsen M. Clinically important respiratory effects of dust exposure and smoking in British coal miners. Am Rev Respir Dis 1988;137:106-112

McGhee SM, Adab P, Hedley AJ, Lam TH, Ho LM, Fielding R, Wong CM (2000) Passive smoking at work: the short-term cost. J Epidemiol Community Health; 54(9):673-6

Ministero della Salute. Piano di applicazione del divieto di fumo nei locali chiusi. Rassegna degli effetti del fumo passivo sulla salute. 2004

Mizoue T, Miyamoto T, Shimizu T. Combined effect of smoking and occupational exposure to noise on hearing loss in steel factory workers. Occup Environ Med 2003; 60:56-9

AREA TEMATICA 4

Il management del consumatore di sostanze con comorbidità infettivologica

4.1

UN PROGETTO DEL SERD DI BERGAMO PER LO SVILUPPO DI PROCEDURE E BEST PRACTICES NEI SERVIZI PER LE DIPENDENZE SUL TRATTAMENTO OLISTICO PER LA DIAGNOSI E LA CURA DELL'HCV

Cheli Fabrizio, Nava Maria: *Medici Ser.D Bergamo ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo*
Riglietta Marco, *Direttore UOC Dipendenze ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo*

L'Epatite C è causata dal virus C, un RNA virus, e l'uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa è uno dei fattori di rischio principali per la trasmissione della patologia. In Europa il 67% delle persone che utilizzano sostanze in vena PWID (People Who Inject Drug), HCV + sono circa 3 milioni, in Italia sono 150.000 i soggetti in carico ai Ser.D, ma soltanto il 22% circa è stato screenato e di questi il 45% (circa 60.000 pazienti) è risultato Positivo.

Anche se i dati sono sottostimati, indicano tuttavia l'importanza di questo problema come grave emergenza in sanità pubblica. Infatti è stato calcolato che ogni utilizzatore di sostanze HCV+ potrebbe infettare nei primi 3 anni altri 20 consumatori. I soggetti sottoposti ai test per l'HCV sono i seguenti:

- i consumatori di sostanze e alcol, seguiti ovviamente dai Ser.D e inviati ai Centri Specialistici di Epatologia, o Malattie Infettive per eventuale proseguimento delle indagini, o avvio del trattamento con DAA;
- i vulnerabili: giovani con problemi comportamentali che possono venire a contatto in modo precoce e incauto con le sostanze e che possono essere intercettati e stimolati agli screening dagli operatori di prossimità;
- gli occasionali, che usano sostanze molto sporadicamente, per cui non conoscono le misure di prevenzione e sono meno protetti, in quanto frequentano poco o per nulla i Ser.D, ma che possono essere screenati ai primi contatti con questi Servizi.

In questi ultimi 5 anni è avvenuto un cambiamento radicale nella terapia anti HCV, con l'introduzione degli antivirali ad azione diretta (DAAs), semplificando i

regimi terapeutici, accorciando i tempi di terapia, conducendo così a una gestione più facile del paziente. Questi farmaci vengono prescritti dagli Specialisti Epatologi e Infettivologi che operano in Strutture Pubbliche, o Private Accreditate, tramite l'apposito Piano Terapeutico.

Dati questi presupposti e dalle evidenze recenti, il trattamento di questi pazienti deve essere olistico e il ruolo dei Ser.D cruciale; il Ser.D di Bergamo ha quindi messo in atto un Progetto con alcuni obiettivi fondamentali:

- determinare la prevalenza dei pazienti HCV fra i soggetti vulnerabili, occasionali e dipendenti,
- incrementare il numero dei soggetti sottoposti a screening HCV,
- aumentare il numero dei soggetti HCV + segnalati per gli specifici trattamenti,
- offrire a tutti questi soggetti programmi di riduzione del danno,
- garantire ai soggetti già trattati programmi di riduzione del danno per evitare possibili reinfezioni

Tab. 1-2 Casistica 2018 e tipologia di pazienti screenati per HCV presso il Ser.D di Bergamo

Pazienti in carico nel 2018	1769
Pazienti screenati per HCV nel 2018	408
Pazienti HCV+ in carico nel 2018	72
Pazienti HCVAb+ screenati nel 2018	35
Pazienti HCVRNA+ nel 2018	22
Pazienti riferiti agli Specialisti nel 2018	25
Pazienti trattati con DAA nel 2018	12
Reinfezioni nel 2018	0

Pazienti screenati per HCV nel 2018	Pazienti HCVAb-	Pazienti HCVAb+	Dato non conosciuto
Vulnerabili	3	1	5
Occasionali	22	4	5
Dipendenti	350	67	40
Totale	375	72	50

Attività del Ser.D di Bergamo

Per combattere l'infezione da HCV, il Ser.D di Bergamo ha svolto nel 2018 le seguenti attività:

- re-test periodici per i negativi,
- distribuzione di materiale informativo,
- prelievi,
- riferimento ai centri specialistici per i pazienti HCV+,
- presa in carico dei pazienti vulnerabili e occasionali, con offerta gratuita dello screening.

Conclusioni

Dai dati rilevati al nostro Ser.D nel 2018, riguardanti i pazienti afferenti alle UO: Tossicodipendenza, Alcolismo, Farmacodipendenza e Prefettura, previste dal Progetto stesso, è emerso il problema del contatto e dell'offerta dello screening HCV ai soggetti vulnerabili, in tutto 9 nel corso dell'anno. Questo è il risultato della poca consapevolezza su quest'infezione che con i nuovi farmaci si può facilmente debellare, senza i gravi effetti collaterali della vecchia terapia con l'Interferone. Inoltre 50 esiti non sono noti, 40 di questi nei soggetti dipendenti, che spesso non si presentano agli appuntamenti fissati.

Comunque questo studio rappresenta un ottimo " trampolino di lancio" per implementare tutte le azioni di prevenzione, diagnosi e cura dell'Epatite C, evitando conseguenze irreversibili, quali la cirrosi epatica, l'epatocarcinoma e il ricorso al trapianto del fegato.

Tra le varie iniziative messe in atto dal Ser.D di Bergamo per la diagnosi e la cura dell'epatite C, in occasione della Giornata mondiale contro l'Aids gli operatori del SerD di Bergamo dal 2017 hanno attivato la campagna itinerante "Go on Safe" per lo screening delle patologie infettivologiche e di informazione in alcuni punti strategici della città di Bergamo.

La campagna di screening delle patologie infettivologiche in modalità estemporanea ha raggiunto alcune strutture in particolare per la popolazione adulta che si trova in condizioni di marginalità, con l'obiettivo di facilitare lo screening delle principali malattie infettive (HIV- HCV-HBV-HAV), interventi di counselling al fine di aumentare la consapevolezza sull'AIDS e l'epatite C e le loro modalità di trasmissione, distribuendo contestualmente materiale informativo " L'A B C delle Epatiti" e "Save SEX".

Bibliografia

- Nelson P. et al., Lancet, 2011; 378: 571-583
- Relazione annuale al Parlamento 2016 sullo stato delle Tossicodipendenze
- Magiorkinis G. et al., PLoS Comput Biol., 2013
- Dillon J.F. et al., Hepatol Med Police, 2016; 1-2
- Principles of Drug Addiction Treatment. A research-based guide. Third Edition, NIDA, NIH, 2012)

4.2

CLINICAL MANAGEMENT OF DRUG USERS WITH CHRONIC HEPATITIS C "TREATMENT AS PREVENTION" (TASP) STRATEGY IN AN INTEGRATED MODEL OF CARE BETWEEN "COMMUNITY" (SERDS) AND "HOSPITAL"

Chiesa A., Strepparola G., Pennisi G., Vitali R., Lucchini A.

Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze ASST Melegnano e Martesana, Vizzolo Predabissi (Milan), Italy

Background

The World Health Organization (WHO) has set up the elimination of hepatitis C virus (HCV) worldwide by 2030 (WHO. Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021). This goal may be reached thanks to the introduction in the clinical practice of direct anti-viral drugs (DAAs) that are able to heal the disease reducing the public health costs. People who inject drugs (PWID), universally identified as the most at-risk population for acquiring HCV infection, are a largely stigmatised group who have limited access to conventional health-care. Currently, the technologies required to achieve HCV elimination exist, but the infrastructure to deliver them is not generally available or of insufficient scale outside of specific areas.

Introduction

For over a year Italy is part of that group of countries where access to antiviral treatment is guaranteed to all HCV subjects, regardless of the severity of the disease (AIFA, Criteri per il trattamento dell'epatite C, April 2017). The high cure rate obtained by the new Directly Acting Antivirals (DAA) treatments in HCV-positive patients has induced the Italian Ministry of Health to express the need to contribute to the public health objective of eradicating hepatitis C, target set by the World Health Organization (WHO) in the 2030 (Grebely et al J. Int AIDS Soc. 2017 Jul 28; 20 (1): 22146. doi: 10.7448 / IAS.20.1.22146). The achievement of this objective depends on the implementation of interventions in areas regarded as strategic such as special populations like PWID, universally identified as the true reservoir of infection.

Discussion

It has been demonstrated that an early and intensive treatment on these people can generate a significant impact on the global HCV epidemic in terms of decrease, avoiding the development of cirrhosis, hepatic insufficiency, and liver transplantation. Several studies in literature also have established that treating PWIDS with HCV is cost-effective (Scott N, et al., J Gastroenterol Hepatol, 2016 Apr; 31 (4): 872-82; Daniëla K. van Santen, PLoS One, 2016; 11 (10)). In addition, treatment associated with harm reduction policies can help reduce HCV incidence and prevalence in this population (Gountas, I. et al., Addiction. 2017 Jul; 112 (7): 1290-1299; Hannah Fraser et al., Journal of Hepatology, 2018 vol. 68: 383-385) and improve the quality of life through the progressive abandonment of practices at high risk for himself and possible source of contagion.

It should also be emphasized that pharmacological treatment aims to achieve both clinical and economic health care outcomes, namely: complete recovery from HCV-related liver disease through a short-term therapy able to improve both quality and free of sickness life prospect insurance; reduction of assistive activity made possible because the treatment leads to a complete regression of the disease; a considerable saving of resources by the Italian National Health Service (Servizio Sanitario Nazionale, SSN) due to: progressive decrease - up to the annulment - of newly occurring cases and reduction of costs associated with the progression of the disease or costs generated by the need for diagnosis and care in the assistive services.

The main barriers that prevent an efficient linkage of these "difficult to reach" at-risk population include a lack in a multidisciplinary model of care based on a working group (expert in addiction medicine, hepatologist, infectivologists, psychiatrists, psychologists and nurses) to coordinate the treatment of the drug addict and HCV-positive people. This kind of organization in Italy exists from the middle of 80's and represent the ideal setting of the cure of the patients who use illicit drugs, are enrolled in a detoxification program and are HCV infected.

For these reasons, at the end of 2017 Federserd, with the collaboration of medical hepatologists and infectious disease specialist, developed an algorithm for taking charge of the population at risk with HCV (A. Nava, A. Alberti, M. Andreoni, S. Babudieri, G. Barbarini, PF D'Egidio, C. Leonardi, A. Lucchini Mission - Italian Quarterly Journal of Addiction 2018; 49: 56-61) with the aim to facilitate the interaction between hospital specialists and territorial services in order to support a hepatitis C elimination program in the population at risk (PWIDS and prisoners), in the logic of both national and regional eradication plans.

The centrality of the Addictions Services (Ser.D) and of the professional figures working there, is the background of this model of integrated care, able to guarantee a privileged medical-patient relationship and where serological controls can be performed to screen patients who are candidates for treatment and followed during and after the therapy.

We recently reported the results of a study aimed to evaluate the health saving costs of HCV treatment in a population consisting of HCV-positive patients treated by two Territorial Social-Health Units (Ser.Ds ASST-“Melegnano” and “Martesana”) including 54 Municipalities (comprising roughly 650,000 inhabitants) in Milan hinterland (northern Italy).

We analyzed selected cases of reported e.v. drug use-positive and/or HCV-positive patients to demonstrate feasibility and effectiveness of HCV treatment in PWID directly followed in local Addiction Services and public health and economic benefit in terms of saving social/health costs following HCV-patients treatment. We demonstrate that the HCV treatment in PWID can significantly reduce over the years not only the individual costs but also the health community costs.

Moreover the study shows that an integrated and effective patient’s journey, together with harm reduction measures, can be further effective and costs for the health care system (in press).

This study was conducted with IFN based HCV treatment universally recognised as complex, associated with frequent side effects, and lengthy (24 to more than 48 weeks).

Current HCV therapy is once-a-day dosing for 8 to 12 weeks and there are few side effects, yielding a cure in > 95% of patients.

In our opinion the simplicity of current DAA therapy allows SERDs to move into the primary position for treatment at least for first-line therapy in non advanced disease.

Following this principle, in 2018 we obtained the authorization as prescribers of DAA and we realize a network model of care with the hospital specialists aimed to treat PWID attending our service directly with a “fast track” procedure of screening and diagnosis.

At present we treated with DAA over 40 patients including OST (patients following substitution therapy with methadone or buprenorphine), ex PWID or never PWID (i.e injection partners), currently e.v. user, cirrhotics, HIV/HBV coinfecting with a 100% compliance, 100% SVR 12 for the patients who complete the observation, no treatment discontinuation or interruption for any reason, on death for cause unrelated to liver disease or treatment. Time of follow-up is too short to define the rate of reinfection.

Conclusions

Treatment as prevention with highly effective new DAA is a prospective HCV elimination strategy. Literature indicates that injecting drug use is responsible for 23% of new infections and that each HCV positive PWID become infected within the first two years of activity with an incidence rate a thousand times higher than the general population and he is able to infect at least 20 others subjects within the first three years of infection. It should also be considered that drug users have an average age of less than 20 years compared to the general population (Lazarus JV et al. BMC Infect Dis, 2014;14 (suppl.6):S16), thus creating a significant additional difference in terms of saving direct healthcare costs.

It is therefore clear that to reduce the impact in terms of early mortality it is essential to act on the reduction of the prevalence of infection (cure of the disease) but also on the reduction of transmission.

In the absence of an improvement in screening in high-risk population and in the allocation of resources for the most cost-effective intervention strategies, turning the tide on the HCV epidemic will be challenging.

4.3

ESPERIENZA DI TRATTAMENTO MULTIDISCIPLINARE DELL'INFEZIONE DA HCV NEI PAZIENTI CON DISTURBO DA USO DI SOSTANZE PRESSO I SERVIZI PER LE DIPENDENZE

**Cocca Giorgia², Sebastiani Teresa¹,
Giuliani Ruggero¹, Cappellini Paola²,
Nicolai Claudio², Vigezzi Pierluigi²,
Catani Cristina², Selva Paola², Lari Cesare¹,
D'Angelo Cinzia³, Di Benedetto Domenica³,
Baccalini Rossana⁴, Ortisi Giuseppe⁴, Sacchi Paola²,
Ranieri Roberto¹, Zuin Massimo⁵, Giorgini Alessia⁵**

¹Medicina Penitenziaria, ASST Santi Paolo Carlo - Milano

²SERD Territoriale, ASST Santi Paolo Carlo - Milano

³UOC FARMACIA Responsabile UOS Farmacia di Integrazione Territoriale e Penitenziaria, ASST Santi Paolo e Carlo Presidio San Paolo - Polo Universitario - Milano

⁴UOC Laboratorio Analisi, ASST Santi Paolo Carlo - Milano

⁵Dipartimento Epato-Gastro-Metabolico, Gastroenterologia ed Epatologia, ASST Santi Paolo e Carlo - Milano

L'obiettivo di eradicazione dell'infezione da HCV pianificato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità entro il 2030 sembra essere effettivamente raggiungibile grazie all'avvento dei nuovi farmaci antivirali (DAAs). In Italia negli ultimi anni la maggior parte dei pazienti affetti da infezione da HCV già noti ed in carico ai servizi di cura ospedalieri è stata efficacemente trattata; rimane, però, necessario potenziare la capacità diagnostica e l'offerta di cura nelle categorie di popolazione a maggior rischio di infezione come i soggetti con Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) e la popolazione detenuta, superando quelle barriere specifiche che hanno determinato fino ad oggi un minor accesso al trattamento.

Nell'era precedente la limitata efficacia e la scarsa maneggevolezza della terapia con interferone, in termini di complessità di gestione e di effetti collaterali, sono stati sia per i pazienti che per gli operatori sanitari, il principale ostacolo alla cura dei soggetti con DUS. L'avvento dei DAAs, grazie alla loro elevata efficacia e tollerabilità, nonché alla semplicità dello schema terapeutico, ha consentito di migliorare notevolmente l'accesso alle cure dei soggetti con DUS, anche se permangono ancora numerose barriere da superare. Questioni logistico-amministrative, problematiche psi-

cologiche e sociali che caratterizzano i soggetti con DUS, come l'assenza di documenti per i soggetti Italiani Senza Fissa Dimora (SFD) e per stranieri senza permesso di soggiorno e la coesistenza di una patologia psichiatrica o di poliabuso (alcol), rendono questi soggetti difficilmente raggiungibili dai servizi Ospedalieri per come sono strutturati. Stigma e pregiudizio da parte dei soggetti con DUS nei confronti dei servizi Ospedalieri, perché si considerano vittime immotivate per la sola condizione di dipendenza, fungono da barriera allo screening e al trattamento. Viceversa, stigma e pregiudizio da parte dei servizi nei confronti dei soggetti con DUS, perché il personale sanitario ospedaliero considera tali soggetti difficilmente affidabili nella gestione del trattamento domiciliare a causa della condizione di fragilità psichica e sociale. Da novembre 2018, presso il Ser.D di via Gola e via Forze Armate, facenti capo al Ser.D Territoriale dell'ASST Santi Paolo Carlo di Milano abbiamo avviato un programma di intervento multidisciplinare con l'obiettivo di implementare lo screening e il trattamento dell'infezione da HCV sul modello in atto dagli Istituti Penitenziari Milanesi che ha condotto alla quasi completa eradicazione dell'infezione da HCV tra i detenuti. Il pilastro dell'attività è stato la creazione di un setting all'interno del SERD centrato sul paziente con DUS e sulle sue problematiche e volto a rimuovere, quando possibile, i principali ostacoli alla cura. Il progetto prevede: l'uso di test diagnostici non invasivi (Test Orale per HCV-Ab), per eliminare le difficoltà tecniche e logistiche del prelievo ematico e per facilitarne l'accettazione da parte del paziente, la creazione di uno spazio dedicato per l'esecuzione del prelievo ematico nei soggetti positivi per confermare l'infezione (HCV-RNA), per valutare lo stato di malattia (crasi ematica e indici di funzionalità epatica) e per escludere altre infezioni associate (HBV, HIV e Sifilide), la possibilità di accedere alla visita infettivologica all'interno del SERD in spazi dedicati senza appuntamento, la dispensazione della terapia nella sede di cura territoriale, anziché nella Farmacia Ospedaliera, con le stesse modalità del farmaco sostitutivo in soggetti PWID. L'intervento non ha richiesto costi aggiuntivi ma la riorganizzazione delle risorse esistenti e la creazione di protocolli di diagnosi e trattamento condivisi con i Dipartimenti Ospedalieri. L'invio dei pazienti in Ospedale si è reso necessario solo per l'esecuzione dell'ecografia addominale e fibroscan effettuati entrambi nella stessa giornata in "slot" dedicati con accesso diretto senza prenotazione. I pazienti cirrotici vengono agganciati al servizio ed avviano il monitoraggio presso il servizio di epatologia, mentre la terapia viene somministrata nella sede territoriale secondo le medesime modalità della terapia sostitutiva. Ad oggi su 600 pazienti in terapia metadonica nei due SERD il

67% è stato testato, solo 2 pazienti hanno rifiutato il test. 46 pazienti hanno avviato il trattamento e di questi 30 hanno completato il trattamento raggiungendo la negativizzazione del virus a fine terapia (EOT), 6 pazienti sono stati identificati con malattia avanzata e ora seguiti presso l'ambulatorio di Epatologia dell'Ospedale San Paolo. L'aderenza al trattamento è stata ottima, nessuno dei pazienti ha interrotto la terapia o ha sviluppato eventi avversi. Fattori che hanno influenzato positivamente la risposta alla terapia da parte dei pazienti sono stati: il fattore tempo con un inizio ed una fine ben determinata, la rassicurazione di una cornice precisa e riconosciuta stigma "free", la personalizzazione della cura e la imprescindibile relazione con il medico SERD che, nella nuova prospettiva terapeutica, ha trovato un elemento per rinforzare l'alleanza terapeutica con il proprio paziente.

L'esperienza seppur in fase iniziale è estremamente positiva sia in termini di efficacia che di efficienza in quanto, grazie alla collaborazione tra più servizi (SERD Territoriale, Infettivologia Penitenziaria, Ambulatorio di Epatologia, Laboratorio Analisi e Farmacia Ospedaliera) è stato possibile, in breve tempo, reclutare per screening e trattamento un significativo numero di Pazienti che difficilmente sarebbero riusciti ad accedere autonomamente ai servizi ospedalieri.

Bibliografia

1 *Hepatitis C Virus Infection Among Drug Addicts in Italy* - T. Stroffolini, P.F. D'Egidio, A. Aceti, P. Filippini, M. Puoti, C. Leonardi, P.L. Almasio and the DAVIS (Drug Addicted, HCV Prevalence in Italy: an Epidemiological, Observational, Cross-Sectional, Multicenter Study, participating centers) - *Journal of Medical Virology* 84:1608-1612 (2012)

2 *Relazione al Parlamento 2017 - Dipartimento Politiche Antidroga e Presidenza del Consiglio dei Ministri*

3 *OMS Global Report on Access to Hepatitis C Treatment: "Focus on Overcoming Barriers", October 2016.*

4. *OMS "Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection". Update version, April 2016*

4.4

MONITORAGGIO DELL'INFEZIONE DA HCV IN UNA COORTE DI SOGGETTI MIGRANTI IN CARICO AL SERD 25 DELLA U.O.C. DIPENDENZE OVEST DELLA ASL NAPOLI 1 CENTRO

Curcio F*, Asturaro E*, Auriemma F**,
Bandiera F*, Barretta V*, Fontebasso M*,
Girasole D*, Marguccio E**, Mazzella C***,
Nicotra F*, Pianese P*, Procida M*, Spalice R*,
Scialò L*, Topa M*, Zirpolo C*, Baldassarre C****

* Operatori del SerD 25 – U.O.C. Dipendenze Ovest –
ASL Napoli 1 Centro – Napoli

** Referenti SerD 25 e 29 – U.O.C. Dipendenze Ovest –
ASL Napoli

*** Dirigente Medico – SerD Area Penale - ASL Napoli
1 Centro – Napoli

**** Direttore U.O.C. Dipendenze Ovest - ASL Napoli 1
Centro – Napoli

Premessa

La diffusione dell'infezione da virus epatici rappresenta un importante problema di Sanità Pubblica; in particolare l'infezione da HCV viene correlata, direttamente o indirettamente, alla patologia epatica e ad altre condizioni patologiche sistemiche. L'epidemiologia dell'infezione e dei ceppi virali e di eventuali coinfezioni con altri virus epatici o HIV varia in dipendenza dall'area geografica di provenienza del soggetto e inoltre, varia in relazione alle condizioni di vita dei migranti una volta raggiunti i Paesi di destinazione. Spesso essi sono costretti a vivere in condizioni molto precarie, promiscuità e/o costretti/e a prostituirsi. Pertanto, le loro condizioni socio-sanitarie risultano frequentemente compromesse. I Centri per le Dipendenze italiani, a bassa soglia di accesso, rappresentano un primo contatto con le strutture sanitarie del nostro Paese, talvolta della intera U.E. Una migliore conoscenza della diffusione dell'HCV in stranieri in carico nei servizi per le Dipendenze può migliorare la programmazione di risorse sanitarie e decisioni politiche.

Materiale e metodo

Nello studio si riportano i dati epidemiologici relativi alla infezione da HCV e delle coinfezioni con altri virus epatici o HIV in una coorte continuativa di soggetti migranti afferenti ad un SerD della U.O.C. Dipendenze Napoli Ovest, al 31/12/2018. Tutti i 682 soggetti in trattamento tra i 18 e i 65 anni sono stati arruolati. Per

tutti i partecipanti è stata raccolta l'anamnesi, con particolare attenzione per i fattori di rischio principali, quali la modalità di uso delle sostanze psicoattive, il numero dei partner, l'utilizzo di protezione nei rapporti sessuali e le abitudini sessuali. Tutti i partecipanti sono stati testati per la ricerca dei cataboliti delle principali sostanze psicoattive e per i marcatori di infezioni virali utilizzando test ELISA su siero. Per i soggetti positivi per lo screening degli anticorpi per HCV è stata effettuata la conferma con RIBA test; in alcuni dei pazienti positivi è stata effettuata la PCR mediante test COBAS Taqman Roche.

Risultati

Tra i 682 soggetti esaminati ci sono 595 maschi (87,2%) e 87 femmine (12,8%); l'età media di arrivo in Italia è di 25 anni (+/- 7,75) e i soggetti afferiscono ai SerD all'età di 34,2 anni (+/- 8,70). La latenza media prima che un migrante si rivolga ai SerD è di 9,2 anni dall'arrivo in Italia.

La composizione per area geografica di appartenenza della coorte consiste in una quota principale di migranti provenienti dall'Africa del Nord (#287; 42,1%), seguiti dall'area dei Paesi ex URSS (#115; 16,9%), dall'Africa Centrale (#99; 14,5%) e dall'Europa dell'Est (#87; 12,8); da rilevare una piccola quota di soggetti provenienti dall'India (#40; 5,9%). Dalle storie cliniche dei pazienti si rileva che essi sono prevalentemente poliabusatori (oppiacei, cocaina/crack, THC, alcol in varie combinazioni) in ragione del 65,1% (419/644) complessivamente, con differenze tra i soggetti provenienti dall'Africa Centrale (76,1%) e quelli provenienti dall'Europa dell'Est (42,0%). L'età media di insorgenza della dipendenza da oppiacei è di 26,0 anni. L'uso di sostanze psicoattive è iniettivo nel 44,5% (193/434), con una prevalenza maggiore tra le femmine nei confronti dei maschi (59% vs 43%). Infine, 151/291 (51,9%) partecipanti hanno dichiarato utilizzo di sostanze psicoattive già nel Paese di provenienza, prevalentemente soggetti provenienti da ex-USSR (74%).

HCV – tra i soggetti testati (#423) per la presenza di anticorpi anti HCV, sono risultati positivi 226 (46,6%); non sono rilevanti le differenze tra i generi: tra i maschi (169/192) la prevalenza è del 46,8%, mentre tra le femmine è del 43,5% (27/62). Per quanto riguarda le differenze tra aree geografiche, i soggetti provenienti dall'Africa centrale hanno la prevalenza più bassa (31,1% - 19/61 testati), mentre la maggiore diffusione dell'infezione è tra i soggetti provenienti dall'area dell'ex Unione Sovietica (71,9% - 64/89 testati), soprattutto tra i maschi, tra i quali si raggiunge l'85,5%. Le femmine della stessa area geografica mostrano una prevalenza HCV del 40,5%.

Sono state effettuate 79 genotipizzazioni, tra le quali il genotipo 3/3a è il più diffuso, mediamente presente

nel 32,0% dei soggetti HCV RNA positivi, mentre il genotipo 1 (1a/1b) è presente nel 30,7% dei casi. Il genotipo 4 (4c/4d) si ritrova nel 9,3% dei casi. Nel 28,0% dei casi il virus è non determinabile. In 4 casi non è stato effettuato il genotipo.

Genotipi per area geografica: In africa centrale prevale il genotipo 1, nel 45,5% dei casi, seguito dal 18,2% del genotipo 4 e dal 9,1% per il genotipo 3. In Europa dell'est troviamo la prevalenza più elevata di genotipo 3 (50,0%), seguito dal genotipo 1 (37,5%). Anche nei Paesi ex URSS prevale il genotipo 3 (41,9%), seguito dall'uno (25,8%). In Nord africa prevale il genotipo 1 (33,3%), seguito dal 3 (20%).

Co-infezioni. Il virus HCV è frequentemente presente in soggetti infetti da altri virus: su 197 pazienti co-infetti (170 maschi e 27 femmine), in 81,5% dei casi è presente un pregresso contatto con HAV; nel 61,6% c'è la presenza di HBcAb e nel 4,2% il virus B produce HBsAg. La co-infezione con HIV è presente nel 18,8% dei soggetti infetti da HCV, maggiormente nordafricani (41,7%). La prevalenza dell'infezione concomitante da HIV in 117 soggetti co-infetti da HCV e HBV (HBcAb positivi) è del 22,4%, per lo più africani del Nord (#41; 35% del totale). Per quanto riguarda le differenze per utilizzo di sostanza d'abuso, gli oppiomanici testati (#543) hanno una prevalenza di HCV del 52,3% complessivamente, contro il 12% degli alcolisti (anche in poliabuso, ma non con oppiacei - #89). Nello studio si valuta anche la prevalenza delle infezioni da HCV o co-infezioni in soggetti che hanno praticato uso endovenoso (PWID), pari al 44,5% dei nostri assistiti, o solo inalatorio: tra gli intervistati, i 116/135 PWID sono HCV infetti (85,9%), mentre tra i soggetti inalatori (#153) la prevalenza è del 23,5%. Tra tutti i pazienti testati, solo 9/197 soggetti mono infetti hanno avuto accesso alle terapie per HCV al termine del monitoraggio.

Conclusioni. 1) Lo studio evidenzia che la latenza media di accesso ad un Centro per le Dipendenze è di oltre 9 anni; ne deriva che oggi stiamo assistendo pazienti giunti in Italia nel 2010. Potremo dunque stimare il carico di lavoro dei SerD per gli anni successivi. 2) Tra gli immigrati l'uso di oppiacei è ancora prevalente rispetto all'uso di cocaina. 3) L'uso endovenoso è in correlazione all'area di provenienza, circa il doppio nei paesi dell'Est (Europa e ex-URSS), rispetto alla popolazione africana e ciò è correlato alla maggiore diffusione delle infezioni virali. 4) In maggior numero di casi i pazienti provenienti dall'Est hanno già avuto esperienze di uso di oppiacei nel Paese di provenienza, rispetto agli africani, che invece cominciano a utilizzare oppiacei e/o cocaina in Italia. 5) la distribuzione dei genotipi virali, ancora su un numero limitato di pazienti, la cui importanza è meno rilevante, grazie alla diffusione dei DAA pangenotipici, è anche in relazione alla diffusione dell'utilizzo endovenoso, evidenziando la maggior

diffusione del genotipo 3 in particolare nei soggetti PWID. 6) l'elevata prevalenza della co-infezione HCV/HIV evidenzia come sia necessaria l'interazione professionale tra SerD e infettivologi in grado di curare le co-infezioni. 7) il basso numero di trattamenti per HCV ci deve spingere ad incrementare il numero di terapie in tale gruppo di pazienti al fine dell'eradicazione dell'HCV. In letteratura si stima che 1 soggetto PWID possa infettare 27 altri tossicodipendenti in tre anni. 8) Le condizioni di promiscuità ed il basso livello sociale dei migranti li espongono a patologie correlate all'addiction, (o a tubercolosi) con scarso monitoraggio sanitario, rendendo difficoltoso e più costoso l'intervento terapeutico in pazienti con patologie conclamate. Una migliore qualità dell'accoglienza può incidere certamente sull'esito delle terapie e sui costi sanitari dell'immigrazione.

Bibliografia

1. Vol.61, Issue1, Jan.2015, Pages 77-87, HEPATOLOGY - Global distribution and prevalence of hepatitis C virus genotypes. J.P. Messina, et al.
2. Lancet Glob Health. 2017 Dec;5(12): e1192-e1207. Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. Degenhardt L, et al.

4.5

IL MODELLO ORGANIZZATIVO DELLA U.O.C. DIPENDENZE OVEST DELLA ASL NAPOLI 1 CENTRO PER LA TERAPIA DELL'EPATITE CRONICA HCV CORRELATA IN POPOLAZIONI AD ALTO RISCHIO. I RISULTATI

Curcio F*, Asturaro E*, Auriemma F, Bandiera F*, Barretta V*, Fontebasso M*, Girasole D*, Marguccio E**, Mazzella C***, Nicotra F*, Pianese P*, Procida M*, Spalice R*, Scialò L*, Topa M*, Zirpolo C*, Baldassarre C******

* Operatori del SerD 25 – U.O.C. Dipendenze Ovest – ASL Napoli 1 Centro – Napoli

** Referenti SerD 25 e 29 – U.O.C. Dipendenze Ovest – ASL Napoli

*** Dirigente Medico – SerD Area Penale - ASL Napoli 1 Centro – Napoli

**** Direttore U.O.C. Dipendenze Ovest - ASL Napoli 1 Centro – Napoli

Premessa

In Italia l'epatite cronica C rappresenta un problema sanitario con un gradiente di prevalenza nord-sud e l'Italia meridionale è tra le aree a più elevata prevalenza in Europa. Studi epidemiologici condotti in Campania indicano una prevalenza di infezione attiva di circa il 2,3% della popolazione generale adulta con un picco (8,2%) nelle fasce di età avanzata (60-70 anni) ed un secondo picco in relazione all'uso di sostanze stupefacenti. Attualmente in Campania si stima che i soggetti portatori di infezione da HCV siano più di 100.000 e che l'infezione da HCV rappresenti la causa più importante di epatopatia in quanto è riscontrabile nel 62% delle epatiti croniche e nel 73% degli epatocarcinomi. In Italia il tasso di mortalità per cirrosi è pari a 20/100.000 ab/anno e quello per epatocarcinoma a 13/100.000 ab/anno; intorno al 70% di queste morti è da attribuire alla infezione da HCV. L'epidemiologia dei principali fattori di rischio dimostra che è sovrapposta alla dipendenza da sostanze (scambio di siringhe, utilizzo di paraphernalia), o a comportamenti correlati a scarso autocontrollo. Soggetti con problemi di dipendenza spesso non afferiscono al proprio medico di medicina generale né ad ambulatori specializzati per le patologie infettive – se non quando, comparsi i sintomi, risulta uno stadio avanzato della patologia. Tali soggetti rappresentano

attualmente la principale fonte di infezione per la popolazione generale; si calcola che un utilizzatore di sostanze per via endovenosa (PWID) è in grado di infettare 27 persone in tre anni. Il Percorso Ambulatoriale proposto nello studio è relativo all'integrazione dei Servizi per le Dipendenze con Servizi di Diagnostica Clinica e Servizi Ambulatoriali Specialistici per il trattamento delle Patologie Infettive. L'interazione tra differenti culture sanitarie, regolata da procedure e con apposite "istruzioni di lavoro", deve essere alla base di una rete ambulatoriale. I Servizi per le Dipendenze delle ASL campane trattano soggetti "nuovi iscritti" e soggetti giunti ai Servizi a far data dal 1986. È importante ricordare che l'aderenza per i trattamenti farmacologici per le dipendenze da sostanze è molto elevata e che i Servizi sono in rete tra loro e con i Ser.D. delle Aree Penali.

Materiale e metodo

La procedura prevede che il Medico Ser.D. - "Case manager" - unitamente all'equipe del Ser.D. inquadri il paziente relativamente alla necessità e determinazione a curarsi. Fanno parte del network anche il Laboratorio diagnostico e lo Specialista prescrittore. Questi esegue le elastografia epatica e compila le schede raccolta dati ai fini delle prescrizioni a carico del SSN. Successive comunicazioni sono gestite mediante appositi protocolli, anche per via telematica, nel rispetto della privacy. Eventuali complicanze che richiedano un trattamento ospedaliero vengono gestite dallo Specialista infettivologo.

Esami diagnostici

Il laboratorio effettua HCV-RNA con tecnica real time e quantizzazione e genotipo HCV; inoltre test ematochimici e test virologici (anti-HIV, HBsAg, anti-HDV se HBsAg positivo). Lo specialista effettua l'ecografia addominale e l'elastometria epatica. L'ottenimento della risposta virologica sostenuta (SVR) è definito come il mancato rilevamento di RNA di HCV nel siero a 12 settimane dal termine del trattamento. Il raggiungimento della SVR12 equivale a stabile guarigione virologica in più del 99% dei pazienti e si associa ad una riduzione della mortalità e delle complicanze legata alla malattia epatica con conseguente decremento significativo dei costi sanitari. Nel Ser.D. il Case Manager esegue il follow up secondo le linee guida internazionali (controllo annuale di transaminasi, HCV-RNA ed ecografia addome). Nel caso di relapse si procede al ritrattamento con una rivalutazione del genotipo, onde escludere una eventuale reinfezione.

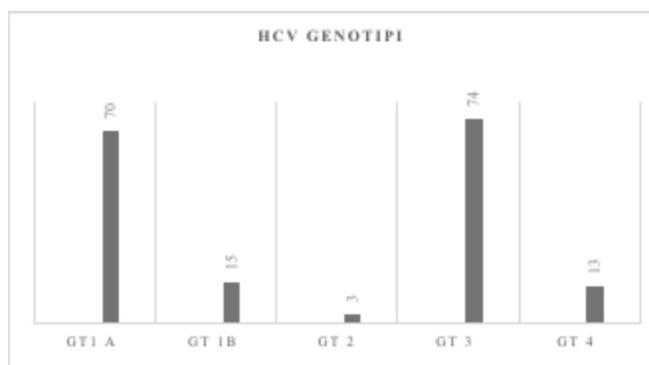
Criteri di inclusione

Dipendenze patologiche anche pregresse; partner o convivente di soggetto anti-HCV/anti-HIV positivo;

nati da madre anti-HCV positiva. Soggetto proveniente da aree geografiche ad elevata endemia. Soggetti con multipli partner sessuali. Detenuti.

Risultati. Al 31 dicembre 2018 la coorte è costituita da 175 soggetti continuativi con epatopatia cronica HCV correlata, 145 maschi e 30 femmine; di questi 140 in trattamento attivo presso il Ser.D. 25 della U.O.C. Dipendenze Ovest della ASL Napoli 1 Centro e 35 con pregresso utilizzo di sostanze d'abuso. Dei soggetti trattati 70 (40%) sono infetti dal genotipo 1a, 15 (8,5%) da 1b; sono infetti dal genotipo 2 solo 3 pazienti (1,7%).

73 (41,7%) pazienti sono infetti dal genotipo 3 o 3a e 13 (7,4%) dal genotipo 4(4c/4d). La carica virale media è $2,596 \times 10^6$. Il valore medio del fibroscan è 15,7 KPa.



Il trattamento per la dipendenza dei soggetti della coorte è effettuato con farmaci agonisti degli oppiacei - 16 (9,1%) pazienti sono trattati con buprenorfina/naloxone 4:1 (Suboxone) al dosaggio medio di 11,7 mg/die; 50 (28,6%) pazienti sono in trattamento con metadone HCl con posologia media di 83,9 mg/die. Nella coorte ci sono anche 7 (4,0%) soggetti in trattamento con levometadone (ellepalmiron) al dosaggio medio di 50,7 mg/die. 3 (1,7%) pazienti sono in trattamento con GHB (alcover) dosaggio 33,3 ml/die. 99 (56,6%) pazienti effettuano altri trattamenti (psicosociali, tabagismo, altri farmaci psicoattivi) o non sono attualmente in trattamento.

Per il trattamento dell'HCV sono state usate diverse combinazioni farmacologiche in dipendenza dalla disponibilità dei principi attivi a partire dall'introduzione dei DAA. La durata media dei vari trattamenti è di 3,5 mesi in generale.

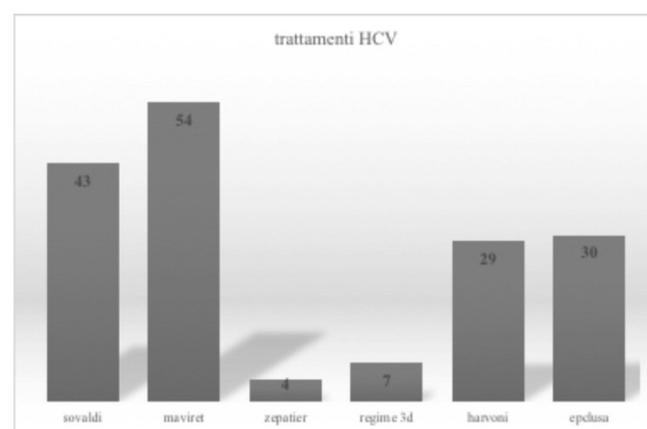
Trattamenti HCV. 54 (30,9%) pazienti sono stati trattati per 2 mesi con glecaprevir/pibrentasvir (**Maviret**).

30 (17,1%) pazienti sono stati trattati con sofosbuvir/velpatasvir (**Epclusa**) per 3 mesi. Con ledipasvir/sofosbuvir (**Harvoni**) sono stati trattati 29 (16,6%) soggetti con durata media di 4 mesi. 43 (24,6%) sono

trattati con sofosbuvir/daklinza (**Sovaldi**), per una durata di 4,9 mesi. Con il ombitasvir/paritaprevir/ritonavir (**regime 3d**) sono stati trattati 7 (4,0%) pazienti con durata 4,3 mesi e 4 (2,3%) pazienti sono stati trattati con l'associazione più recente per 3 mesi grazoprevir/elbasvir (**Zepatier**).

I rimanenti sono stati trattati con altre associazioni farmacologiche. In alcuni casi a tutti i protocolli è stata aggiunta la ribavirina.

Complessivamente le SVR sono state 173 (98,9%). Nei due casi di fallimento è stata effettuata la sequenza genotipica individuando le possibili cause di resistenza, risultate principalmente nei confronti del sofosbuvir.



Conclusioni

Dallo studio si evince il successo della procedura attuata. L'elevata SVR, il numero dei pazienti curati, la semplicità di effettuare le fasi diagnostica, terapeutica e il successivo follow up e la puntualità con cui esso viene effettuato evidenziano come la cooperazione tra professionalità diverse integrate tra loro diventi necessaria nella gestione di pazienti complessi. Nel corso degli anni si sono evidenziati punti critici, alcuni di carattere sanitario (quali i limiti imposti nei primi anni relativi alla gravità dello stato clinico del paziente) altri di carattere amministrativo (quali i dubbi dei pazienti percettori di pensioni di invalidità, timorosi di perdere la sovvenzione), altri ancora organizzativi (la difficoltà di ottenere un elastografo portatile). La prossima barriera si configura nel trattare i pazienti coinfecti (18,8% HCV positivi hanno anche HIV), che richiedono l'autorizzazione formale dello specialista infettivologo. Occorre implementare ancora le collaborazioni al fine di eradicare l'infezione da HCV e migliorare la qualità dell'accoglienza delle équipes di riferimento dei pazienti; solo così sarà possibile incidere sull'esito delle terapie e sui rapporti costo/efficacia dei trattamenti.

Bibliografia

- 1. Global report on access to Hepatitis C treatment -October 2016 – WHO** (Gower E, Estes C, Blach S, Razavi-Shearer K, Razavi H. Global epidemiology of the hepatitis C. virus infection. *J Hepatol.* 2014; 61 (1 Suppl): S45–57)
2. Morisco F, Loperto I, Stroffolini T, Lombardo FL, Cossiga V, Guarino M, De Feo A, Caporaso N. **Prevalence and risk factors of HCV infection in a metropolitan area in Southern Italy: tail of a cohort infected in past decades.** *J Med Virol.* 2017 Feb;89(2):291-297).
3. *J Addict Med.* 2011 Mar;5(1):43-9. doi: 10.1097/ADM.0b013e3181d131e0. **Epidemiological survey of hepatitis C virus infection in a cohort of patients from a ser.T in Naples, Italy.** Curcio F, Villano G, Masucci S, Plenzik M, Veneruso C, De Rosa G.
4. *BMC Infect Dis.* 2019; 19: 378. Published online 2019 May 3. doi: 10.1186/s12879-019-3974-7. PMID: 31053098 Contemporary HCV pan-genotypic DAA treatment protocols are exclusionary to real world HIV-HCV co-infected patients. A. Maughan, K. Sadigh, V. Angulo-Diaz, C. Mandimika, M. Villanueva, J. K. Lim, and O. Ogbuagu

4.6

CARATTERISTICHE DI UNA COORTE DI SOGGETTI MIGRANTI IN CARICO AL CENTRO PER LA TERAPIA DELLE DIPENDENZE DELLA U.O.C. DIPENDENZE OVEST DELLA ASL NAPOLI 1 CENTRO

Curcio F*, Asturaro E*, Auriemma F**, Bandiera F*, Barretta V*, Fontebasso M*, Girasole D*, Marguccio E**, Mazzella C***, Nicotra F*, Pianese P*, Procida M*, Spalice R*, Scialò L*, Topa M*, Zirpolo C*, Baldassarre C****

* Operatori del SerD 25 – U.O.C. Dipendenze Ovest – ASL Napoli 1 Centro – Napoli

** Referenti SerD 25 e 29 – U.O.C. Dipendenze Ovest – ASL Napoli

*** Dirigente Medico – SerD Area Penale - ASL Napoli 1 Centro – Napoli

**** Direttore U.O.C. Dipendenze Ovest - ASL Napoli 1 Centro – Napoli

Premessa

Uno dei problemi del terzo millennio è rappresentato dagli imponenti flussi migratori in corso negli ultimi anni verso i Paesi più ricchi e con maggiore stabilità politica. In assenza di una programmazione efficace, la permanenza in Italia dei migranti comporta condizioni di vita molto precarie, promiscuità, prostituzione. Le loro condizioni socio-sanitarie risultano frequentemente compromesse, con aumento dei rischi malavitosi, infettivi e tossicomani. I Centri per le Dipendenze italiani, a bassa soglia di accesso, rappresentano un primo contatto con le strutture sanitarie del nostro Paese, talvolta della intera U.E., con conseguente attività di front office per gli stranieri. Lo scopo dello studio è evidenziare le caratteristiche socio-sanitarie dei soggetti arruolati, le abitudini tossicomane e la diffusione delle infezioni virali, per meglio comprendere le esigenze di salute degli assistiti.

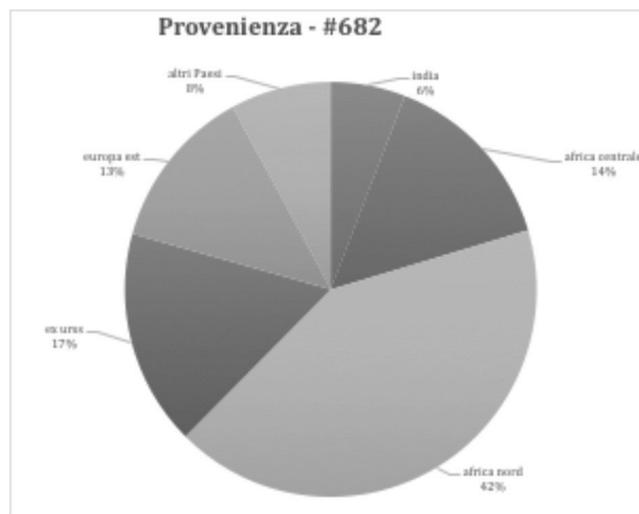
Materiale e metodo

La coorte è costituita da 682 soggetti continuativi non italiani seguiti dal 2000 fino al 2018 presso il Ser.D. 25 della U.O.C. Dipendenze Ovest della ASL Napoli 1 Centro, provenienti da varie aree geografiche, accorpate secondo criteri di similarità di comportamenti o di religione. In tutti è stata raccolta l'anamnesi ed effettuata un'intervista circa lo stile di vita, in particolare

per i fattori di rischio, l'utilizzo di sostanze psicoattive nel Paese di provenienza, la modalità di uso delle sostanze psicoattive, le abitudini sessuali. I dati anamnestici sono stati completati dagli esami tossicologici per la ricerca dei cataboliti delle principali sostanze psicoattive utilizzando test ELISA su siero. L'epidemiologia delle patologie infettive è stata testata con lo screening dei marcatori delle infezioni da virus epatici ed HIV. In caso di positività allo screening, sono stati effettuati i test di conferma con RIBA test o western blot ed eventualmente la ricerca del materiale genetico virale con PCR mediante test COBAS Taqman Roche.

Risultati

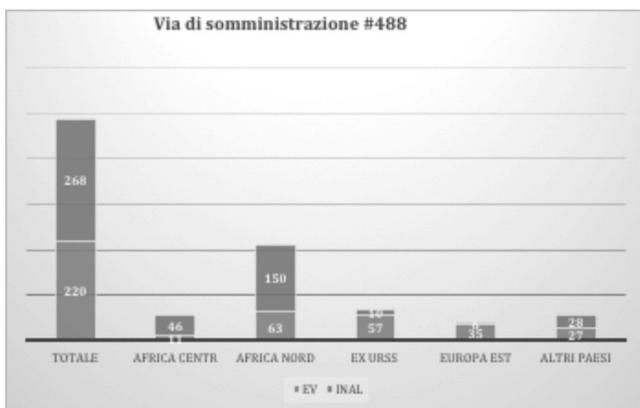
I 682 soggetti sono 595 maschi (87,2%) e 87 femmine (12,8%); la popolazione in studio ha il seguente profilo: l'età media di arrivo in Italia è di 25 anni (+/-7,75), l'insorgenza della dipendenza da oppiacei è a 26,0 anni e i soggetti afferiscono ai Centri per la Tossicodipendenza (Ser.D.) all'età di 34,2 anni (+/-8,70). La latenza media prima che un migrante si rivolga ai Ser.D. è di 8,2 anni.



L'area geografica è principalmente l'Africa del Nord (#287; 42,1%), seguita dall'area dei Paesi ex URSS (#115; 16,9%), dall'Africa Centrale (#99; 14,5%) e dall'Europa dell'Est (#87; 12,8). Da rilevare una quota di soggetti provenienti dall'India (#40; 5,9%); gli altri sono provenienti dall'Europa occidentale e dai continenti americano e asiatico.

Altre caratteristiche: sono celibi o nubili per il 51,2%, o separati (19,9%), mentre vivono in coppia solo il 27,4%. Solo il 19,1% vive in casa, mentre gli altri si arrangiano in case con altri, o per strada. Il 65,5% è stato in carcere per almeno 30 giorni. 48 pazienti sono stati in Comunità Terapeutica, con una permanenza media di 4,7 mesi.

Dalle storie cliniche dei pazienti si rileva che essi sono prevalentemente poliabusatori (oppiacei, cocaina/crack, THC, alcol in varie combinazioni) in ragione del 65,1% (419/644) complessivamente, con differenze tra i soggetti provenienti dall’Africa Centrale (76,1%) e quelli provenienti dall’Europa dell’Est (42,0%); per quanto riguarda le bevande alcoliche – effetti psicoattivi da abuso – l’utilizzo comincia a 16,3 anni nel caso di successivo poliabuso, mentre comincia a 29,3 anni nel caso di etilismo, senza utilizzo di altre sostanze psicoattive. L’uso di sostanze psicoattive è iniettivo nel 44,5% (217/434), con una prevalenza leggermente maggiore tra le femmine nei confronti dei maschi (59% vs 43%).



Psicopatologie

Il disadattamento appare molto frequente mentre la diagnosi di psicopatologie, probabilmente sottostimata a causa della difficoltà linguistica, è riferita nel 14,9% dei soggetti. Tra i pazienti dell’ex-URSS la prevalenza è più elevata (24,3% dei casi).

Infezioni virali

Gli anticorpi per il virus dell’epatite A hanno una prevalenza dell’81,8% in generale, presente nel 100% dei centro-africani ed asiatici. Maggiormente presenti tra i soggetti inalatori (87,0%) rispetto ai PWID (78,4%). Tra gli alcolisti raggiunge il 75,0%.

HBV – Presenza di HBcAb: la prevalenza in tutta la coorte è del 46,2% (191/413); senza differenze di genere. In Africa Centrale, la prevalenza è del 59,3% (35/59); è invece molto bassa tra i soggetti provenienti dall’India, il 14,3% (3/21). La presenza attiva del virus (HBsAg positivo) tra tutti i pazienti è del 4,5% (19/420). Gli HBsAg positivi sono per lo più provenienti dal Centro Africa (8,1% - 5/62), raggiungendo valori minimi tra i migranti provenienti dall’ex URSS (3,5% - 3/85). È stata effettuata la vaccinazione per HBV in 46 persone (20,7% dei 222 negativi) di cui 37 hanno presentato un titolo anticorpale protettivo (80,4%). I migranti provenienti dal continente americano (Centro e Sud America) hanno mostrato la più

elevata disponibilità nell’effettuare la vaccinazione (62,5%). Tra i PWID il virus HBV ha una prevalenza (HBcAb) del 61,8% (81/131), mentre i soggetti inalatori presentano una prevalenza del 42,8% (65/152).

HCV – tra tutti i soggetti testati (423) per la presenza di HCV-Ab, sono risultati positivi il 46,6% dei casi (226); tra i maschi (169/355) la prevalenza è del 46,8%, mentre tra le femmine è del 43,5% (27/62). I soggetti provenienti dall’Africa centrale presentano la prevalenza più bassa (31,1% - 19/61 testati), mentre la maggiore diffusione dell’infezione è tra i soggetti dall’area dell’ex Unione Sovietica (71,9% - 64/89 testati), soprattutto tra i maschi, tra i quali si raggiunge l’85,5%. Le femmine della stessa area geografica sono più frequentemente alcoliste (prevalenza HCV del 40,5%). Il genotipo 3/3a è il più diffuso tra i pazienti esaminati, mediamente presente nel 32,0% dei soggetti HCV RNA positivi, mentre il genotipo 1/1a/1b è presente nel 30,7%. Il genotipo 4 (4c/4d) si ritrova nel 9,3% dei casi. Nel 28,0% il virus è non determinabile. Il 18,8% dei soggetti HCV positivi sono coinfecti con HIV.

HIV – La prevalenza degli anticorpi è del 10,1% (43/425); le femmine (18,3%) sono significativamente più infette dei maschi (8,8%). Nessun alcolista ha anticorpi per HIV. Tra i PWID la prevalenza è del 15%, versus gli inalatori 5,2%. Più colpiti gli abitanti dell’Ex-URSS (13,6%), e i nord africani (10,4%). Tutti i soggetti con HIV sono infetti anche da HCV.

Conclusioni

1) Lo studio evidenzia che la latenza media di accesso ad un Ser.D. è di oltre 8 anni dall’inizio della dipendenza. 2) Tra gli immigrati l’uso di oppiacei è ancora maggiore rispetto all’uso di cocaina. 3) L’uso endovenoso è in correlazione all’area di provenienza, circa il doppio nei paesi dell’Est (Europa e ex-URSS), rispetto alla popolazione africana. 4) In maggior numero di casi i pazienti provenienti dall’Est hanno già avuto esperienze di uso di oppiacei nel Paese di provenienza, rispetto agli africani, che invece cominciano a utilizzare oppiacei e/o cocaina in Italia. 6) Le condizioni di precarietà ed il basso livello sociale dei migranti li espongono a patologie correlate all’addiction, con scarso monitoraggio sanitario, come descritto dal progetto aMASE (advancing Migrant Access to health Services in Europe) su oltre 2200 migranti con HIV. I risultati mostrano che il 50% dei migranti con HIV si è infettato nel Paese di arrivo, con un tasso di infezione va dal 32% al 64% a seconda del Paese ospitante. Una migliore qualità dell’accoglienza può incidere certamente sull’esito delle terapie e sui costi sanitari dell’immigrazione.

Bibliografia

- 1) The Lancet Global Health – 23 October, 2017. L Degenhardt et al. **Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review.**
- 2) **Global status report on road safety 2018.** The Global status report on road safety 2018, launched by WHO in December 2018).
- 3) BMC Public Health. 2015 Jul 30; 15:726. doi: 10.1186/s12889-015-2003-z. **HIV, Hepatitis B and C among people who inject drugs: high prevalence of HIV and Hepatitis C RNA positive infections observed in Delhi, India.** Ray Saraswati L, et al.
- 4) AIDS. 2017 Sep 10;31(14):1979-1988. doi: 10.1097/QAD.0000000000001571. **High levels of postmigration HIV acquisition within nine European countries.** Alvarez-Del Arco D, et al. Advancing Migrant Access to Health Services in Europe (aMASE) study team.

4.7

AN INNOVATIVE MODEL FOR MICRO-ELIMINATION OF HCV INFECTION IN PERSONS WHO INJECT DRUG (PWID)

Messina Vincenzo¹, Russo Antonio^{1,2}, Parente Enrico³, Nuzzolo Lilia³, Marra Giuseppina³, Russo Giovanni³, Orefice Milena³, Loffreda Anna³, Andreozzi Luigi³, Pizzirusso Anna³, Ferrara Salvatore³, Stella Luigi⁴, Salzillo Angela¹, Simeone Filomena¹, Coppola Nicola^{1,2}.

¹ UOC Malattie Infettive, AORN Sant'Anna e San Sebastiano, Caserta, Italia;

² Dipartimento di salute mentale e medicina pubblica, Sezione di Malattie Infettive, Università della Campania L. Vanvitelli

³ Dipartimento Dipendenze ASL Caserta

⁴ SerD Somma Vesuviana (Napoli)

Background

The latest regional report on HCV infection in Campania, Italy, highlighted a reduced percentage of people with genotypes correlated with people who injected drug (PWID) subjected to therapy compared to the national average (7.17% compared to 13.57% for genotype 3, 7.95% compared to 10.05% for genotype 1a). The aim of this study was to evaluate an innovative model for eliminate HCV infection in a high-risk population of PWID.

Methods

Between December 2017 and June 2019 a prospective, interventional, before and after study, based on the active and close cooperation between some Services for the Dependence (SerDs) in Campania and the corresponding 3rd level units of Infectious Diseases in Caserta, Campania, Italy, was performed.

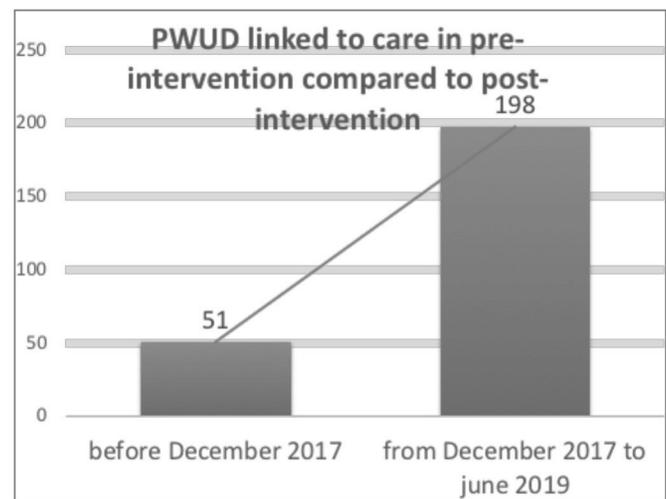
The intervention included three periodic prospective audits conducted by the infectious disease consultants in the SerD to improve the knowledge on HCV infection and on the need to treat. The infectious disease consultants were responsible for writing and sharing diagnostic protocols for HCV infection to do at SerD; finally, a fast lane to access the Infectious Disease Unit and to start DAA was planned and a protocol for the follow-up during and after DAA with a close collaboration between SerD and Infectious Disease Unit' personnel was identified.

Results

In the pre-intervention period 51 PWID were treated with DAA, 15 (29.4%) were genotype 1a and 16 (31.4%) were genotype 3; in the post-intervention period 198 PWID were linked to care, 65 (32.9%) were genotype 1a and 55 (27.7%) were genotype 3. Compare with the pre-intervention period the number of subjects linked to care for HCV infection increased by 388% (51 vs 198) with no statistical difference in genotypes (genotype 1a:15 vs 65, p= 0.64; genotype 3:16 vs 55, p= 0.61).

Conclusions

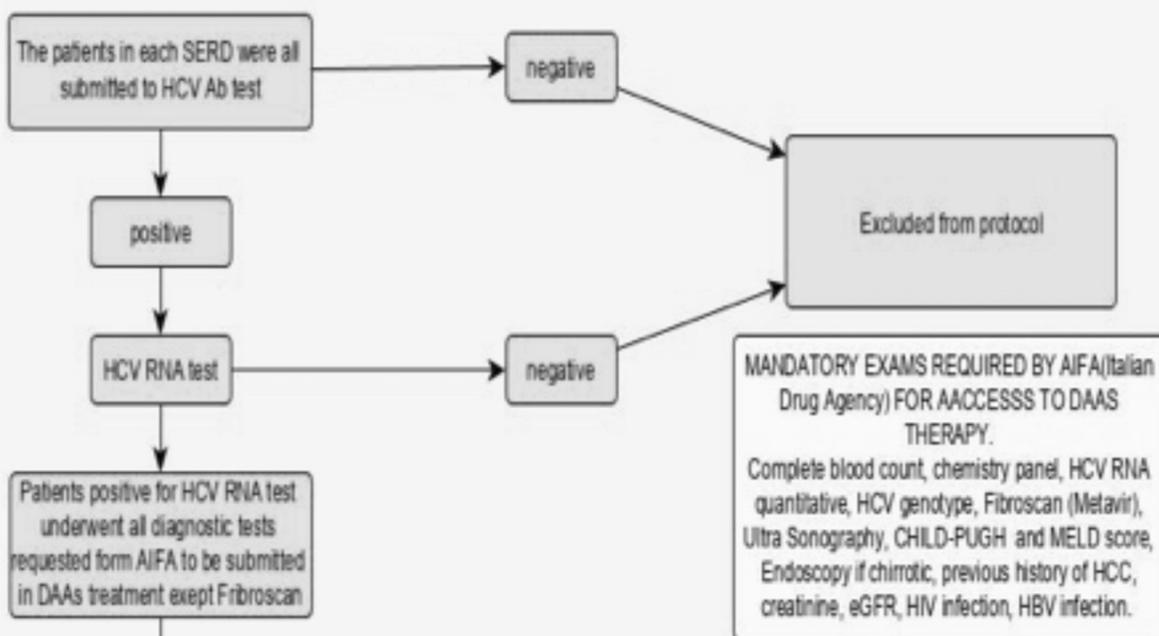
This innovative procedure has high rates of linkage to care in PWID with HCV infection.



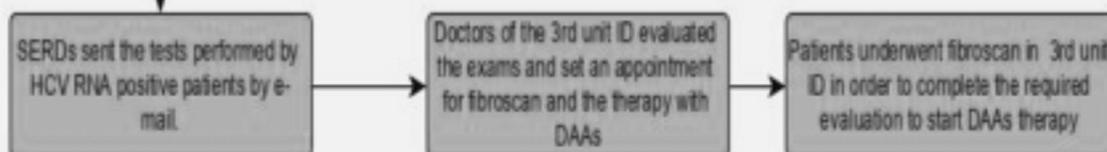
Audit performed in SERDs's structure



Protocol performed in SERDs structure



Protocol performed in 3rd Unit ID



4.8

PROBLEMATICHE E PECULIARITÀ DEL PAZIENTE HCV INFETTO CHE AFFERISCE AL SERT

Fabio Reina, M. Raffaella Guzzetti, Sara Frigerio, Manuela Cairati, Maria Maddalena Zanzola, Antonia Scala, Chiara Bonizzoni e Donatella Fiorentini

SerT Saronno, Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST VALLE OLONA

Attualmente i soggetti assuntori di sostanze stupefacenti risultano essere il serbatoio più importante dell'infezione da virus HCV. Il fattore di rischio più importante per la trasmissione del virus dell'HCV è l'assunzione di sostanze psicotrope, in particolare se ciò avviene attraverso la via endovenosa.

Gli studi e le indagini condotte per monitorare l'incidenza di nuove infezioni da HCV, ha evidenziato che l'uso parenterale di sostanze sarebbe responsabile del 23% dei nuovi casi di infezione all'anno.

Ogni tossicodipendente che utilizza sostanze endovena (PWID people who inject drugs) sarebbe potenzialmente in grado di infettare almeno altri 20 consumatori entro i primi 3 anni dall'inizio del contagio (attraverso lo scambio di siringhe e altri materiali infetti).

I tossicodipendenti anche in trattamento sostitutivo o ancora in fase "attiva" di consumo delle sostanze illegali, possono essere trattati con successo con i DAA.

Nei soggetti PWID il tasso di risposta virologica sostenuta è del tutto sovrapponibile alla popolazione generale infetta, cioè superiore al 98%.

Sulla base di dette considerazioni, è quindi indispensabile il favorire l'accesso al trattamento con DAA del maggior numero di questi soggetti.

Modalità suggeribili per facilitare l'aggancio/arruolamento potrebbero prevedere:

- un counselling efficace: lo sviluppo di una relazione intensa tra terapeuta e paziente può incrementare in modo sensibile l'adesione al trattamento;
- implementare la costruzione di reti assistenziali, di modelli integrati tra i vari specialisti, la stesura di linee guida comuni, onde facilitare l'accesso alle cure della popolazione a rischio;
- la necessità di superare lo stigma "culturale/sociale" nei confronti dei soggetti tossicodipendenti;
- la terapia farmacologica dell'epatite C nei soggetti PWID potrebbe verosimilmente facilitare la presa in carico da parte del SerT, al fine di migliorare lo stile

complessivo di via del paziente, riducendo i vari comportamenti a rischio.

Collaborazione e Co-gestione dei pazienti tra SerT e Reparto di Malattie Infettive.

Rispetto al passato nei SerT si effettuano meno screening sulla popolazione ivi afferente.

Occorre quindi sollecitare delle "procedure" per:

- effettuare dei controlli ematochimici sia sui soggetti al primo accesso al SerT che a cadenza regolare (monitoraggio);
- informare sull'infezione da HCV (e le altre infezioni virali) soprattutto sulle vie/modalità di contagio e sui nuovi trattamenti farmacologici possibili, tramite incontri di educazione sanitaria e fornendo materiale informativo e di supporto;
- Offrire ai soggetti "resistenti" o a quelli con scarsa compliance degli incontri di counselling psicoeducativo e/o motivazionale per facilitare l'adesione all'effettuazione del test di screening e al trattamento con DAA.

Nel 2013 durante una Formazione Campo dell'allora ASL di Varese-SerT Saronno, dal titolo: *Problematiche Tossico-Infettivologiche nei soggetti poliassuntori di sostanze psicotrope - Update relativamente alle infezioni da HIV HBV - HCV e Malattie Sessualmente Trasmesse (allegato materiale finale)* erano state tracciate delle linee di indirizzo collaborativo e delle buone prassi clinico-preventive, in modo da fornire orientamenti e strumenti operativi per facilitare l'attuazione e il monitoraggio dei percorsi di tutela della salute degli utenti tossicodipendenti e alcolodipendenti afferenti alla Sedi SerT di Saronno, Busto Arsizio, Gallarate vs le problematiche infettivologiche.

Dette "Best Practice" nel corso dell'anno 2018 in occasione di un ambito formativo comune tra SerT di Saronno e reparto infettivologico, sono state aggiornate in relazione anche all'introduzione delle nuove terapie farmacologiche DAA.

Tra i soggetti assuntori di sostanze stupefacenti per via endovenosa seguiti presso la Sede SerT di Saronno, il virus dell' HCV è stato individuato in una percentuale del 29,8% dei soggetti TD testati nell'anno 2017 pari a 107 pazienti dei 359 complessivamente in carico.

Si comprende quindi come sia fondamentale individuare e monitorare i soggetti HCV positivi nella coorte dei tossicodipendenti seguiti presso una Sede SerT.

È in detta ottica che sono stati intensificati i counselling sanitari motivazionali, soprattutto nei soggetti ancora assuntori di sostanze psicotrope illegali e/o in terapia farmacologica con farmaci sostitutivi (metadone cloridrato sciroppo) in quanto dette condizioni non costituiscono più un fattore escludente l'inizio della terapia con DAA.

I counselig motivazionali sono stati effettuati anche per quei soggetti in cui l'infezione epatica cronica da virus C, era associata a cofattori sfavorevoli come la coinfezione con il virus dell'HIV, l'abuso di bevande alcoliche e con alcune patologie psichiatriche. Nel corso del 2018 presso la Sede di Saronno è proseguita sia l'attività di screening mediante l'effettuazione degli esami ematochimici di "primo livello" per la

sierologia HIV, HBV, HCV, HAV, e Malattie Sessualmente Trasmesse, che l'ambito dei monitoraggi vs i soggetti con problematiche epatiche o HIV e HCV positivi. La collaborazione con il reparto di malattie infettive del Presidio Ospedaliero di Busto Arsizio nel corso degli anni 2017-2018 ha permesso l'invio dei soggetti per l'effettuazione sia degli esami di secondo livello che per la successiva presa in carico farmacologica specifica vs le condizioni HCV positive.

Anno 2017
TOTALE UTENTI HCV POSITIVI :107
di cui 98 m e 9 f

HCV Positivi	M. 27,3%	F. 18%
HCV Negativi	M. 55,7%	F. 64%
HCV Non Eseguito	M. 9%	F. 8%
HCV Non Noto	M. 8%	F. 10%

Dati Statistici Elaborati dalla Sede Ser.T Saronno 2018

È importante quindi che i soggetti dipendenti siano assistiti in forma "integrata" dallo specialista della Sede Ser.T, dall'epatologo e/o dallo specialista infettivologo.

È utile ricordare che anche tra i soggetti con problematiche di alcol dipendenza seguiti presso le Sedi Ser.T., compresa quella di Saronno, è sempre di maggior riscontro la positività per il virus HCV.

Anche per detti pazienti presso la Sede Saronnese sono state poste in campo le analoghe azioni di "best practice" vs le condizioni HCV correlate.

Condivisone di "Best Practice"



SER.T. → UNITA' OPERATIVA
 ← MALATTIE INFETTIVE

UTENTI TD IN CARICO
2017 -2018

Hanno effettuato una terapia presso U.O. Malattie Infettive Busto A. con "INTERFERONE":

9 pazienti maschi con "negativizzazione"

2 pazienti maschi con "NON negativizzazione"

Hanno effettuato una terapia presso U.O. Malattie Infettive Busto A. con "NUOVA TERAPIA per HCV" DAA:

7 pazienti maschi con "negativizzazione"

2 pazienti femmine con "negativizzazione"

Dati Statistici Elaborati dalla Sede Ser.T Saronno 2018

AREA TEMATICA 5

Modelli di interventi di prossimità e di riduzione del danno

5.1

INTERVENTI DI PROSSIMITÀ PER LA RIDUZIONE DEL DANNO DEI MINORENNI A RISCHIO DEL SERT DISTRETTO 9

**Naselli Francesca Giusi, Cagnana Francesca,
Rispoli Marta, Gallorini Tiziana, Massone Maurizio,
Spinaci Giuseppina, Patrizia Carlini,
Maurizio Gentile, Bruno Federico**

*Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, SerT
Distretto 9, ASL 3 Genova*

Premessa

L'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza in Italia (1), riporta un elevato numero di bambini e giovani in carico ai Servizi Sociali (457.453 minorenni pari a 47,7 per 1000 nel 2014), vittime di "Esperienze Sfavorevoli Infantili" (ESI), nello specifico deprivazioni, maltrattamenti, trascuratezza, violenze dirette ed assistite, conseguenti anche a comportamenti e stili di vita di genitori dediti al consumo di sostanze stupefacenti e alcol. Le ESI sono legate al 44% delle psicopatologie durante lo sviluppo e al 30% delle psicopatologie negli adulti (2009, Felitti). Inoltre, la convivenza con genitori che consumano sostanze stupefacenti aumenta il rischio del consumo di sostanze nei figli, i quali sono più disponibili a sperimentarne l'uso con coetanei (3).

Obiettivo

Sperimentazione di un modello di lavoro integrato attraverso la realizzazione di: - azioni finalizzate all'intercettazione di minorenni a rischio di disagio e consumo di sostanze stupefacenti ed alcol all'interno di contesti con rischio specifico (famiglie con marginalità economiche, culturali e sociali); - azioni finalizzate al coinvolgimento di persone, famiglie o gruppi che possano svolgere funzioni vicarianti o di prossimità rispetto a situazioni a rischio.

Metodo

Attraverso una ricerca preliminare sono state individuate tre aree di intervento di riduzione del danno dei minori. I AREA: minorenni conviventi con pazienti in terapia con metadone e buprenorfina in carico al Ser.T

Distretto 9. Attivazione di azione di: implementazione dei dati rispetto all'anamnesi familiare; campagna di sensibilizzazione sul rischio correlato all'ingestione accidentale per i più piccoli o sull'assunzione volontaria impropria dei farmaci metadone e buprenorfina per i minorenni più grandi; interventi educativi sui genitori tossicodipendenti e specificatamente sul rapporto con i loro figli; valutazione quantitativa del rischio presente in questo campione di pazienti, per individuare opportune misure di prevenzione e protezione; attuazione di successivi momenti di verifica degli interventi effettuati per rilevare l'efficacia e l'efficienza delle misure di sicurezza messe in atto; creazione di un servizio accogliente per i minori (strutturazione di un'area dedicata con possibilità di accedere a materiale per disegnare, libri da consultare e operatori disponibili al loro intrattenimento). II AREA: minori a rischio individuati dai servizi sociali. Potenziamento della progettualità condivisa tra i servizi e i professionisti coinvolti, finalizzato a una maggior tempestività negli interventi diretti sui minorenni. Dal 2017, si è sistematizzato ulteriormente il percorso di presa in carico condivisa e sono state istituite periodiche occasioni d'incontro (Ser.T, Servizi consultoriali, Servizi Sociali, Educativa Territoriale del Centro Servizi per la Famiglia del Municipio Centro-Ovest del Comune di Genova). Nel contempo si è sviluppato un attivo confronto con i gruppi di auto-mutuo aiuto, in particolare i gruppi di Al-Anon e ALATEEN, ispirato ai programmi die 12 passi. I gruppi ALATEEN offrono la possibilità di incontro e sostegno a giovani, anche minorenni, che vivono realtà familiari condizionate da problemi legati al consumo di sostanze stupefacenti e alcol.

III AREA: Interventi di pubblica informazione con le famiglie e le scuole del territorio con l'obiettivo di sensibilizzare i cittadini sull'offerta dei servizi pubblici e di promuovere la conoscenza dei gruppi di auto-mutuo-aiuto Al-Anon e ALATEEN.

Risultati e discussione

I AREA: I pazienti in terapia con metadone e buprenorfina sono il 50,9% del totale (tossicodipendenti per tutte le sostanze, alcol-dipendenti, giocatori patologici); quelli con minorenni conviventi il 18,48%. Dalla raccolta dei dati di questa peculiare utenza emerge come la stessa abbia sperimentato ESI e di come siano presenti intrecci transgenerazionali di legami che danno luogo alla trasmissione di carenza, nonostante esista il desiderio di attivazione di comportamenti protettivi per i minori. Gli interventi educativi-rieducativi (colloqui dedicati, focus su notizie di cronaca, conse-

SerT Distretto 9			%
Popolazione	2016	124.203	Tasso 0,52
Pazienti in carico	I semestre 2019	648	
Pazienti in terapia metadone/buprenorfina	I semestre 2019	330	50,9%
Pazienti con minorenni conviventi	A Giugno 2019	61	18,48%
Minorenni conviventi	Totale	87	
Minorenni conviventi	0-14 anni	80	92%
Minorenni conviventi	15-18 anni	7	8%

gna di materiale esplicativo in diverse lingue) rispetto ai rischi legati al tenere a domicilio farmaci stupefacenti e alla corretta conservazione di tali ausili, hanno rilevato il persistere di comportamenti inadeguati su cui è necessario continuare a lavorare. La creazione di uno spazio pensato per i minori che si presentano con i genitori in trattamento presso il SerT, ha determinato una ricaduta positiva, sia per i minori in attesa che per il rapporto utente-operatore.

II AREA: Il lavoro con l'Educativa Territoriale per adolescenti dai 14 ai 18 anni e con alcuni centri diurni del terzo settore convenzionati con i Servizi Sociali ha portato una maggiore sensibilità rispetto agli indicatori di rischio, permettendo la nascita di nuovi progetti. Tra questi, per un gruppo di adolescenti, l'attivazione di un intervento specifico da parte dell'équipe del SerT attraverso un progetto pilota di *Mindfulness* (2017, Willard). È stato anche istituito uno spazio di osservazione e raccolta di segnalazioni facilitato dalla presenza di un educatore specializzato del SerT. La collaborazione con alcuni centri diurni per adolescenti del terzo settore ha portato alla realizzazione di incontri fra tutti gli attori coinvolti nel percorso di riduzione del danno, compresi i minori e le famiglie e ha determinato l'avvio di un canale preferenziale con il gruppo ALATEEN di Genova, come ulteriore fattore protettivo. La conoscenza di questi giovani conferma come nella loro vita il contatto con le sostanze stupefacenti sia una realtà quotidiana: consumo abituale di cannabis ed alcol, consumo occasionale di crack (anche a 13 anni), relazioni con coetanei dediti allo spaccio di cannabis, genitori alcol-dipendenti, genitori in carcere per spaccio, coetanei dediti all'acquisto di sostanze stupefacenti, giustificazione morale dell'azione di spaccio. I vissuti che emergono sono di "normalità", vissuti che li espongono a sperimentare, spesso ignari di ciò che stanno assumendo. **III AREA:** Sono stati effettuati, presso diverse scuole (licei, istituto tecnico, comprensorio scolastico parificato), interventi educativi di riduzione del danno specifici rivolti ai minori, ai genitori e agli insegnanti. L'intento è di attivare un'azione di tipo culturale per sollecitare sul territorio le condizioni favorevoli rispetto a quanto previsto dal Piano Nazionale della Cronicità 2016/2018 del Ministero della Salute (5) che invita "a favorire cambiamenti

degli stili di vita che prevengano la comparsa di malattie croniche. L'obiettivo è quello di promuovere attività educative rivolte a specifiche categorie di soggetti che si esplica attraverso la trasmissione di conoscenze, l'addestramento a conseguire abilità e a promuovere modifiche dei comportamenti".

Conclusioni

Il modello di lavoro integrato proposto ha determinato: un cambiamento nelle strategie di azione negli operatori coinvolti (*vision*); interventi di prossimità per i più giovani finalizzati a un incremento dell'*empowerment*; un aumento della conoscenza dei gruppi ALATEEN tra gli educatori del terzo settore e le famiglie. Per il futuro, riteniamo che l'apertura di nuovi gruppi ALATEEN e la realizzazione di progetti „PEER TO PEER“ tra genitori possano rappresentare indicatori di risultato per la riduzione del danno dei minorenni a rischio messi in atto dal SerT Distretto 9.

Bibliografia

1. Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza "Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti" (2014)
2. Felitti, V.J. (2009) *Adverse Childhood Experiences and Adult Health* (Editorial) "Academic Pediatrics" vol. 9, pp.131-132
3. *European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction: Thematic Papers "Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents"* (2009)
4. Willard C. (2017) "Mindfulness per bambini e adolescenti" Porta Nuova Edizioni
5. Ministero della Salute (2016) "Piano Nazionale della Cronicità"

5.2

SO-STARE? BUONE PRATICHE DI RIDUZIONE DEL DANNO

Feraboli Gabriella,

Cooperativa di Bessimo ONLUS, Brescia

Paesano Michele,

Cooperativa di Bessimo ONLUS, Brescia

“SO-STARE?” è un progetto di inclusione sociale dedicato ai soggetti tossicodipendenti attivi e in condizioni di grave marginalità che gravitano sul territorio della Città di Brescia. Il progetto è realizzato da Cooperativa Sociale di Bessimo, in stretta collaborazione con il Comune di Brescia, ATS Brescia, la Cooperativa Il Calabrone e il Consorzio Tenda, nonché supportato da una rete di soggetti che vede associate altre organizzazioni del pubblico e del privato sociale, quali l'ASST degli Spedali Civili, la Società San Vincenzo de Paoli, la Congrega della Carità Apostolica e la Cooperativa Progetto Bessimo.

Le azioni progettuali sono sostenute dal POR Regione Lombardia e Fondo Sociale Europeo, e danno seguito ad una sperimentazione avviata dal 2009 attraverso l'apertura di uno Spazio Tregua Diurno all'interno del Villaggio Solidale del Comune di Brescia, dove i fruitori possono appunto “so-stare” durante la giornata, al riparo dalla vita di strada in un ambiente familiare e domestico.

La macro-finalità del POR – promuovere l'inclusione sociale, combattere la povertà e ogni forma di discriminazione – in “SO-STARE?” è perseguita attraverso strategie metodologiche che si riflettono in:

- qualità dei servizi alla persona;
- superamento delle situazioni di marginalità estrema;
- interventi innovativi di inclusione attiva nei confronti delle persone disabili o molto svantaggiate e a rischio di povertà.

Il Progetto “SO-STARE?” persegue tali priorità attraverso azioni che rispondono ai seguenti **obiettivi specifici**:

- a. facilitare l'accesso alla rete dei servizi e il coordinamento di questi ultimi per la gestione dei casi in situazione di marginalità, promuovendone il contenimento o il recupero;
- b. favorire il pronto intervento sociale e la presa in carico di situazioni di bisogno individuale derivanti da situazioni di emarginazione conclamata o precarietà;

c. incrementare le opportunità di inclusione lavorativa e di inserimento nel mercato del lavoro per persone in condizione di disagio ed emarginazione.

Tali obiettivi sono perseguiti tramite **le seguenti azioni**:

1. Outreach – Azioni di aggancio e riduzione del danno nei luoghi della grave marginalità bresciana;
2. Apertura di uno Spazio Tregua – Sede fissa aperta nelle ore diurne quattro giorni a settimana.

L'accesso allo Spazio Tregua avviene prevalentemente su invio da parte dei Servizi, in particolar modo dal “Progetto Strada”, il servizio di Riduzione del Danno della Città di Brescia. Quando infatti i destinatari del drop-in presentano caratteristiche di autonomia e di consapevolezza di sé tali da far ritenere opportuno perseguire obiettivi di cura maggiormente strutturati, ma non manifestano ancora il desiderio di intraprendere un trattamento, gli operatori inviano la persona a “SO-STARE?”.

Lo spazio di tregua di “SO-STARE?” si propone di:

- diminuire la partecipazione a situazioni a rischio (abuso di sostanze, comportamenti delinquenziali, vita da strada...);
- ridurre o problematizzare l'uso di sostanze stupefacenti lecite ed illecite;
- aumentare il senso di responsabilità verso se stesso e verso gli altri;
- promuovere la partecipazione a percorsi terapeutici più strutturati;
- occupare produttivamente il proprio tempo;
- provare ad affrontare le proprie criticità personali, sociali e sanitarie;
- aumentare la capacità di formulare progetti realistici per la propria vita;
- aumentare la capacità di auto-mutuo aiuto;
- fornire un appoggio in attesa dei lunghi tempi che alcune strutture terapeutico-riabilitative richiedono.

Tali obiettivi si raggiungono attraverso la costruzione di percorsi individualizzati in collaborazione con altri servizi (Ser.T., SMI, CPS, Centro MTS, Reparto Infettivi Ospedale, INPS, ecc.) e di integrazione sociale attraverso attività responsabilizzanti.

3. Attivazione Tirocini Lavorativi, attraverso accurata Analisi delle competenze da parte dei Case-Manager. Nel corso del 2018 lo Spazio Tregua di “SO-STARE?” ha garantito apertura 3 giorni la settimana, accogliendo mediamente 8/10 persone al giorno. Durante l'anno il target di progetto è stata un'utenza “frammentata, con agiti devianti, sentimenti di solitudine e di forte esclusione e disagio” che trova riconoscimento attraverso il lavoro educativo e il fare attività insieme. All'interno del progetto vengono definiti micro-obiettivi personalizzati (che vanno dalla salute alla situazione sociale) e nei casi seguiti si è registrata una forte riduzione dell'abuso di sostanze. Nel corso di un anno complessivamente sono state accolte 57 persone, di cui oltre il

60% ha un'età superiore ai 40 anni. All'interno dello Spazio Tregua, concretamente, vengono svolte le seguenti attività: colloqui, counselling, distribuzione materiale informativo e gruppi tematici, invio ai servizi, accompagnamento ai servizi, servizio docce, segretariato sociale, visite in ospedale, accoglienza diurna. Tramite l'azione 3. "Attivazione Tirocini Lavorativi" le persone sono state coinvolte in attività semplici quali sgombero cantine, tinteggiature, ecc. Questo ha permesso di offrire alle persone la possibilità di sperimentarsi in una modalità diversa di vivere la giornata, in una modalità proattiva di utilità per gli altri e per sé stessi. Infatti grazie ai compensi dei tirocini l'utenza ha potuto acquistare beni di prima necessità (un paio di scarpe, gli occhiali da vista, il rinnovo dei documenti, i biglietti per i trasporti, ecc.) vedendo immediatamente realizzato il legame tra attività e utilità.

Il progetto "SO-STARE?", oltre agli obiettivi specifici e alle azioni di dettaglio sopra descritte, persegue un'importante finalità: quella di colmare il vuoto e completare la filiera degli interventi di prossimità, aggiungendo un tassello all'importante rete dei Servizi di Riduzione del Danno più tradizionalmente intesi (Drop-in, Unità Mobile, ecc.) garantendo una risposta aggiuntiva e più strutturata per coloro che non riescono ancora ad entrare nel sistema dei servizi residenziali, ma possono fare "un passo in più" verso l'autonomia dalla strada.

5.3

DISPOSITIVO INTEGRATO PER PREVENIRE E GESTIRE L'OVERDOSE

Ghezzi Novella, UOC SerD Ulss3 Serenissima-sede Mestre, Venezia

Cazzin Alessio, UOC SerD Ulss3 Serenissima-sede Mirano, Venezia

Di Pino Giuseppe, Ufficio Lavoro di Prossimità, Comune di Venezia

Padoan Massimo, UOC SerD Ulss3 Serenissima-sede Chioggia, Venezia

Perrelli Emanuele, UOC SerD Ulss3 Serenissima-sede Dolo, Venezia

Ruffato Andrea, UOC SerD Ulss3 Serenissima-sede Mestre, Venezia

Urzino Gigliola, UOC SerD Ulss3 Serenissima-sede Venezia, Venezia

Vidal Tagliapietra Mariella, UOC SerD Ulss3 Serenissima-sede Venezia, Venezia

Zampieri Loris, Consulente Libero Professionista, Mestre

Introduzione

Si vuol descrivere il percorso di creazione di un dispositivo di lavoro per il territorio dell'Ulss3 Serenissima, funzionale a prevenire e gestire il fenomeno overdose: nel corso del 2017 si è assistito ad un allarmante incremento di mortalità che potrebbe ripresentarsi in assenza di misure utili a scongiurarlo.

Materiale e metodi

Il Dipartimento Dipendenze dell'Ulss3 ha delegato il Tavolo Bassa Soglia, che si è riunito con incontri dedicati a cadenza mensile a partire dal 2017, per costruire il dispositivo suddetto con i seguenti scopi:

- costruire interventi integrati di prossimità e di riduzione del danno nei confronti dei pazienti con DUS (Disturbo da Uso di Sostanze)
- costruire una rete territoriale di prevenzione e supporto alle overdose coinvolgendo, oltre alle sedi SerD (Servizi Dipendenze) ed ai dispositivi di bassa soglia e riduzione del danno del Comune di Venezia, anche le CT (Comunità Terapeutiche), il Carcere, il Laboratorio di Tossicologia Forense (LIATF), la Medicina Legale
- formare e aggiornare l'utenza ed il personale delle varie strutture sull'argomento specifico

Risultati

Nel corso di 2 anni, gli interventi attivati sono stati:

- creazione di una procedura operativa "Prevenzione Overdose" dell'Azienda Ulss3 e progettazione di analogo procedura in collaborazione con il carcere
- realizzazione di azioni di counselling e training per la prevenzione dell'overdose da oppiacei con consegna di naloxone, rivolti all'utenza con DUS, individuali e gruppal, presso le sedi SerD e nel territorio, con programmazione in atto perché vengano effettuati anche ai detenuti, agli utenti delle CT, ai familiari dei pazienti con DUS
- produzione di materiale cartaceo da distribuire ai pazienti e da affiggere nei servizi
- coinvolgimento nelle attività preventive di altri soggetti Istituzionali del Pubblico e del Privato Sociale da parte del Tavolo Bassa Soglia
- costruzione di una scheda di rilevazione dell'evento overdose e realizzazione di un database per il monitoraggio e la rilevazione del fenomeno
- formazione sul tema rivolta a tutti gli operatori dei Ser.D. dell'Ulss, al personale sanitario delle carceri, al personale delle CT
- programmazione di un sistema di allerta rapido territoriale
- formazione di una squadra di consumatori esperti incaricati di distribuire il naloxone e informare altri pari sulla prevenzione delle morti da overdose
- organizzazione di un evento a livello dipartimentale sul tema, che ha portato alla produzione di un documento strategico per orientare tutte le azioni in tema di prevenzione overdose
- programmazione di un convegno a livello Regionale per realizzare un confronto con esperienze virtuose di altre Regioni in merito alle buone pratiche per la prevenzione dell'overdose.
- realizzazione in ambito locale di iniziative annuali rivolte ai consumatori e alla cittadinanza in occasione del 31 agosto, giornata mondiale di sensibilizzazione rispetto all'overdose
- produzione e diffusione di specifico video sull'argomento

Discussione

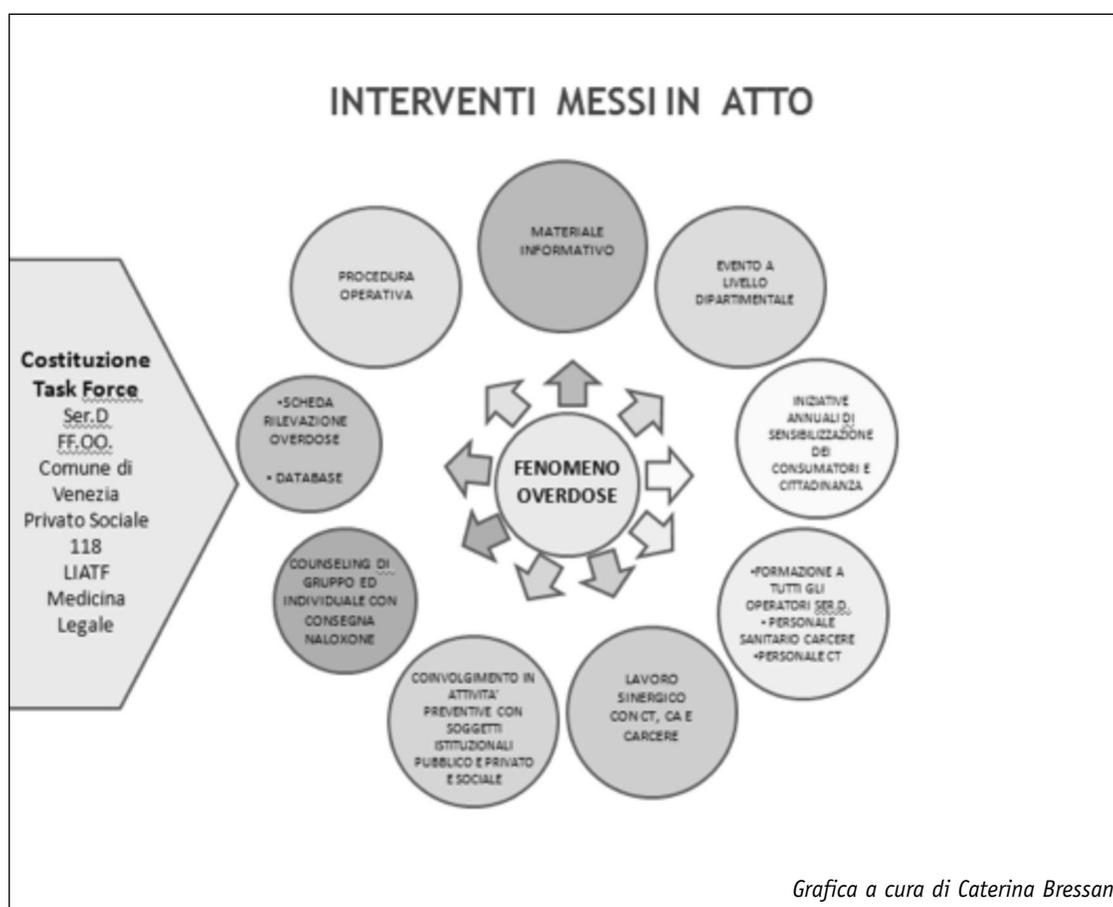
Il Tavolo di lavoro Bassa Soglia è nato nel 2011 a seguito dell'incarico di alta specializzazione affidato alla dr.ssa Ghezzi del SerD. di Mestre per il coordinamento delle attività mediche di questo tipo, esteso poi trasversalmente a tutti i settori, sedi e servizi dipartimentali. Il gruppo di lavoro nel corso del tempo si è occupato dei pazienti con maggior difficoltà ad essere agganciati al Servizio, perché in condizioni socio-ambientali sfavorevoli, o senza alcuna rete amicale o familiare, oppure perché stranieri e senza dimora. Tale Tavolo, formato da operatori delle 5 sedi SerD

Ulss 3 Serenissima ed dagli operatori dell'Ufficio Lavoro di Prossimità del Comune di Venezia, a seguito del mandato ricevuto a fine 2017, si è quindi concentrato sul predisporre una strategia di prevenzione e gestione delle overdose del territorio, drammaticamente aumentate nell'estate 2017. Per poter realizzare quanto descritto, ci si è suddivisi in sottogruppi di lavoro, dedicati rispettivamente alla raccolta e compilazione del database sugli eventi, all'avvio degli interventi di prevenzione e gestione overdose nelle CT e case alloggio territoriali, alla formazione del personale carcerario e al training rivolto ai detenuti, alla formazione sul campo per il personale dipartimentale, agli accordi con la Medicina Legale e il LIATF per verificare la fattibilità di un sistema di allerta rapido nel territorio.

Conclusioni

L'Overdose è fenomeno complesso che richiede risposte complesse, la cui efficacia è di difficile valutazione. Sono stati rilevati indicatori di impatto del dispositivo sul territorio quali per esempio la partecipazione attiva alle varie iniziative proposte da parte dei servizi coinvolti, il numero sempre in aumento di fiale di naloxone consegnate, la nascita di nuovi documenti istituzionali sull'argomento.

L'esito più importante da raggiungere, come in ogni azione preventiva, sarà qualcosa che, di fatto, non si vede: l'assenza futura di picchi di mortalità per una causa che, ai nostri giorni, può essere efficacemente prevenuta.



5.4

W LA MOVIDA: PREVENZIONE IN DISCOTECA

Pavese Daniele, *Psicologo Psicoterapeuta Asl 4*
Sacco Andrea, *Psicologo Asl 4*

Il Progetto Peer Education (Educazione tra pari) è una iniziativa di prevenzione organizzata dall'Asl 4 Chiavarese rivolta agli adolescenti, che ha l'obiettivo di promuovere stili di vita sani attraverso il coinvolgimento e la partecipazione attiva dei giovani. L'iniziativa si svolge in stretta collaborazione con le Scuole coinvolte, il Centro Giovani di Chiavari e il Comune di Chiavari.

L'Educazione tra pari è un metodo educativo grazie al quale dei ragazzi motivati, dopo aver partecipato insieme ad un'esperienza formativa, intraprendono attività educative organizzate o informali con i coetanei, volte a sviluppare il loro sapere e la capacità di riflettere sui propri comportamenti.

Il progetto è iniziato nell'anno scolastico 2010-2011 in alcune Scuole Secondarie di Secondo Grado del territorio e prosegue quest'anno ampliando il numero di Scuole coinvolte e spostando la propria "sede operativa" presso il Centro Giovani dell'Ente Villaggio del Ragazzo di Chiavari.

Qui i ragazzi partecipano ogni anno ad una serie di 10 incontri formativi pomeridiani (lunedì 14.30-16.30) con educatori professionali e psicologi dell'Equipe Prevenzione del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze dell'Asl 4 Chiavarese, in cui acquisiscono informazioni e competenze atte a sviluppare abilità comunicative e sociali. Gli incontri avvengono tra novembre e aprile.

L'obiettivo del progetto consiste nell'aumento della consapevolezza e del senso di responsabilità rispetto al proprio stile di vita, la propria salute e i comportamenti a rischio e nella trasmissione di tali competenze ai coetanei, sia in contesto scolastico che in contesti ricreativi.

Quest'anno il progetto ha visto coinvolte coinvolte 4 Istituti Superiori e 45 ragazzi attivamente partecipanti, che a cascata hanno coinvolto i loro contesti di riferimento.

Parallelamente alla forma classica di Peer Education che da anni portiamo avanti, vi è stata una nuova declinazione operativa nelle ultime due estati; con l'ausilio di operatori del Servizio Dipendenze, alcuni ragazzi peer, durante le serate minorenni in discoteca

(Covo di Nord Est), hanno assunto il ruolo di facilitatori per l'utilizzo della zona chill out adibita ad hoc dentro il locale.

Sert, Comune di Santa Margherita e Scuole Secondarie hanno lavorato insieme, in campo per la prevenzione, sia nei contesti di aggregazione che nelle scuole di secondo grado.

I ragazzi scelti come facilitatori nel locale da ballo sono stati formati rispetto a tematiche quali alcool, sostanze e cultura giovanile e sono stati scelti tra coloro che già operavano come PR del locale.

La zona abidita a spazio di decompressione era vicina alla pista ma acusticamente isolata, facilmente accessibile, dotata di acqua e cibo, divanetti confortevoli e operatori dedicati (due psicologi).

Gli interventi, svolti nella fascia notturna di apertura del locale, hanno previsto strettamente:

- la strutturazione di un'area *chill out*, libera da rumore e eccessive stimolazioni, per proporre un contesto protetto e di sollievo per clienti che abbiano bisogno di smaltire gli effetti dell'alcool, o comunque per detendere momenti di criticità
- la collaborazione con le figure che gestiscono e lavorano nel locale in caso di criticità relazionali, dovute a possibili assunzioni di alcolici
- l'implementazione attiva e il monitoraggio all'interno del locale di una cultura alcool-free
- sostegno psico-educativo e relazionale in situazioni di disagio, alterazione o difficoltà. Non si prevede un intervento di primo soccorso medico che non compete alle figure in oggetto, bensì ai Gestori del Locale
- possibili momenti di ricerca-azione in vivo attraverso questionari, interviste sui temi legati al divertimento sicuro.

Molti ragazzi hanno usufruito dello spazio, il locale si è adoperato per rinforzare i controlli contro l'alcool fuori e dentro, mettendo in atto parecchi sforzi educativi. alcuni repressivi e di accompagnamento a casa dei minori che già all'ingresso si presentavano in condizioni poco consone.

La maggior parte arrivava infatti già avendo consumato prima dell'ingresso dalla discoteca, grazie a cocktails di superalcolici fatti in casa, nelle bottiglie di plastica.

Un pò alla volta lo spazio è diventato un luogo altamente simbolico, fatto di riduzione del danno, scambi con gli operatori, cultura consapevole del divertimento, nuove amicizie ed usato un pò da tutta la clientela minorenni, anche solo per gustarsi un pò di riposo a metà serata, e anche il locale ha iniziato a comprenderne il valore, rinnovando l'invito al proseguimento dell'esperienza di sistema per i prossimi anni.

AREA TEMATICA 6

Le nuove sostanze psicoattive: implicazioni sulla clinica delle dipendenze

6.1

...A SUA INSAPUTA: UN CASO DI INTOSSICAZIONE ACUTA DA MDPHP (METILENDIOSSI- α -PIRROLIDINIOE-SIOFENONE) IN PAZIENTE POSITIVO ANCHE A THC-COOH ED OPIACEI

Antonio Agosti*; **Antonio Mosti ****

* *Dipartimento di Emergenza Urgenza - Pronto Soccorso AUSL Piacenza*

** *Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche-SERD AUSL Piacenza*

Introduzione

Con il termine di “smart drugs”, il cui significato letterale è “droghe furbe”, si definiscono quei composti sia di origine naturale che sintetica, spesso non proibiti dalle leggi vigenti sugli stupefacenti, che possono contenere principi attivi con presunte o accertate proprietà psicoattive. In realtà, questi prodotti sono “furbi” perché, attraverso i siti web, è possibile acquistarli come integratori alimentari, potenziatori delle prestazioni sessuali, incensi e/o profumatori, con precisa indicazione di divieto per uso umano, sebbene esistano poi altri siti che spiegano dettagliatamente le modalità di assunzione di tali sostanze. La loro circolazione è molto rapida in quanto avviene attraverso Internet e i numerosi “social network” ben noti ai giovani. È quindi molto semplice sia venirne a conoscenza che acquistarle, coperti dall’anonimato offerto dalla rete. Rilevanti sono le problematiche psichiatriche e i vari disturbi d’organo, cardiaci, renali e respiratori, dovuti all’assunzione di queste sostanze, spesso in associazione con alcol e altre droghe. Il bisogno di conoscenza, di monitoraggio, ma anche di prevenzione e di intervento precoce, è quindi reale e urgente. Chi assume questi prodotti spesso non solo non conosce cosa assume, ma neanche quanto ne assume, e ciò costituisce un ulteriore pericolo per i consumatori. Ad aggravare la pericolosità, c’è il crescente fenomeno del consumo contemporaneo di “smart drugs”, alcol e sostanze d’abuso classiche (cocaina, amfetamine, cannabinoidi), che porta a intossicazione acute, anche fatali, di difficile interpretazione.

Presentazione del caso

In data 20 dicembre 2018 è stato valutato presso il Pronto Soccorso dell’Ospedale di Piacenza un soggetto di sesso maschile, di anni 28. Da 4 giorni lamentava cefalea, lieve ipertermia (37,8°C), faringodinia, tachicardia (FC 100 bpm), stato confusionale e agitazione psicomotoria, comparsi a seguito di sniffing e fumo di sostanze psicoattive per diverse ore. In particolare il paziente riferiva di aver trascorso la notte di domenica 16 dicembre 2018 presso l’abitazione di un amico dove avevano fumato e sniffato cannabis e MDPV. Il Metilenediossiprovalerone (3,4-metilenediossiprovalerone, MDPV) è una sostanza psicoattiva con proprietà stimolanti che agisce come inibitore della ricaptazione di noradrenalina e dopamina.

Al momento della visita il paziente presentava parametri vitali nei limiti (PA 125/60, FC 100 bpm ritmici e saturazione di ossigeno periferica in aria ambiente del 98%). Ipertermia con temperatura corporea a 37.8 °C. Obiettivamente era cosciente, lucido, collaborante, orientato nello spazio e nel tempo. La faringe si mostrava iperemica senza franchi segni di essudato a livello tonsillare. I toni cardiaci erano tachifrequenti e ritmici, il MV diffusamente aspro senza tuttavia rilevare rumori patologici aggiunti. L’obiettività addominale risultava nella norma. Non segni di venopuntura o TVP ai quattro arti.

Durante la permanenza in Pronto Soccorso è stato trattato con sintomatici (cristalloidi, Paracetamolo e benzodiazepine ev) con regressione della sintomatologia ed ha eseguito:

- ECG: tachicardia sinusale in assenza di alterazioni del tratto ST-T di possibile origine ischemica;
- Rx torace: segni di bronchite in assenza di addensamenti polmonari;
- TC encefalo refertata nella norma;
- Esami ematici che mostravano solo lieve leucocitosi neutrofila compatibile con il quadro clinico e radiologico di bronchite in atto.
- Esame tossicologico su urina mostrava bassi valori di cannabinoidi (THC-COOH) compatibili con l’anamnesi ed elevati valori di oppiacei di cui il paziente non si dimostrava essere al corrente.

Il paziente veniva dimesso con terapia medica (copertura antibiotica, mucolitico ed aerosol) e programmato controllo dopo una settimana a cui però il paziente non si è presentato e viene programmato un controllo di secondo livello (Laboratorio di Tossicologia Clinica e Sperimentale - Centro Antiveneni di Pavia, ICS Maugeri e Laboratorio di Tossicologia Clinica Analitica dell’IRCCS Fondazione Policlinico San Matteo).

Analisi tossicologiche di secondo livello:

- **confermata positività per oppiacei e THC-COOH;**
- **positività per il catinone sintetico metilendioxi- α -pirrolidinoesiofenone (MDPHP);**
- negatività per MDMA, cocaina, benzoilecgonina, amfetamine/metamfetamine, buprenorfina, metadone, butilone, mefedrone, metilcatinone, dimetilcatinone, dimetilmecatino, bufedrone, etcatinone, 4-fluorometcatinone, pentedrone, metedrone, mexedrone, etilone, pentilone, nafirone, metilone, α -PHP, α -PVP, MDPV, betaK-2CB, PMA, PMMA, 4-fluoroamfetamina, 4-MTA, ketamina, levamisolo, scopolamina, atropina.

Valutazione finale complessiva in relazione alla clinica (segni e sintomi) e alle positività/negatività riscontrate nei laboratori di II livello: intossicazione da MDPHP (metilendioxi- α -pirrolidinoesiofenone) in paziente positivo anche a THC-COOH e oppiacei.

Discussione

Le nuove droghe presenti sul mercato sono moltissime e cambiano rapidamente, sia in base alla domanda dei consumatori, sia in base alle attività di controllo e contrasto anche normativo operato nei vari Paesi. Vi è **ampia disponibilità e facile reperibilità di queste sostanze e questo espone in particolare le giovani generazioni**, che ne fanno largo uso, a rischi di intossicazioni più o meno gravi, che possono portare anche alla morte e, in ogni caso, a problemi cognitivi etico-comportamentali, fino a problemi neurologici. **Tali rischi sono dovuti anche a informazioni per lo più non accurate fornite ai consumatori e alla difficoltà di fare diagnosi:** nel caso oggetto di questo lavoro il paziente ha assunto MDPHP mentre era convinto di aver assunto MDPV che è invece risultato assente agli esami di secondo livello. Spesso le nuove droghe sono coinvolte in un fenomeno che si sta ampiamente diffondendo: il policonsumo. Fra i consumatori di stupefacenti è diffusa la poliassunzione e i modelli individuali di consumo vanno dall'esperienza occasionale all'assunzione abituale, fino alla dipendenza. La prevalenza del consumo di cannabis è circa cinque volte superiore a quella di altre sostanze. Eroina ed oppiacei pur consumati in misura minore rispetto alla cannabis, continuano a essere le droghe più comunemente associate alle forme più dannose di consumo, compreso quello per via parenterale. È importante anche notare la positività urinaria agli oppiacei, confermata poi anche dalle indagini di secondo livello con il paziente inconsapevole di aver assunto tale tipo di stupefacente. **Spesso gli oppiacei sono presenti tra le sostanze oggetto di policonsumo in parte per ridurre alcuni effetti collaterali (il senso di agitazione, la tachicardia) ma anche per tentare di "fidelizzare" la clientela**, in considerazione del fatto che gli oppiacei determinano più facilmente dipendenza e conseguenti

crisi d'astinenza all'atto della sospensione. Ricordiamo anche che tra il 2009 ed il 2016 le Polizie di tutta Europa hanno rinvenuto ben 25 nuovi oppioidi, sostanze che hanno gli stessi effetti della eroina o della morfina, spesso con aumentata potenza. Sostanze che stanno guadagnando fette di mercato importanti in tutta Europa. In particolare, i fentanili, eccezionalmente potenti - varie volte più dell'eroina - hanno pesato per oltre il 60% dei sequestri di nuovi oppioidi sintetici riportati negli ultimi anni.

Alla luce di quanto emerso, riteniamo essenziale e urgente potenziare tutti quei dispositivi atti ad aumentare la consapevolezza e l'assistenza in loco dei consumatori, come le attività delle Unità di Strada e gli interventi di supporto al personale sanitario di emergenza come per esempio la presenza di Operatori specializzati nel counselling nel Pronto Soccorso (Operatori di Corridoio).

Bibliografia a richiesta

(mail: A.Agosti2@ausl.pc.it)

6.2

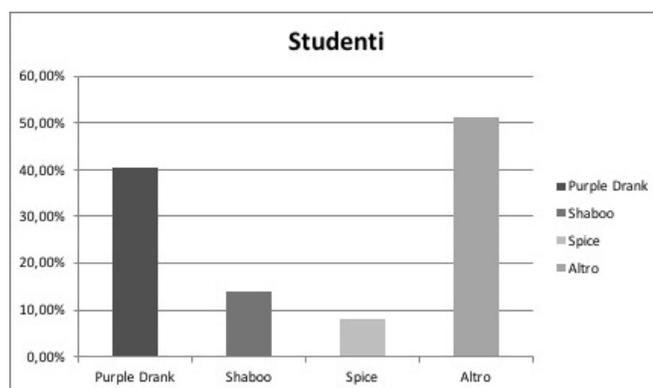
INDAGINE CONOSCITIVA SUI CANNABINOIDI SINTETICI NELLE SCUOLE DI ALCAMO e CASTELLAMMARE DEL GOLFO

B. Barbara, *Dirigente Psicologo Ser.D Alcamo*
A. Filippi, *Psicologo Tirocinante Ser.T Alcamo*
G. Faillace, *Direttore Dipendenze Patologiche ASP Trapani*

Il problema delle droghe sintetiche rappresenta oggi uno dei problemi prioritari in Italia, come in Europa, a causa della crescente disponibilità sul mercato illecito di queste sostanze e della ormai percepita consistente diffusione nel consumo. La diffusione ed il rafforzarsi nell'uso porta, come logica conseguenza, all'arruolamento di nuovi consumatori, alla comparsa di nuovi pattern di assunzione e ad una quota di abuso sempre più consistente. Una ricerca svolta presso il CNR sottolinea che il 2% degli studenti italiani, circa 50.000 studenti, ha assunto sostanze stupefacenti senza conoscerne né la tipologia, né tantomeno gli effetti con conseguenti rischi. Sono dati importanti che necessitano l'attenzione da parte delle istituzioni per far fronte alla costante crescita del fenomeno. Tralasciando in questa sede i rischi del consumo, un'aspetto interessante da approfondire è quello della conoscenza delle nuove droghe. Spesso i medici del pronto soccorso sparsi per l'Italia alla domanda "Che cosa hai preso?" si sono sentiti rispondere "Non lo so" e molto spesso è la verità. I cannabinoidi sintetici, come la SPICE ed altro, sono una serie di composti chimici con proprietà psicotrope che vengono nebulizzati su materiale vegetale, come la marijuana, per amplificare gli effetti e per potenziarne lo sbalzo. Il termine cannabinoide sintetico raramente viene utilizzato in Italia per la vendita della sostanza, questa infatti può essere facilmente acquistata online come miscela di erbe naturali (herbal mixture) per la profumazione degli ambienti e quindi "non per uso umano". La SPICE, quindi, si presenta in forma camuffata e spesso confusa con la marijuana, ciò ne rende difficile il riconoscimento (tranne se ricercata appositamente), in quanto la base vegetale è spesso l'erba, e con la quale spesso si confonde, sottovalutandone a volte anche gli effetti. Sulla base di tali informazioni il Ser.T di Alcamo ha svolto una indagine conoscitiva sulla conoscenza dei cannabinoidi sintetici all'interno delle scuole medie superiori di Alcamo e Castellammare del Golfo.

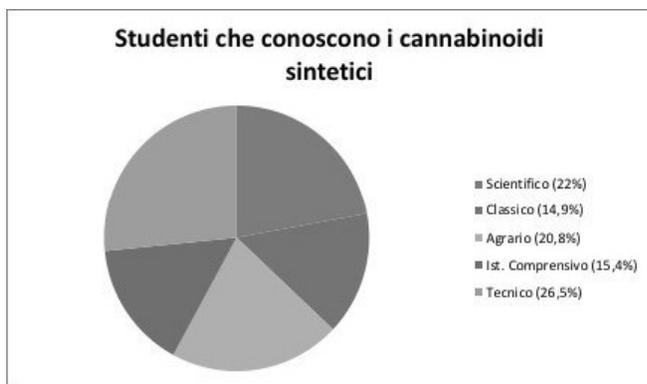
L'indagine ha previsto la somministrazione di una serie di domande sia sui cannabinoidi sintetici sia sul consumo di sostanze attuate dai giovani delle varie scuole. All'indagine hanno partecipato 5 scuole: il liceo scientifico "G. Ferro", il liceo classico "Cielo D'Alcamo", l'istituto tecnico "G. Caruso" e gli istituti tecnico professionali di Alcamo e Castellammare del Golfo "P. Mattarella e D. Dolci"; per un totale di 1176 (728 maschi e 445 femmine di età compresa tra i 14 ed i 18 anni) studenti che hanno acconsentito, su nostra richiesta, di partecipare all'indagine. Il questionario somministrato è costituito da 5 domande a risposta multipla con l'aggiunta dei dati anamnestici di sesso ed età, quindi principalmente in forma anonima. Di seguito verranno presentati i risultati del questionario somministrato suddivisi per domande:

La prima domanda del questionario: "Hai mai sentito parlare delle nuove droghe?" prevedeva una risposta dicotomica sì/no, seguita dalla richiesta di specificare quale tra le risposte suggerite fosse conosciuta tra le seguenti: Purple Drank, SPICE, Shaboo o altro. Alla prima domanda hanno risposto positivamente 494 studenti dei 1176 ragazzi che hanno partecipato al questionario, ovvero il 42% del campione totale. Nel successivo grafico verrà riportato in che percentuale è conosciuta ciascuna droga:



I risultati presentati sembrano avere una lettura comune nella viralità che questi hanno nel web in contesti giovanili. Ad esempio per quanto riguarda la Purple Drank, la si vede spesso collegata a generi musicali maggiormente ascoltati dai giovani come la musica Trap, nel Rap o nella Hip Hop. In generale, il mix violaceo di bibita gassata e codeina sembra essere presente nel testo di innumerevoli canzoni dei generi sopra elencati, presentandosi come status symbol per i rapper al pari di uno champagne per i ricchi. Prima di spiegare i risultati dell'indagine circa la conoscenza dello Shaboo o della Spice, è necessario interpretare il punteggio più elevato alla variabile "Altro". Gli studenti partecipanti alla ricerca che hanno spuntato la risposta "Altro" hanno, in molti casi, inserito di loro

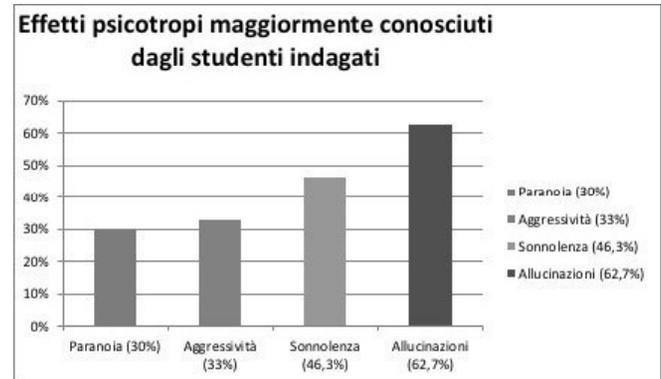
spontanea volontà un esempio di droga conosciuta con cui completare la generica risposta. Dopo che le risposte dei partecipanti sono state analizzate, e dopo aver escluso risposte non pertinenti come: Popper, cocaina ed LSD; sono state rilevate risposte come: Krokodil, droga zombie, "droga che ti mangia", Flakka e droga cannibale. Non è un caso che tutte le droghe segnalate dai partecipanti abbiano una alta viralità su internet e milioni di visualizzazioni dovute agli effetti estremamente raccapriccianti sul corpo (gravi danni al sistema nervoso con conseguenti problemi alla deambulazione ed alla coordinazione corporea simile a quella di uno zombie o effetti di ulcerazione o cancrena dei tessuti che deturpa in maniera grottesca la pelle), che risultano di forte impatto visivo e quindi maggiormente cliccati. Per quanto riguarda la scuola di appartenenza degli studenti che hanno risposto positivamente alla prima domanda, questi sono i dati rilevati:



Dalla tabella possiamo osservare come all'effettivo il numero di studenti che conoscono i cannabinoidi sintetici si attesti intorno al 20% del totale degli studenti partecipanti. Tali punteggi sono abbastanza bassi da una parte a causa della scarsa conoscenza ed informazione da parte degli studenti circa le nuove droghe sintetiche ed in generale perché la Sicilia da sempre è stata una regione "Latecomer", ovvero una regione lenta ad assorbire ed integrare nuovi trend sia nazionali, sia mondiali. I risultati mostrati in tabella confermano la necessità impellente da parte del SerT di avviare delle iniziative di sensibilizzazione alle nuove forme di droga in arrivo dal resto dell'Italia e dal mondo.

All'interno dell'indagine è stata analizzata anche la variabile "Effetti psicotropi" dei cannabinoidi sintetici. La domanda presentava 4 risposte multiple: Paranoia, Aggressività, Sonnolenza e Allucinazioni, i principali sintomi dei cannabinoidi sintetici fino ad ora conosciuti. Alla domanda hanno risposto 507 partecipanti di 1176 ragazzi indagati, circa il 43,1% degli studenti che ha aderito all'indagine conoscitiva. Essendo una domanda a risposta multipla con più risposte inseribili

è stato disegnato un grafico con le percentuali di risposte maggiormente selezionate tra le 4 presentate, che verrà ora presentato.



Dalla tabella si intuisce che gli effetti maggiormente conosciuti riguardano principalmente gli effetti iniziali delle sostanze ed in minore proporzione gli effetti, o i rischi a lungo termine, specie quando tali effetti sono psicologici. Anche in questo caso il punteggio elevato nella risposta allucinazioni potrebbe essere interpretato come un effetto della viralità di alcune notizie o video su internet dato l'effetto sensazionalistico delle allucinazioni rispetto alle altre risposte.

Infine per quanto concerne l'ultima domanda sull'acquisto di droga online, solo 10 partecipanti su 1176 hanno affermato di acquistare droga online, poco meno dello 0,8% del totale dei partecipanti. Il dato suggerisce che i ragazzi delle scuole non sembrano ancora conoscere questo canale di acquisto, anche se comunque il fenomeno risulta in crescita nel resto dell'Italia.

Quali riflessioni possono emergere dai dati sopraesposti?

Nella nostra realtà distrettuale, nell'ultimo anno si è assistito ad un fenomeno molto preoccupante: diversi ragazzi minorenni, o appena maggiorenni, sono stati ricoverati nel reparto Diagnosi e Cura dell'Ospedale per sintomi psichiatrici molto gravi a fronte invece dell'utilizzo riferito di "sola" marijuana.

Questo dato ci ha molto preoccupato, intanto perché a causa dell'assenza in ospedale di reattivi per valutare la presenza di N.S. è stato impossibile accertare quali sostanze abbiano incontrato, contemporaneamente per la possibilità che questi giovani abbiano potuto utilizzare delle sostanze pericolose a loro insaputa. Questo ci ha portato alla domanda, che poi ha generato questa indagine, di quanto i nostri ragazzi fossero a conoscenza della pericolosità dell'uso di cannabinoidi sintetici e sulla necessità di istituire percorsi formativi di prevenzione.

I dati rilevano che il 58 % dei ragazzi intervistati non ha mai sentito parlare di nuove droghe e il rimanente

42% probabilmente conosce molto poco la pericolosità della spice, dello shaboo e delle altre sostanze, probabilmente solo per la "sensazionalità" e la "viralità" delle immagini e delle notizie tratte dal web.

Tutto questo richiede da parte nostra un'accurata formazione, non solo come trasmissione di notizie e di dati, ma soprattutto come possibilità di acquisire consapevolezza e di scegliere il comportamento più adeguato per proteggere la propria salute.

6.3

CEREBRAL MORPHOLOGICAL DIFFERENTIATION BETWEEN CANNABIS ABUSERS WITH AND WITHOUT PSYCHIATRIC DISORDERS: A PILOT MRI STUDY

Mandolini Gian Mario^{1*}, Oldani Lucio², Delvecchio Giuseppe¹, Barbieri Viviana¹, Cinnante Claudia², Triulzi Fabio^{1,2}, Brambilla Paolo^{1,2}

¹ University of Milan, Department of Pathophysiology and Transplantation, Milan, Italy

² Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Department of Neurosciences and Mental Health, Milan, Italy

Background

Nowadays, cannabis is one the most abused drug worldwide and its consume can both induce psychiatric symptoms in otherwise healthy subjects and unmask a florid psychotic picture in patients with a prior psychotic risk. Previous studies suggest that chronic and long term cannabis exposure may exert significant negative effects in brain areas enriched with cannabinoid receptors. However, whether brain alterations determined by cannabis abuse and highlighted by neuroimaging investigations will lead to a clinically significant phenotype or to a psychotic outbreak at some point of an abuser's life still remains unclear.

Objectives

The aim of this study was a) to investigate the effect of cannabis abuse on brain morphology in substance-induced psychosis (SIP) patients and cannabis abusers without a psychiatric condition and b) to correlate brain deficits with selective socio-demographic, clinical and psychosocial variables.

Methods

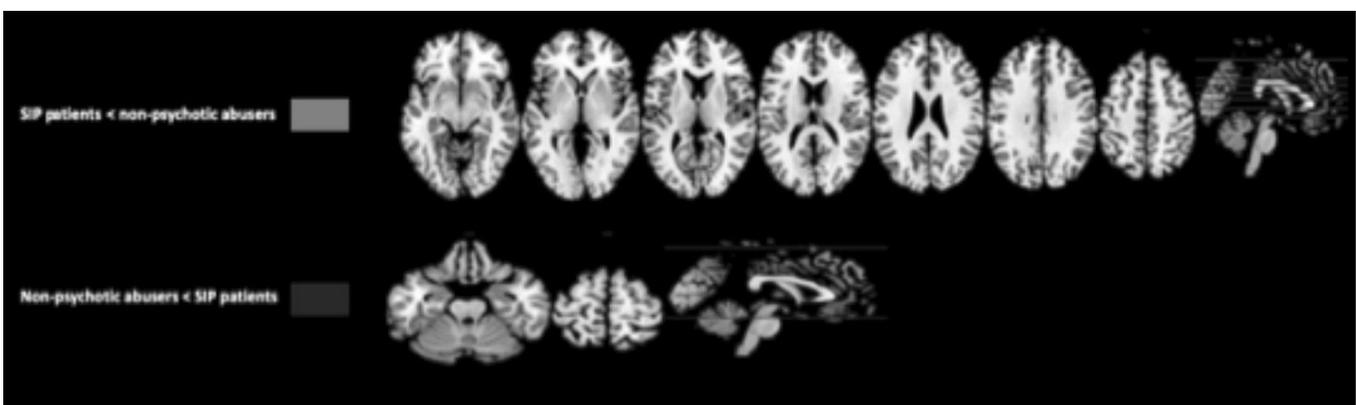
Ten SIP patients and twelve cannabis abusers without psychosis were recruited. The type of drug, the frequency and the duration, as well socio-demographic, clinical and psychosocial parameters of abuse were measured. All subjects underwent 3-T magnetic resonance imaging (MRI) scans.

Resultd

SIP patients had extensive grey matter (GM) reduction in several brain regions that are part of the prefronto-temporo-limbic network. Specifically, compared to non-psychotic abusers, they showed significant GM reduction in medial prefrontal cortex bilaterally, right superior frontal gyrus, right precentral, middle temporal gyrus bilaterally, right superior temporal gyrus, insula bilaterally, right precuneus, right medial occipital gyrus, right fusiform gyrus and left hippocampus. Furthermore, the group of non-psychotic abusers showed significant GM reductions compared to SIP patients in medial prefrontal gyrus and right cerebellum ($p < 0.001$ uncorrected; Table 1, Figure 1). Finally, in SIP patients, our results showed a negative correlation between a domain of the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), BPRS-Activity, and selective GM volumes within left superior temporal cortex and left cerebellum. Moreover, the same scale was positively correlated with cuneus bilaterally, left inferior occipital gyrus, right inferior parietal lobule, right superior prefrontal cortex (all $p < 0.05$ FWE corrected).

Coclusions

Overall, our results suggest that cannabis abuse may play a critical role in favouring psychotic symptoms by affecting selective brain structures. Therefore, it seems mandatory to clarify which aspects of cannabis exposure (e.g., age at initiation, quantity, frequency, and duration) determine the greatest risk for the progression towards a cannabis use disorder or a psychiatric condition, such as the development of psychotic-related disorders. Finally, neuroimaging studies may pro-



vide a solid ground for identifying putative biomarkers associated with substance abuse, which may ultimately

help clinicians to detect those cannabis users at most risk of developing psychosis.

Table 1. VBM results. Brain regions showing significant reduced GM volumes between the SIP patients and subjects with cannabis abuse but no psychiatric condition ($P < 0.001$ uncorrected).

Gyrus	BA	Laterality	MNI coordinates			Cluster size	z-values
			x	y	z		
SIP patients < non-psychotic abusers							
Medial Frontal	10	Right	42	54	-3	22	4.0
Medial Frontal	10	Left	-10	65	12	23	3.4
Superior Frontal	10	Right	13	65	22	38	3.4
Precentral	4	Right	59	-5	26	61	3.8
Superior Temporal	22	Right	62	-7	3	146	4.2
Medial Temporal	21	Right	58	-50	-3	28	3.9
Medial Temporal	21	Left	-59	-33	0	26	3.7
Insula	13	Right	36	-21	13	142	4.1
Insula	13	Left	-33	-23	14	32	3.8
Precuneus	7	Right	6	-66	50	24	3.5
Medial Occipital	19	Right	33	-86	21	80	4.0
Fusiform	37	Left	-25	-47	-8	32	3.7
Hippocampus	-	Left	-33	-22	-5	36	3.8
Non-psychotic abusers < SIP patients							
Medial Frontal	6	Left	-7	19	62	28	4.3
Cerebellum	-	Right	21	-81	-15	28	4.1

BA (Brodmann area); SIP (Substance-Induced Psychosis); MNI (Montreal Neurological Institute)

AREA TEMATICA 7

Modelli di presa in carico per il disturbo da gioco d'azzardo

7.1

VALUTAZIONE DEI LIVELLI DI FRAGILITÀ ADOLESCENZIALE E RISCHIO DI GIOCO PATOLOGICO

Brunella Barbàra, *Dirigente Psicologa Psicoterapeuta Ser.D Alcamo*

Guido Failace, *Direttore Dipendenze Patologiche ASP Trapani*

Vincenzo Trapani, *Dirigente Responsabile Ser.D. Alcamo*

Sempre più negli ultimi anni, gli operatori dei Sert, si sono trovati impegnati, nella quotidianità professionale, a lavorare con utenti che oltre a presentare dipendenze da sostanze o da alcool, erano anche prigionieri di comportamenti disfunzionali come ad esempio il gioco d'azzardo.

Inoltre, come equipe, eravamo sempre più preoccupati per il crescente fiorire di sale gioco e di slot machine disseminate nelle varie tabaccherie e in moltissimi bar della città.

Il trovarci ad affrontare la necessità di risposta per questo nuovo tipo di utenza, ci interrogava sia rispetto alle dimensioni del fenomeno nel nostro territorio, sia rispetto alla possibilità di attuare progetti di prevenzione e di cura di chi, particolarmente vulnerabile, poteva incorrere in problemi di gioco patologico.

In riferimento al nostro bisogno di conoscenza del fenomeno, abbiamo iniziato un lavoro di ricognizione delle esperienze già esistenti sia a livello regionale che nazionale.

Una delle esperienze che ha catturato la nostra attenzione e ha alimentato un desiderio di approfondimento è stata quella riportata da "Italian Journal on Addiction" riguardante il territorio di Pavia e di Vigevano, dove colleghi dell'università di Pavia avevano effettuato una ricerca intervento riguardante i giovani e la ludopatia, e avevano approfondito la correlazione fra le fragilità adolescenziali (quindi l'eccessivo Utilizzo di sostanze, di sigarette, dei social, di videogiochi ecc) e il rischio di comportamento di inizio di gioco d'azzardo.

Si è discusso a lungo in Equipe circa il target a cui rivolgere l'intervento, individuando negli alunni degli Istituti Superiori del nostro distretto, i giovani più

facilmente raggiungibili.

Da lì l'immediata la decisione di coinvolgere i dirigenti di tutte le scuole con cui da anni c'è una fattiva collaborazione per i C.I.C. e per le varie attività di prevenzione e questi ultimi hanno aderito con interesse al nostro progetto.

Dopo i primi contatti telefonici in cui si è evidenziata grande disponibilità e voglia di confronto e collaborazione con il referente del Progetto Dott. Gabriele Zanardi, è iniziato un percorso di formazione per noi operatori del Sert a cui è seguita la realizzazione della ricerca- intervento nel nostro territorio.

L'adolescenza è la prima fase della vita in cui l'individuo sviluppa comportamenti di addiction. Fra i diversi fattori associati con l'uso di droghe fra gli adolescenti, ampio rilievo viene dato alle caratteristiche della personalità che consistono nella "predisposizione a correre dei rischi" e nella "ricerca attiva di sensazioni". Secondo Arnett (1992), gli adolescenti sono statisticamente sovra-rappresentati, rispetto agli adulti, nell'espressione di comportamenti ad alto rischio di ogni tipo, che ricadono nella categoria della ricerca di sensazioni nuove. Questo dato indica che, fra gli adolescenti, vi sarebbe una maggior propensione alla ricerca di sensazioni nuove rispetto agli adulti, e ciò potrebbe rappresentare una peculiarità nei processi di gratificazione, tipica dell'età. La ricerca continua di sensazioni e la necessità di stimolazioni nuove, potrebbero essere alla base, negli adolescenti, di un elevato livello di "curiosità" verso la sperimentazione e l'uso di droghe (Jaffe&Archer, 1987). Recentemente numerosi studi di imaging hanno confermato la possibilità che il sistema di rinforzo e di piacere degli adolescenti e la loro tendenza ad esprimere comportamenti a rischio rappresenti una medesima via di accesso alla dipendenza (Schneider S. 2012; Goudriaan A.E., 2012).

Il presente studio ha voluto esplorare in maniera estesa gli stili di vita e relazionali di un gruppo di adolescenti, nel tentativo di individuare e descrivere la presenza di comportamenti ritenuti a rischio. Rilevare la percezione di ciò che viene considerato più o meno interessante e attrattivo (utilizzo di alcol, sigarette, sostanze stupefacenti, etc.), comprendere il significato pratico e simbolico di alcune azioni (relazioni sociali, social network, atteggiamenti di gruppo), conoscere le valutazioni in merito ad alcuni aspetti socio relazionali (chi viene percepito come influente, la relazione con il denaro, comportamenti di coping) potrebbe suggerire indici di fragilità nei confronti delle dipendenze, in particolare quelle senza sostanze. In tal senso nella ricerca è stata inserita una valutazione standardizzata

della presenza di gambling, per osservare sia la portata del fenomeno sia eventuali correlazioni con i comportamenti e le attitudini del campione.

Si è voluto inoltre analizzare la possibile modificazione dei profili ottenuti attraverso l'offerta di un programma psicoeducativo che potesse formare ed informare circa gli automatismi e le potenzialità del comportamento a rischio.

Gli **Strumenti** utilizzati sono stati:

- Risk Taking Behaviour Questionnaire – For School (RTBQ-FR): il questionario prevede 41 domande a risposta chiusa, analizzabili secondo processi di tipo nominale e ordinale. Le domande tendono ad esplorare i comportamenti legati all'utilizzo internet, social network, uso di sostanze e percezione verso il proprio comportamento e quello altrui.
- The South Oaks Gambling Screen Revised For Adolescents (SOGS-RA): scala per la valutazione del rischio Gambling in popolazione adolescenziale.

Inoltre è stato predisposto per tutte le classi un Intervento psico-educativo sulle caratteristiche del risk taking behaviour e delle nuove dipendenze.

L'intervento educativo pone la sua attenzione sullo sviluppo di strategie metacognitive finalizzate ad una maggior consapevolezza del comportamento a rischio ed in particolare alla valutazione di quei comportamenti che possono sviluppare conseguenze di tipo disadattivo.

I dati raccolti sono stati analizzati secondo 3 criteri di ricerca:

1. Indagine esplorativa: descrizione del campione attraverso aggregazione percentuale di risposte agli item;
2. Relazione tra presenza di Gambling e stili comportamentali: per valutare la presenza di diversi stili comportamentali attraverso le tre categorie individuate dai risultati del SOGS-RA;
3. Validità di un intervento diretto: per valutare la modificazione di espressioni comportamentali nel RTBQ-FR, a seguito dell'intervento psicoeducativo scolastico.

Le analisi statistiche in relazione al campione osservato hanno evidenziato:

- la presenza di quadri disfunzionali di gioco patologico negli adolescenti osservati, doppia rispetto alle indicazioni nazionali; in particolare è stato possibile attribuire una valutazione di giocatore d'azzardo a rischio a 347 ss (10%) mentre rientrano in un profilo patologico 483 ss (14%).
- i tre gruppi individuati tramite test SOGS-RA (giocatore d'azzardo non patologico NP, giocatore d'azzardo a rischio GAR e giocatore d'azzardo patologico GAP) presentano una differenza statistica alla propensione al rischio misurata con gli indici RTBQ-FR; i soggetti che presentano un quadro più grave di gioco d'azzar-

do offrono profili più elevati come tendenza al rischio comportamentale generale.

- nella misurazione test retest si rileva una differenza statisticamente significativa nei i profili di gioco tra pre e post intervento psicoeducativo nei gruppi Gioco Patologico e Gioco a Rischio.

I risultati della ricerca effettuata nel nostro territorio, dimostrano la presenza del fenomeno 'gioco d'azzardo' in una popolazione adolescenziale, con una frequenza di manifestazione doppia in relazione al dato nazionale. I dati suggeriscono che il fenomeno di disinibizione comportamentale evidenziato dalla tendenza al gioco si generalizza ad altri ambiti comportamentali evidenziando una generale tendenza ad un maggior rischio comportamentale in quella parte di popolazione che presenta un profilo di gioco già congruamente patologico; in relazione alla letteratura recente, la manifestazione di fragilità del sistema di controllo prefrontale, non solo si manifesta in una errata percezione del gioco in sé, ma sottolinea la vulnerabilità comportamentale e procedurale in tutte le aree di decision making indagate.

I risultati ottenuti nella procedura test retest rileva un miglioramento nel profilo comportamentale a seguito di una formazione non specifica per l'addiction e sottolinea l'utilità di sistemi di informazione e formazione basati ad esempio sulla peer education o su altre metodologie attive, fornendo di fatto ambiti di esito positivo, come la rilevazione e la prevenzione precoce, nelle popolazioni adolescenziali e giovanili.

Bibliografia

- Arnett J. (1992) *Reckless behavior in adolescence: A developmental Perspective. Developmental Review, 12*
- Jaffe e Archer (1987) *The prediction of drug use among college student from MMPI, MCMI and sensation seeking scales, Journal of personality assessment, 51 (2)*
- Goudriaan A.E. (2012) *Individual differences in decision making and reward processing predict changes in cannabis use: a prospective functional magnetic resonance imaging study., Addict Biol. 2012 Sep 21.*
- Schnedider S. (2012) *Risk taking and the adolescent reward system: a potential common link to substance abuse, Am J Psychiatry, 169(1)*
- Zanardi G. e altri (2012) *Valutazione dei livelli di fragilità comportamentale adolescenziale e gambling attraverso studio epidemiologico di coorte, in La Psicologia come scienza della salute a cura di S. Casale e A. Nerini, Atti del XII Congresso Nazionale, Associazione S.I.P.S.I.A. Società Italiana di Psicologia della Salute*

7.2

MOTIVAZIONE E LAVORO SUL TRAUMA NEL TRATTAMENTO DEL GIOCO PATOLOGICO: IL PROGETTO "PAS - GAP"

Elisa Sgualdini**, **Paola Bozzola***,
Ermanno Margutti*, **Mauro Cibirin****,
Andrea Facchetti**, **Silvia Faggian***,
Alessandro Pani*

***Centro Soranzo - Venezia*

**Dipartimento per le Dipendenze, Az. Ulss 3 Serenissima, Regione del Veneto - Venezia*

Il presente lavoro ha lo scopo di illustrare un progetto per il trattamento del Disturbo da Gioco d' Azzardo realizzato con i fondi del *Piano Aziendale Serenissima - Gioco d' Azzardo Patologico - 2018 (PAS-GAP)* e che prevede la collaborazione tra il Centro Soranzo e il Dipartimento per le Dipendenze della Az ULSS 3 della Regione Veneto. Già da alcuni anni il Centro Soranzo ha inserito nel proprio programma di psicoterapia residenziale elementi specifici di intervento sul Gioco Patologico, accogliendo 568 soggetti (476 M, 92 F) con tale problematica. Il progetto PAS-GAP, iniziato nel marzo 2019, è stata l'occasione per "specializzare" ulteriormente gli interventi rivolti ai giocatori, differenziandoli per durata ed intensità, oltretutto per migliorare la continuità tra intervento ambulatoriale, gestito dai SerD e residenziale.

Sono state individuate tre tipologie di percorsi residenziali: a) interventi sperimentali ultra brevi (3-4 giorni) centrati sulla motivazione; b) interventi brevi (2-3 settimane) con finalità contenitive e di supporto psicologico ed educativo; c) programmi a medio termine (3-6 mesi) per interventi psicoterapeutici strutturati e mirati a casi complessi, con particolare riferimento alla componente traumatica del Disturbo.

I pazienti candidati ad un percorso residenziale vengono inizialmente valutati dai SerD e successivamente dal Centro Soranzo che si interfaccia con i servizi invianti per personalizzare il programma in base alle caratteristiche ed ai bisogni del paziente. La quasi totalità dei giocatori ricoverati presenta comorbilità con Disturbi da Uso di sostanze (DUS) (in particolare alcol, cannabis, cocaina) o un uso problematico di sostanze che si interseca in maniera complessa con il gioco. Tutti i giocatori possono usufruire sia del per-

corso psicoterapico sul trauma, comune con i pazienti con Dipendenza da Sostanze, sia di interventi specifici, individuali e gruppalmente centrati sul comportamento di gioco, sui pensieri disfunzionali, sulla gestione del denaro. Vi è inoltre la possibilità di partecipare agli incontri dei Giocatori Anonimi sia all'interno che all'esterno della struttura.

L'applicazione del modello psicotraumatologico del Centro Soranzo ai Giocatori Patologici nelle diverse tipologie di percorso residenziale del progetto PAS-GAP ha portato alle seguenti conclusioni:

- La possibilità di "fermare" il paziente in ambiente residenziale anche per pochi giorni spesso consente di creare spazio mentale e motivazione al cambiamento, creando i presupposti per interventi più lunghi e strutturati sia nel SerD che al Centro Soranzo;
- Il Gioco Patologico, come tutte le Addiction, ha una rilevante componente legata ai traumi ed agli eventi di vita; l'elaborazione di questi aspetti migliora il quadro psicopatologico generale, la qualità di vita e consolida i risultati degli interventi di prevenzione della ricaduta;
- La continuità tra trattamento ambulatoriale e residenziale e la stretta collaborazione tra personale del SerD e della comunità permette una migliore personalizzazione degli interventi e una maggiore ritenzione in trattamento;
- Un programma di questo tipo appare particolarmente indicato per i soggetti con comorbilità con DUS, potendo contemporaneamente usufruire di interventi rivolti ad entrambe le problematiche.

7.3

PDTA GAP**Mautone Anna Grazia**, *Psicologa, Referente GAP***Giacco Nunzia**, *Psicologa, équipe GAP***Di Cintio Antonina**, *Psicologa, équipe GAP***Rosanna Sellitto**, *Educatrice, équipe GAP***Luigi Liberato**, *Educatore, équipe GAP***Mario Cappella**, *Educatore, équipe GAP***Rosario Tuccillo**, *Ass. Sociale, équipe GAP***Angela Sepe**, *Ass. Sociale, équipe GAP***Mena Di Carlo**, *Ass. Sociale, équipe GAP**- Dipartimento Dipendenze Patologiche - ASL Napoli 2 Nord -***Descrizione sintetica**

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) è uno strumento indirizzato a migliorare l'appropriatezza clinica ed organizzativa nella gestione di pazienti affetti da specifiche malattie, sia acute che croniche. È inoltre, uno strumento fondamentale per una gestione attiva e programmata della patologia.

Per il paziente, il Percorso Assistenziale è il "cammino" che egli percorre all'interno del SSR, utilizzando piani di cura multidisciplinari, che identificano la migliore sequenza di attività necessarie a raggiungere gli obiettivi di salute. In tal senso il PDTA deve prevedere che "le persone giuste" facciano "le cose giuste", nella "sequenza giusta", "nel tempo giusto", "nel posto giusto", con "il giusto esito", e nella prioritaria considerazione del "bisogno di salute del paziente".

Ricognizione delle Strutture attraverso le quali si svolge il PDTA

Le strutture e i Servizi sono i seguenti:

- a. UOC SerD. Il SerD è la sede nella quale vengono effettuate la accoglienza dell'utente GAP, la stesura e/o la revisione del suo PTI, e dove vengono realizzati tutti i colloqui clinici con gli utenti. Il SerD comprende anche l'ambulatorio medico infermieristico in cui vengono prescritte e somministrate le terapie farmacologiche ed effettuati gli esami ematici. Il Dipartimento Dipendenze Patologiche della ASL Napoli2Nord comprende 3 UOC SERD: Pozzuoli-Ischia; Casavatore-Acerra e Giugliano-Sant'Antimo.
- b. Ambulatorio distrettuale di Pozzuoli, Marano, Bacoli. In tali ambulatori si svolgono tutti i colloqui e le attività di II livello, correlati alla realizzazione del PTI individuale.
- c. UOS Disturbi Comportamentali di Caivano. In esso si svolgono tutti i colloqui e le attività correlati di

II livello correlati alla realizzazione del PTI individuale.

Ciascuna delle tre UOC SerD è dotata di un gruppo di lavoro "dedicato" al GAP, composto da 1 psicologo, 1 educatore professionale, 1 assistente sociale.

Percorso del PDTA

L'avvio del PDTA avviene con una richiesta di prima visita presso il SerD di competenza territoriale: ovvero con la fase di "Accettazione". L'accesso ai Centri e ai Servizi può essere anche effettuato direttamente dall'utente, senza necessità della ricetta da parte del medico di Base o del medico specialista, e senza pagamento di ticket.

Accoglienza e identificazione del case manager (funzioni e competenze)

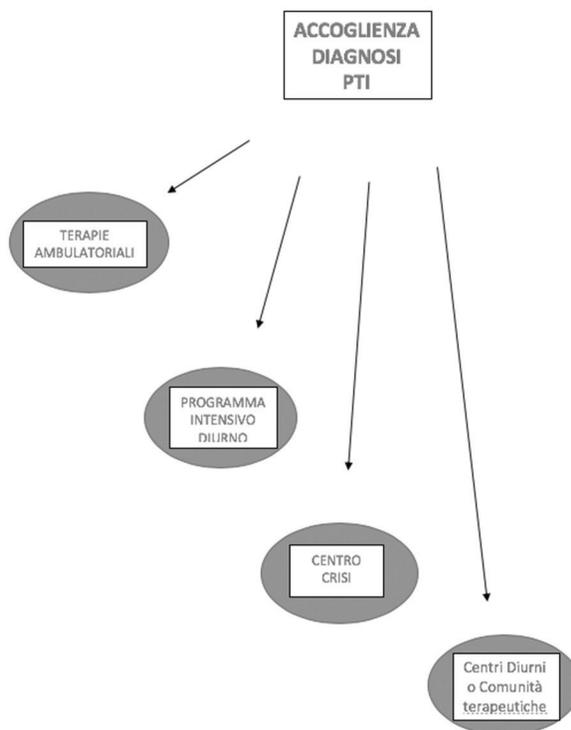
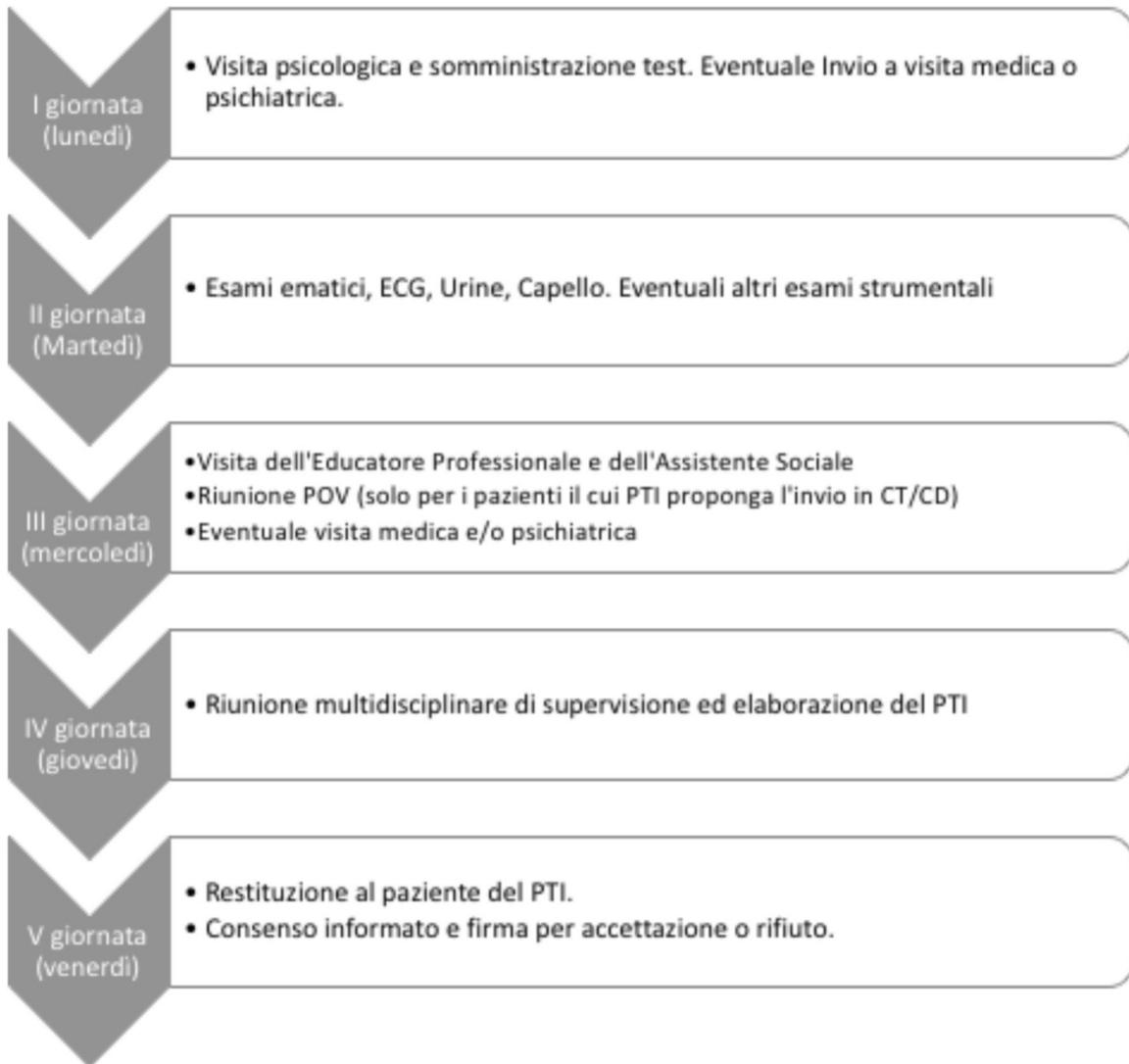
L'Accoglienza è gestita da tutte le figure professionali del Servizio: medico, psicologi, educatore, assistente sociale e infermiere.

Avviene presso le tre UOC SERD di Pozzuoli, Casavatore e Giugliano.

L'accoglienza avviene nei tempi e modi seguenti

Il processo dell'Accoglienza si conclude con l'elaborazione del PTI del paziente e l'avvio in uno dei tre percorsi terapeutici seguenti:

- 1) presa in carico ambulatoriale;
- 2) invio al Programma Terapeutico Intensivo;
- 3) invio in un Centro Crisi;
- 4) invio in una Comunità Terapeutica Residenziale o Semi-Residenziale (Centro Diurno), ovvero a un PTRI.



7.4

IL-LUDOPATIA

PROGETTO DI PREVENZIONE, CURA E RIABILITAZIONE DEL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO NEL TERRITORIO DELL'ASL4 CHIAVARESE

Pavese Daniele, *Psicologo Psicoterapeuta Asl 4 Chiavarese*

Celle Simona, *Psicologo Psicoterapeuta Asl 4 Chiavarese*

Il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze dell'Asl4 Chiavarese ha una equipe di professionisti che si occupano di Gioco d'azzardo da molti anni.

Si intende realizzare un progetto già finanziato da Regione Liguria che prevede azioni multilivello su più ambiti (educativi, formativo, informativo, organizzativo e terapeutico), costruendo sin dalla fase di progettazione reti e alleanze tra tutti gli enti/attori attivi sul territorio: Regione Liguria, Amministrazioni Comunali, Scuole Medie Superiori e Inferiori, Centri di aggregazione giovanile, Associazioni di Categoria, Associazioni di volontariato.

Interventi di Prevenzione in collaborazione con le Scuole

L'equipe che si occupa di prevenzione lavora attraverso il coinvolgimento e la partecipazione attiva dei giovani in varie attività che sviluppano le life skills e interviene anche con iniziative formative rivolte a chi è a stretto contatto con i giovani (genitori, insegnanti, educatori).

In particolare sono attivi due ambiti progettuali:

- Peer Education rivolta agli adolescenti. Dopo aver partecipato a una esperienza formativa ed acquisire informazioni e competenze atte a sviluppare abilità comunicative e sociali, i ragazzi delle scuole superiori intraprendono attività educative organizzate o informali con i coetanei, volte a sviluppare il loro sapere e la capacità di riflettere sui propri comportamenti.
- Corsi di Formazione per insegnanti sull'uso consapevole e responsabile della rete da parte di bambini e ragazzi, per la prevenzione dei comportamenti a rischio (gioco on-line, ecc.).

Obiettivi

- aumento delle conoscenze legate ai rischi connessi al gioco d'azzardo

- diminuzione di condotte di gioco sociale e di gioco problematico
- creazione di una cultura preventiva legata a stili di vita sani e consapevoli
- creazione di un gruppo di peer educator
- miglioramento del clima di classe.

Destinatari Intermedi:

- Insegnanti
- Peer educator
- genitori

Destinatari finali:

- bambini
- adolescenti

Interventi di Prevenzione Territoriale.

La prevenzione sarà rivolta alla popolazione generale e in particolare agli anziani:

- Organizzazione di un evento pubblico in collaborazione con le amministrazioni comunali, un convegno dal titolo "Il Gioco dell'OCA".
- Incontri tematici sui rischi del gioco d'azzardo in collaborazione con i Centri Sociali Anziani.

La Cura: Trattamenti Ambulatoriali

Il progetto prevede un miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza della rete di presa in carico attraverso figure dedicate all'accoglienza e al sostegno di pazienti e familiari, il rinforzo della mediazione con enti e associazioni del territorio che si occupano della gestione del denaro.

Sono previsti interventi psicoeducativi e supporto per il reinserimento lavorativo e sociale.

Si prevede un Gruppo terapeutico per giocatori che utilizza come strumento terapeutico la terapia cognitivo comportamentale e un gruppo informativo e terapeutico per i familiari.

Trattamenti intensivi di breve durata

In ambiente protetto e residenziale si realizza un intervento intensivo di breve durata (10 giorni) che si avvale di tecniche e procedure che facilitano un distacco totale del giocatore dal proprio ambiente di vita e per sperimentare un segmento temporale libero in cui aiutarlo a confrontarsi in maniera massiccia a riconoscere i meccanismi di base dei suoi comportamenti compulsivi. Il paziente può proseguire questo tipo di percorso in un secondo livello di 10 giorni durante l'anno.

7.5

UN ESEMPIO DI PRESA IN CARICO TERRITORIALE: IL PROGETTO “RETI PROATTIVE” SECONDO IL MODELLO HABITAT MICROAREE DI TRIESTE

Pizzolato Alessandra, Generoso Quartarone Giulia, Di Giulio Paola, Jugovac Davide, Nadalini Paolo, Scaravelli Ester

Struttura Complessa Dipendenze Comportamentali e da Sostanze Legali –Dipartimento delle Dipendenze (DDD) di Trieste

La ricerca ha dimostrato che lo sviluppo e il mantenimento delle problematiche gioco correlate dipendono da una molteplicità di fattori di ordine neurobiologico, psicologico e sociale. L'approccio ecologico sociale applicato al disturbo da gioco d'azzardo (DGA), come per altre forme di *addiction sine materia*, prevede che tali dipendenze possano essere causate da diversi fattori interni ed esterni all'uomo, sotto la spinta della società di appartenenza, in grado di determinare disagi psichici, fisici, sociali che alterano l'equilibrio dell'individuo e della società.

Il modello interpretativo ecologico sociale è sufficientemente elastico da poter ospitare al suo interno la coesistenza di approcci terapeutici diversi ma integrabili tra loro. L'obiettivo non è solo la mera eliminazione del sintomo, ma un cambiamento dello stile di vita dell'individuo ponendo l'accento sul processo di *empowerment* psicologico e comportamentale, nell'auspicabile ottica di un processo di *recovery* più globale. Partendo da queste premesse l'équipe per la cura del DGA del Dipartimento delle Dipendenze di Trieste ha preso parte ad un progetto pilota chiamato “Reti Proattive” presso la Microarea sita nel rione di Ponziana con l'obiettivo prioritario di intercettare il bisogno ancora sommerso e di facilitare la richiesta di aiuto di soggetti dipendenti e del loro nucleo familiare. L'esistenza di un bisogno sommerso costituisce infatti una priorità operativa secondo una visione di sanità pubblica.

Il modello Habitat Microaree (HM) di Trieste: cos'è?

È un programma avente finalità di tutela, prevenzione e promozione della salute e di coesione sociale, avviato sperimentalmente nel 1998, promosso dall'Azienda sanitaria e realizzato in partnership con il Comune di Trieste e l'Azienda Territoriale per l'Edilizia Residenziale della Provincia di Trieste (ATER); l'intervento è stato

sviluppato in 10 aree circoscritte della città, in ambiti territoriali con caratteristiche diversificate di popolazione, urbanistica, servizi. L'evidenza di fattori di rischio (determinanti sociali della salute) che caratterizzavano alcune aree della città (popolazione anziana, solitudine, disagio sociale, degrado ambientale, povertà, etc.) aveva sollecitato gli Enti a stringere un accordo di collaborazione continuativa per intraprendere azioni congiunte di prossimità, di ampio respiro, nell'ottica della prevenzione e dello sviluppo di comunità (*community building*).

Il più recente aggiornamento del Protocollo di intesa è stato sottoscritto nel luglio 2018, con la finalità di mantenere attiva la collaborazione tra gli Enti, stimolando il coinvolgimento attivo dei cittadini residenti, delle associazioni locali, di cooperative sociali, organizzazioni di volontariato e altri soggetti privati.

Le Microaree sono dunque territori fisicamente aggregati (quartiere, frazione, agglomerato di case), che comprendono tra i 500 ed i 2500 abitanti, caratterizzati dalla prevalenza di caseggiati ATER. Le Microaree rappresentano un dispositivo territoriale per lo sviluppo di percorsi sanitari, sociali ed abitativi, reso possibile grazie alla presenza stabile di una rete di operatori sanitari e sociosanitari, che operano proattivamente per intercettare ed affrontare i bisogni degli abitanti, favorire l'accesso alle cure e alle risposte dei servizi di riferimento.

Il target del programma HM è la totalità della comunità locale residente, e non solo quella portatrice di specifiche problematiche socio-sanitarie, presso cui si interviene in modo proattivo con la finalità di favorire la conoscenza reciproca (cittadini – Enti), garantire aiuti diretti in ambito sanitario, sviluppare relazioni di aiuto tra i cittadini ed una sinergia tra i Servizi, prevenire il disagio e l'ammalamento nei gruppi sociali più vulnerabili.

Azioni di *early detection* di comunità: il progetto Reti Proattive

Dal gennaio 2018 all'aprile 2019 una forte sinergia tra gli operatori del DDD, i servizi aziendali territoriali (HM) e le associazioni di volontariato attive nel settore (Hyperion e Buone Pratiche) ha dato vita al progetto “Reti Proattive”. L'obiettivo era quello di favorire l'aggancio, la presa in carico precoce ed evitare forme di cronicizzazione del DGA sperimentando un approccio proattivo di comunità, valorizzando le sinergie già presenti con le équipe operanti nelle Microaree; si è identificata una di queste, la Microarea di Ponziana. A tale scopo gli operatori dell'équipe DGA hanno promosso incontri con i referenti HM ed i volontari ivi operanti, al fine di fornire conoscenze e strumenti operativi di base per riconoscere la problematica DGA e segnalarle al personale specialistico del DDD, che ha assicurato il

suo intervento. L'attività di consulenza è stata svolta nella stessa sede HM, oltre che nella sede del servizio specialistico e presso l'ambulatorio del medico di medicina generale. Parallelamente, infatti, si sono svolte azioni di sensibilizzazione di soggetti "chiave" sul territorio, quali i medici di medicina generale, i farmacisti, gli esercenti di locali, attraverso il contatto diretto e la distribuzione di materiale informativo specifico. L'offerta terapeutica è stata poi orientata, in base alle caratteristiche cliniche del paziente e del suo nucleo familiare, verso percorsi di tipo grupppale o individuale, in linea con i percorsi di cura del DDD.

Inoltre nel luglio 2018, presso la Microarea di Ponziana, l'associazione Hyperion in sinergia con il DDD ha avviato un nuovo gruppo di mutuo aiuto per il gioco d'azzardo patologico, orientato alla bassa soglia. Sono state individuate 15 persone "a rischio", caratterizzate da un disturbo da gioco d'azzardo cronico, in molti casi in comorbidità con disturbo psichiatrico, molte già note al Servizio. L'approccio di bassa soglia è stato deciso dopo avere preso atto di alcuni fallimenti di precedenti prese in carico orientate al superamento del comportamento di addiction e della necessità di mantenere una relazione fiduciaria di supporto con le persone, anche al fine di ampliare la sensibilità rispetto al problema. Nell'ambito del progetto in esame l'offerta terapeutica del gruppo è stata arricchita con attività teatrali e musicali per favorire la coesione tra i partecipanti, avendo rilevato come bisogno principale dell'utenza quello della socializzazione e della ripresa di una qualità di vita. Parallelamente a quanto sopra, la presa in carico di questi giocatori d'azzardo patologico ha posto in luce altre criticità di ordine socio-economico-lavorativo conseguenti all'indebitamento da gioco.

Secondo l'impronta del modello ecologico sociale, le raccomandazioni attualmente vigenti in merito alla cura ed alla riabilitazione del DGA prevedono che l'equipe sia formata da diverse figure professionali (psichiatra, psicologo, educatore, assistente sociale). I diversi operatori, in base al loro specifico disciplinare, contribuiscono ad una lettura diagnostica e trattamentale delle problematiche gioco correlate più ampia, migliorando, di conseguenza, la qualità e l'estensione della risposta clinica. È stato quindi possibile procedere con gli interventi del caso: attività di supporto personalizzato della gestione economica, anche con amministratore di sostegno, erogazione di un tirocinio formativo, prese in carico integrate con il Servizio Sociale del Comune per bisogni di tipo assistenziale.

Conclusioni

Questa esperienza pilota ha fornito l'occasione per consolidare i percorsi di conoscenza tra il DDD, il servizio della Microarea Ponziana e gli abitanti del rione.

Tra gli obiettivi raggiunti oltre alla quota di pazienti agganciati, o nuovamente intercettati per una presa in carico presso il servizio specialistico DGA, è possibile affermare che la collaborazione tra operatori di due contesti sanitari differenti ha posto le basi per la facilitazione di prossime collaborazioni e per avviare sperimentazioni innovative volte ad incontrare il bisogno di cura sommerso. È attualmente in fase di organizzazione da parte del DDD l'ampliamento di tale esperienza presso le altre Microaree site nel territorio triestino.

7.6

DAL MODELLO INDIVIDUALE, AL FAMILIARE, AL MODELLO ECOLOGICO NEL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO Modelli di intervento in evoluzione

Poli Roberto, Medico Psichiatra Direttore Ser.D. ASST Cremona,

Ronchi Irene, Psicologa Ser.D. ASST Cremona,

Bassini Cristina, Assistente Sociale Ser.D. ASST Cremona,

Griani Antonella, Psicologa Piano GAP Ser.D. ASST Cremona,

Manigrasso Tiziana, Psicologa Piano GAP Ser.D. ASST Cremona

PRESA IN CARICO

ACCESSO: diretto, senza impegnativa del MMG, gratuito

ACCOGLIENZA: Primo colloquio psico- sociale, somministrazione questionario SOGS Valutazione sociale: anche con un familiare, somministrazione Intervista di Ladoceur, 1 colloquio con familiare
Colloquio medico, Approfondimento psicologico con utilizzo test di personalità, Se autorizzato, contatto con MMG Restituzione congiunta alla famiglia: proposta terapeutica, Eventuale consulenza legale e finanziaria (Ufficio Protezione giuridica, Caritas)

MODELLO DI INTERVENTO

IERI
COLLOQUI PSICO SOCIALI
PERCORSO PSICO EDUCATIVO DI GRUPPO per giocatori e familiari (7 INCONTRI)
GRUPPI DI AUTO MUTUO AIUTO FAMILIARE
COLLABORAZIONE CON CONSULTORIO

OGGI
COLLOQUI PSICO SOCIALI
COLLOQUI PER I FAMILIARI
PERCORSI PSICO EDUCATIVI:
PER GIOCATORE CON FAMILIARE: 7 INCONTRI INDIVIDUALI
PER FAMILIARI: METODO 5 PASSI (INDIVIDUALE O DI GRUPPO SINE GIOCATORE)
GRUPPI DI AUTO MUTUO AIUTO

MOTIVI DEL CAMBIAMENTO

evoluzione dell'offerta di gioco (da fisico all'online) con conseguente variazione dell'utenza: giovani adulti (25-35) arrivano i familiari senza giocatore con scarsa capacità di mentalizzazione accesso a singhiozzo richiesta di interventi brevi e focalizzati (poca com-

pliance) comorbilità psichiatrica maggiore livello di tolleranza (arriva al servizio con grave compromissione, anche economica e psicosociale)

COLLOQUI PSICO SOCIALI

IERI

OGGI

Sostegno psicologico individuale e familiare, trattamenti cognitivo -comportamentali

Supporto sociale e tutoraggio economico

Collaborazione con Altri Servizi per problematiche specifiche (Consultorio Familiare, CPS, Disabilità, Caritas, Servizi sociali e Ufficio Protezione Giuridica)

PERCORSI PSICO EDUCATIVI

Per anni è stato lo strumento maggiormente caratterizzante 20 gruppi dal 2010 al 2018, per un totale di 92 giocatori (di cui 15 donne) più i rispettivi familiari chi portava a termine il percorso solitamente decideva di entrare a far parte del gruppo ama.

Oggi: è necessaria una personalizzazione dell'intervento; non è più possibile avere un protocollo di presa in carico e trattamento "strutturato".

Durata, modalità e risorse coinvolte vengono messe in campo "flessibile" per ogni storia.

IERI

E un gruppo a lungo termine
Viene proposto ciclicamente
Prevede 7 incontri di 2 ore ciascuno per 7 settimane
I partecipanti sono il giocatore/trice con un familiare (5-6 coppie al massimo)
Questionario GRCS sulle distorsioni cognitive pre e post percorso
Follow-up a 6-12 mesi
È condotto da una psicologa e un assistente sociale e un medico, con l'intervento di esperti esterni

OGGI

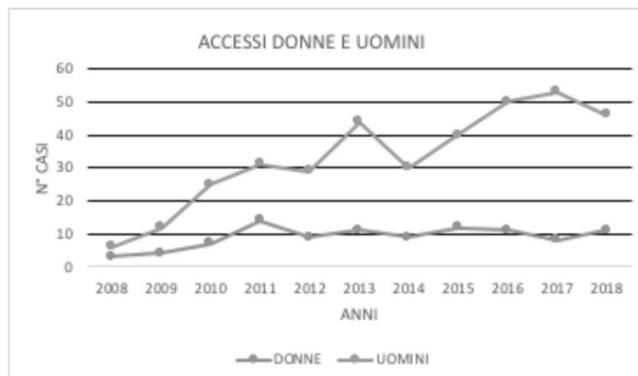
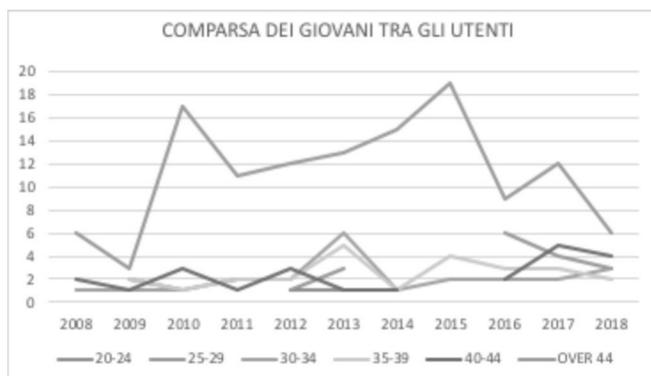
Prevalentemente rivolto ai familiari
Individuale o grupvale
Prevede 5 passi di auto riflessione/potenziamento personale
I partecipanti sono i familiari senza giocatore
È condotto dallo psicologo e assistente sociale

GRUPPI DI AUTO MUTUO AIUTO

PRIMA
GRUPPI SEPARATI
1 GIOCATORI
1 FAMILIARE

DURANTE
4 GRUPPI MISTI
GIOCATORI
E FAMILIARI

OGGI
4 GRUPPI MISTI E
1 GRUPPO DONNE



PERCHÈ UN GRUPPO AL FEMMINILE

LE DONNE IN ITALIA RAPPRESENTANO IL 50% DELLA POPOLAZIONE DELLE PERSONE CON D.G.A.
(Bastiani et al.,2013)

Dato confermato nei corsi di formazione dagli esercenti del territorio cremonese
Tuttavia non emergono ed è difficile contattarle poiché presentano alcune caratteristiche peculiari:
Maggior senso di vergogna e isolamento
Minor sostegno familiare
Problemi depressivi
Rapido sviluppo di dipendenza
Minor richiesta di aiuto

Bibliografia

Piano locale per il contrasto al gioco d'azzardo patologico 2019, Sistema SS Regione Lombardia ATS Val Padana

Gambling Disorders in Women An International Female Perspective on Treatment and Research, 1st Edition Edited by Henrietto Bowden-Jones, Fulvia Prever
Manuale sul gioco d'azzardo. Diagnosi, valutazione e trattamenti, Mauro Croce, Graziano Bellio, Franco Angeli 2016

Complex factors and behaviors in the gambling population of Italy" Journal oh gambling studies, 29:1-13
Bastiani L. et al, 2013

7.7

L'UTILIZZO DEL GRUPPO COME STRUMENTO TERAPEUTICO PER IL TRATTAMENTO DEL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO

Francesca Rossi, Luca Giachero, Claudia Carnino, Irene Galli, Silvia Valente, Federica Stoppa
Struttura Semplice Dipartimentale per le Dipendenze da Comportamenti Asl Città di Torino

PERCHÈ INTERVENTI ATTRAVERSO IL GRUPPO

La Struttura Semplice Dipartimentale per le Dipendenze da Comportamenti dell'Asl Città di Torino offre ai pazienti con Disturbo da Gioco d'Azzardo (D.G.A.) **percorsi terapeutici di gruppo** strutturati e a termine che negli anni sono diventati via via sempre più articolati. Questa scelta è l'esito di anni di esperienza del Servizio nel trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo e fa fronte all'esigenza di rispondere alle crescenti richieste d'aiuto che arrivano in ambulatorio. I percorsi terapeutici sono costruiti ad hoc, analizzando i bisogni di cura che nel tempo sono andati diversificandosi.

La presa in carico di questa tipologia d'utenza ha evidenziato, oltre alla complessità delle problematiche presenti (a livello sociale, economico, relazionale, e psicopatologico), la necessità di fare fronte alla difficoltà di **ritenzione in trattamento** che talvolta si evidenzia nei trattamenti individuali. Questa tipologia di utenza è spesso portatrice di storie relazionali traumatiche e di profondi danni nell'ambito delle relazioni primarie di accudimento.

Come ben sistematizzato da Yalom (1974) il gruppo consente di sperimentare ed accedere a diversi fattori terapeutici, quali infusione della speranza, universalità, informazione, altruismo, ricapitolazione correttiva del gruppo primario familiare, sviluppo di tecniche di socializzazione, comportamento imitativo, apprendimento interpersonale, coesione di gruppo, catarsi, fattori esistenziali. In particolare il gruppo è lo strumento che permette di confrontare la propria dipendenza con quella altrui e condividere con altri i vissuti di difficoltà e sofferenza ad essa connessi. L'assetto di gruppo permette una forma di apprendimento attraverso **un'esperienza emozionale correttiva intensiva** direttamente vissuta dai partecipanti e consente all'individuo di sviluppare capacità riflessive, sperimentare scambi affettivi e cognitivi, rinforzare o ridefinire i propri orientamenti esistenziali.

Un criterio di inclusione nei gruppi non è l'astinenza da gioco, al contrario il **lavoro sulle ricadute** si rivela sempre fondamentale.

Un elemento che si è rivelato trasversale ad ogni gruppo è l'importanza di utilizzare sia il **gioco** che la condivisione di cibo come elemento riabilitativo e risocializzante, l'obiettivo è di aiutare i pazienti a riconoscere e scollegare gli aspetti ludici e ricreativi da quelli connessi all'azzardo.

Altri aspetti trasversali alle tipologie di gruppo sono:

- la necessità che venga incentivata e favorita la comunicazione tra i partecipanti
- il costante monitoraggio dello stato di coesione
- il senso di appartenenza al gruppo sperimentato dai partecipanti
- la condivisione delle norme
- la qualità delle relazioni interpersonali all'interno del gruppo stesso
- le conflittualità che potrebbero emergere

Rispetto alle **regole** esplicitate ai pazienti affinché sia possibile lavorare in assetto di gruppo si chiede agli stessi: la riservatezza (ciò che viene detto durante gli incontri deve rimanere nel gruppo), la costanza nella frequenza e la puntualità, l'attenzione al mantenere toni civili e non aggressivi, di non presentarsi in condizioni di alterazione. Solo in alcune tipologie di gruppi i pazienti sono invitati anche a non incontrarsi al di fuori del contesto terapeutico e a riportare durante gli incontri eventuali loro contatti.

Per ogni paziente gli **obiettivi sono individualizzati**, concordati all'inizio di ogni percorso e verificati periodicamente attraverso colloqui individuali di bilancio.

I GRUPPI ATTIVI ALL'INTERNO DEL SERVIZIO

Gruppo Motivazionale Parole in Gioco

Il gruppo è rivolto a pazienti di recente arrivo o ritorno al Servizio che hanno capacità di tenuta per un percorso breve (10 incontri) di carattere informativo/formativo. Si utilizzano stimoli per avviare il confronto e la discussione (incontri seminariali, video, schede, etc) per misurare e sostenere la motivazione al cambiamento, favorire la compliance, raccogliere elementi diagnostici.

Gruppo intensivo Fuori dal Gioco

Il gruppo è rivolto a pazienti con capacità di tenuta nel tempo, articolato in moduli tematici di 4 mesi con incontri bisettimanali psicoterapeutici e psicoeducativi. Ogni modulo è focalizzato su un tema (il gioco e il caso, il denaro, le relazioni interpersonali, il lavoro e il tempo libero) ed il percorso ha un andamento ciclico continuo il che caratterizza il gruppo come un gruppo semi-aperto. L'obiettivo è di esplorare le aree disfunzionali connesse al Disturbo da Gioco d'Azzardo, lavo-

rare sul perseguimento dell'astinenza o del controllo del sintomo, lavorare sulle dinamiche sottese allo strutturarsi della dipendenza.

Gruppo Over

Il gruppo è rivolto a pazienti in "età avanzata" di cui si possa prevedere la necessità e la voglia di impegnarsi in un percorso di durata breve a carattere formativo/informativo e di sostegno, in modo coerente con il periodo di vita. Comprende 10 incontri, ripetibili, a cadenza settimanale e in orario pomeridiano. L'obiettivo è di offrire uno spazio specifico per pazienti over 65 anni, per lavorare sulla motivazione alla cura e sulla patologia del gioco d'azzardo, sondare le reti relazionali presenti e progettare di nuove al fine di uscire dall'isolamento e dalla solitudine, aiutare i pazienti a ridefinire il loro tempo libero.

Gruppo per i familiari

Il gruppo è rivolto a familiari (genitori, partner, fratelli, etc) di pazienti non necessariamente in trattamento individuale o di gruppo e di cui si possa prevedere una minima capacità di tenuta e di interrelazione. È un gruppo continuativo semi aperto a cadenza quindicinale con l'obiettivo di aiutare i familiari ad appropriarsi di un ruolo attivo nel processo di trattamento, facilitare il confronto e la condivisione dei problemi

L'Équipe come primo gruppo terapeutico che il paziente attraversa

La riunione d'Équipe sui gruppi ha una cadenza settimanale e la durata di due ore.

Il gruppo necessita di un contenitore per potere essere immaginato, fondato, monitorato e ricalibrato. In questo senso l'Équipe assume la funzione di mente pensante che consente di raccogliere gli elementi attraverso i diversi vertici osservativi, garantiti dalla presenza non solo di individualità differenti, ma soprattutto dalla multidisciplinarietà che la caratterizza. Il gruppo è strumento terapeutico non solo quando viene utilizzato direttamente con i pazienti, ma anche in quanto luogo di condivisione, aggiornamento e progettazione. Il gruppo Équipe è contenitore di pensiero e di vissuti emotivi dei curanti, come luogo dove poter dare voce alle complessità e alle difficoltà, che il Disturbo da Gioco d'Azzardo ci pone di fronte e per questo motivo è necessario incontrarsi con costanza e frequenza.

Detto con le parole di un paziente in gruppo:
"Partecipare ai gruppi è come giocare nel campionato di serie A...È un incontro tra professionisti. Noi siamo i professionisti del gioco d'azzardo e voi operatori siete i professionisti del trattamento"

AREA TEMATICA 8

Modelli di presa in carico e terapia della comorbidità psichiatrica

8.1

USO DI SOSTANZE, DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ E DOPPIA DIAGNOSI: ENTITÀ CLINICHE DIFFERENTI O ERRORI NOSOGRAFICI? STUDIO RIGUARDANTE TRATTI DI PERSONALITÀ E SINTOMATOLOGIA

Basti S.², Tiraboschi G.³, Urru A.³, Sacco G.³, Boso M.¹

¹Prof.ssa presso Università di Pavia, facoltà di Psicologia;

² U.O.S. SerD Pavia e Oltrepò;

³Studenti tirocinanti presso U.O.S. SerD Pavia e Oltrepò

INTRODUZIONE

Il DBP è caratterizzato da una pervasiva instabilità delle relazioni interpersonali e dell'immagine del sé, difficoltà nella regolazione delle emozioni, della disforia e degli impulsi. Secondo recenti studi della psicologia evolutiva, questi fattori chiave sono dovuti al fallimento della Funzione Riflessiva (FR), ovvero la capacità di comprendere se stessi e gli altri in termini di stati mentali intenzionali, come ad esempio desideri, attitudini e obiettivi. Secondo gli autori, il deficit di tale funzione è alla base di altre condizioni psichiatriche - come depressione, anoressia, uso di sostanze (DUS) -, anche se solo per il DBP è una parte fondante della terapia.

Il DBP si presenta spesso associato al DUS, costituendo un quadro clinico che aggrava tutti i fattori coinvolti, come condizioni cliniche, riospedalizzazione, violenza, ricadute terapeutiche. Nonostante la frequenza di tale comorbidità (detta Doppia Diagnosi - DD), ad oggi non esiste una teoria sistematica e completa su questa correlazione. DBP e DUS condividono molti fattori eziologici - es. storia familiare di disturbi mentali, abuso fisico o sessuale, traumi - e tratti della personalità - es. disregolazione emotiva e impulsività. A dispetto di ciò, i percorsi di presa in carico sono nettamente separati e causano un senso di incertezza sia negli operatori - privi di strumenti specifici per una presa in carico mirata - sia per i pazienti, che si rivolgono a Servizi

differenti (CPS e SerD) senza poter essere presi in carico, in quanto il quadro clinico non soddisfa totalmente i criteri di cura.

Il presente studio analizza i dati socio-demografici, la FR e la sintomatologia globale di tre gruppi di pazienti (DBP, DD e DUS); sono inoltre analizzati due tratti di personalità (impulsività e labilità emotiva) condivisi tra DD e DUS. L'obiettivo è di verificare l'efficacia della presa in carico differenziata tra i tre gruppi.

METODI

Questo studio osservazionale-trasversale ha coinvolto tre gruppi di pazienti, di cui 40 con DD e 30 con DUS, afferenti al SerD di Pavia e Oltrepò e 20 pazienti con DBP, afferenti al C.I.R.Di.P di Pavia. Tutti i gruppi sono costituiti da soggetti di età compresa tra 18 e 45 anni. Sono stati raccolti dati socio-demografici e somministrati i seguenti test: SCID I e II; SCL-90-R per indagare la sintomatologia globale; RFQ per valutare la qualità della FR; PID-5 per valutare i tratti di personalità secondo il modello proposto dal DSM-5, e BIS-11 per valutare l'impulsività.

La distribuzione di frequenza delle variabili qualitative d'interesse, tra gruppi, è stata confrontata attraverso il test 2 oppure il test di Fisher (utilizzato se il valore atteso di qualsiasi cella di una tabella 2x2 era minore di 5). Per le variabili quantitative il confronto tra gruppi è stato effettuato con i test non parametrici U di Mann-Whitney oppure di Kruskal-Wallis.

RISULTATI

- *Dati sociodemografici:* nei gruppi la presenza di tentativi di suicidio e gesti autolesionistici è piuttosto rilevante, ma significativamente diversa in entrambi i casi ($p < 0,05$): tentativi di suicidio DBP 40%, DD 40% e DUS 10%; gesti autolesionistici DBP 60%, DD 65% e DUS 6,7%. Non si rileva invece una differenza significativa nella presenza di traumi nel corso della vita, anche se le percentuali sono inferiori per il gruppo DUS: DBP 66,67%, DD 62,5% e DUS 43,33%.
- *Sintomatologia globale:* i gruppi DBP e DD manifestano una sofferenza significativamente maggiore rispetto al gruppo DUS in tutti i domini SCL-90-R. Nel confronto tra i due gruppi con DBP emergono differenze significative riguardo agli item "Ipersensibilità interpersonale", "Ansia" e "Sintomatologia totale positiva", maggiormente presenti nel gruppo DBP.
- *Funzione riflessiva:* la FR risulta maggiormente compromessa nei gruppi con DBP (DPB e DD) rispetto al gruppo DUS, soprattutto per quanto riguarda le scale "Incertezza" e "Mentalizzazione calibrata". La scala

“Certezza”, invece, non dimostra variazioni statisticamente significative benché si registrino valori più elevati nel gruppo DUS.

- *Impulsività**: sia la PID-5 che la BIS-11, i gruppi mostrano una grande compromissione nel controllo dell'impulsività in tutti i gruppi rispetto alla popolazione generale. Solo la scala relativa a “Attenzione-Disattenzione-Instabilità Cognitiva” risulta significativamente diversa.
- *Disregolazione emotiva**: il dominio “Affettività Negativa” nel PID-5 è composto da “Ansia”, “Depressione”, “Labilità Emotiva”, “Ostilità” e “Angoscia di Separazione”. Tale dominio mostra risultati statisticamente diversi nel confronto delle mediane
- 1,70 DD vs 1,39 DUS. Per quanto riguarda i tratti di personalità, solo il tratto “Angoscia di Separazione” non è significativamente diverso nel confronto tra mediane.

*risultati riguardanti solo i gruppi DD e DUS

CONCLUSIONI

In prima istanza, i risultati di questo studio suggeriscono che le manifestazioni fenotipiche condivise da DBP/DD e DUS sono dovute a una FR compromessa e il grado di tale compromissione definisce la gravità delle manifestazioni *borderline*. Inoltre, come rilevato da Fonagy e colleghi, questo studio potrebbe confermare che la scala dell'incertezza è fortemente correlata alle caratteristiche del DBP e che l'ipomentalizzazione – ossia il basso grado di certezza e l'alto grado di incertezza relativo gli stati mentali propri e altrui – causi un quadro sintomatologico di maggiore gravità. In effetti, un certo grado di certezza relativa all'origine di stati mentali e comportamenti può svolgere un ruolo adattivo, promuovendo strategie di coping più inclini alla mentalizzazione e basate sulla dimensione cognitiva del vissuto, anziché su quella emotiva. Non sorprende, pertanto, che autolesionismo e tentativi di suicidio siano significativamente più rilevanti nei gruppi con DBP, disturbo caratterizzato da un maggior grado di ipomentalizzazione.

L'impulsività sembra essere un tratto condiviso dalle due popolazioni DD e DUS. Anche se i soggetti del gruppo DD risultano quantitativamente più impulsivi - in particolare in relazione a compiti cognitivi -, i gruppi appaiono omogenei rispetto a tale tratto. Al contrario, la disregolazione emotiva è discriminatoria nel distinguere una popolazione DD da una affetta da DUS. Questa evidenza potrebbe essere una conseguenza della diversa compromissione della FR nei due gruppi. Non a caso, gli atti autolesionistici sono significativamente diversi nei due gruppi, e una possibile spiegazione potrebbe essere correlata alla funzione di tali gesti, utilizzati come meccanismo di regolazione emotiva.

Infine, nel presente studio i quadri clinici DD e DBP

appaiono come manifestazioni di una singola entità – che può essere descritta come DBP – e si collocano lungo un continuum che varia in base alla gravità sintomatologica; tale continuum sembra fondarsi sulla disregolazione emotiva. Inoltre, le differenze sono riscontrabili solo da un punto di vista nosografico e diagnostico, e non riguardano la manifestazione di tratti *borderline*: l'uso di sostanze non differenzia significativamente, ad esempio, sintomi somatici, tentativi di suicidio, gesti di autolesionismo o FR compromessa.

FUTURE DIREZIONI

La compromissione della mentalizzazione si struttura in conseguenza di storie di attaccamento insicuro e traumi relazionali precoci. Il dato sulla differenza non significativa di traumi nella vita andrebbe esplorato con strumenti più sensibili, per approfondire se al di là della mentalizzazione i pazienti presentano e eventualmente differiscono nell'uso di meccanismi difensivi spesso associati alla scarsa mentalizzazione, come la dissociazione. In tale direzione si segnalano i risultati riguardanti il dominio “Psicoticismo” alla PID-5, dove il gruppo DD rispetto al DUS presenta mediane significativamente maggiori, a suggerire come i pazienti con DBP utilizzino maggiormente meccanismi difensivi primitivi e dissociazione come strategie di coping. Probabilmente l'approfondimento di questa variabile permetterebbe di differenziare meglio i percorsi psicopatologici e suggerirebbe anche altri interventi più specifici ed efficaci.

La compromissione della mentalizzazione in tutti i gruppi suggerisce che interventi volti a migliorare questa condizione, come ad es. quelli centrati sulla *mindfulness* potrebbero essere adottati in maniera diffusa, mentre approcci più mirati, quali la MBT e la DBT, andrebbero indirizzati al gruppo di pazienti che mostrano una maggiore disregolazione emotiva.

8.2

UN MODELLO DI TRATTAMENTO DEI DISTURBI DI PERSONALITA' CON POLITOSSICOFILIA

Cozzaglio Paolo, Lo Presti Eleonora

Centro Sant'Ambrogio, Provincia Lombardo Veneta Fatebenefratelli, Cernusco sul Naviglio, Milano (MI)

Alla luce della crescente domanda di cura di pazienti con disturbi di personalità e politossicofilia proponiamo le nostre rilevazioni e riflessioni allegando il modello terapeutico psicodinamico integrato applicato in CRA San Riccardo, Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza, che accoglie pazienti inviati da Centri Psico Sociali (CPS) e collabora con il territorio (NeuroPsichiatria Infantile, NPI-Servizi Tossicodipendenze, SerT- Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, SPDC- Comunità Terapeutiche, CT) per sostenere il paziente nella promozione e nel mantenimento di una rete di supporto sia durante il ricovero in Comunità che nel periodo post-dimissioni (figura 1, figura 2, tab. 1, figura 3).

La gravità dei quadri clinici trattati, che presentano spesso in anamnesi tentativi suicidari (TS) ed esordio

sempre più precoce, negli ultimi anni, ha reso necessario un intervento terapeutico volto all'autentico recupero da parte del paziente del senso di essere soggetto attivo, agente e in relazione di interdipendenza con l'altro da sé.

Il modello terapeutico applicato, Modello Intersoggettivo (figura 4), sostiene l'emergere nel soggetto borderline (S), inizialmente disregolato, anedonico, isolato, politraumatizzato ed identificato rigidamente con l'Io in modo non funzionale, della funzione riflessiva in modo da poter ampliare la propria coscienza primaria, che dà consapevolezza del proprio immediato "presente ricordato", e gradualmente far maturare la autocoscienza riflessiva che consente il senso di continuità della storia di vita ed il cambiamento e la trasformazione delle caratteristiche stabili, costanti e prevedibili dell'Io soprattutto quando sono disfunzionali (Soggetto riflessivo individuale, SRI).

L'obiettivo è quello di aiutare il paziente a recuperare, a partire dalla passività indotta dalla malattia e grazie all'alleanza terapeutica con l'èquipe curante, la consapevolezza di essere soggetto attivo ed agente nella cura e nel proprio progetto di vita e soggetto intersoggettivo (Sin) ossia soggetto che sappia stare in una relazione di interdipendenza con l'Altro (O), che viva e guardi le azioni, le intenzioni e i sentimenti dentro di sé e dentro l'Altro e organizzi la conoscenza di ciò che vive cercando il senso intenzionale della sua storia quale realizzazione di sé.

Figura 1

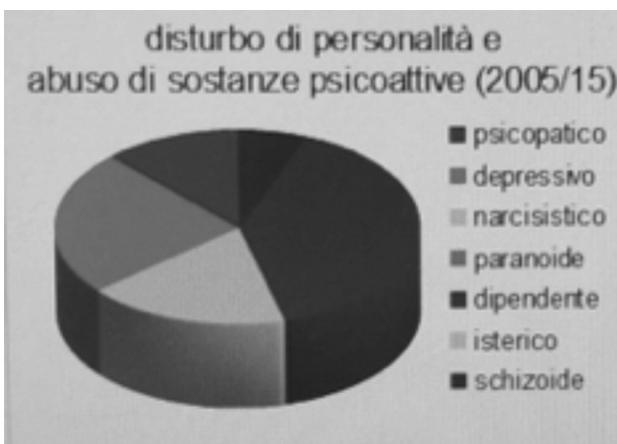


Figura 2

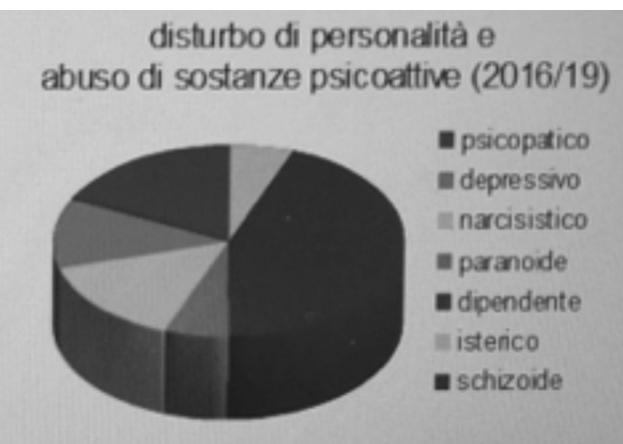


Tabella 1 – *Temî e interdipendenza*

Personalità	Tratto	Tema	Stile dipendente	Interdipendenza
psicopatico	Esercitare il potere umiliando, manipolando	Onnipotenza/impotenza umiliante	La dipendenza fa sentire umiliati, sfruttati	L'Altro è violento ma lo seguo perchè "è affettuoso così"
depressivo	Negativismo, vuoto esistenziale, assenza di prospettiva, colpa	Valore/disvalore di sé; passività/aggressività	Colpa e rabbia autodiretta per il bisogno di dipendenza	L'Altro è inconsolabile, reciproca distanza, mutua rabbia
narcisistico	Egoriferimento attivo o passivo-vittimistico	Valore/disvalore di sé; potere/impotenza	Intenso desiderio di intimità ma terrore di essere abbandonato	Incapacità di reciproca comprensione o apprezzamento
paranoide	Diffidenza, persecutorietà, svalutazione, rabbia	Dipendenza minacciosa/indipendenza protettiva; dignità/indegnità	Bisogno di forte dipendenza vissuto con persecutorietà proiettiva	Inaffidabilità da una parte e paura di sbagliare dall' altra
dipendente	Bisogno costante dell'altro vicino	Autonomia/dipendenza bisognosa	Essere autonomi fa perdere l' altro	Senso reciproco di sentirsi ingabbiati
isterico	Espressione teatrale delle emozioni legate al genere	Controllo/discontrolo di emozioni; dignità/indegnità	Ho bisogno dell' altro ma verrò rifiutato perchè ho emozioni deboli	Seduzione e attacco, falsa sensazione di vicinanza
schizoide	Ritiro, isolamento relazionale	Solitudine/vicinanza, individuazione/identificazione	La dipendenza induce sentimenti di annullamento	Frustrazione perchè si sente l'Altro non comunicativo

Figura 3 – Caso clinico

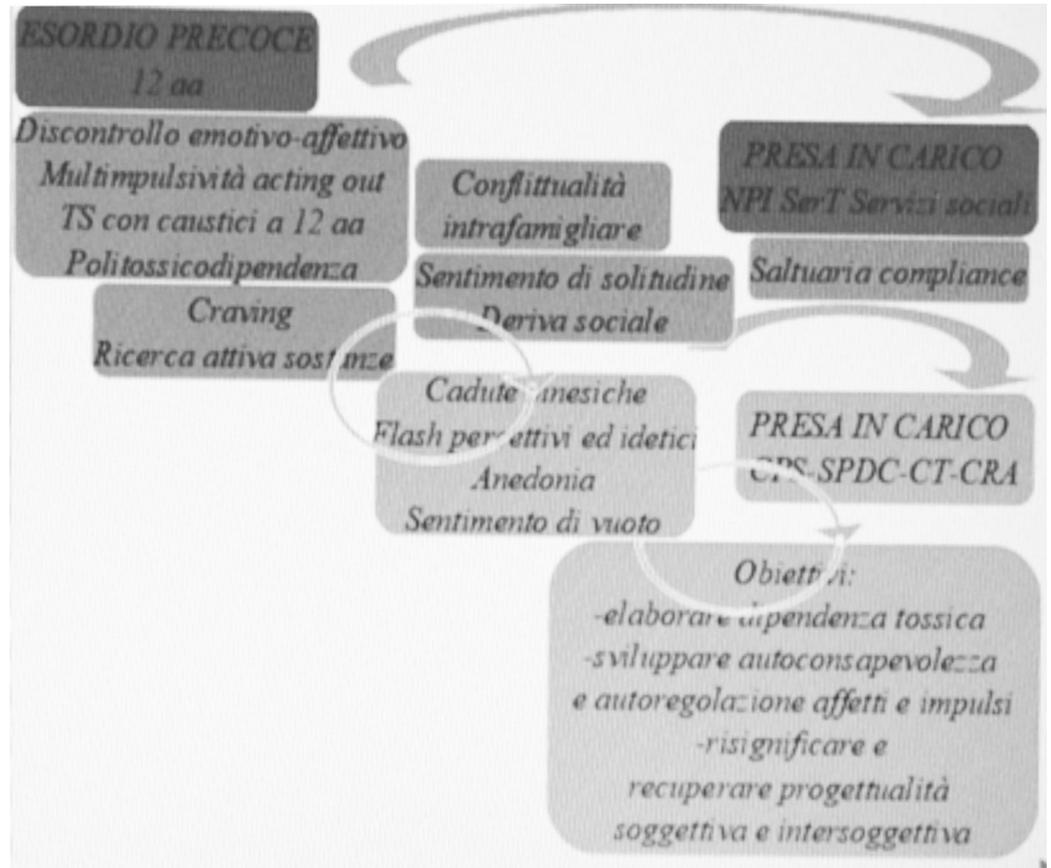
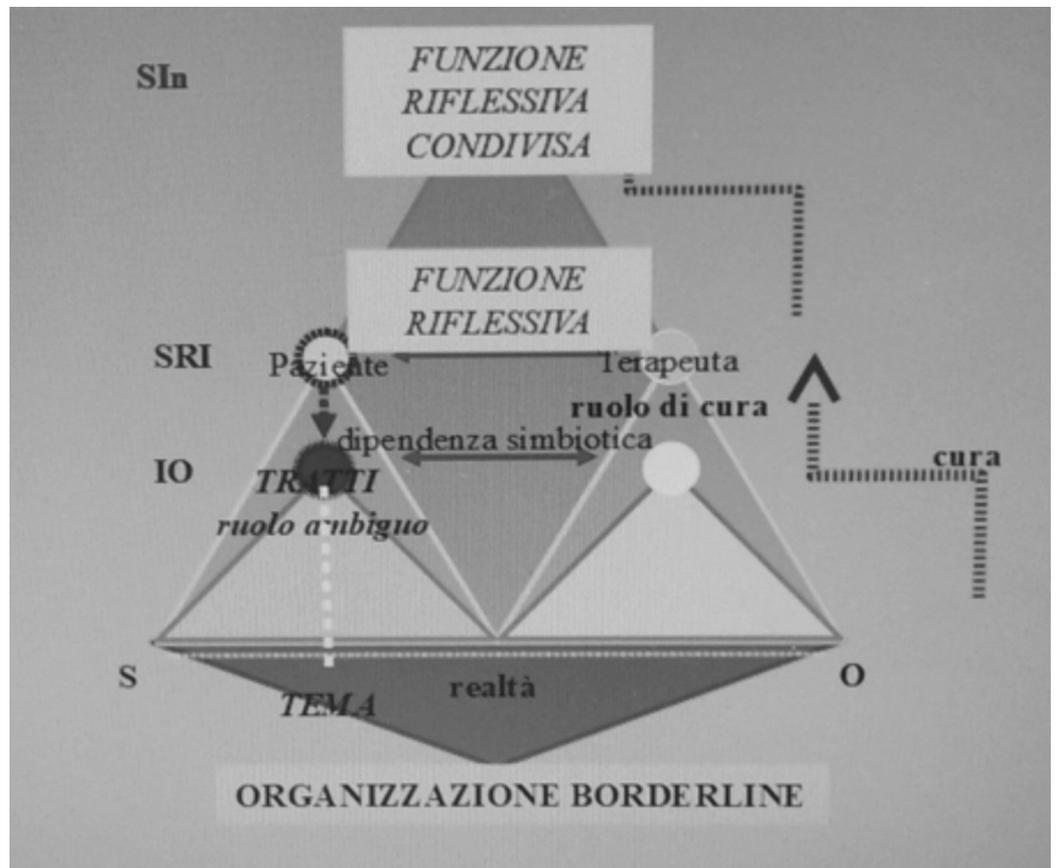


Figura 4 – Modello Intersoggettivo





FeDerSerD