



# informa n. 29

maggio 2017



FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI  
DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

[www.federserd.it](http://www.federserd.it)

CONVEGNO TEMATICO NAZIONALE FEDERSERD

PROSPETTIVE ED INTEGRAZIONE DEI SERVIZI  
PER LE DIPENDENZE NEI SISTEMI SANITARI:  
IL VALORE DELL'APPROCCIO SPECIALISTICO

8 - 9 maggio 2017  
Centro Congressi Michelangelo  
MILANO

## indice

### Poster e comunicazioni brevi

1. **L'INTERVISTA ANB: UNA MODALITÀ SEMISTRUTTURATA PER VALUTARE L'ASSETTO NARCISISTICO DI BASE DEL PAZIENTE ADDICTE**  
Irmo Carraro
2. **PERCORSO STRUTTURATO PER LA DIAGNOSI MULTIASSIALE E CONSEGUENTE DEFINIZIONE DEL PROGRAMMA TERAPEUTICO DEL SOGGETTO CON DISTURBO DA USO DI ALCOL**  
Nadia Ferrero
3. **SER.D E NUOVE DROGHE. Presto che è tardi!**  
Anna Paola Lacatena
4. **SER,D E RIFORMA SOCIO SANITARIA. Analisi di un'esperienza formativa**  
Alfio Lucchini, Giacomo Delvecchio, Luisella Bettineschi, Giancarlo Taddei, Marco Gambera, Marco Riglietta, Donatella Crescini, Giorgio Barbaglio
5. **ESCI IN SICUREZZA: un progetto di riduzione del danno rivolto a detenuti tossicodipendenti in dimissione dalla casa circondariale di Bergamo**  
R. Mangili, E. Bussi Roncalini, A. Cattaneo, M. Delvecchio, G. Feraboli, M. Riglietta
6. **IL RUOLO ED IL SIGNIFICATO DEI TRATTAMENTI FARMACOLOGICI NELLA "PRESA IN CARICO DELLA COMPLESSITÀ". L'esperienza della riabilitazione alcolologica di Palazzolo S/O Fondazione Richiede**  
Alessia Medioli, Marco Renaldini, Sabrina Ferrari, Alessia Pizzoccolo, Luigina Scaglia
7. **I PERCORSI DI PRESA IN CARICO PER I POLICONSUMATORI ED I SOGGETTI CON DIPENDENZE COMPORTAMENTALI**  
**I percorsi di presa in carico per i pazienti con disturbo da uso da alcol**  
Alessia Medioli, Marco Renaldini, Sabrina Ferrari, Alessia Pizzoccolo, Luigina Scaglia
8. **LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE NELL'ESPERIENZA DELLA RIABILITAZIONE ALCOLOGICA DI PALAZZOLO S/O FONDAZIONE RICHIEDEI**  
Alessia Medioli, Marco Renaldini, Sabrina Ferrari, Alessia Pizzoccolo, Luigina Scaglia
9. **ESPERIENZA DI INTEGRAZIONE TRA IL SER.T E IL SERVIZIO PSICHIATRICO NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE DETENUTO PRESSO LA CASA CIRCONDARIALE S. VITTORE DI MILANO**  
Giuliana Negri, Maria Antonella Monti
10. **RETE FORMATIVO - COLLABORATIVA TRA PRESIDIO OSPEDALIERO E SER.T DI SARONNO NELLA GOVERNANCE DELLE CONDIZIONI DI ADDICTION**  
F. Reina, M.R. Guzzetti, S. Frigerio, E. Camporese, S. Renoldi, L. Franchi, C. Bonizzoni, M. Cairati, A. Morandi, M. Zanzola, D. Fiorentini
11. **VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E ALLOCAZIONE DELLE RISORSE**  
**È possibile effettuare una valutazione multidimensionale breve che porti ad un'adeguata allocazione di risorse?**  
Marco Riglietta, Paolo Donadoni, Pierangelo Tombini
12. **L'ACCERTAMENTO DI ASSENZA DI TOSSICODIPENDENZA NEI LAVORATORI**  
**L'attività del Dipartimento Dipendenze dell'ASST Melegnano e della Martesana dal 2010 al 2015**  
Giovanni Strepparola, Giuseppe Pennisi, Alfio Lucchini
13. **PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CON DISTURBO DA USO DI ALCOL NEL D.H- ALCOLOGIA AURONZO DI CADORE, ULSS 1 DOLOMITI**  
Tyropani M., Manzan A., Cecutti L., De Sandre A.

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

Supplemento al N. 47  
anno XIII - marzo 2017  
Proprietà: FeDerSerD  
Sede legale  
Via Giotto 3,  
20144 Milano

*Comitato di Direzione*  
Pietro Fausto D'Egidio -  
Roberta Balestra - Guido  
Faillace - Alessandro  
Coacci - Alfio Lucchini  
- Giancarlo Ardissoni -  
Luigi Bartoletti -  
Rosalba Cicalò - Edoardo  
Cozzolino - Alberto De  
Giorgis - Francesco De  
Matteis - Donato  
Donnoli - Giuseppe Faro  
- Mara Gilioni - Maria  
Luisa Grech - Debora  
Lageder - Fernanda  
Magnelli - Antonella  
Manfredi - Nicola  
Marrollo - Gianna  
Sacchini - Giorgio Serio  
- Margherita Taddeo -  
Paola Trotta -  
Concettina Varango -  
Franco Zuin

*Direttore scientifico*  
Alfio Lucchini

*Comitato di Redazione*  
Maurizio Fea,  
Raffaele Lovaste,  
Vincenzo Marino,  
Cinzia Assi

*Sede operativa e  
Redazione Mission*  
Via Mazzini, 54  
20060 Gessate (Mi)  
tel. 3356612717  
missiondirezione@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

## L'INTERVISTA ANB: UNA MODALITÀ SEMISTRUTTURATA PER VALUTARE L'ASSETTO NARCISISTICO DI BASE DEL PAZIENTE ADDICTED

**Irmo Carraro**

*Psicologo-Psicoterapeuta, ex dipendente dell'AULSS 12 Veneziana; Psicoanalista del Collège International de Psychanalyse et d'Anthropologie (CIPA) di Parigi; docente e didatta di "Clinica psicoanalitica" presso il Centro Italiano di Studio e di Sviluppo sulle Psicoterapie a Breve Termine (CISSPAT) di Padova; e docente di "Approccio psicodinamico di gruppo" presso l'Istituto di Terapia Familiare Veneto (ITFV) di Treviso*

### Un punto di vista psicodinamico sull'addiction

La letteratura psicoanalitica internazionale e nazionale ha segnalato da più parti (Kohut, 1977, 1984; Jeammet, 1993; Khantzian, 1999; Flores, 2003; Zucca Alessandrelli, 2001, 2002, 2005, 2006) la presenza di problematiche narcisistiche nel paziente *addicted*.

Questi Autori sostengono che l'addiction (dipendenza patologica) sia una modalità "esterna" per controbilanciare il malessere "interno" di un individuo. Il soggetto *addicted* cioè presenta un'immaturità narcisistica derivante dall'esperienza frustrante che ha vissuto durante la fase di sviluppo preoggettuale (primi mesi di vita) nel corso della quale la figura di accudimento primaria (la "madre ambiente" in termini winnicottiani) non è riuscita a sintonizzarsi emotivamente e cognitivamente con il bambino, in modo da aiutarlo a costruire dentro di sé quella base affettiva (Sè) che gli consente di sentirsi, darsi valore, significato e senso di sé. Questi aspetti libidici e fantasmatici inconsci, preconsce e consci sono estremamente importanti per lo sviluppo della soggettività e costituiscono le basi per le modalità con cui l'individuo si relazionerà con la realtà esterna (relazioni, attività ricreative e lavorative) e affronterà le fasi di passaggio del suo ciclo vitale.

Qualora, per cause costituzionali e relazionali, tale base affettiva non riesca a costituirsi sufficientemente, il bambino tenderà a cercare troppo all'esterno (figura di accudimento primaria e/o proprio corpo) quel supporto che al proprio interno non riesce a sentire e a darsi in termini valoriali e identitari. Ne deriverà un esagerato "bisogno di appoggio" alla realtà esterna che disturberà la costruzione delle strutture intrapsichiche, determinando una geografia inconscia caratterizzata da uno sviluppo fantasmatico popolato da *imago* megalomane/grandiose materne che tenderanno a "oscurare" l'oggetto interno paterno, disturbando la costituzione di una sana *imago* di "coppia genitoriale" importante per un equilibrato consolida-

mento delle identificazioni primarie.

Tale evoluzione intrapsichica rischierà di indebolire o disturbare il normale sviluppo delle relazioni oggettuali preedipiche (soprattutto la fase di passaggio dalla madre al padre) ed edipiche, che verranno attraversate con maggiore difficoltà o rapidità a causa di insostenibili angosce e colpe.

Durante la preadolescenza poi il soggetto con Sé fragile, di fronte al processo di separazione inconscia dalle figure genitoriali dell'infanzia, si troverà sguarnito di un Sé che lo sorregga in termini narcisistici, e cercherà di compensare tale fragilità con una ricerca "famelica" di coetanei (o gruppo di pari) con cui rispecchiarsi e appoggiarsi in termini identitari (identità allargata), sviluppando posizioni relazionali di sottomissione/influenzamento e/o dominio/controllo dell'altro, che possono "pervertire" i rapporti interpersonali in termini relazionali.

L'uso di sostanze psicoattive può diventare in questi casi un facile "sostituto d'oggetto" che apparentemente sembrerà facilitare la percezione del senso di sé, l'integrazione al gruppo dei pari e la funzione di mediazione paraeccitatoria dell'apparato psichico.

L'adolescente con assetto narcisistico fragile rischia in tal modo di "impantanarsi" evolutivamente nell'abuso di sostanze che, con la loro azione farmacocinetica e farmacodinamica, gli danno la sensazione di facilitare l'azione del filtro di mediazione interna (Sè), e lo spingono sempre più verso stati di abuso e di dipendenza tossicomane.

In sintesi, secondo tale teorizzazione, l'*addiction* è un problema di *narcisismo, dipendenza e distanza (relazionale)*. Il soggetto presenta cioè una immaturità narcisistica che cerca di compensare con una richiesta relazionale non solo di scambio arricchente, ma anche di bisogno identitario. Una "fame" di identità che gli crea, a causa della fragile mediazione interno/esterno del Sé, notevoli difficoltà nel modulare in modo sano una "giusta" vicinanza/distanza emotiva nelle relazioni oggettuali (interpersonali, lavorative e socio-ricreative) (Carraro, 2016a) che oscilleranno fra idealizzazione e svalutazione, e rigide posizioni di tutto, niente o subito, all'insegna di un'incontenibile onnipotenza infantile.

### Quale intervento terapeutico nell'addiction: la latenza terapeutica

Tale sintesi teorica è stata necessaria per introdurre il tema di quale intervento clinico attivare con il paziente *addicted*. Un'azione terapeutica che, per essere veramente trasformativa e non solo adattativa, dovrà creare spazi di crescita interna, soprattutto narcisistica: attivare cioè spinte maturative che impediscano al soggetto con Sé fragile di continuare ad appoggiarsi a pericolosi "oggetti Sé", per sperimentarsi verso una sana autonomia che attinge da un serbatoio narcisistico capace di rimandare vitalità, piacere e senso di sé. Uno dei poli su cui deve indirizzarsi la presa in carico pluridimensionale è quindi, a mio parere, di sviluppare e rinforzare l'assetto narcisistico di base di tale paziente, in modo da rompere la tragica spirale entro cui da tempo è 'avviluppato' in termini evolutivi. È questo il lavoro di "latenza terapeutica" che Zucca

Alessandrelli (2001, 2002, 2006) ha proposto di effettuare anche attraverso il Gruppo per la Ripresa delle Funzioni (GRF), un'esperienza di condivisione fra pari che, mettendo in latenza l'area traumatica del conflitto generazionale, ripropone "echi" della fase preoggettuale di sviluppo per alimentare e rinforzare il Sé immaturo del soggetto *addicted*.

### Come valutare l'assetto narcisistico di base?

A questo punto emerge un interrogativo: come valutare la fragilità dell'assetto narcisistico di base?

In letteratura vengono segnalate numerose modalità per monitorare l'area narcisistica. La psicoanalisi propone una valutazione basata sull'analisi delle dinamiche transferali (speculari, idealizzanti e gemellari) e controtransferali (sentirsi controllati, annoiati, messi da parte, idealizzati, svalutati ecc.). Nella pratica clinica e in letteratura sono presenti però numerose scale, interviste e strumenti autosomministrati per tale valutazione, fra i quali segnaliamo: il *Blacky Test Picture* di Bloom (1951), la *Narcissistic Personality Inventory* (NPI) di Raskin & Hall (1979), il *Questionario dimensionale per la condizione narcisistica* di Scilligo (1988), il *MMPI-2* di Butcher et al. (1989), la *SCID-II* di Spitzer et al. (1990), il *Manuale MCMI-III* di Millon, Travis & Millon (1997), la *SWAP* di Westen & Shelder (1998), la *Diagnostic interview for narcissistic patients* di Gunderson, Ronningstam & Bodkin (1990), *L'intervista semistrutturata per la valutazione del profilo psicodinamico* di Lingardi e Madeddu (1990) e il recente *Pathological Narcissism Inventory* (PNI) di Pincus et al. (2009)<sup>1</sup>.

Per rispondere al succitato quesito ho progettato uno strumento di valutazione del narcisismo di base, *L'intervista semistrutturata ANB*, il cui obiettivo è di valutare la normalità (ANB "sano" di tipo A) e la fragilità narcisistica (ANB "fragile" di tipo B o "molto fragile" di tipo C) di un soggetto (Carraro, 2016b).

Una volta individuate le aree di funzionamento del Sé (senso di sé, relazioni oggettuali, affetti e area socio-ricreativa-morale) ho così costruito una serie di items per ogni area, attingendo in parte dagli strumenti diagnostici presenti in letteratura e in parte facendo riferimento alla mia ventennale esperienza clinica nel campo dell'*addiction*, e agli assunti teorico-clinici di Zucca Alessandrelli.

### L'intervista semistrutturata ANB

Nel recente lavoro *"Insieme... a tempo limitato"* (Carraro, cit.) ho presentato i risultati della sperimentazione decennale (2000-2010) con gruppi psicodinamici a termine rotating (ogni 4 mesi circa) effettuati nel SerD di Mestre (Ve). Si è trattato di 3 gruppi GRF (Gruppo per la Ripresa delle Funzioni) (Zucca Alessandrelli, 2001, 2002) di 1 anno (GRF-Misto, formato da adolescenti e adulti, dal 2000 al 2003 e GRF-Giovani, costituito da adolescenti e giovani adulti, dal 2004 al 2010) o di 18 mesi (GRF-Adulti, formato da soli membri adulti, dal 2000 al 2010), finalizzati a rinforzare e sviluppare la base narcisistica dei 146 soggetti coinvolti.

Per monitorare i cambiamenti narcisistici avvenuti nei pazienti abbiamo utilizzato, durante la fase pre-GRF e

quella di follow up effettuata nel 2011, *L'intervista semistrutturata ANB* che ho progettato ad hoc. Tale intervista consta di 38 items ponderati su una scala likert di 6 gradi di libertà (sempre, spesso, moderatamente, qualche volta, quasi mai, mai) da un clinico intervistatore, addestrato a cogliere gli aspetti narcisistici relativamente a 4 aree di sviluppo: il senso di sé, le relazioni oggettuali, gli affetti e l'ambito socio-ricreativo-morale.<sup>2</sup>

L'area del *senso di sé* è costituita da 9 items e va a sondare aspetti intrapsichici come: il senso di sé (item 1), la stima di sé (item 2), la capacità di autorealizzazione (item 3), la capacità di stare da soli con se stessi (item 4), la realistica percezione delle proprie capacità e limiti (item 5), l'adeguata accettazione dei propri limiti personali (item 6), l'autoassorbimento (item 7), la tendenza a sottovalutarsi o a sopravvalutarsi (item 8) e l'assorbimento da fantasie grandiose (item 9).

L'area *relazionale* è formata da 14 items e va a monitorare: la stabilità e profondità delle relazioni (item 10), la tendenza all'idealizzazione (item 11), il timore di essere rifiutati o esclusi dagli altri (item 12), l'assertività (item 13), l'arroganza o la svalutazione (item 14), l'ipersensibilità e la permalosità alle critiche altrui (item 15), la capacità di empatia e di ascolto (item 16), la sincerità, lealtà e scambio relazionale (item 17), la tendenza a controllare o dipendere dagli altri (item 18), la tendenza a sentirsi superiori o inferiori (item 19), la tendenza alla manipolazione (item 20), la tendenza ad annoiarsi nelle relazioni (item 21) o nelle relazioni affettive (item 22) e la tendenza a essere possessivi e gelosi nelle relazioni affettive (item 23).

L'area *degli affetti* è formata da 8 items e si riferisce alla capacità di esprimersi e riconoscere i propri affetti (item 24), di esprimere sentimenti d'amore (item 25), di arrabbiarsi di fronte alle critiche (item 26), di vergognarsi (item 27), di capire le emozioni e sentimenti altrui (item 28), la tendenza a invidiare o sentirsi invidiati (item 29), a usare difese primitive (item 30) o ad agire impulsivamente senza considerarne le conseguenze (item 31).

L'area *socio-ricreativa-morale* è costituita infine da 7 items e valuta la capacità di lavorare (o studiare) con piacere e moderazione (item 32), o con continuità (item 33), la chiarezza e costanza negli obiettivi e ambizioni professionali (o di studio) (item 34), l'apprezzamento dei valori convenzionali e delle regole sociali (item 35), la capacità di progettualità (item 36), gli interessi ricreativi (item 37) e la dedizione al lavoro (o allo studio) a scapito del tempo libero e delle relazioni (item 38).

### Alcuni risultati della sperimentazione

Il follow up della succitata sperimentazione dei gruppi a termine GRF, in riferimento all'area narcisistica, ha riportato i seguenti risultati (Carraro, 2016b).

- In fase pre-GRF, 47 (32,2%) partecipanti hanno presentato un ANB fragile e 99 (67,8%) molto fragile (Tab. 1).

Tab. 1: ANB pre-GRF del campione totale (N. 146)<sup>3</sup>

	GRF-M	GRF-G	GRF-A	TOTALE
ANB B (Sé fragile)	12 (48%)	11 (21,2%)	24 (34,8%)	47 (32,2%)
ANB C (Sé molto fragile)	13 (52%)	41 (78,8%)	45 (65,2%)	99 (67,8%)

• In fase pre-GRF, i 106 soggetti che hanno partecipato al follow up hanno presentato un ANB fragile (39, pari al 36,8%) e molto fragile (67, pari al 63,2%)(Tab. 2).

Tab. 2: ANB pre-GRF del campione con follow up (N. 106)<sup>4</sup>

	GRF-M	GRF-G	GRF-A	TOTALE
ANB B (Sé fragile)	9 (50%)	6 (19,4%)	24 (42,1%)	39 (36,8%)
ANB C (Sé molto fragile)	9 (50%)	25 (80,6%)	33 (57,9%)	67 (63,2%)

• Al follow up, i 106 partecipanti hanno riportato il seguente ANB: 43 (40,6%) un ANB sano, 51 (48,1%) un ANB fragile e 12 (11,3%) molto fragile (Tab. 3).

Tab. 3: ANB del campione con follow up<sup>5</sup>

	GRF-M	GRF-G	GRF-A	TOTALE
ANB A (Sé sano)	9 (50%)	10 (32,3%)	24 (42,1%)	43 (40,6%)
ANB B (Sé fragile)	8 (44,4%)	18 (58,1%)	25 (43,9%)	51 (48,1%)
ANB C (Sé molto fragile)	1 (5,6%)	3 (9,7%)	8 (14%)	12 (11,3%)

• 40 partecipanti (52%) che hanno concluso il GRF hanno accresciuto significativamente il loro ANB rispetto ai membri che lo hanno interrotto (3, pari al 10%)(Tab. 4).

Tab. 4: ANB nel pre-GRF e nel follow up ed esito di gruppo<sup>6</sup>

	Conclusioni		Interruzioni	
	Pre-GRF	Follow up	Pre-GRF	Follow up
ANB A (Sé sano)	-	40 (52,6%)	-	3 (10%)
ANB B (Sé fragile)	33 (43,4%)	34 (44,8%)	6 (20%)	17 (56,7%)
ANB C (Sé molto fragile)	43 (56,6%)	2 (2,6%)	24 (80%)	10 (33,3%)

• I soggetti che hanno dichiarato di non avere più usato con continuità sostanze psicoattive dopo il GRF, hanno raggiunto percentuali significativamente maggiori di ANB sano (41, pari a 95,3) rispetto a coloro che hanno proseguito con continuità l'uso additivo di sostanze (2, pari al 4,7%)(Tab. 5).

Tab. 5: ANB nel follow up e ricadute additive<sup>7</sup>

	Sì, continuc	Nessuna	Cannabis/alcool saltuari	TOTALE
ANB A (Sé sano)	2 (4,7%)	12 (27,9%)	29 (67,4%)	43 (100%)
ANB B (Sé fragile)	16 (31,4%)	8 (15,7%)	27 (52,9%)	51 (100%)
ANB C (Sé molto fragile)	9 (75%)	1 (8,3%)	2 (16,7%)	12 (100%)

• I soggetti che hanno acquisito maggiore autonomia abitativa, come quelli che sono andati a vivere "da soli" e quelli con "nucleo proprio", hanno rivelato una percentuale maggiore di ANB sano (37 soggetti, pari al 77,1%)(Tab. 6).

Tab. 6: ANB e situazione abitativa nel follow up<sup>8</sup>

	Fam. d'origine	Solo	Nucleo proprio	TOTALE
ANB A (Sé sano)	11 (25,6%)	28 (54,9%)	9 (75%)	48
ANB B (Sé fragile)	11 (25,6%)	11 (21,6%)	1 (8,3%)	23
ANB C (Sé molto fragile)	21 (48,8%)	12 (23,5%)	2 (16,7%)	35
TOTALE	43 (100%)	51 (100%)	12 (100%)	106 (100%)

• I soggetti con ANB sano (37, pari al 86%) hanno dichiarato di avere aumentato i loro interessi socio-ricreativi (Tab. 7).

Tab. 7: ANB e interessi socio-ricreativi nel follow up<sup>9</sup>

	Molti	Pochi	Nessuno	TOTALE
ANB A (Sé sano)	15 (34,9%)	22 (51,2%)	6 (14%)	43 (100%)
ANB B (Sé fragile)	3 (5,9%)	23 (45,1%)	25 (49%)	51 (100%)
ANB C (Sé molto fragile)	0	2 (16,7%)	10 (83,3%)	12 (100%)

• I soggetti con ANB sano (43, pari al 100%) hanno dichiarato di avere aumentato le loro relazioni amicali significative (Tab. 8).

Tab. 8: ANB e relazioni amicali significative nel follow up<sup>10</sup>

	Molte	Poche	Nessuna	TOTALE
ANB A (Sé sano)	21 (48,8%)	22 (51,2%)	0	43 (100%)
ANB B (Sé fragile)	12 (23,5%)	30 (58,8%)	9 (17,6%)	51 (100%)
ANB C (Sé molto fragile)	1 (8,3%)	5 (41,7%)	6 (50%)	12 (100%)

• I soggetti con ANB sano (42, pari al 97,7%) hanno dichiarato di avere minore conflittualità familiare (Tab. 9).

Tab. 9: ANB e relazioni familiari nel follow up<sup>11</sup>

	Non conflittuali	Conflittuali	molto conflittuali	TOTALE
ANB A (Sé sano)	30 (69,8%)	12 (27,9%)	1 (2,3%)	43 (100%)
ANB B (Sé fragile)	9 (17,6%)	40 (78,4%)	2 (3,9%)	51 (100%)
ANB C (Sé molto fragile)	0	9 (75%)	3 (25%)	12 (100%)

Questi risultati evidenziano una significativa correlazione positiva dell'Indice ANB con variabili socio-demografiche e cliniche come la situazione abitativa svincolata dalla famiglia di origine, l'aumento degli interessi socio-ricreativi e delle relazioni amicali significative, la minore conflittualità familiare, il buon esito di gruppo e l'astinenza dall'uso di sostanze psicoattive.

## Conclusioni

La valutazione della "qualità" dell'area narcisistica sembra rivelarsi un indicatore dell'efficacia del trattamento bio-psico-sociale integrato del paziente *addicted*, il quale presenta una fragilità più o meno marcata dell'assetto narcisistico di base la quale può rispondere positivamente a un percorso di gruppo psicodinamico supportivo-espressivo a termine, focalizzato sullo sviluppo e rinforzo del Sé. Tale intervento di latenza terapeutica, integrato agli altri interventi bio-psico-sociali individuali e di gruppo attivati dal SerD, può consentire al paziente *addicted* la ripresa del suo funzionamento intrapsichico con positivi effetti relazionali e adattativi.

BIBLIOGRAFIA

Bloom G.S. (1951), *The Blacky Test Pictures*. Edizioni O.S., Firenze.

Carraro I. (2016a), *Vicinanza/Distanza terapeutica e GRF. Quaderno de gli argonauti "Intimità e riguardo: vicinanza e distanza nella psicoterapia contemporanea"*. 32: 37-50.

Carraro I. (2016b), *Insieme... a tempo limitato. La psicoterapia dinamica di gruppo breve o a termine nella cura della dipendenza da sostanze psicoattive*. Cleup, Padova.

Flores P.J. (2003), *Terapia orientata all'attaccamento nel trattamento dell'addiction. Gli argonauti*. 101: 131-149.

Gunderson J.G, Ronningstam E. & Bodkin A. (1990), *The diagnostic interview for narcissistic patients. Archives of General Psychiatry*. 47: 676-680.

Khantzian E.J. (1999), *Treating addiction as a human process*. Jason Aronson, Northvale.

Kohut H. (1977), Preface. In: J.D. Blaine & A.D. Julius (eds), *Psychodynamics of drug dependence*. NIDA Publication No.ADM 77-470. Washington, DC: Superintendent of Documents, U.S. Government Printing Office, pp vii-ix.

Kohut H. (1984), *La cura psicoanalitica*. Boringhieri, Torino, 1986.

Jeammet Ph. (1993), *Adolescenza e dipendenza. Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*. 60: 3-14.

Lingiardi V., Madeddu F. (1990), *La diagnosi del paziente borderline. Un modello di quantificazione del profilo psicodinamico*. Franco Angeli, Milano.

Millon T., Travis R. & Millon C. (1997), *Manuale MCMI-III*. Edizioni O.S. Firenze.

Pincus A., Ansell E., Pimentel C., Cain N., Wright G., Levy K. (2009), *Initial construction and validation of the pathological Narcissism Inventory. Psychological Assessment*. 21, 3, 365-379.

Raskin R. & Hall C.S. (1979), *A narcissistic personality inventory. Psychological Reports*. 45: 590.

Scilligo P. (1988), *Un questionario dimensionale per la condizione narcisistica, Polarità*, 2: 153-163.

Spitzer R.L., Williams J.B.W., Gibbons M. & First M.B. (1990), *Questionario SCID-II*. Edizioni O.S., Firenze.

Watson C. & Bagby R.M. (2011), *Assessment of narcissistic personality disorder*. In: W.K. Campbell & J.D. Miller, *The Handbook of Narcissism and Narcissistic Personality Disorder*. 119-132.

Westen D. & Shedler J. (1998), *SWAP*. Edizioni O.S., Firenze.

Zucca Alessandrelli C. (2001), *GRF: il gruppo per la ripresa delle funzioni. Prima parte. Gli argonauti*. 91: 319-336.

Zucca Alessandrelli C. (2002), *GRF: il gruppo per la ripresa delle funzioni. Seconda parte. Gli argonauti*. 92: 45-65.

Zucca Alessandrelli C. (2005), *La liquidità dell'addiction*. In: *Quaderno n. 10 de gli argonauti. Dipendenze/addiction (parte prima)*. 11-24.

Zucca Alessandrelli A. (2006), *Psicodinamiche dell'addiction*. In: *Quaderno n. 11 de gli argonauti. Dipendenze/ addiction (parte seconda)*, 5-20.

<sup>1</sup> Per un'approfondita rassegna delle principali interviste strutturate e semistrutturate, e reattivi psicodiagnostici autosomministrati per valutare i disturbi narcisistici si veda: Watson & Bagby, *Assessment of narcissistic personality disorder* (2011).

<sup>2</sup> L'Intervista ANB con le relative tabelle-guida per la valutazione è stata pubblicata in "Insieme... a tempo limitato" (Carraro, 2016b).

<sup>3</sup> Chi2 p=.050

<sup>4</sup> Chi2 p=.047

<sup>5</sup> Chi2 n.s.

<sup>6</sup> Pre-GRF: Chi 2 p=.019 e Follow up: Chi2 p=.000

<sup>7</sup> Chi2 p=.000

<sup>8</sup> Chi2 p=.007

<sup>9</sup> Chi2 p=.001

<sup>10</sup> Chi2 p=.000

<sup>11</sup> Chi2 p=.001

## 2

## PERCORSO STRUTTURATO PER LA DIAGNOSI MULTIASSIALE E CONSEGUENTE DEFINIZIONE DEL PROGRAMMA TERAPEUTICO DEL SOGGETTO CON DISTURBO DA USO DI ALCOL

**Nadia Ferrero**

*Direttore Dipartimento patologia delle Dipendenze ASL  
CN1 Regione Piemonte*

### Introduzione

Nell'ambito di attività del SERD la valutazione diagnostica dei pazienti con disturbo da uso di alcol rappresenta un'importante attività per la numerosità degli utenti in carico e per le richieste in costante aumento di relazioni diagnostiche da parte della magistratura nelle sue varie accezioni, della medicina del lavoro e della medicina legale.

Nel 2009 dopo il processo di accorpamento di 3 ASL della provincia di Cuneo fu rivisto l'atto aziendale e si giunse a incardinare le 3 SC SERD in un'unica SC che faceva riferimento al dipartimento funzionale delle dipendenze patologiche, a seguito di questa unificazione nacque la necessità di sistematizzare in procedure condivise il processo di diagnosi delle dipendenze secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali DSM-5.

Nell'ultima versione del manuale, pubblicata in Italia nel maggio 2014, si utilizza la classificazione "Disturbo da Uso di Alcol" che meglio rappresenta l'insieme delle condizioni dannose che vengono determinate dall'uso eccessivo di alcol. Il passaggio da abuso/dipendenza (DSM IV) a disturbo da uso di alcol non è solo un problema semantico: dall'uso corretto e condiviso delle definizioni discende la visione della complessità dell'intervento necessario, la possibilità di individuare percorsi diagnostici e terapeutici efficaci, la comprensione della necessità di una integrazione tra le varie figure professionali coinvolte nel processo di diagnosi e poi di cura.

Per giungere alla stesura di una flow chart condivisa dagli operatori delle 3 ex ASL che doveva portare al superamento di alcune differenze metodologiche legate alle storie organizzative dei vari territori, si è optato per un percorso di formazione sul campo che ha visto partecipare 12 operatori di tutte le professioni in rappresentanza delle 7 sedi di lavoro dove si trattano i soggetti con disturbo da uso di alcol.

### Obiettivi

Obiettivo del lavoro era di produrre un documento condiviso, attraverso una formazione sul campo, finalizza-

to alla creazione di una procedura di lavoro omogenea del processo di diagnosi nelle due modalità di accesso al servizio: volontario o per invio istituzionale, che garantisse una diagnosi multiassiale.

### Materiali e metodi

La formazione sul campo si è tenuta in 5 incontri di 4 ore in un arco temporale di 4 mesi (settembre - dicembre 2014) con i seguenti obiettivi:

- Modalità di costruzione di un PIC/PDTA
- Individuazione delle disomogeneità dei percorsi in atto
- Condivisione di strategie per superare le criticità e individuazione di indicatori per il monitoraggio del percorso
- Individuazione di modalità operative integrate tra gli attori coinvolti
- Costruzione condivisa della flow chart.

Il documento prodotto frutto del lavoro svolto durante il percorso formativo è stato validato dall'ufficio qualità, la responsabile dr.ssa Giachino Amistà Maria Teresa e la coordinatrice infermieristica Patrizia Audino hanno partecipato alla formazione come esperti tecnici per la metodologia, successivamente il PIC alcol è stato inserito tra le procedure del servizio, e consta di un documento, una flow chart, matrici descrittive della flow chart oltre ai documenti correlati.

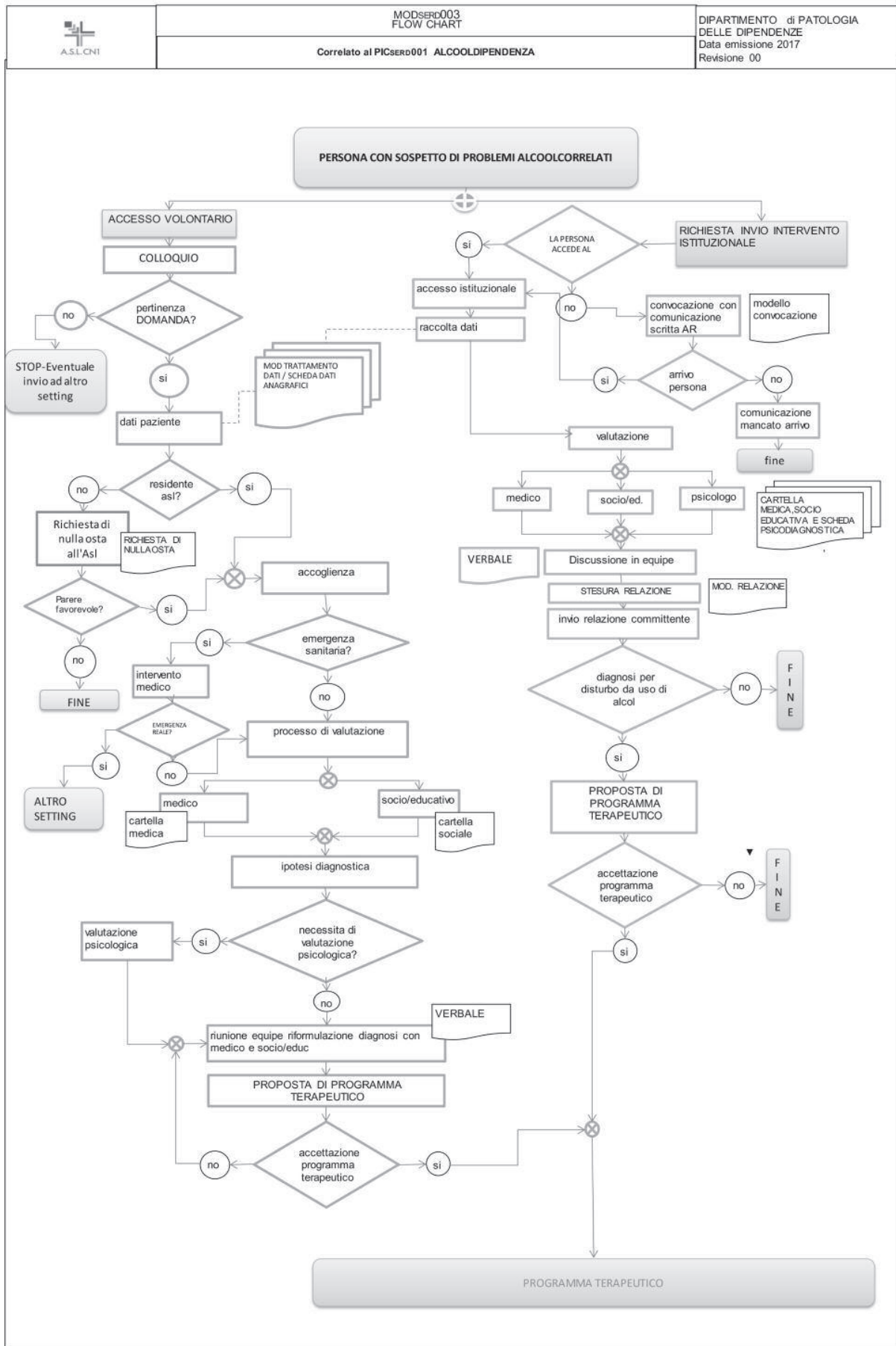
Il gruppo di lavoro che ha partecipato alla formazione era così formato:

- Nadia Ferrero medico formatore
- Arnaudo Alberto medico referente del gruppo di lavoro

Componenti del gruppo di lavoro:

- Bellino Pier Paolo medico
- Bonello Mariella psicologa
- Bosio Cristina psicologa
- Bramardi Patrizia educatore
- Castelletti Deanna coordinatore infermieristico
- Daniele Claudia assistente sociale
- Garzino Caterina infermiera
- Leandro Nicoletta educatore
- Lovera Maria educatore
- Rosio Laura medico
- Vassallo Antonella coordinatrice assistente sociale
- Vivoli Alessandra assistente sociale

Si allega flow chart con relative matrici esplicative.





**INPUT : PERSONA con sospetto di ALCOOLDIPENDENZA/ACCESSO VOLONTARIO**

Fase clinica / ORGANIZZATIVA	Sottofase	Professionalità coinvolte	Responsabile fase/sottofase	Tempo (T)	U.O. interessate
DIAGNOSI	ANALISI DELLA DOMANDA: COLLOQUIO E RACCOLTA DATI	Ass.sociale, Educatore, Medico, Infermiere	RESPONSABILE CLINICO TERRITORIALE	10 gg	
	ACCOGLIENZA E VALUTAZIONE: PRESENTAZIONE DEL SERVIZIO COMPILAZIONE MODULISTICA VALUTAZIONE SOCIO EDUCATIVA E COMPILAZIONE CARTELLA VALUTAZIONE MEDICA E COMPILAZIONE CARTELLA	Ass.sociale, Educatore, Medico, Infermiere	RESPONSABILE CLINICO TERRITORIALE	60GG	
	VALUTAZIONE PSICOLOGICA SE RICHIESTA	PSICOLOGO			
	FORMULAZIONE DI IPOTESI DIAGNOSTICA : DISCUSSIONE CASO IN EQUIPE CON REGISTRAZIONE IN CARTELLA E/O VERBALE	Ass.sociale, Educatore, Medico, Infermiere, psicologo	RESPONSABILE CLINICO TERRITORIALE e DIRETTORE DI DIPARTIMENTO	ENTRO 2 SETTIMANE DALLA VALUTAZIONE	
	PROPOSTA DEL PROGRAMMA TERAPEUTICO ATTRAVERSO COLLOQUIO CON LA PERSONA	MEDICO ASS.SOCIALE, EDUCATORE E PSICOLOGO	RESPONSABILE CLINICO TERRITORIALE e DIRETTORE DI DIPARTIMENTO		

**INPUT : PERSONA con sospetto di ALCOOLDIPENDENZA/ACCESSO ISTITUZIONALE**

Fase clinica/ORGANIZZATIVA	Sottofase	Professionalità coinvolte	Responsabile fase/sottofase	Tempo (T)	U.O. interessate
DIAGNOSI	PRESA D'ATTO DELLA RICHIESTA DI INTERVENTO ISTITUZIONALE E CONTATTO CON LA PERSONA (CONVOCAZIONE SCRITTA IN CASO DI MANCATA PRESENTAZIONE SPONTANEA)	MEDICO ASS.SOCIALE, EDUCATORE		30GG	COMMITTENTI ISTITUZIONALI
	GESTIONE DELLA MANCATA PRESENTAZIONE DELLA PERSONA	MEDICO, ASS.SOCIALE		10 gg DAL MANCATO ACCESSO	COMMITTENTI ISTITUZIONALI
	COLLOQUIO E RACCOLTA DATI	Ass.sociale, Educatore, Medico,			
	ACCOGLIENZA E VALUTAZIONE: PRESENTAZIONE DEL SERVIZIO COMPILAZIONE MODULISTICA VALUTAZIONE SOCIO EDUCATIVA E COMPILAZIONE CARTELLA VALUTAZIONE MEDICA E COMPILAZIONE CARTELLA	Ass.sociale, Educatore, Medico, Infermiere, Psicologo	RESPONSABILE CLINICO TERRITORIALE E DIRETTORE DI DIPARTIMENTO		
	DISCUSSIONE CASO IN EQUIPE FORMULAZIONE IPOTESI DIAGNOSTICA CON REGISTRAZIONE IN CARTELLA E/O VERBALE	Ass.sociale, Educatore, Medico, Infermiere, Psicologo		60 gg	
	FORMULAZIONE E INVIO RELAZIONE DI EQUIPE AL COMMITTENTE	MEDICO, ASS.SOCIALE			
	PROPOSTA DEL PROGRAMMA TERAPEUTICO ATTRAVERSO COLLOQUIO CON LA PERSONA	MEDICO ASS.SOCIALE, EDUCATORE E PSICOLOGO			

### Conclusioni

Il lavoro che si può collocare nell'ambito delle buone pratiche per l'approccio al soggetto con eventuale disturbo da uso di alcol ha permesso il confronto su metodologie di diagnosi attuate nelle varie sedi e attraverso il percorso formativo ha portato ad una procedura partecipata che è diventata modalità di lavoro condivisa.

Dal gennaio 2017 si è impostato un monitoraggio su 2 indicatori:

- Rapporto tra soggetti che si sono rivolti volontariamente al Servizio per un disturbo da uso di alcol rispetto a quanti hanno accettato il programma terapeutico dopo il percorso valutativo.
- Rapporto tra i soggetti inviati per via istituzionale risultati affetti da un disturbo da uso di alcol che hanno accettato di seguire un percorso terapeutico rispetto al totale dei soggetti inviati affetti da disturbo da uso di alcol.

I due indicatori valutano la capacità di ritenzione in trattamento.

Successivamente alla stesura della procedura i medici del gruppo di lavoro hanno elaborato una cartella sanitaria come elemento guida per il percorso diagnostico. Avere una flow chart diagnostica garantisce al paziente una omogeneità di valutazione in tutte le sedi con diagnosi multiassiale ai sensi del DSM5 e agli operatori un modello che dà garanzie di completezza per le certificazioni, in particolare per quelle a valenza medico legale e produce responsabilizzazione di tutte le figure professionali deputate alla diagnosi.

### BIBLIOGRAFIA

American psychiatric association MANUALE DIAGNOSTICO E STATISTICO DEI DISTURBI MENTALI DSM5 Raffaello Cortina Editore

BUONE PRASSI PER LA PROGETTAZIONE DI EVENTI DI FORMAZIONE SUL CAMPO, a cura di Antonio Pignatto, Mariangela Devercelli, Claudia Carnevale, Paola Martinelli e Alessandra Pedroni

Augusto Consoli, Alberico Bennardo, *Diagnosi e valutazione nelle tossicodipendenze e nell'alcolismo. Addiction Severity Index*. Centro Scientifico Editore

Manzato E., *Il percorso terapeutico dalla presa in carico alle cure specialistiche in "Modelli di intervento in alcologia"* a cura di Lucchini A., Strepparola G., Milano, Franco Angeli, 2010

Certificazioni: principi generali e certificazioni in ambito extrapenale a cura di Maria Grazia Fasoli  
[www.sdrogabrescia.org](http://www.sdrogabrescia.org). (area operatori)

## 3

**SER.D E NUOVE DROGHE.****Presto che è tardi!****Anna Paola Lacatena**

Dirigente sociologa presso Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL TA Simona Masiello, tirocinante sociologa dell'Università del Salento presso Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL TA

*E il Coniglio Bianco, che dire di lui? È simile ad Alice, o ne rappresenta un contrasto? Ne è un contrasto, nettamente. Rispetto alla 'giovinezza', 'audacia', 'vigore', e 'decisione' di Alice, dovete leggerne 'anzianità', 'timidezza', 'debolezza', ed 'indecisione cronica', ed otterrete una parte di ciò che ho voluto fosse.*

*Penso che il Coniglio Bianco dovrebbe indossare gli occhiali. Sono sicuro che la sua voce sia trillante, e le sue ginocchia tremanti e l'insieme del suo aspetto ne dovrebbe suggerire la totale incapacità di spaventare anche solo un'oca!*

**Lewis Carroll (1832-1898)**

Nella Relazione europea sulla droga presentata a Lisbona nella primavera del 2016, l'Osservatorio europeo sulle droghe e sulle tossicodipendenze (Emcdda) analizzando i dati forniti da 28 Stati membri dell'UE, unitamente a Turchia e Norvegia, ha evidenziato i nuovi rischi per la salute come conseguenza del cambiamento dei prodotti (maggiore potenza) dei modelli di consumo e della comparsa di nuove sostanze.

«L'Europa - ha dichiarato il commissario europeo per migrazione, affari interni e cittadinanza, Dimitris Avramopoulos - sta affrontando un problema crescente con la droga. Nuove sostanze psicoattive, stimolanti, eroina e altri oppiacei continuano ad essere rilevanti sia nel settore della domanda che dell'offerta, determinando importanti ripercussioni sulla salute pubblica. (...) Avendo a disposizione queste conoscenze, continueremo a invitare le autorità degli Stati membri dell'UE, i paesi terzi, le società Internet e la società civile a raddoppiare la cooperazione nella lotta contro questa sfida globale». L'agenzia europea parla di oltre due milioni di giovani-adulti tra i 15 e i 34 anni (circa 2,1 milioni di giovani adulti) che hanno fatto uso nell'ultimo anno dell'Mdma (spesso venduta con il nome di "ecstasy") meglio conosciuta col nome di ecstasy. Si tratta di consumatori abituali ma anche e soprattutto di nuove generazioni di assuntori.

I danni registrati relativamente alle nuove droghe in Europa sono monitorati tramite il sistema di allerta rapido dell'UE sulle nuove sostanze psicoattive. Soltanto dal 2014 l'EMCDDA ha emesso 34 avvisi di allerta in materia di salute pubblica per gli Stati membri in relazione all'uso delle nuove sostanze psicoatti-

ve. Il numero, la tipologia e la disponibilità delle nuove sostanze psicoattive sul mercato del vecchio continente continuano a crescere, con oltre 560 nuove sostanze psicoattive soggette ora a monitoraggio da parte dall'agenzia.

Nel 2015, 98 nuove sostanze sono state segnalate per la prima volta (101 nel 2014). Come già confermato dal trend degli scorsi anni, l'elenco delle nuove sostanze riportato è stato dominato da cannabinoidi sintetici (24 segnalazioni) e catinoni sintetici (26 segnalazioni). Insieme, questi due gruppi hanno rappresentato quasi l'80 % dei 50 000 sequestri di nuove sostanze psicoattive nel 2014 e oltre il 60 % delle quattro tonnellate sequestrate.

«I giovani consumatori potrebbero involontariamente fungere da cavie umane per sostanze i cui potenziali rischi per la salute sono in ampia misura sconosciuti», si legge nella relazione. I cannabinoidi sintetici, venduti come sostituti "legali" della cannabis, possono essere estremamente tossici e sono stati segnalati degli avvelenamenti di massa (ad esempio in Polonia). A tal proposito, nel mese di febbraio 2016, l'EMCDDA ha lanciato un allarme in merito alla MDMB-CHMICA, un cannabinoide sintetico associato a 13 decessi e 23 intossicazioni non letali in Europa dal 2014. I catinoni sintetici sono venduti come sostituti "legali" di stimolanti come l'anfetamina, l'MDMA e la cocaina. Il catinone sintetico alfa-PVP, un potente stimolante, è stato collegato a quasi 200 intossicazioni acute e oltre 100 decessi dal 2011. Se il consumo di cocaina è maggiore nei paesi dell'Europa occidentale e meridionale, riflettendo i porti di arrivo e le rotte del traffico, il consumo di anfetamine (anfetamina e metanfetamina) è più marcato in Europa settentrionale e orientale.

In alcuni paesi, il crescente numero di nuove richieste di trattamento per problemi relativi alle anfetamine, nonostante livelli di consumo relativamente stabili, desta non poche apprensioni. Nel complesso, negli ultimi dieci anni, in Europa si è rilevato un aumento del 50 % nel numero di pazienti che hanno iniziato il trattamento per la prima volta e per i quali le anfetamine costituivano la droga primaria.

Squarciando l'ormai, se mai lo fosse stato, inganno della distinzione tra "droghe leggere" e "droghe pesanti", si stima che circa 16,6 milioni di giovani europei (15-34 anni) abbiano fatto uso di cannabis negli ultimi 12 mesi. Otto dei 13 paesi per i quali esistono stime recenti basate su indagini (2013), rilevano aumenti di consumo di cannabis nell'ultimo anno in questa fascia di età. I costi sanitari e sociali del consumo di cannabis sono più evidenti tra i consumatori abituali o nel lungo termine (circa l'1 % degli adulti europei sembrerebbe consumare cannabis quotidianamente o quasi quotidianamente). I livelli di potenza delle foglie e della resina di cannabis sono elevati rispetto agli standard storici, aspetto questo che può incrementare i rischi legati al loro consumo.

Il numero di pazienti che si sottopongono per la prima volta a un trattamento per problemi legati alla cannabis è aumentato da 45 000 nel 2006 a 69 000 nel 2014. Questo aumento nelle richieste di trattamento è stato collegato a una serie di fattori, tra cui cambiamenti nei livelli di consumo e consumo intensivo, disponibilità

di prodotti più dannosi, diverse procedure di segnalazione dei casi e una maggiore disponibilità di servizi di trattamento. La cannabis, responsabile di oltre tre quarti dei sequestri effettuati in Europa (78 %), è la sostanza che viene confiscata più spesso. Inoltre, crescono i decessi da overdose e aumentano anche gli affari della criminalità organizzata, nel 2014 i morti per overdose nell'Ue sono stati 6.800. Alla luce dei dati portati all'attenzione degli addetti ai lavori, della sempre maggiore visibilità del fenomeno e dei rischi crescenti per le fasce più giovani ed inesperte, da operatori del settore una domanda dovremmo conseguentemente porcela: i Servizi per le Dipendenze che fanno?

*"Siccome non era in grado di rispondere a nessuna delle domande, non dava molto peso alla maniera in cui se le poneva."*

*(Dal libro "Alice nel paese delle meraviglie")*

Trovare delle possibili ed efficaci risposte al diffondersi di nuove sostanze psicoattive, alcune delle quali estremamente tossiche, dunque, costituisce una sfida fondamentale quanto complessa.

Se anche i Ser.D. hanno cercato negli ultimi anni di ridisegnarsi, è indubbio come l'attenzione sia stata orientata, negli ultimi tempi, alle emergenze legate alle dipendenze comportamentali e dal gambling.

Quanto i Servizi, per contro, hanno saputo riflettere e proporre attenzione nei confronti della prevenzione primaria, del cambiamento socio-culturale, delle neo-traumatologie economiche, dell'abbassamento dell'età del primo contatto con le sostanze, del diffondersi di nuove sostanze? La mancanza di evidenze cliniche ed epidemiologiche, di comprensione relativa ai possibili effetti neurobiologici, i ritardi nella stesura (quando possibile) di protocolli specifici, la difficoltà operativa in assenza di terapie farmacologiche condivise e validate, soprattutto a medio e lungo termine a fronte di sintomi e quadri sempre più psicopatologici di tipo psicotico assurgono a prodromi di rese o improvvisazioni imbarazzanti quando non conseguenze gravi per i pazienti e rischi medico-legali per gli operatori.

*"Che strada devo prendere?" chiese.*

*La risposta fu una domanda:*

*"Dove vuoi andare?"*

*"Non lo so", rispose Alice.*

*"Allora, - disse lo Stregatto - non ha importanza."*

*(Ibidem)*

Ampliare lo spettro delle possibili collaborazioni con altri servizi specialistici (ospedalieri e ambulatoriali), con l'offerta socio-sanitaria degli ambiti, puntare sulla formazione degli operatori del settore e (magari e finalmente) non solo del settore, stilare specifici protocolli sono solo alcune delle possibili risposte che i Ser.D. sono chiamati ad elaborare.

Fuori dalla medicalizzazione, dall'emergenza dettata dall'evento avverso, dalla cronicità, una risposta, sia pur impegnativa e per alcuni versi dispendiosa, resta la prevenzione.

I servizi hanno abdicato al ruolo di realtà per le tossi-

codipendenze, virando sul più aspecifico "dipendenze". Il DSM-5 ha rinunciato alla dicitura "uso, abuso, dipendenza" consegnando al consumatore il margine per una più dilatata convivenza con la condizione di "consumo" (sebbene lo stesso è misurato su un continuum da lieve a grave). Un disturbo da uso di sostanze lieve è suggerito dalla presenza di 2-3 sintomi, moderato da 4-5 sintomi e grave da 6 o più sintomi.

Il disturbo da astinenza da cannabis è stato introdotto dal DSM-5 intendendo una condizione clinica che si manifesta in seguito a cessazione di uso (intenso e prolungato, ossia abituale uso quotidiano o quasi, per almeno alcuni mesi) di cannabis.

Le fasce più giovani di popolazione, i consumatori occasionali, però, non si percepiscono come dipendenti. Allo stesso modo difficilmente valuteranno la severità del consumo in quella fase che è appena precedente alla dipendenza, inficiando la possibilità stessa di prendere in considerazione il contatto con il Servizio, salvo il caso di segnalazione ex art.75 del DPR 309/90. In estrema sintesi i consumatori più giovani non percepiscono come possibile riferimento i servizi per le dipendenze per la semplice ragione che non si sentono dipendenti.

Dunque, quando si parla di prevenzione bisognerebbe intendere un'azione di confronto e informazione mirato ad un target che il Servizio non conosce ma che ha la necessità di raggiungere e con cui sarebbe dirimente interagire.

A tal proposito presto appare già un po' tardi.

Provare ad intervenire sugli adolescenti è già tardi.

È già tardi pensare di dover ancora pensare come intervenire.

È tardi per rendersi conto che l'uso di sostanza non può attendere i cincischiamenti e la perdita di tempo delle concettualizzazioni e teorizzazioni di chi conosce poco e male la realtà del mondo del consumo 2.0.

Difficile nascondere la difficoltà di lavorare su questi argomenti e non certo per disinteresse da parte dei ragazzi quanto più per timori e assenza di esame della realtà da parte del mondo degli adulti; difficile nascondere il dispendio di energie e risorse di operatori e servizi (Dipartimenti di Prevenzione, Distretti, Consultori, ecc.) su un affastellamento di offerte relative alla prevenzione; difficile pensare di recuperare il tempo perso nello smarrimento generato dalla crescita della diffusione dell'uso/dipendenza soprattutto tra i più giovani.

*"Se ognuno si facesse i cavoli suoi,"*

*ringhiò la Duchessa inviperita, "il mondo girerebbe un bel po' più svelto."*

*"Il che non ci porterebbe affatto avanti," disse Alice, felice di poter esibire un assaggio della sua cultura.*

*(Ibidem)*

Se gli individui non subiscono passivamente le influenze del proprio ambiente ma conservano una capacità interattiva biunivoca con il medesimo, simultaneamente potrebbero implementare il proprio livello di auto-determinazione e autoefficacia acquisendo nuove conoscenze e abilità (Bandura, 1986).

I programmi finalizzati all'acquisizione delle abilità sociali, dunque, sono considerati i più efficaci, parten-

do dal presupposto che può dirsi superato quel paradigma secondo il quale il comportamento pericoloso o apertamente dannoso deriva dalla mancanza di conoscenze (*information-giving model*) (Ravenna, 1993). Puntare allo sviluppo delle capacità decisionali e delle abilità del vivere (*self-empowerment*) può assicurare allora a modello più efficace anche rispetto alla valorizzazione della natura volontaria del cambiamento comportamentale.

Forse, la collaborazione più utile e fruttuosa sarebbe quella di riuscire a portare tra i giovani (scuola, mondo del loisir, luoghi dell'aggregazione, ecc.) contributi specialistici, e dunque credibili e spendibili tra gli stessi, e non per progetti-meteore, non di rado, dalle dubbie referenzialità di promotori, attuatori e scialacquatori di risorse comuni, mirati alla persona in chiave di gruppi di confronto e parola, orientati al riconoscimento del proprio valore, al rispetto di sé e del proprio corpo. Da questo si potrebbe puntare ad una prevenzione per la persona in una chiave meno disarticolata e settoriale e ad una implementazione del sapere dello specialista stesso, in un percorso di scambio e riconoscimento reciproco.

La persona è una. *Le prevenzioni* possibili sembrano essere state declinate all'infinito, tanto da essersi perse, spesso, in infiniti rivoli.

*"Non mi pare che stiano giocando con lealtà," protestava Alice, "e poi battibeccano tutti con quanto fiato hanno in gola che uno non riesce neanche a sentire la propria voce... e le regole poi, così imprecise, ammesso che ce ne siano, non le rispetta nessuno..."*

*(Ibidem)*

Collaborare tra Servizi, fuori dalla difesa di orti e orticelli di modesto potere autoreferenziale sebbene nel rispetto di specificità e specializzazioni, garantendo centralità ai Dipartimenti per le dipendenze, significa con buona probabilità uscire dalla metafora del Bianconiglio del testo di Lewis Carroll, ossia dell'adulto, ossessionato dai doveri e dal poco tempo a disposizione e sottomesso a poteri più grandi di lui e dall'essere senza fantasia nonché incapace di accettare le novità. Non a caso, è quello che resta sempre un po' terrorizzato dalle trasformazioni di Alice.

Dunque, *presto che è tardi!* (*Ibidem*)

...Speriamo non troppo.

## BIBLOGRAFIA

Bandura A., *Social foundation of thought and action. A social cognitive theory*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ, 1986

Ravenna M., *Psicologia delle tossicodipendenze*, il Mulino, Bologna, 1997

## SERD E RIFORMA SOCIO SANITARIA

### Analisi di un'esperienza formativa

**Alfio Lucchini\*\*\*, Giacomo Delvecchio\*,  
Luisella Bettineschi\*, Giancarlo Taddei\*\*,  
Marco Gambera\*, Marco Riglietta\*\*,  
Donatella Crescini\*\*\*, Giorgio Barboglio\***

\*ATS Bergamo,

\*\*ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo,

\*\*\*ASST Melegnano e Martesana

#### Introduzione

L'anno 2016 ha viste impegnate tutte le strutture sanitarie pubbliche della Regione Lombardia in una profonda riforma del SSR che, prevedendo ridistribuzioni territoriali e fusioni aziendali, alloca diversamente organizzazioni e funzioni consolidate da anni e ne sposta il coordinamento.

Tale ristrutturazione, tra i tanti attori coinvolti, vede impegnati i SERD che devono ripensare profondamente l'organizzazione delle loro strutture e i rapporti coi loro dipartimenti.

Di fronte alle inevitabili difficoltà, si è manifestato un bisogno formativo da parte di chi regge il governo del cambiamento.

È stato ideato, programmato e realizzato nell'anno 2016 un corso formativo offerto esclusivamente al personale dirigente con responsabilità di struttura dei SERD della Regione Lombardia.

#### Materiali e metodi

Governare un cambiamento organizzativo radicale specie in una struttura ad elevata complessità come il SERD è compito che richiede impegno e attitudini.

Purtroppo l'elevato carico di lavoro del personale coinvolto obbliga a compattare la formazione necessaria.

La mancanza di riferimenti esemplificativi idonei impedisce di traslare saperi già consolidati che del resto, stante la disomogeneità delle vari situazioni, sarebbero poco appropriati per un lavoro d'aula.

Si è scelto allora di trasferire modelli di soluzioni teoriche conseguite a partire da uno stimolo problematico di livello incomparabilmente superiore a quello che va affrontato nel quotidiano.

Per questo motivo, nel centenario della Grande Guerra, si è chiesto ai partecipanti di predisporre un progetto di cambiamento che, con efficacia ed efficienza, soddisfacesse, alla luce dei dati di morbilità e mortalità segmentati mese per mese, i bisogni sanitari dell'Esercito Italiano impegnato al fronte austro-ungarico.

Come sotto obiettivi si è chiesto, analizzati i compiti d'istituto entro scenari comprensivi di percorsi standardizzati e di flussi, di soddisfare i bisogni stimati in posti-letto nonché la dotazione di personale medico.

Il corso è stato predisposto secondo un'impostazione

andragogica e realizzato con modalità interattive e in piccoli gruppi cui tutti i partecipanti, oltre alle competenze specifiche, hanno potuto liberamente esprimere vissuti personali di adeguatezza o meno rispetto alla situazione-target presentata in aula con l'ausilio di filmati e di documenti testimoniali d'epoca.

Tutto il materiale prodotto è stato quindi ricomposto e restituito ai partecipanti con arricchimenti ulteriori di natura metodologica e pedagogica al termine della giornata di formazione.

#### Conclusioni

Si ritiene ampiamente raggiunto l'obiettivo didattico. Ne fa fede il fatto che i partecipanti hanno affrontato l'impegno formativo con motivazione, interesse e coinvolgimento nella ricerca della soluzione e nella discussione collettiva.

La restituzione finale ha fatto emergere i punti di forza di una leadership partecipativa ed assertiva, nonché il ruolo della negoziazione intesa come strumento principale per governare il cambiamento collaborativo.

Anche per questo il corso ha mostrato elevato indice di gradimento.

## 5

## ESCI IN SICUREZZA: un progetto di riduzione del danno rivolto a detenuti tossicodipen- denti in dimissione dalla casa circondariale di Bergamo

R. Mangili\*, E. Bussi Roncalini\*, A. Cattaneo\*,  
M. Delvecchio\*\*, G. Feraboli\*\*, M. Riglietta\*

\* UOC Dipendenze - ASST Papa Giovanni XXIII - Bergamo

\*\* Cooperativa di Bessimo

### Introduzione

La casa circondariale di Bergamo presenta al suo interno un servizio multidisciplinare di diagnosi e cura rivolto alle persone che usano stupefacenti e alcol.

La consapevolezza di operare con utenti caratterizzati da elevata fragilità ha spinto questa equipe, in collaborazione con la stessa casa circondariale e istituzioni del privato sociale, ad interrogarsi su un momento ad alto rischio, ossia la dimissione dalla struttura.

È fragile un soggetto autosufficiente, ma che presenta una riduzione delle fisiologiche capacità funzionali, per cui un evento anche minimo può far precipitare lo stesso in una condizione di disabilità, indigenza, rischio per la vita.

L'evento, nel nostro caso, è rappresentato dalla dimissione dal carcere, ossia dall'improvvisa ampia disponibilità di alcol e droghe che il mondo esterno offre ad un soggetto spesso non più tollerante, associata frequentemente alla mancanza di riferimenti, lavoro, alloggio, cibo.

Fragilità e riduzione del danno sono termini che negli ultimi venticinque anni hanno trovato sempre più dignità internazionale e nazionale, comparando in tempi più recenti nel libro bianco della riforma sanitaria della Regione Lombardia e nei nuovi L.E.A.

Un progetto che "mette in sicurezza" i tossicodipendenti in uscita dal carcere affianca la fragilità e fa propri gli obiettivi della riduzione del danno.

### I tossicodipendenti in carcere

In Italia il 26% dei detenuti è tossicodipendente.

Secondo l'OMS dal 5 al 38% dei tossicodipendenti rinchiusi nelle carceri europee inietta droga.

Nel mondo la prevalenza dell'infezione da HIV in carcere è 50 volte maggiore a quella nella popolazione generale e 1 detenuto su 4 è HCV positivo contro 1 su 50 nella popolazione generale.

Nel mondo il 52% dei Paesi ha programmi di trattamento sostitutivo con metadone o buprenorfina nelle carceri, ma solo 8 paesi prevedono programmi di distribuzione siringhe in almeno un istituto penitenziario e solo 6 prevedono programmi di prevenzione dell'overdose mediante distribuzione di fiale di naloxone.

Numerose ricerche e metanalisi definiscono il periodo immediatamente successivo alla liberazione da un istituto di pena come un periodo estremamente ad alto rischio di overdose.

In Scozia la distribuzione di naloxone ad utenti in uscita dal carcere, sperimentata dal 2011, ha ridotto del 36% il rischio di morte per overdose nelle prime 4 settimane di libertà. Nel 2014 il Governo scozzese ha stimato che nei primi 3 anni di questo programma sono state evitate 500 morti per overdose e che il 90% degli arruolati nel programma ha ora maggiori conoscenze sulle cause di overdose.

Nel 2012 nel Regno Unito è iniziato "The N-Alive trial", il primo trial randomizzato controllato finalizzato a verificare l'impatto del take-home naloxone nel prevenire la mortalità da overdose al momento del rilascio dalla prigione. Vi hanno aderito 16 carceri inglesi. I soggetti sono stati suddivisi a random in "casi" che ricevevano siringa prevaricata di naloxone ed istruzioni sull'uso e in "controlli" che non ricevevano kit con naloxone. Dopo la pubblicazione dei dati scozzesi però il reclutamento è stato sospeso per ragioni etiche.

Nel 2014 anche la Norvegia ha sponsorizzato un programma di distribuzione di naloxone nasale a tossicodipendenti, poi esteso anche nei centri di polizia, trattamento delle dipendenze, posti di emergenza. Si prevede ora l'estensione anche alle carceri.

In Italia lo stato spende ogni anno più di 1 miliardo di Euro per incarcerare persone per reati di droga non violenti, molti dei quali sono anche tossicodipendenti. La CILD (Coalizione Italiana Libertà e Diritti civili) ha promosso una campagna denominata "Non me la spacci giusta" per invitare alla riflessione su questo tema. Parte di questi costi potrebbe essere infatti indirizzata verso la prevenzione dei rischi correlati all'uso di stupefacenti.

### La riduzione del danno

La Rdd, insieme a prevenzione, trattamento e lotta al narcotraffico, è uno dei 4 pilastri delle politiche europee sulle droghe.

Si prefigge di promuovere il miglior stato di benessere e salute delle persone che, per svariati motivi, non vogliono o non riescono ad interrompere il consumo di sostanze stupefacenti e/o alcol, con ricaduta di maggiore benessere e salute sull'intera collettività.

Essa opera in modo integrato, prendendo in considerazione sia gli aspetti sanitari che psicologici, sociali e culturali. Il suo stile è caratterizzato da una bassa soglia di accesso, che evita giudizi e pregiudizi. La Rdd si basa su evidenze scientifiche ma valorizza anche i saperi dei consumatori, dandogli piena dignità, promuovendo così una maggiore cultura dei diritti umani.

L'OMS raccomanda, per le persone che si iniettano droghe, i seguenti interventi:

- distribuzione di siringhe
- accesso alle terapie con agonisti degli oppiacei
- test HIV e counselling specifico
- accesso ai trattamenti per HIV
- distribuzione di condom
- interventi comportamentali rivolti a tossicodipendenti, partner e pari
- prevenzione e gestione di epatiti, TBC, salute mentale

- interventi relativi alla salute sessuale e riproduttiva
- fornitura di naloxone e formazione target diretta alla prevenzione delle overdose.

Questa ultima rappresenta la raccomandazione più nuova (2014).

Per quanto riguarda la distribuzione delle siringhe l'OMS ribadisce che non vi sono evidenze di conseguenze negative in termini di iniziazione all'uso e.v. o di aumento del numero di iniezioni ev. È stato invece dimostrato che la distribuzione di siringhe facilita l'accesso a tutti gli altri servizi.

In Italia sono state censiti 620 punti di distribuzione siringhe, ma non vi sono dati complessivi sul numero di presidi consegnati (l'OMS ritiene efficace la consegna di almeno 200 siringhe/utente). Il naloxone è un farmaco da banco (senza obbligo di prescrizione, unico caso in Europa), distribuito da varie unità di strada, ma anche qui non vi sono dati precisi, così come sulla distribuzione di preservativi. In Italia non vi sono narcosole per il consumo assistito. I trattamenti con farmaci agonisti degli oppiacei sono ubiquitari e presenti anche nelle carceri, ma si ritiene che ancora il 50% dei consumatori di eroina non vi acceda.

Nel 2014 il 15% di nuovi casi di AIDS in Europa è stato attribuito al consumo di stupefacenti per via parenterale.

La prevalenza dell'HIV è in stabile lento declino, ma la diagnosi e la cura è tardiva nel 61% dei tossicodipendenti.

Si ritiene, oltre ad una più precisa raccolta dei dati, che vi sia ancora molto da lavorare, in particolare sui seguenti temi:

- diagnosi precoce di epatite C e HIV e accesso precoce alle cure
- prevenzione delle overdose
- trattamenti non ottimali con agonisti
- accesso facilitato dei minori ai servizi
- diversione d'uso di metadone, buprenorfina, altri farmaci oppiacei e benzodiazepine
- percorsi specifici per le donne
- lotta alla discriminazione ("not in my back yard", letteralmente "non nel mio cortile/quartiere").

### La Rdd a Bergamo

Nel territorio di Bergamo interventi di Rdd sono attivi dalla fine degli anni '90 e raggiungono i tossicodipendenti nei luoghi di consumo presso la stazione FS della città e nel piazzale antistante il Ser.T attraverso l'impiego di un'Unità Mobile. Il servizio è da diversi anni gestito dalla Cooperativa di Bessimo in collaborazione con il Ser.T.

Sul camper sono presenti a rotazione 4 educatori professionali e 1 infermiere. Attraverso un numero di cellulare può sempre essere raggiunto un medico del Ser.T. per una consulenza telefonica o per organizzare un invio. Una volta a settimana presso il Ser.T si tiene una riunione d'equipe con il medico referente per la "bassa soglia" e un infermiere del servizio.

Nel 2016 l'Unità Mobile è entrato a far parte di un progetto di rete più ampio denominato "Progetto Network", finanziato dalla Regione Lombardia, che ha previsto capofila il Comune di Bergamo e partecipanti oltre all'ASST-Papa Giovanni XXIII di Bergamo di cui il

Ser.T fa parte, anche numerose realtà private del territorio, che gestiscono punti d'ascolto, mense, dormitori, interventi di housing sociale, posti letto in emergenza sanitaria e altro ancora.

Nel 2015 sono state distribuite 173000 siringhe, raccolte 120000 siringhe usate, distribuiti 5000 preservativi, accompagnati svariati utenti a servizi di prossimità e cura, consegnate 119 fiale di Naloxone.

Da aprile 2016 a febbraio 2017, periodo coincidente con il Progetto Network, sono state contattate 616 persone alcol e/o tossicodipendenti, 81% maschi e 19% femmine, il 15% con età inferiore ai 30 anni e il 26% con età superiore ai 50 anni.

Sono state distribuite circa 80000 siringhe, 14000 fiale di fisiologica, 400 lacci emostatici e 3600 fazzolettini disinfettanti, sono state raccolte circa 72500 siringhe usate, sono stati distribuiti 1500 kit nose e stagnole, 116 fiale di Naloxone, 3000 preservativi. Quasi 250 utenti hanno ricevuto piccole medicazioni o altri interventi di tipo infermieristico.

### Progetto "Esci in sicurezza"

Nel 2017 il Ser.T di Bergamo, in collaborazione con la Casa Circondariale della città, la Cooperativa di Bessimo e altre realtà del privato sociale, vuole consolidare gli interventi di Rdd specificatamente diretti a detenuti tossicodipendenti in uscita dal carcere mediante l'avvio del progetto "Esci in sicurezza".

Lo scopo generale è quello di garantire percorsi di continuità assistenziale a chi esce per fine pena e presenta diagnosi di disturbo da uso di alcol o stupefacenti e una condizione di "fragilità" insita nella dipendenza e/o derivante da particolari situazioni sanitarie o condizioni sociali.

Gli obiettivi specifici sono:

- prevenire l'overdose da oppiacei
- prevenire le patologie correlate all'uso di stupefacenti assunti per via endovenosa o inalatoria
- prevenire le patologie a trasmissione sessuale
- garantire un alloggio e mezzi di sostentamento
- favorire la prosecuzione dei trattamenti già in atto presso il Ser.T territoriale
- favorire l'aggancio ad altri servizi di assistenza e cura.

Il Progetto prevede, da parte dell'ufficio matricola e dell'Area educativa della Casa Circondariale, la produzione aggiornata di una lista di soggetti in prossimità di scarcerazione.

Il Ser.T carcere identifica all'interno della stessa i soggetti alcol e/o tossicodipendenti in condizione di fragilità, non destinati all'ingresso in altra struttura, distinguendoli per sostanza primaria e via di assunzione.

A tutti verrà fornita stampa della terapia farmacologia in atto e uno o più kit diversificati a seconda della situazione individuale. Sono previsti i seguenti kit:

**- kit informativo e di prevenzione per soggetti con bisogni socio-assistenziali senza particolari implicazioni sanitarie** contenente:

1. mappa dei servizi socio-sanitari e di accoglienza/prossimità (dove dormire, mangiare, lavarsi e ricevere cure a Bergamo) e pianta della città con la loro ubicazione
2. mappa dei mezzi pubblici della città di Bergamo
3. un biglietto ATB rete urbana valido 24 ore



4. scheda informativa dell'Unità Mobile
5. buoni per 3 pasti
6. profilattico
- **kit riduzione del danno per soggetti noti per uso di oppiacei e.v.** contenente:
  1. presidi sanitari per la prevenzione dell'overdose (dispositivi Mad Nasal e fiala naloxone 0.4 ml con foglietto informativo di istruzioni d'uso)
  2. presidi per la prevenzione delle patologie correlate all'uso e.v. (3 siringhe da insulina, scheda informativa "buco pulito", fiala fisiologica 5 ml)
- **kit riduzione del danno per soggetti utilizzatori di cocaina inalata** contenente:
  1. kit nose (cartina avvolgibile ad uso "cannuccia da sniffo" con relative istruzioni d'uso")
- **kit per soggetti con problematiche di uso di alcol** contenente:
  1. alcool test monouso.

Il progetto, studiato e preparato nel 2016, è iniziato nel 2017 con un incontro illustrativo al personale dell'ufficio matricola e casellario della casa circondariale tenuto dal comandante del carcere e dalla coordinatrice infermieristica e si avvia ora alla fase operativa. È previsto un monitoraggio e una periodica verifica della procedura adottata, che potrà essere migliorata in itinere.

### Conclusioni

La Rdd è una pratica consolidata nel territorio di Bergamo che coinvolge sempre di più la rete dei servizi territoriali costruendo progetti condivisi.

La cronicità e la grave marginalità portano molti a pensare che non ci sia più niente da fare, ma in realtà c'è molto da fare.

In un lavoro pubblicato nel 2016, Drucker E. et al., attraverso la revisione degli interventi di Rdd in Canada, Regno Unito, U.S.A, Australia, Paesi Bassi e Svizzera, evidenzia 3 modi con cui gli operatori hanno contribuito a cambiare gli approcci punitivi nei confronti dei tossicodipendenti attivi: la ricerca clinica sull'efficacia della riduzione del danno, gli approcci innovativi nella riduzione del danno e l'implementazione della riduzione del danno nella routine delle cure offerte.

E' con la consapevolezza che la Rdd rappresenti un'occasione unica di migliorare i risultati in termini di salute e benessere di una popolazione fragile che cerchiamo di elaborare nuove progettualità.

"Esci in sicurezza" rappresenta una nuova sfida.

### BIBLIOGRAFIA

1. Binswanger I.A. et al., "Release from prison: a high risk of death for former inmates", *New E. J. of Medicine* 356, 157-165 (2007)
2. Bird S.M. et al., "Effectiveness of Scotland's national naloxone programme for reducing opioid-related deaths a before (2006-109 versus after (2011-13) comparison" *Addiction* (2015)
3. Bird S.M. et al., "Take-home naloxone to prevent fatalities from opiate-overdose: protocol for Scotland's public health policy evaluation, and a new measure to assess impact" *Drug policy* 12, 237-248 (2015)
4. Csete J. et al. "Public Health and international drug policy" *The Lancet* (2016) 387:1427-80
5. Drucker E. et al. J. "Treating Addiction: harm reduction in clinical care and prevention" - *Bioeth. Inq.* 6/2016
6. Dipartimento Politiche Antidroga, "Relazione annuale al parlamento 2016 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia" (2016)
7. EMCDDA, "Prisons and drugs in Europe: the problem and responses", Lisbon 2012
8. EMCDDA, "Country Overview: Norway" (2016)
9. EMCDDA, "Preventing opioid overdose deaths with take-home naloxone" (2016)
10. EMCDDA, "Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take-home naloxone" (2015)
11. Fletcher A. and Krug A. "Excluding young? A global review of harm reduction services for young people, in *The Global State of Harm Reduction 2012: Towards an integrated response*, Harm Reduction International, 2012
12. Harm Reduction International, Reports, "The Case for a Harm Reduction Decade: progress, potential and paradigm shifts, 3/2016
13. Harm Reduction International, "The global State of Harm reduction" 2016
14. International Harm Reduction Association, "What is harm reduction?" 4/2010
15. Merral E. L. et al., "Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison" *Addiction* 105, 1545-1554 (2010)
16. Ministero della sanità, "Linee guida sulla Riduzione del Danno, riduzione del danno e detenzione 11/2000
17. Montanari L. et al. "Drug use and related consequences among prison populations in European countries in WHO" in "Prisons and Health" Regional Office for Europe (2014)
18. Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, "Relazione europea sulla droga, tendenze e sviluppi, 2016
19. Watt G. et al. "Service evaluation of Scotland's national take-home naloxone programme" Scotland 2014
20. WHO, "HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key population" (2014)
21. WHO, "Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations" (2016)
22. WHO, "Hiv and young people who inject drugs" (2015)

## IL RUOLO ED IL SIGNIFICATO DEI TRATTAMENTI FARMACOLOGICI NELLA "PRESA IN CARICO DELLA COMPLESSITÀ"

### L'esperienza della riabilitazione alcolica di Palazzolo S/O Fondazione Richiede

Alessia Medioli\*, Marco Renaldini\*\*, Sabrina Ferrari\*\*\*, Alessia Pizzoccolo\*\*\*, Luigina Scaglia\*\*\*\*

\*Dirigente Medico Riabilitazione Alcolica Fondazione Richiede

\*\*Psicologo Riabilitazione Alcolica Fondazione Richiede

\*\*\*Educatore Riabilitazione Alcolica Fondazione Richiede

\*\*\*\* Direttore Unità Operativa, Medico Geriatra/ Psicoterapeuta Riabilitazione Alcolica Fondazione Richiede

#### La fase della detossificazione

Dalla letteratura (Liskow e Goodwin) si evidenzia come si siano distinti classi di farmaci per il trattamento dell'alcolismo: agenti per il trattamento dell'alcolismo, agenti antidesiderio, agenti per trattare concomitanti problemi psichiatrici, agenti per trattare concomitanti problemi alcol-droghe.

L'alcol provoca una condizione di tolleranza cellulare; pertanto, ogni improvvisa riduzione dei livelli di alcolemia può essere seguita dalla brusca comparsa di sintomi di astinenza agli effetti depressivi esercitati sul SNC dall'alcol. Oggi si ritiene che la dipendenza alcolica sia un fenomeno che si accompagna all'aumento del numero e dell'attività dei recettori (NMDA, VOC) del calcio e quindi ad uno stato di ipereccitabilità neuronale latente. Questa latenza può essere rotta dalla brusca sospensione del bere cui consegue la comparsa di sintomi che sono riconducibili agli effetti eccitotossici alcol-correlati. Nella terapia della Sindrome da Astinenza Alcolica, così come nel trattamento della disassuefazione dall'alcol, è possibile scegliere tra due diversi tipi di intervento: il primo è basato sulla utilizzazione di psicofarmaci (benzodiazepine e neurolettici) che, pur non riducendo il craving per l'alcol, sono in grado di controllare la sintomatologia astinenziale; il secondo prevede l'utilizzo di un farmaco agonista (Gamma idrossi Butirato di Sodio) che appare in grado di ridurre la spinta compulsiva al bere e previene l'insorgenza della sindrome da astinenza alcolica. Il tempo per una adeguata detossificazione, nella nostra esperienza, può variare dai due tre giorni ad una setti-

mana, in relazione allo stato fisio-psicologico del soggetto. I pazienti all'ingresso del percorso riabilitativo nella nostra struttura sono per 70% dei casi da detossicare e per il 30% dei casi detossicati. Nei pazienti da detossicare viene impostata terapia con diazepam EV (1 o 2 fiale in base al livello di intossicazione) in soluzione fisiologica ad una velocità media di 80 ml/ora (la velocità di infusione può variare in base al livello di intossicazione), a questa terapia viene associata terapia con sodio ossibato in media nelle dosi di 7,5 ml per 3 die (dosaggio che può essere aumentato fino 10 ml per 4 o ridotto in base alle esigenze del singolo paziente). Per entrambi i farmaci avviene un decalage graduale durante il ricovero fino a sospensione completa in dimissione. La letteratura scientifica evidenzia come da più di venti anni le BDZ siano i farmaci più utilizzati sia per il trattamento della sindrome d'astinenza alcolica, che per prevenire e trattare le crisi epilettiche da astinenza e il delirium tremens. Esse sono sicure, poco costose, prontamente accettate dai pazienti. Tali farmaci agiscono legandosi ad un recettore per le BDZ stimolando l'azione del GABA, neurotrasmettitore ad azione inibitoria nel SNC. Il recettore per le BDZ è il GABA-BDZ. Le BDZ agiscono anche sul sistema noradrenergico diminuendo i sintomi dell'astinenza dovuti all'iperattività del sistema simpatico. Numerose BDZ (diazepam, oxazepam, clorazepam) sono state utilizzate nel trattamento della sindrome da astinenza alcolica. Del resto anche il trattamento con sodio ossibato è ben noto in letteratura: l'alcol agisce a livello del neurotrasmettitore GABA, inducendo una stimolazione e conseguentemente generando un effetto gratificante. Il principio attivo dell'Alcover, agisce allo stesso modo inducendo gratificazione così che il soggetto potrà rimanere astinente dall'alcol comunque percependo un effetto positivo e gratificante prodotto dall'Alcover, farmaco non tossico ma terapeutico dell'alcolismo.

#### Trattamento di mantenimento dell'astensione da alcol

Il progetto di terapia in dimissione viene concordato con il servizio inviante territoriale ed il paziente stesso. A seconda delle necessità individuali, viene proposta terapia con disulfiram e/o con acamprosato. Statisticamente si è evidenziato come il 18,22% delle donne esca dalla nostra unità riabilitativa con terapia con acamprosato, contro il 14,50% dei pazienti maschi, il 30,08% delle donne esce con terapia con disulfiram contro il 29,67% dei pazienti maschi. Per quanto riguarda il disulfiram viene prima eseguito un colloquio medico durante il quale si informa il paziente sugli effetti del farmaco e si acquisisce il consenso informato. I farmaci utilizzati durante la fase di detossificazione, come abbiamo detto in precedenza, sono sostanzialmente due: diazepam e sodio ossibato a questi viene aggiunto nei pazienti con iperammoniemia lattuloso e rifaximina (aminoacidi ramificati vengono introdotti raramente nei casi di forte intossicazione). A questi farmaci aggiungiamo anche terapia con vitamina B ed acido folico. In letteratura si evidenzia come le benzodiazepine in generale ed il diazepam in particolare presentino tolleranza crociata con l'alcol a livello del complesso recettoriale GABA (la cui funzionalità

viene modificata in seguito all'esposizione cronica all'alcol); stimolano l'azione del GABA, neurotrasmettitore ad azione inibitoria del SNC, svolgendo una buona azione sedativa ed anticonvulsivante, interagisce con il sistema adrenergico, riducendo la liberazione di NA e controllando quindi i sintomi astinenziali dovuti all'iperattività del sistema simpatico riscontri il gradimento maggiore per sicurezza, costo, efficacia e maneggevolezza; i dosaggi, tuttavia, vanno adattati a ciascuna situazione clinica ed usati con cautela per il rischio di ipersedazione e depressione respiratoria; da non sottovalutare l'eventuale rischio di dipendenza. Le BDZ a lunga emivita, in confronto a quelle a breve emivita, comportano somministrazioni meno frequenti e una diminuzione più graduale dei livelli ematici quando la dose viene scalata. È noto come il *sodio oxibato* sia prescrivibile in Italia dal 1992 per l'alcolismo, mentre è considerata sostanza illegale in alcuni paesi esteri. Esso ha un'azione alcolimimetica ed è perciò assimilabile a un "sostitutivo" dell'alcol. Il GHB ha un'azione dopaminergica indiretta legandosi ai recettori GHB e GABA<sub>B</sub>. Il GHB è stato identificato in tutte le regioni del cervello dei mammiferi (neurotrasmettitore endogeno). La terapia con GHB è efficace sia nel contrastare i sintomi di astinenza sia nel ridurre il craving per l'alcol. La sua azione di agonista gabaergico provoca un aumento del rilascio di dopamina nei sistemi cerebrali della ricompensa, mimando, quindi, gli effetti gratificanti dell'alcol. È impiegato a dosaggi di circa 50-100 mg/kg/die distribuiti in almeno tre assunzioni al giorno. Ai pazienti che presentano una scarsa risposta al farmaco si può proporre un maggiore frazionamento della stessa dose; spesso infatti il grado di efficacia (riduzione del craving e mantenimento della condizione di astinenza) è maggiore usando dosi più frazionate (5-6 somministrazioni anziché 3). Gli obiettivi della terapia sono la riduzione del craving, la riduzione dei sintomi astinenziali e sul consumo di alcol la riduzione del numero di drinks/die con l'aumento del numero dei giorni di astinenza consecutivi. Dosi terapeutiche di GHB non creano abitualmente dipendenza e il paziente non manifesta generalmente sintomi di astinenza all'interruzione del trattamento. Il GHB è indicato per: alcolisti in fase attiva, alcolisti a esordio prevalentemente tardivo, pazienti che associano alcol e benzodiazepine, pazienti in trattamento di disassuefazione, pazienti con craving da tensione e da ricompensa. Per le proprietà gratificanti, euforizzanti e rinforzanti (simili all'alcol), è stato segnalato un rischio potenziale di abuso, confermato da alcune indagini cliniche. Per i rischi connessi allo sviluppo di craving ed episodi di abuso di GHB, è consigliato uno stretto monitoraggio clinico durante la terapia. Nella fase iniziale di trattamento è utile ottenere la collaborazione di un familiare di riferimento, in modo da poter individuare celermente l'eventuale insorgenza di craving ed abuso verso il GHB; ciò è ancora più importante laddove vengano evidenziati i presupposti clinici per una polidipendenza. Il GHB non è indicato per: alcolisti epilettici, pazienti con abuso di cocaina e poliabuso, particolare cautela nei pazienti con disturbo borderline di personalità o sensation seekers (per l'aumento del rischio di abuso). Per quanto riguarda il *mante-*

*nimento dell'astensione da alcol* e quindi la terapia suggerita in dimissione come già detto i farmaci utilizzati nella nostra riabilitazione sono sostanzialmente due: *disulfiram* ed *acamprosato*. È ben noto come le fasi iniziali del metabolismo dell'etanolo sono la sua conversione ad acetaldeide a opera dell'enzima alcol-deidrogenasi e di questa ad acetato per effetto dell'enzima aldeide-deidrogenasi. Questi passaggi metabolici avvengono molto rapidamente e non si determina accumulo di acetaldeide. Dalla letteratura si conosce come il *disulfiram* (DF) inibisce l'azione dell'enzima aldeide-deidrogenasi, causando un accumulo di acetaldeide capace di determinare un corteo sintomatologico chiamato sindrome da acetaldeide caratterizzata da: sensazione di calore intenso al volto, al collo e al tronco con "rush" cutaneo di colore violaceo, tachicardia, ipertensione, nausea, vomito, diarrea, cefalea, difficoltà respiratorie e alterazioni ECG-grafiche. Le manifestazioni cliniche da accumulo di acetaldeide compaiono 5-15 minuti dopo l'assunzione di alcol e possono durare da 30 minuti fino ad alcune ore. La consapevolezza del rischio di comparsa dei sintomi da accumulo di acetaldeide funge da deterrente per l'assunzione di alcol. Studi clinici controllati hanno confermato una moderata efficacia del DF rispetto all'astinenza a breve termine e alla quantità di alcol assunta; l'efficacia aumenta ove il trattamento sia "supervisionato" cioè l'effettiva assunzione sia controllata da familiari, personale sanitario o all'interno di gruppi di trattamento (Krampe e Ehrenreich, 2010; Jørgensen et al., 2011). Il DF inibisce il metabolismo di molti farmaci, quali anticoagulanti, fenitoina e isoniazide, accentuandone attività e tossicità. Il suo utilizzo è controindicato principalmente in presenza di epatopatia severa ed in gravidanza. Il DF può causare epatite; pertanto, è bene predisporre controlli degli enzimi di epatocitosi almeno ogni 3 mesi. Un trattamento per un periodo superiore ai 6 mesi può inoltre causare neuropatie periferiche. La terapia con DF può essere iniziata solo se il soggetto risulta astinente da alcol da almeno 12 ore, con un dosaggio di 800-1.200 mg/die per i primi 3-4 giorni continuando, poi, con 400 mg/die fino alla 7a giornata compresa; in seguito, ridurre il dosaggio a 200 mg/die mantenendolo per non più di 5-6 mesi. Il trattamento è ripetibile dopo un periodo di sospensione di 30-40 giorni. Dalla letteratura sappiamo anche come che l'*acamprosato* (ACM) o N-acetil omotaurina, sia un modulatore recettoriale approvato come trattamento farmacologico per la dipendenza da alcol che agisce attraverso il ripristino di un alterato equilibrio tra i neurotrasmettitori eccitatori e quelli inibitori (glutammato e gamma-aminobutirrico, rispettivamente) presente nei pazienti alcolisti. L'effetto anti-craving e la capacità di questa molecola di mantenere l'astinenza è comprovato da consistenti evidenze (Rugani et al., 2011). Vi è inoltre un effetto di neuroprotezione che si esplica attraverso un'attività di agonista parziale sul recettore N-metilD-aspartato del glutammato con conseguente normalizzazione dell'ipertono glutammatergico e una successiva riduzione dell'eccessiva entrata di ioni calcio intracellulari. La farmacoterapia dell'alcolismo ha confermato che l'ACM è superiore al placebo nel mantenimento dell'astinenza a 6 e

12 mesi (Mann et al., 2004), evidenziando inoltre la stessa efficacia in entrambi i sessi e una buona compliance e ritenzione in terapia dei pazienti trattati col farmaco attivo (Mason et al., 2012). L'ACM, inoltre, migliora i disturbi del sonno, assai frequenti nei pazienti alcolisti (Staner et al., 2006) e il suo ottimo profilo di sicurezza ne consente una maneggevolezza terapeutica anche in pazienti con alterazioni dei parametri biochimici epatici, dovuta alla eliminazione renale della molecola. L'uso pertanto risulta sconsigliato in pazienti affetti da insufficienza renale di grado moderato-severo. Da una recente analisi dei dati di sicurezza clinica è emerso che l'unico effetto indesiderato riportato in maniera regolare nei vari studi è la diarrea (legata all'effetto osmotico del farmaco) (Rosenthal et al., 2008), di solito transitoria. L'ACM non produce tolleranza o dipendenza; l'uso contemporaneo di alcol non ha effetti sulla farmacocinetica. Le dosi consigliate e la durata del trattamento sono di 1,3 g/die (pazienti con peso < 60 kg) e 2 g/die (pazienti con peso > 60 kg) per os suddivisi in 3 somministrazioni giornaliere, per un periodo di 1 anno. Sono stati fatti molti studi al fine di indagare la superiorità di efficacia dell'associazione di più farmaci rispetto alla monoterapia, sfruttando un possibile effetto addizionale o sinergico dei vari farmaci. L'associazione tra GHB (effetto anti-craving) e Disulfiram (effetto avversivante) si è dimostrata utile per aumentare l'efficacia rispetto ai due farmaci somministrati da soli. Ad esempio può aumentare la compliance al trattamento avversivante, nei casi nei quali è indicata l'astensione completa. Utile l'associazione tra acamprosato (effetto anti-craving) e disulfiram (effetto avversivante). Al momento, pur essendoci alcune associazioni farmacologiche che hanno dato risultati interessanti in termini di efficacia clinica, non esistono ancora chiare evidenze scientifiche univoche per sostenere che una combinazione di due farmaci sia più efficace della monoterapia. Tutte le associazioni farmacologiche, ad eccezione di quella tra disulfiram e NTX, si sono rivelate superiori in termini di efficacia rispetto alla monoterapia, anche se talvolta non in modo statisticamente significativo. Le terapie combinate non hanno prodotto effetti collaterali gravi, né un aumento di effetti collaterali tali da portare ad un aumento significativo dei drop-out. Quindi l'associazione di più farmaci non può essere la prima scelta per il trattamento dell'alcolodipendenza, ma dopo il fallimento di una terapia con un singolo farmaco, si può associare un altro farmaco tenendo presente le evidenze di efficacia prodotte in letteratura.

## BIBLIOGRAFIA

- A. Agnolucci, M. Mariottini S: Gozzi. Intossicazione acuta alcolica. *Terapia Medica* pag. 239-244
- C. Maremmani, C. Balestri. Alcolismo clinica e terapia
- L. Friedmal NE Fleming, DH Roberts *Source book of substance abuse and addiction*. Baltimore Williams & Wilkins 1996
- D. Spaziani La corretta gestione della sindrome da astinenza da alcol in carcere. *Il detenuto in carcere*
- ASL Bergamo Indicazioni di buone pratiche cliniche per il trattamento farmacologico del disturbo da uso di alcol. ASL Bergamo dipartimento per le dipendenze
- M. Cibir, A. Lucchini, A. Rossi. LA gestione delle dipendenze da alcol in medicina generale *Disease Management*. Società italiana medicina generale Pag 1-32.
- F. Cheli, P. Donadoni M. Riglietta Indicazioni di buone pratiche cliniche per il trattamento farmacologico del disturbo da uso di alcol
- Krampeh et al., Supervised disulfiram as adjunct to psychotherapy in alcoholism treatment. *Current pharmaceutical design* 2010 16, pag 2076-2090
- B.J. Mason and P. Leher "acamprosate for alcohol dependence: a sex-specific meta-analysis based on individual patient data" *Alcoholism: clinical and experimental research* 36(2012) Pag 496-508
- H. Pinamonti, M.R. Rossin Polidipendenza. L'assunzione multipla di sostanze in una prospettiva interdisciplinare clinica integrata Ed Franco Angeli

## 7

## I PERCORSI DI PRESA IN CARICO PER I POLICONSUMATORI ED I SOGGETTI CON DIPENDENZE COMPORIMENTALI

### *I percorsi di presa in carico per i pazienti con disturbo da uso da alcol*

**Alessia Mediolì**, Dirigente Medico

**Marco Renaldini**, Psicologo

**Sabrina Ferrari**, **Alessia Pizzoccolo**, Educatori

**Luigina Scaglia**, Direttore Unità Operativa, Medico  
Geriatra/Psicoterapeuta

Riabilitazione Alcolologica Fondazione Richiedei

Dalla letteratura è ben noto come la dipendenza da alcol sia un importante problema di salute pubblica risultando responsabile in Europa del 3,8% di tutte le morti, e come le problematiche alcol correlate stiano ampliandosi negli ultimi anni, sia come frequenza, che come coinvolgimento per fascia di età, sia come fattore associato ad altre co-dipendenze. (1)

In Italia vi sono diverse realtà di presa in carico del problema, che costituiscono una rete sinergica a cui il paziente può rivolgersi.

L'abuso e la dipendenza da alcol, come le situazioni da polidipendenza, necessitano di interventi qualificati, specialistici intensivi. (2)

SERT, NOA, SMI da sempre sono dedicati alla cura, alla prevenzione ed alla riabilitazione delle persone che hanno problemi di dipendenza.

La terapia nelle addictions, in tutte le sue forme, è un intervento complesso, multidisciplinare e nello stesso tempo particolarmente specifico che ha lo scopo di fornire risposte terapeutiche a vari livelli: al corpo spesso sofferente, in particolare al fegato, al tratto gastro-intestinale, al cervello, al sistema nervoso periferico, che hanno subito danni per le sostanze assunte; alle capacità motivazionali lese dall'azione neurobiologica delle sostanze, alle relazioni familiari, lavorative, sociali spesso intossicate dalla sostanza. (3)

Nei dipartimenti delle dipendenze sono in cura sempre più pazienti alcolisti. L'alcol inoltre è parte importante di ogni forma di dipendenza. (4)

Un importante elemento di appropriatezza è la corretta allocazione del paziente nelle diverse situazioni di intervento, strutturate abitualmente in tre luoghi: l'ambulatorio, la residenzialità, i gruppi di auto aiuto (AA, ACAT). Per lungo tempo questi interventi sono stati visti come separati, la visione attualmente prevalente è invece quella del continuum care, cioè della sinergia dei diversi approcci nel costruire un percorso coerente, accessibile ed efficace. (5).

### **Trattamento riabilitativo residenziale: l'esperienza della Fondazione Richiedei di Palazzolo Sull'Oglio**

L'esperienza del reparto di riabilitazione alcolologica nasce nell'ottobre 2010 presso l'Ospedale Richiedei ed è il risultato di un accordo tra ASL Brescia e Fondazione Richiedei. In una prima fase (ottobre 2010-marzo 2011) gli operatori alcolologici del Servizio del servizio Alcolologia della ASL, erano presenti in reparto in qualità di formatori. Successivamente si è proceduto alla formazione di un'équipe clinica stabile della Fondazione Richiedei operativa secondo una logica multidisciplinare ed alcolologica.

Il percorso di riabilitazione alcolologica di Palazzolo sull'Oglio è uno strumento "a servizio dei Servizi territoriali" accogliendo persone maggiorenni con problemi alcol correlati esclusivamente dai NOA, SERT, e SMI, per un periodo di un mese e riaffidando i pazienti ai servizi dopo aver condiviso con gli stessi gli obiettivi del servizio inviante (PAI) per ciascun ospite. Il percorso prevede un'inquadramento diagnostico, il trattamento delle patologie alcol correlate, la messa a punto della farmacoterapia, interventi di motivazione al cambiamento e prevenzione della ricaduta, attività formativa ed informativa, contatti con i gruppi di auto aiuto, messa a punto del programma after care.

Durante il ricovero gli strumenti utilizzati dall'équipe curante riguardano una presa a carico globale da parte delle diverse figure professionali, l'inquadramento è di fatti clinico, psicologico, infermieristico, educativo, fisioterapico, e quando necessario psichiatrico.

Si effettuano consulenze mediche individuali, colloqui individuali sia psicologici che educativi, gruppi sulle patologie alcol correlate, incontri tra vari membri dell'équipe curante ed i singoli nuclei familiari, gruppi multi-famigliari.

Il percorso riabilitativo si avvale anche di attività motoria riabilitativa collettiva ed individuale, oltre che di gruppi di rilassamento condotti secondo le tecniche di psicoterapia cognitivo-comportamentale di terza generazione. Non da ultimo strumento esperienziale e di confronto fra ciascun paziente diventa la vita di comunità, in cui età ed esperienze di vita diverse diventano strumento attraverso cui arrivare ad una maggiore consapevolezza di sé ad un eventuale ripensamento rispetto alla propria identità nell'incontro con l'altro. La condizione di libertà dall'alcol che i pazienti esperiscono porta anche all'acquisizione di maggior capacità di lettura e complessificazione delle situazioni e sviluppo di comportamenti maggiormente congrui in relazione agli altri all'ambiente alle cose.

Durante le quattro settimane di degenza, la prima settimana viene spesso dedicata alla detossicazione, che avviene con il supporto della terapia farmacologica. Da detossicato il paziente è messo nelle condizioni di ripensare alla propria vita ed alle proprie scelte con l'obiettivo di rivedere la propria relazione con l'alcol e di realizzare il benessere realisticamente sostenibile nella propria condizione. Non bere alcolici diviene non il fine ma lo strumento per la realizzazione di benessere.

### **I nostri dati**

Dal 17 ottobre 2010 al 31 ottobre 2016 sono pervenute

1562 domande di ricovero, 1144 sono stati i ricoveri effettivi pari al 73,23%.

Dei 1144 pazienti ricoverati il 71,2% era di sesso maschile, mentre il 28,8% era di sesso femminile. L'età media era di 47 anni.

Il 98,38% dei nostri utenti proveniva dalla Lombardia, contro il 1,62% che veniva da fuori regione.

Dei 1144 pazienti il 60,05% proveniva dalla provincia di Brescia, per il resto la provenienza dei servizi invianti era così distribuita: Bergamo 14,84%, Milano 11,78%, Varese 3,49%, Cremona 1,66%, Lodi 1,13%, Como 2,88%, Lecco 1,13%, Monza Brianza 0,52%, Mantova 0,17%, lo 0,61% proveniva da fuori regione (Veneto e Piemonte), il 1,74% erano rricoveri.

Durante il colloquio di ingresso emergono spesso delle problematiche di poli-dipendenza: il 19,89% assumeva o aveva assunto in passato cocaina; il 19,89% assumeva o aveva assunto cannabis; 5,75% assumeva o aveva assunto eroina; il 5,75% ha avuto o aveva dipendenza da farmaci; anche le dipendenze comportamentali sono presenti con il 0,52% che aveva un problema di GAP. Non abbiamo dati per quanto riguarda le nuove dipendenze da internet ed abuso di videogiochi e cellulari.

Durante la degenza avere la possibilità di valutare i pazienti dal punto di vista psichiatrico da detossicati consente la formulazione di nuove diagnosi psichiatriche per il 20% dei casi. Mentre al momento della dimissione vengono diagnosticate nuove diagnosi mediche per 65% dei casi.

### Conclusioni

Nel 2009 nasce l'associazione CORRAL, di cui la nostra unità operativa fa parte, che prevede il continuo confronto clinico-operativo con analoghe riabilitazione alcolologiche presenti in molte regioni italiane.

L'osservazione del paziente in reparto 28 giorni permette l'elaborazione di obiettivi riabilitativi che determinano una restituzione al territorio di elementi diagnostici che indirizzano la cura successiva anche con l'attivazione di nuovi servizi.

Il lavoro in équipe e con l'équipe del servizio inviante resta la parte più importante del nostro lavoro, consapevoli che la fragilità e la complessità della tipologia della nostra utenza necessita di una presa in carico globale, continuativa e multidisciplinare che deve proseguire con il riaffido ai SERT, NOA, e SMI.

La riabilitazione alcolologica deve lavorare in rete e fare rete con i Servizi Territoriali e, pertanto, costituisce strumento dei Servizi stessi che hanno in cura il paziente alcolista e che lo riaccoglieranno alla dimissione.

### BIBLIOGRAFIA

- 1) Scarcella C., Roda F.: Manuale di alcolgia marzo 2011 Brescia
- 2) Liberto L.: Dipendenza da alcol e co-dipendenza il tema della fragilità Arco di Trento settembre 2016
- 3) M. Hinnenthal, M. Cibir: Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da alcol e cocaina il modello di Soranzo
- 4) A. Lucchini, F. Nava, E. Manzato: Buone pratiche e procedure terapeutiche nella gestione del paziente alcolista Francoangeli Ed.2008
- 5) M. Cibir alcol: capire e orientare i consumi diagnosticare e curare abuso e dipendenza CLAD 2014
- 6) M. Cibir, G. Pedroni, I. Hinnenthal, R. Ravera, P. Bozzola G.P. Guelfi I programmi residenziali nel trattamento integrato dell'alcolismo. Psychomedia Telematic review
- 7) B. Longoni, M. R. Rossin, A.A. Sarassi: alcol e anziani. Perché e come prendersi cura. Erickson Trento 2016



## LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE NELL'ESPERIENZA DELLA RIABILITAZIONE ALCOLOGICA DI PALAZZOLO S/O FONDAZIONE RICHIEDEI

*Alessia Mediolini, Dirigente Medico*

*Marco Renaldini, Psicologo*

*Sabrina Ferrari, Alessia Pizzoccolo, Educatori*

*Luigina Scaglia, Direttore Unità Operativa, Medico*

*Geriatra/Psicoterapeuta*

*Riabilitazione Alcolologica Fondazione Richiedei*

La Riabilitazione alcolologica della Fondazione Richiedei di Palazzolo S/O è un servizio residenziale che può ospitare fino ad un massimo di 15 persone maggiorenni. Accoglie persone con problematiche alcol-correlate esclusivamente presentate dai servizi territoriali (NOA; SERD; SMI). Prevede una degenza di 4 settimane dopo un colloquio preliminare all'ingresso condotto con il paziente e la sua famiglia (la dove presente). Segue per ciascun ospite un programma coerente con gli obiettivi del servizio inviante. Prevede una presa a carico multidisciplinare e multidimensionale del paziente da parte dell'equipe, composta da personale medico, infermieristico, educatrici, psicologo, fisioterapista, oss. Per ciascuna di queste figure professionali viene prevista la stesura di un progetto riabilitativo individuale e di un programma riabilitativo individuale, partendo dalle diverse esigenze dei singoli pazienti. L'osservazione del paziente in reparto per 28 giorni permette l'elaborazione di obiettivi riabilitativi che determinano una restituzione al territorio di elementi diagnostici che indirizzano la cura successiva anche con l'attivazione di nuovi servizi (CPS, Consulenti, Servizi Sociali dei Comuni di appartenenza). Il reparto spesso è ponte comunicativo tra i Servizi delle Dipendenze ed i Servizi psichiatrici. Diviene pertanto, irrinunciabile un lavoro di rete tra il reparto ed i servizi territoriali con cui avviene un dialogo prima e durante il ricovero.

La valutazione multidimensionale aiuta a comprendere, in tutta la sua complessità, il problema della dipendenza da alcol, e permette di capire i problemi che si accompagnano; già durante il colloquio d'ingresso viene eseguita una valutazione dettagliata del paziente raccogliendo elementi che vadano ad analizzare la gravità del danno bio-psico-sociale come la situazione internistica, malattie psichiatriche, il livello scolastico, la situazione occupazionale, eventuali altre dipendenze, eventuali pendenze legali, la situazione socio-familiare con particolare attenzione alla presenza di figli minori.

La valutazione del paziente e del suo trattamento ria-

bilitativo viene organizzata in fasi, con obiettivi terapeutici intermedi (parziali) e finali, con valutazioni ad ogni step del processo, la valutazione è basata su osservazioni multiple da parte delle diverse figure professionali, attraverso un colloquio pre-ingresso; un colloquio d'ingresso; colloqui individuali, famigliari, di gruppo durante tutto il percorso.

La valutazione quindi, è applicata per tutta la durata del trattamento riabilitativo, e in linea teorica, avviene un follow up con i servizi per via telematica, che consente di verificare ad intervalli significativi, di 6 mesi in 6 mesi, eventuali ricadute del paziente, ed il mantenimento della presa in carico da parte del servizio inviante.

### Finalità

Questo lavoro si prefigge di valutare le diverse componenti della presa in carico multidimensionale nel paziente ricoverato per un ciclo di riabilitazione alcolica presso il nostro ente.

### Risultati

Si sono presi in esame i pazienti ricoverati presso la nostra unità riabilitativa durante l'anno 2016. I pazienti giunti alla nostra osservazione erano 191 ed erano costituiti per il 75,39% da maschi e per il 24,61% da femmine. Dai dati presi in esame si evidenzia che lo stato civile veniva così rappresentato 34,03% coniugati; 13,08 % divorziati; 34,55% non coniugati; 12,41% separati; 6,28% vedovi. Il 16,75% dei pazienti aveva figli minori.

La scolarità dei nostri pazienti era così rappresentata 6,80% aveva la licenza elementare o nessun titolo; il 65,44% aveva la licenza media, il 23,03% aveva un diploma di scuola media superiore, lo 0,52% aveva un diploma universitario o laurea breve; il 4,18% aveva una laurea.

Lo stato occupazionale era così rappresentato: disoccupati 45,54%; imprenditore 1,04%; impiegato o insegnante 3,14%; artigiano, coltivatore diretto, commerciante, altro il 3,66%; operaio, o altro lavoratore dipendente 27,74%; casalinga che ha lavorato 2,61%; casalinga che non ha mai lavorato 0,52%; pensionato che ha lavorato 11,51%; invalido, inabile, anche se pensionato che ha lavorato 1,57%; altro 2,09%.

Per quanto riguarda la situazione giudiziaria il 7,85% aveva pendenze giudiziarie mentre il 92,05% non ne aveva.

Per quanto riguarda la situazione delle poli-dipendenze il 19,89% assumeva o aveva assunto in passato cocaina; il 19,89% assumeva o aveva assunto cannabis; 5,75% assumeva o aveva assunto eroina; il 5,75% ha avuto o aveva dipendenza da farmaci; il 0,52% aveva un problema di GAP.

Durante la degenza si sono trovate per 45,02% nuove diagnosi mediche; mentre per 12,56% si sono avute nuove diagnosi psichiatriche grazie alla possibilità di valutare il paziente da parte del nostro consulente psichiatra in fase di non intossicazione.

### Conclusioni

Da diversi anni la presa in carico del paziente con dipendenze ha smesso di occuparsi in modo riduzioni-

stico solo di segni e sintomi clinici, a vantaggio del diffondersi di un modello più complesso e articolato di presa in carico, dove sono forti i riferimenti di tipo antropologico-relazionale. In questo senso la dipendenza, viene sempre più considerata come il risultato di una serie di relazioni interiorizzate e quindi, connessa al gruppo di appartenenza familiare e sociale dell'individuo. Al posto del rapporto ispirato fondamentalmente su criteri istituzionali o fondati sul modello biologico, si fanno spazio due istanze. In primo luogo la malattia e la sofferenza emotive psichica acquistano significato e conoscibilità all'interno di una relazione complessa con un curante, o un gruppo di curanti, nell'ambito della quale possono ridiventare comprensibili movimenti emotivi, ideativi, rappresentativi e corporei del paziente. In secondo luogo il bisogno di cura si dispiega in una complessità precedentemente ancora inesplorata e investe non più un singolo, ma un gruppo disponibile almeno potenzialmente ad accogliere l'insieme dei bisogni presentati. In quest'ottica la presa in carico di pazienti con problematiche alcol correlate deve necessariamente relazionarsi non solo con tematiche di tipo internistico, medico, infermieristico, psicologico, educativo, fisioterapico, ma anche con una più complessa ed articolata gamma di fragilità che deve essere indagata fin dal primo giorno di degenza in ambiente riabilitativo. La multidimensionalità quindi è un processo articolato, finalizzato a conoscere e analizzare la richiesta di cura che la persona con problemi di abuso e dipendenza da alcol porta all'equipe curante, nonché a valutare e diagnosticare le eventuali patologie connesse e correlate. Questi dati indirizzano verso le aree di maggiore problematicità e fragilità del paziente, facilitando così l'individuazione di un intervento riabilitativo individualizzato e specifico per ciascun paziente.

#### BIBLIOGRAFIA

- G. Ferreri Ibbadu: L'accoglienza e la Valutazione multidimensionale nei servizi per le dipendenze Treviglio novembre 2016
- E. Manzato, F. Nava G. Cifelli, C. Biasin L'assessment di I livello per la valutazione alcolologica nella pratica clinica dei servizi Mission n. 30 Anno II, n.6
- A. Lucchini, G. Strepparola Modelli di intervento in alcologia L'esperienza e le indicazioni operative condivise dagli operatori pubblici e privati in Lombardia Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso/Quaderni
- P. Ugolini, M. Palumbo, F. Pellegrini Qualità e out come nelle dipendenze. Dibattito europeo e italiano, esperienze in Emilia Romagna FrancoAngeli Ed. 2005
- E. Manzato, M. Dea, C. Biasin La gravità e l'intensità assistenziale: modelli di integrazione a confronto Mission 44 settembre 2015
- A. Lucchini La diagnosi nei disturbi da uso di sostanza FrancoAngeli Ed 2001
- A. Correale Il campo istituzionale Prospettive della ricerca psicoanalitica. Borla Ed. 1991



## ESPERIENZA DI INTEGRAZIONE TRA IL SER.T E IL SERVIZIO PSICHIATRICO NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE DETENUTO PRESSO LA CASA CIRCONDARIALE S. VITTORE DI MILANO

**Giuliana Negri**, *Medico Psichiatra*  
**Maria Antonella Monti**, *Psicologa Psicoterapeuta, Responsabile*  
 S.s. C.C. San Vittore – S.C. Ser.T.2 - ATS della città Metropolitana di Milano

All'interno della C.C. S. Vittore di Milano, fino alla recente attuazione del "Progetto Milano" in ottemperanza alla legge regionale 23/2015, hanno operato due diverse aziende: l'ATS della città metropolitana di Milano e l'Azienda Ospedaliera San Paolo.

L'AO S. Paolo si è occupata della medicina generale e specialistica l'ATS, tramite il Ser.T, delle dipendenze da sostanze.

Il Ser.T prende in carico detenuti tossicodipendenti e alcolodipendenti con obiettivi e modalità gestionali che si sono modificati nel tempo in relazione ai disposti legislativi, all'andamento del fenomeno della dipendenza da sostanze e alle risorse contestuali.

L'intervento dell'équipe Ser.T, che si caratterizza per il suo assetto multidisciplinare (sanitario, psicologico e sociale), persegue le seguenti finalità:

- valutazione complessiva del quadro clinico, diagnosi e somministrazione delle cure necessarie alla gestione della crisi astinenziale, con eventuale somministrazione e monitoraggio del farmaco sostitutivo, prescrizione di terapie psicofarmacologiche non specialistiche (non antipsicotici, antidepressivi o tranquillanti maggiori) correlate al controllo del craving;
- osservazione del quadro comportamentale e delle istanze psichiche finalizzata all'elaborazione di programmi terapeutici da svolgersi in regime non detentivo;
- contenimento delle inevitabili tensioni legate al contesto detentivo e risposta alle prime istanze della persona da poco ristretta, frequentemente connotate da scarsa consapevolezza del reato, urgenza, gravità
- presa in carico medica e psico-sociale dei soggetti TD e AD con l'obiettivo di elaborare, in accordo con i Ser.T/NOA di riferimento, un percorso motivazionale per sostenere un progetto di trattamento sia intramurario sia, quando possibile, extramurario utilizzando le opportunità di cura previste dal DPR 309/90.

Il Servizio di psichiatria del Presidio penitenziario è organizzato in:

- Servizio Nuovi Giunti Psicologico – attivo ogni giorno

effettua colloquio psicologico entro 24 ore dall'ingresso di ogni paziente

- Servizio Nuovi Giunti Psichiatrico – attivo dal lunedì al sabato effettua colloquio psichiatrico con tutti i pazienti entrati nelle 24-48 ore precedenti

I sanitari dell'area psicologica/psichiatrica possono valutare le ubicazioni dei pazienti in base alle condizioni osservate, al pregresso psichiatrico o ad eventuali rischi disadattivi emergenti all'ingresso.

I pazienti a prevalente problematicità psichica vengono ubicati in raggi ad alta intensità di assistenza dal punto di vista psichiatrico e di sorveglianza (CONP e V Raggio celle a rischio).

A seguito di un percorso di valutazione e cura presso i reparti ad alta assistenza psichiatrica i pazienti, quando possibile, vengono dimessi e ubicati nei raggi comuni. Ogni sezione ha uno psichiatra ed uno psicologo referenti ai quali nella routine il medico di reparto segnala i pazienti da visitare attraverso richieste scritte (modello 106).

La distribuzione dei pazienti con problematiche psichiatriche a giugno 2016 è riportata nel grafico sottostante.

Figura 1 – Tipologie di diagnosi psichiatrica

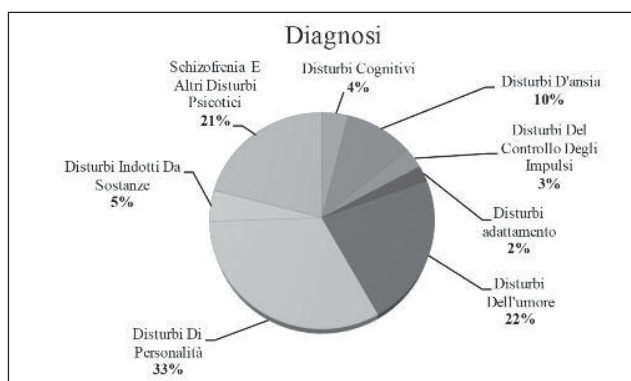
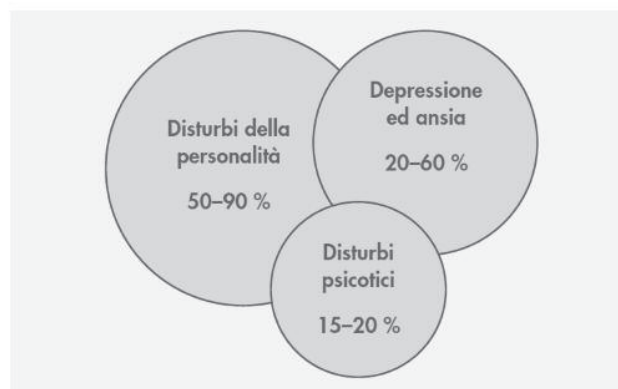


Figura 2 – Prevalenza comorbidità psichiatrica nei tossicodipendenti

Sovrapposizione delle tre sindromi dominanti diagnosticate nei pazienti affetti da comorbidità (consumo di droghe e disturbi psichici)



Tale cooperazione ha favorito, ad oggi, una migliore assistenza nella quotidianità dei pazienti con problematiche psichiche e di dipendenza nell'ambito di un contesto dove il disagio psichico è acuito.

Modalità operative integrate tra il Ser.T e il Servizio psichiatrico del presidio sono state formalizzate in un protocollo di intesa tra gli Enti coinvolti (Direzione C.C. San Vittore, ASL di Milano e A.O. San Paolo di Milano) sottoscritto nel maggio del 2013 che ha ulteriormente favorito la gestione integrata dell'utente.

In concreto, se il detenuto con dipendenza da sostanze e alcool presenta un'altra problematica di tipo psichiatrico, cioè presenta disturbi psichiatrici concomitanti alla dipendenza, il medico del Ser.T provvede a segnalare il nominativo al medico di reparto e contestualmente al consulente psichiatra.

Le segnalazioni al Servizio di Psichiatria da parte del medico Ser.T possono essere effettuate:

- per valutazioni o rivalutazioni di terapie psicofarmacologiche non urgenti (segnalazione scritta)
- in urgenza per acuzie sintomatologica di pazienti in carico al Ser.T o con problematiche comportamentali gravi di nuova insorgenza (segnalazione telefonica e scritta).

Congiuntamente medico Sert e psichiatra:

- nel caso di utenti già noti servizi territoriali e seguiti da Ser.T e/o CPS valuteranno, in accordo coi servizi territoriali, la prosecuzione di terapie farmacologiche ed eventuali terapie sostitutive, con particolare attenzione all'adattamento alla condizione detentiva;
- nel caso di utenti tossicodipendenti non noti alla psichiatria del territorio effettueranno valutazione e trattamento congiunto e opportunità di invio alla psichiatria per eventuale diagnosi psichiatrica e per impostazione di terapia specialistica.

Considerando la rilevazione puntuale al 30 maggio 2016, gli utenti in carico al Sert sono 644 così distribuiti:

- 324 tossicodipendenti accertati
- 46 alcooldipendenti accertati
- 274 in fase di valutazione per eventuale diagnosi di tossico - alcooldipendenza

di questi:

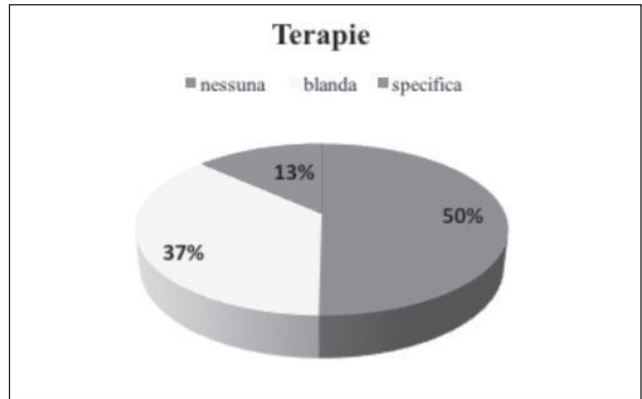
- 52 usufruiscono di terapia sostitutiva
- 151 usufruiscono di trattamento psicofarmacologico.

Se nell'ambito della popolazione TD/AD in carico focalizziamo l'attenzione sul campione degli utenti ubicati al III raggio (che è il raggio dove vengono elettivamente ubicati i pazienti TD/AD maschi che non hanno problematicità specifiche né in riferimento al reato né alla condizione di salute) riscontriamo - sempre a giugno 2016 - che su 256 ristretti, 128 beneficiano di una terapia psicofarmacologica: 94 di una blanda terapia serale, 34 di terapia psicofarmacologica specifica, come si evidenzia indicato nel grafico in figura 3.

Emerge dunque che il 36,5 % circa degli utenti tossico-alcool dipendenti ubicati al III raggio ha una problematica psichica e il 13% circa degli utenti presenta una "doppia diagnosi", intendendo (First e Gladis, 1992):

- pazienti con disturbo psichiatrico primario ed abuso/dipendenza secondari
- pazienti con disturbo da abuso/dipendenza primario e disturbi psichiatrici secondari
- pazienti con disturbi psichiatrici e disturbi da abuso/dipendenza entrambi primari.

Figura 3 – Terapie psicofarmacologiche prescritte al III raggio



Il trattamento congiunto del 50% in media degli utenti in carico al Ser.T presuppone un alto livello di integrazione tra il lavoro di supporto ed elaborazione di programmi terapeutici garantito dagli operatori Ser.T e la gestione psicofarmacologica garantita dai medici Ser.T in collaborazione con i colleghi psichiatri dell'A.O. S. Paolo. Tutto ciò trova senso se inserito in una dimensione spaziale e temporale che prosegua oltre le mura del carcere verso un'integrazione tra Servizi che ad oggi hanno garantito una continuità nella tutela della salute del cittadino al di là della sofferenza di cui è portatore. Alla base della recente riorganizzazione, nuovi modelli?

## 10

## RETE FORMATIVO – COLLABORATIVA TRA PRESIDIO OSPEDALIERO E SER.T DI SARONNO NELLA GOVERNANCE DELLE CONDIZIONI DI ADDICTION

**F. Reina, M.R. Guzzetti, S. Frigerio, E. Camporese,  
S. Renoldi, L. Franchi, C. Bonizzoni,  
M. Cairati, A. Morandi, M. Zanzola, D. Fiorentini**  
ASST - Valleolona  
U.O.S.V.D. prevenzione e cura delle condizioni di dipendenza

### Obiettivi

Individuare "buone prassi" per migliorare e facilitare la diagnosi precoce intraospedaliera dei soggetti con problematiche derivanti dall'utilizzo di sostanze psicotrope illegali e/o alcol, e il loro invio al Ser.T di Saronno dell'U.O.S.V.D. prevenzione e cura delle condizioni di dipendenza dell'ASST Valle Olona, nell'ottica di supportare la continuità assistenziale, valorizzando un approccio integrato.

Il percorso è in sintonia con le finalità della legge della Regione Lombardia 23/2015 "Evoluzione del sistema socio sanitario lombardo" che promuove la ricerca di intese collaborative tra ospedale e territorio.

### Metodi

Nel corso degli ultimi sette anni il Ser.T di Saronno ha proposto, prima attraverso il Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL di Varese e dal 2016 come U.O.S.V.D. prevenzione e cura delle condizioni di dipendenza dell'ASST Valle Olona, momenti congiunti di for-

mazione sul campo con i vari ambiti specialistici del presidio ospedaliero di Saronno. Tra cui:

- 2011: "Le politossicodipendenze da sostanze psicotrope illegali e/o legali: progetto formativo tra Sede Ser.T di Saronno, presidio ospedaliero di Saronno, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta del Distretto di Saronno";
- 2013: "Problematiche tossico-infettivologiche nei soggetti poliassuntori di sostanze psicotrope. Update relativamente alle infezioni da HIV HBV HCV e malattie sessualmente trasmesse". Progetto formativo tra sedi Ser.T di Saronno, Gallarate e Busto Arsizio, presidio ospedaliero di Busto Arsizio Unità Operativa di malattie infettive, presidio ospedaliero di Saronno – Pronto Soccorso, rianimazione e le divisioni mediche;
- 2014: "La gestione multi professionale integrata delle condizioni di addiction tra sede Ser.T di Saronno e Servizi del territorio"
- 2016: "La Diagnosi precoce e la presa in cura specialistica nelle condizioni di alcoldipendenza: gruppo di Lavoro tra sedi Ser.T e presidi ospedalieri". Progetto formativo tra Sedi Ser.T di Saronno, Gallarate, Busto Arsizio e i presidi ospedalieri dell'ASST Valle Olona.

Durante questi percorsi formativi si sono confrontati operatori sanitari (medici, infermieri, psicologi ed educatori professionali) e del comparto sociale (assistenti sociali) nell'ottica di facilitare gli ambiti di conoscenza reciproca e di ulteriore miglioramento della rete d'intervento verso i soggetti con problematiche derivanti dalle condizioni di addiction da sostanze.

Si sono potuti così progettare e attivare percorsi di orientamento e/o invio dei soggetti afferenti al pronto soccorso del locale nosocomio con problematiche di abuso e/o dipendenza da sostanze psicotrope legali e/o illegali, attraverso la distribuzione di materiale informativo co-progettato tra sede Ser.T e ospedale. Di pari importanza anche per i famigliari o accompagnatori, è la presenza nelle sale d'attesa del pronto soccorso della brochure e della locandina riportante le modalità per ottenere informazioni o l'accesso al Ser.T di Saronno.

#### Chi si può rivolgere al Ser.T.?

- Persone che vogliono curarsi perché abusano o sono dipendenti da alcol e/o droghe (eroina, cocaina, ecstasy, marijuana...)
- Persone che hanno problemi di gioco di azzardo
- Persone che desiderano avere informazioni sulle conseguenze dell'uso di alcol e/o droghe
- Adolescenti e giovani a rischio di abuso/dipendenza da sostanze stupefacenti (ad es.: consumatori occasionali di droghe sintetiche e/o di ecstasy...) e/o alcol
- Persone che desiderano sottoporsi a controlli per malattie legate all'uso di droghe e/o di alcol (es. HIV o epatite B e C) con Consulenza pre e post Test
- Familiari e/o partner di persone tossicodipendenti e alcol-dipendenti che chiedono consulenze per sé e per il proprio familiare.

Ser.T. — U.O.S.V.D. Prevenzione  
e Cura delle Condizioni  
di Dipendenza  
(Resp. Dott.ssa Donatella Fiorentini)

**Sede di Gallarate**  
Via Cavallotti 21 - 21013 GALLARATE  
Tel: 0331-777895; Fax: 0331-792949  
e-mail: sertgallarate@asl.varese.it

**Sede di Busto Arsizio**  
Via Novara 48 - 21052 Busto Arsizio  
Tel: 0331-353759; Fax: 0331-344094  
e-mail: sertbusto@asl.varese.it

**Sede di Saronno**  
Via Varese 196 - 21047 SARONNO  
Tel: 02-9626478; Fax: 02-9607510  
e-mail: sertsaronno@asl.varese.it

**CON-T@TTO Spazio Adolescenti**  
Via Volta 19 - 21013 GALLARATE  
Tel: 0331-798719  
Sito web: [www.con-tatto.it](http://www.con-tatto.it)  
Numero Verde 800 018280

Sistema Socio Sanitario  
 Regione  
Lombardia  
ASST Valle Olona



*Mani tese verso il silenzio ...  
in cerca di un aiuto  
Mani che raccolgono pensieri...  
per ritrovare i propri sogni  
Mani strette attorno a sé...  
per ritrovare le forze perdute in lotte impari  
Mani buttate a terra...  
che sorreggono una zavorra diventata insostenibile  
umide di lacrime quando la tristezza vuole urlare  
il proprio dolore nel proprio silenzio*

Nell'area sud della Provincia di Varese puoi trovare una U.O. del Ser.T. specializzata nel trattamento delle dipendenze, che opera con 3 Sedi territoriali (Gallarate, Busto Arsizio, Saronno).

Fermo restando la libera circolazione dei cittadini italiani all'interno del S.S.R., l'elenco dei Comuni di competenza di ciascuna Sede è consultabile nella Carta dei Servizi del Dipartimento delle Dipendenze della ASST Valleolona della Provincia di Varese o sul sito [www.aobusto.it](http://www.aobusto.it) → ASST della Valle Olona → rete territoriale → Area delle Dipendenze. Oppure: [www.asl.varese.it/aree-tematiche/dipendenze](http://www.asl.varese.it/aree-tematiche/dipendenze)

L'U.O. del Ser.T. si occupa di prevenzione specifica e cura delle dipendenze da sostanze lecite (alcol) e illecite, nonché di reinserimento sociale delle persone in trattamento.

In alcune Sedi vi sono anche aree di lavoro specifiche per il trattamento di alcuni dei nuovi comportamenti di dipendenza o delle patologie correlate con le dipendenze:

- **Ambulatorio Gambling** per le dipendenze da Gioco d'Azzardo

- **Con-t@tto Spazio Adolescenti** (per il disagio e le dipendenze in adolescenza)

Per maggiori informazioni ti invitiamo a rivolgerti alla U.O. Territoriale Dipendenze Provincia Sud o alle sue Sedi territoriali.

**Se tu o qualcuno di tua conoscenza ha un problema con l'alcol...**

...puoi trovare professionisti specializzati quali Medici, Psicologi, Assistenti Sociali, Educatori ed Infermieri Professionali che possono:

- effettuare gli accertamenti necessari per diagnosticare l'alcoldipendenza, valutando i problemi di salute (medici, psicologici e sociali) legati all'uso di alcol
- impostare dei trattamenti ambulatoriali per curare l'alcoldipendenza
- offrire colloqui di orientamento e sostegno psicologico, sociale, educativo individuali, familiari e di gruppo
- offrire consulenza e colloqui di sostegno ai familiari
- impostare programmi individualizzati di reinserimento sociale e lavorativo
- consulenze e programmi per problematiche legali e giudiziarie.

Gli operatori collaborano anche con i gruppi di auto-mutuo aiuto, gli ospedali e le Comunità Terapeutiche.

**Se tu o qualcuno di tua conoscenza ha un problema con la droga...**

...puoi trovare professionisti specializzati (Medici, Psicologi, Assistenti Sociali, Educatori ed Infermieri Professionali) che possono:

- effettuare gli accertamenti necessari per diagnosticare la tossicodipendenza, valutando i problemi di salute (medici, psicologici e sociali) legati all'uso di sostanze stupefacenti
- impostare dei trattamenti ambulatoriali di disintossicazione da sostanze stupefacenti
- offrire colloqui di sostegno psicologico e di sostegno/ orientamento sociale ed educativo, nonché effettuare inserimenti in Comunità Terapeutiche
- offrire consulenza e colloqui di sostegno ai familiari
- valutare i problemi di salute legati all'uso di droghe (infezioni da HIV, epatiti etc..)
- impostare programmi individualizzati di reinserimento sociale e lavorativo.
- Offrire consulenze e programmi per problematiche legali e giudiziarie.

Associazione AL-Anon Figli Adulti  
Saronno Via Marconi 5 presso la Fondazione Gianetti  
tel. 800 - 087897

Associazione costituita dai figli maggiorenni di persone alcolodipendenti. Le riunioni di gruppo sono ad accesso libero, gratuito e nel rigoroso rispetto dell'anonimato. Si tengono il giovedì dalle ore 21.00 alle 23.00.

Associazione ITACA onlus  
Caronno Pertusella Via Adua 169  
tel. 339/6858382  
[info@associazioneitacaonlus.com](mailto:info@associazioneitacaonlus.com)

E' una associazione di volontari senza fini di lucro. Opera attraverso gruppi di auto-aiuto settimanali, con la presenza contemporanea dell'alcolodipendente e un suo familiare o amico, ponendosi l'obiettivo di mettere in atto comportamenti di autonomia, responsabilità, autoriflessione, onde imparare ad affrontare e risolvere i propri problemi e conflitti, senza ricorrere all'alcol e alle droghe. Obiettivo è quindi di ritrovare amore per se stessi e gli altri, dignità, sincerità, moralità e sicurezza; vivere cioè la vita serenamente, in ogni sua fase negativa o positiva. La partecipazione ai gruppi è gratuita, i gruppi si autogestiscono e autofinanziano. Gli incontri avvengono ogni lunedì e martedì sera dalle ore 20.30 alle 22.30. Telefonicamente tutte le sere dalle 20.30 alle 22.30.

la situazione da sola. Si accumulano così nel tempo, frustrazioni, fallimenti e danni alla sua salute e conseguenti ricadute negative nell'ambito familiare, lavorativo e sociale.

Per questa ragione, le ricordiamo che per qualsiasi ulteriore informazione relativa alle problematiche alcoliche, è sempre possibile rivolgersi al Proprio Medico di famiglia oppure

ASST Valle Olona  
U.O.S.V.D. Prevenzione e Cura delle Condizioni di Dipendenza  
Sede Ser.T di Saronno  
Via Varese 196 tel. 02/9626478-9626445

[serf.saronno@asst-valleolona.it](mailto:serf.saronno@asst-valleolona.it)

dal lunedì al venerdì con orario 8.00-13.00 e 14.00-17.00

L'accesso è libero, gratuito, nel totale rispetto della privacy, non è richiesta l'impegnativa del medico di famiglia. Nel Servizio opera un'equipe multiprofessionale composta da medici, psicologi, assistenti sociali, infermieri professionali. Il Servizio è attivo anche per le famiglie, i genitori, gli operatori scolastici e dei Servizi territoriali, che vogliono avere informazioni o un aiuto.

Sistema Socio Sanitario  
Regione Lombardia  
ASST Valle Olona

**Prevenzione e Informazione Alcolica**



**Dove e a chi rivolgersi per un problema con l'alcol?**

guida informativa dei Servizi e Associazioni operanti nel territorio saronnese

A. A. - Associazione Alcolisti Anonimi  
Saronno Via Marconi 5 presso la Fondazione Gianetti  
[grupposaronno@libero.it](mailto:grupposaronno@libero.it) tel. 334/3951788

Il gruppo di Saronno, fa parte di un'informale associazione internazionale, in cui uomini e donne che hanno scoperto di non poter controllare l'abuso di alcol, si riuniscono settimanalmente allo scopo primario di rimanere sobri e aiutare altri alcolodipendenti a raggiungere la sobrietà. Le riunioni di gruppo sono ad accesso libero, gratuito e nel rigoroso rispetto dell'anonimato. Le riunioni si tengono il martedì e il giovedì dalle 21.00 alle 23.00 e la domenica e festivi dalle ore 15.00 alle 17.00.

AL-Anon - Associazione AL-Anon  
Saronno Via Marconi 5 presso la Fondazione Gianetti  
[alanon.grupposaronno@libero.it](mailto:alanon.grupposaronno@libero.it) tel. 800 - 087897

E' un'associazione formata da familiari e amici di persone alcolodipendenti. L'incontro e la condivisione delle esperienze di ciascuno dei partecipanti al gruppo, permette una miglior comprensione di se stessi e dell'alcolista. Le riunioni di gruppo sono ad accesso libero, gratuito e nel rigoroso rispetto dell'anonimato. Le riunioni si tengono il martedì e il giovedì dalle 21.00 alle 23.00 e la domenica dalle ore 15.00 alle 17.00.

La partecipazione alle Formazioni sul campo di operatori dei reparti specialistici di medicina generale, cardiologia e neurologia, ha consentito di elaborare locandine informative che sono state poste nelle bacheche dei reparti e degli ambulatori divisionali e di una scheda di segnalazione dei soggetti ricoverati per i quali veniva posta l'indicazione di un colloquio conoscitivo durante il ricovero da parte di un operatore del Ser.T.

Le formazioni sul campo così effettuate hanno visto anche la partecipazione costante del Dipartimento di salute mentale del presidio saronnese, sia come operatori del reparto di degenza SPDC che del CPS e ciò ha permesso di individuare delle "buone prassi" collaborative soprattutto orientate alla co-gestione dei soggetti con doppia diagnosi.

Nel corso degli ultimi 2 anni si sono infine maggiormente attivati gli ambiti formativi e collaborativi con l'U.O. di pediatria saronnese, progettando attività informativo-preventive rivolte alla fascia preadolescenziale e adolescenziale 15-24 anni.

### **Risultati**

Nel corso degli ultimi anni vi è stato un incremento degli invii di pazienti da parte dei reparti specialistici ospedalieri che hanno partecipato ai percorsi formativi. L'aggancio dei soggetti durante il ricovero ha permesso negli ultimi due anni l'effettuazione di 18 colloqui per abuso o sospetta dipendenza da sostanze psicotrope illegali e/o legali, con successiva presa in carico post dimissione in regime ambulatoriale al Ser.T di 13 soggetti.

In particolare nell'ultimo anno il canale di invio delle persone prese in carico per un problema di disturbo da uso di alcol è rappresentato dai reparti specialistici del presidio ospedaliero di Saronno per il 24%, 37% si sono presentati spontaneamente e il 9% sono stati inviati dal medico di assistenza primaria.

### **Conclusione**

I percorsi formativi congiunti effettuati tra operatori del Ser.T e personale ospedaliero ha fortemente contribuito a migliorare i rapporti tra i servizi, favorendo la conoscenza reciproca, rendendo il Ser.T di Saronno un "consulente valido" per gli altri specialisti.

Ciò ha conseguentemente facilitato l'accesso dei soggetti al Ser.T di Saronno, garantendo "la continuità dei percorsi clinici e dei progetti di vita e di inclusione sociale che accompagnano la persona dalla fase acuta e ospedaliera a quella degli interventi territoriali e riabilitativi".

## VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E ALLOCAZIONE DELLE RISORSE È possibile effettuare una valutazione multidimensionale breve che porti ad un'adeguata allocazione di risorse?

**Marco Riglietta\*, Paolo Donadoni\*\*, Pierangelo Tombini\*\***

*\*Direttore dipartimento delle dipendenze - ASST Papa Giovanni XXIII - Bergamo*

*\*\*Responsabile SERD di Bergamo - ASST Papa Giovanni XXIII - Bergamo*

*\*\*\*Psicologo esperto, SERD Bergamo - ASST-Papa Giovanni XXIII*

### Premessa

Fin dalla loro nascita, i servizi delle dipendenze si sono caratterizzati per l'offerta di un sistema di valutazione e di cura multidisciplinare, che parte dalla ragionevole consapevolezza di dover affrontare un problema complesso interessante l'individuo affetto da problematiche di addiction in molte aree vitali.

Le équipes che si sono costituite, nella maggior parte dei casi, sono caratterizzate dalla presenza di medici, infermieri/assistenti sanitari, psicologi, assistenti sociali, educatori e amministrativi.

Nel percorso di valutazione tutti i servizi, con le inevitabili differenze locali, si sono essenzialmente strutturati prevedendo un iter che possiamo sinteticamente descrivere così:

primo colloquio di lettura della domanda in genere effettuato da assistenti sociali ed educatori; un core di valutazione diagnostica la cui titolarità essenziale era ed è tuttora legata ai colloqui di psicologi, assistenti sociali e dalla visita medica; un'attività di supporto effettuata dagli infermieri (prelievi ematici e prelievi di campioni biologici per indagini tossicologiche).

Tutto questo è stato possibile in servizi "relativamente" ricchi, che potevano contare sui differenti specialisti in grado di fare un'analisi multidimensionale della situazione del paziente e da carichi di lavoro - rapporto pazienti/operatori - a favore di questi ultimi.

Altre realtà, soprattutto quelle nord americana e nord europea, in considerazione di una minor presenza di risorse nei servizi, in una logica di attenzione più puntuale ai costi delle attività, pur riconoscendo la necessità di un'analisi pluridimensionale del paziente, hanno elaborato interviste semi-strutturate che potessero, nel tempo medio di un colloquio clinico (60 minuti), raccogliere le informazioni essenziali di tutte le aree potenzialmente coinvolte in relazione al disturbo da uso di sostanze.

Negli USA Mc Lellan ha elaborato l'Addiction Severity Index (ASI), l'OMS ha elaborato l'ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) che in realtà è una anamnesi tossicologica dettagliata e non proprio un'intervista multidimensionale, più recentemente Schippers, Broekman e Buchholz hanno elaborato il MATE (Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation - Misurazioni per il triage e la valutazione nelle dipendenze) tradotto e validato in Italia da Giorgio Nespola ed Emanuele Bignamini. Su quest'ultimo, in particolare, vorremmo soffermarci per la nostra ipotesi di valutazione multidimensionale breve.

### IL MATE

Il MATE è uno strumento di facile utilizzo, che analizza i costrutti clinici più rilevanti relativi ai fenomeni di addiction. Le sue caratteristiche strutturali e di funzionamento, l'essere costituito da differenti moduli tematici integrati tra di loro ma indipendenti, lo rendono uno strumento estremamente duttile per la sua applicazione clinica e facilmente integrabile nelle pratiche di cura.

Nato nel 2007 in Olanda il MATE è uno strumento di valutazione dell'addiction pratico, affidabile ed estremamente utile per il triage diagnostico dei pazienti ed anche rispetto ai trattamenti, al monitoraggio e alla valutazione degli esiti degli stessi.

Permette una valutazione affidabile delle differenti caratteristiche dei pazienti con disturbo da uso di sostanze (sostanze stupefacenti e alcol), per la loro assegnazione al percorso di cura più adeguato e per il monitoraggio e la valutazione del trattamento somministrato.

Adatto per l'utilizzo nella pratica clinica quotidiana degli operatori sanitari, generalmente ben accettato dalle persone alle quali viene somministrato, fornisce una valutazione sia delle limitazioni che delle risorse dei pazienti, ed è impostato sui sistemi di classificazione dell'OMS comprendendo i validi ed aggiornati test e subtest disponibili.

Valuta, tra gli altri "domini", l'uso di sostanze psicoattive, il grado di craving, la storia del trattamento e le diagnosi di dipendenza e abuso per le sostanze stupefacenti e l'alcol con riferimento al DSM.

Definisce la misura nella quale la persona partecipa attivamente alla vita sociale, identifica i fattori ambientali che invece ne limitano tale partecipazione e valuta le necessità di cura che ne risultano; non da ultimo può essere utilizzato anche con persone con patologie psichiatriche.

Stabilisce gli indicatori per un approfondimento medico o psichiatrico/psicologico raccogliendo informazioni sulle patologie fisiche e sui problemi generali della persona, misurando i sintomi dell'ansia, della depressione e di altri disturbi psichiatrici/psicologici, inclusi i disturbi di personalità.

Fornisce 20 differenti punteggi di valutazione.

Utilizza dei moduli di intervista ben definiti, con descrizioni esaurienti, indicazioni e suggerimenti. **Non fornisce diagnosi di disturbi fisici o psichiatrici** ad eccezione del disturbo da uso di sostanze (sostanze stupefacenti e alcol). Identifica comunque le persone che necessiterebbero di un approfondimento diagnosti-

co specifico di altro tipo.

Per la sezione del MATE-ICN sono fornite anche delle definizioni terminologiche e dei riferimenti precisi per l'attribuzione del punteggio per ciascuno dei domini valutati.

Può essere completato approssimativamente in un'ora.

### L'ipotesi sperimentale

Nella realtà olandese l'intervista semi strutturata permette di associare ad uno specifico trattamento il paziente in base ai punteggi ottenuti.

Consapevoli che la realtà italiana dei servizi e degli operatori non è quella nord-europea, l'ipotesi percorsa nella sperimentazione in provincia di Bergamo è stata quella di utilizzare il MATE effettivamente come strumento di Triage e, come in Pronto Soccorso, sfruttare le aree, i punteggi ed i cut off per allocare i pazienti al/ai case manager più adeguati: non necessariamente a tutti i professionisti.

Nella pratica clinica, all'interno dell'equipe, spesso si

riflette sull'inutilità di alcuni colloqui effettuati per la mancanza di aree davvero problematiche, piuttosto che per la mancata motivazione del paziente; dall'altra parte i carichi di lavoro sempre maggiori, impediscono un'adeguata risposta ad alcuni pazienti che meriterebbero trattamenti più intensivi, impossibili da offrire per l'eccessivo afflusso di pazienti e di attività.

Da queste riflessioni nasce l'ipotesi di sfruttare il MATE come strumento che permetta di assegnare un paziente all'operatore (agli operatori) più adeguati in quel momento.

### Valutazione multidimensionale e allocazione delle risorse

Nella tabella successiva sono riportate nelle colonne a sfondo bianco i moduli e le aree del MATE con i relativi range di punteggio e, laddove esista, il margine di cut off. Nella colonna grigia l'ipotesi effettuata di assegnazione all'operatore/agli operatori indispensabili per quella specifica area.

Modulo	Aree	range	soglia	attribuzione case manager
indicatore per consulenza psichiatrica/medica	comorbidità fisica	0-4	nessuno	0 nessuno 1 - 2 infermiere 3- 4 medico
	trattamento psichiatrico/psicologico	0-2	2	0 nessuno 1 - 2 psicologo > 2 medico
	progetti/TS, allucinazioni, delirio, confusione	0-5	>=2	< 2 nessuno > 2 medico
abuso/dipendenza	Dipendenza	0-7	> 3	1 - 3 psicologo 4 - 7 medico
	Abuso	0-4	> 1	1 - 3 psicologo
disturbi fisici	disturbi fisici	0 - 40	nessuno	1 - 10 infermiere > 10 medico
personalità	personalità	0 - 8	> = 4	> = 4 psicologo
ICN	Limitazioni totali	0 - 76		
	limitazioni di base	0 - 32	>= 12	0 - 12 nessuno > = 12 AS
	limitazioni relazioni interpersonali	0 - 20	nessuno	< 10 nessuno > 10 AS
	cura e sostegno	0 - 32	nessuno	< 16 nessuno > 16 AS
	inf. Esterne positive	0 - 12	nessuno	
	inf. Esterne negative	0 - 20	> = 10	< 10 nessuno > = 10 AS
	necessità di cura	0 - 20	nessuno	< 10 nessuno > 10 AS
Craving	Craving	0 - 20	>=12	< 12 infermiere >= 12 medico
depressione ansia e stress	depressione	0 - 42	>=21	10 - 21 psicologo >= 21 medico
	Ansia	0 - 42	>=15	10 - 15 psicologo >= 15 medico
	stress	0 - 42	>= 26	10 - 26 psicologo >= 26 medico

### Conclusioni

1. La sperimentazione si è interrotta per motivi esterni ai nostri servizi; pertanto disponiamo esclusivamente di un'analisi fatta sulla comparazione fra il sistema di valutazione multidimensionale di Regione Lombardia, che qui non descriviamo, e l'utilizzo del MATE nell'assegnazione dei punteggi di gravità
2. per quanto riguarda l'ipotesi che abbiamo percorso di assegnazione al case manager più adeguato possiamo affermare che:
  - a. l'accettazione dello strumento con qualche piccola difficoltà, da parte degli operatori non sociali, sul MATE-ICN ritenuta troppo complessa da sottoporre in primo colloquio, è stata ottimale. L'opinione degli assistenti sociali non concorda con quella degli altri operatori su questa sezione, ritenendola invece molto adeguata.
  - b. Sia gli operatori che avevano somministrato il MATE in fase di sperimentazione dell'intervista, sia gli altri operatori del servizio, si sono dimostrati molto interessati all'applicazione della metodologia; è evidente che il percorso deve necessariamente prevedere degli step condivisi, delle ipotesi da sperimentare ed eventualmente delle rivalutazioni dei punteggi.
  - c. Aver definito, per alcuni cut-off, come case manager l'infermiere ha sollevato perplessità da parte di diversi operatori (anche gli infermieri stessi) troppo abituati a vivere come personale di supporto o legato esclusivamente alla gestione delle terapie farmacologiche o degli esami tossicologici.
3. Il problema dell'utilizzo delle risorse rimane una questione aperta: l'ipotesi percorsa è stata un tentativo di essere propositivi nella ricollocazione delle risorse senza subire passivamente il rifiuto esplicito (o spesso implicito attraverso l'abbandono dei colloqui con un singolo professionista) dei pazienti troppo gravati da visite e colloqui nella parte di valutazione diagnostica.

### BIBLIOGRAFIA

1. MATE manuale e protocollo per la valutazione, l'attribuzione dei punteggi e l'utilizzo del MATE 2.1 (Gerard Schippers, Theo Broekman, Angela Buchholz - edizione italiana Giorgio Nespoli, Emanuele Bignamini)
2. The fifth edition of the addiction severity index AT McLellan et al. Journal of Substance Abuse Treatment Volume 9, Issue 3, Summer 1992, Pages 199-213
3. Diagnosi e valutazione nelle tossicodipendenze e nell'alcolismo: addiction severity index A Consoli, A Bennardo - 2001 - Centro Scientifico Editore
4. The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): development, reliability and feasibility - WHO Group - Addiction, 2002 - Wiley Online Library



## L'ACCERTAMENTO DI ASSENZA DI TOSSICODIPENDENZA NEI LAVORATORI

### L'attività del Dipartimento Dipendenze dell'ASST Melegnano e della Martesana dal 2010 al 2015

Giovanni Strepparola, Giuseppe Pennisi,  
Alfio Lucchini

Dipartimento Dipendenze ASST Melegnano e della  
Martesana

#### Introduzione

Dopo il riferimento legislativo su "uso di sostanze e mondo del lavoro" nel T.U. 309 (Art. 124. *Lavoratori tossicodipendenti*), il D.L. 15 marzo 2006, n. 66. all'articolo 125. *Accertamenti di assenza di tossicodipendenza* prevedeva che i "lavoratori destinati a mansioni che comportano rischi per la sicurezza ... siano sottoposti ... ad accertamento di assenza di tossicodipendenza ...". A completamento, l'Intesa della Conferenza Unificata Stato Regioni del 30 ottobre 2007 ha specificato le mansioni a rischio, l'iter complessivo e che la valutazione di secondo livello venga effettuata dai servizi territoriali per le dipendenze. In seguito, le Regioni si sono attrezzate con la nomina di gruppi di lavoro, circolari e linee guida utili ad aziende, medici competenti e servizi per la applicazione della nuova normativa: la Regione Lombardia ha emanato la Circolare Regione Lombardia del 22 gennaio 2009.

La Relazione al Parlamento sullo Stato delle Tossicodipendenze in Italia del 2015 riporta e commenta i dati fino ad allora disponibili sugli accertamenti: il numero di lavoratori sottoposti a controllo varia da regione a regione e rispetto al sesso (in Lombardia oltre 200.000 maschi controllati, nella maggior parte delle altre regioni il numero dei lavoratori maschi controllati è al di sotto di 100.000); la quasi totalità dei controllati è di sesso maschile. La percentuale di positivi ai test di screening è pari a 1,39 per i maschi e 0,64% per le donne; nei maschi il 22,16% è risultato positivo anche agli ulteriori test di conferma, contro il 12,36% delle femmine.

Autori ed esperti fanno emergere alcuni aspetti critici. Ad esempio, nel milanese la positività dei lavoratori sottoposti a screening è diminuito dal 4 all'1% in un intervallo temporale di 5 anni e 4/5 dei lavoratori sono risultati positivi ai metaboliti della *cannabis*, mentre i pochissimi risultati positivi agli oppiacei sono per lo più noti ai servizi; inoltre, dati preliminari suggeriscono che il 10% dei lavoratori risultati positivi sarebbe stato licenziato al termine dell'accertamento e che il 15% si sia auto-dimesso (A. Lucchini, 2014). L'uso di sostanze

non dovrebbe essere sufficiente a legittimare il recesso dal contratto, essendo necessario accertare la condotta del dipendente, la sua idoneità e la lesione del rapporto fiduciario (Cassazione 26 maggio 2011 n. 7192; O. Pannone, 2015). Altro aspetto critico è il ruolo "non proprio" che si trova ad esercitare il medico competente, con il rischio di turbare il rapporto fiduciario con il lavoratore (G. Petrioli e R. Baronti 2008).

La letteratura ha riconosciuto l'esistenza di una relazione tra uso di sostanze ed incidenti sul lavoro (maggiore per i maschi, i giovani ed in determinati settori) ed ha verificato l'impatto dei test tossicologici sulle politiche di sicurezza (C.N. Cashman et al., 2009; R. Ramchand et al., 2009; IIDTW, 2004; E. Zaloshnja et al, 2007; R.J. Ozminkowski, et al., 2003): se i test possono essere un deterrente all'uso, ridurre il rischio di infortunio e aumentare la fiducia nell'organizzazione (P. Francis et al., 2003, IIDTW 2004; J.K. Gerber e G.S. Yacoubian (2003), possono altresì causare problemi a causa dei frequenti falsi negativi/positivi e dell'aumento dei contenzioni e delle cause legali (IIDTW 2004, M. Rothstein, 1991). Anche più recentemente, si conferma che l'efficacia del *drug testing* nel migliorare la sicurezza sui luoghi di lavoro sarebbe quantomeno "debole" (K. Pidd e A. Roche (2014; K. Pidd et al., 2016).

#### Obiettivi della ricerca

Il Dipartimento della ASST Melegnano e della Martesana ha recepito le indicazioni dell'Intesa Stato-Regioni e della Regione Lombardia ed ha avviato l'attività di accertamento nel 2009, dopo una fase di studio e formazione (con il coinvolgimento del servizio di prevenzione della salute sui luoghi di lavoro e dei medici competenti).

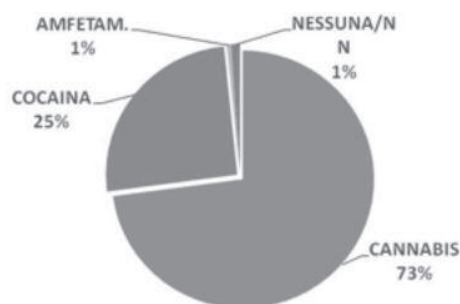
Lo scopo del lavoro qui presentato è di studiare le caratteristiche dell'utenza inviata dalle aziende per la fase di accertamento di II livello e la certificazione; inoltre si vuole descrivere l'andamento temporale, la distribuzione territoriale e gli esiti del processo.

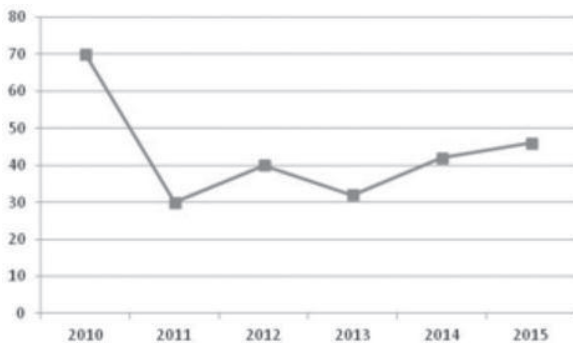
#### Metodi

Un'analisi descrittiva, osservazionale, retrospettiva. La base dei dati è costituita dall'archivio informatizzato del Dipartimento delle Dipendenze; il periodo preso in considerazione è quello compreso tra il 2010 e il 2015.

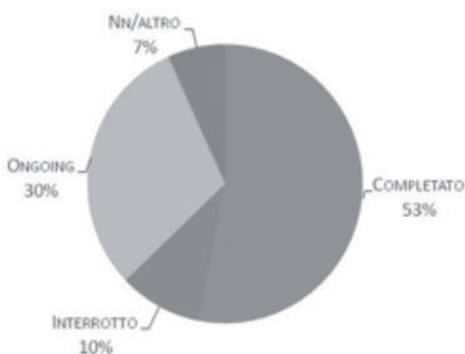
#### Risultati

Nel periodo oggetto dell'analisi, sono stati presi in carico 260 lavoratori. Le prese in carico (nuovi utenti) tra gli anni dal 2011 al 2013 si assestano attorno alle 30-40 unità/anno, mentre si registra un lieve aumento nel 2014 e 2015.



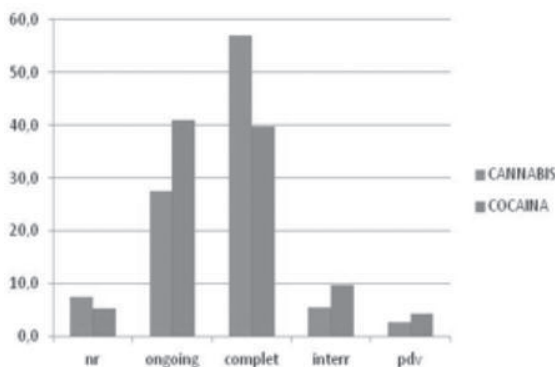


I lavoratori sono nella loro quasi totalità maschi (99%) ed hanno una età compresa tra 18 e 55 anni (media=36 anni). L'età all'esordio dell'uso di sostanze è di 23 anni per la cannabis, 30 per le amfetamine e 33 per la cocaina. La sostanza per la quale il lavoratore è risultato positivo allo screening è in maggioranza la cannabis (3/4 dei casi), la cocaina è responsabile dell'invio circa in un quarto dei casi. L'uso occasionale è riportato dal 40% dei lavoratori, mentre il 20% ha usato più di una volta nell'ultimo mese. Il poliabuso si assesta attorno al 25%, con una prevalenza del tabacco sulle altre sostanze. Oltre un quarto degli interventi sanitari sono integrati da prestazioni di counseling e supporto socio-educativo.



Alla fine del periodo di osservazione, più della metà dei percorsi di certificazione risulta concluso, il 10% interrotto e il 30% ancora in corso. L'analisi degli esiti pecca nella mancata registrazione dei rifiuti e delle valutazioni condotte su pazienti positivi per morfina, quasi nella totalità noti ai servizi.

La durata media dei programmi è di circa 120 giorni, con una differenza statisticamente significativa per le sostanze implicate: più breve per la cannabis (118 giorni), più lungo per la cocaina (141 giorni).



Gli interventi certificativi condotti per positività alla cannabis è più probabile che siano conclusi con la certificazione mentre i programmi avviati per la cocaina è più probabile che si siano interrotti o che siano ancora in corso. Il processo certificativo ha dato esiti differenti nelle quattro sedi erogative: al Ser.T di Vizzolo Predabissi si è giunti a completare positivamente l'84% delle valutazioni medico-legali, contro il 60% di Trezzo sull'Adda e il 45-50% di Rozzano e Gorgonzola. Il rapporto cannabis/cocaina è più alto a Gorgonzola (4,9) e più basso a Trezzo (2,4), mentre è vicino al rapporto medio (3,6) a Vizzolo e Rozzano.

Il dato sulla occupazione soffre di un'alta percentuale di *missing*: possiamo solo stimare una popolazione composta da 3/4 di operai e 1/4 di dirigenti e artigiani. Non arrivano al 60% i residenti sul territorio della nostra ASST.

Durante i percorsi certificativi, i soggetti hanno consumato oltre 1.400 prestazioni: certificazioni, attività infermieristica e visite mediche giustificano quasi la totalità delle prestazioni registrate. Sono state fatturate alle aziende invianti competenze per oltre 53 mila €. Con un rapido aumento tra il primo ed il secondo anno, e raggiungendo in seguito un plateau negli ultimi anni attorno ai 15 mila €.

### Discussione e conclusione

Secondo l'ISS, in Italia l'alcol è responsabile di circa il 10-20% degli infortuni sul lavoro (da 150 a 200 mila infortuni all'anno, di cui circa 150 mortali) e secondo altre stime, alcol e droghe sarebbero causa del 47% degli incidenti sul lavoro; è pertanto opportuno regolamentare l'uso di sostanze negli ambienti di lavoro, specie per chi esegue mansioni in cui, nel caso di una alterazione dello stato di coscienza, può essere di danno a sé o ad altri.

Dalla nostra analisi si evince però che la maggior parte dei soggetti giunge alla valutazione di II livello per un uso sporadico ed occasionale di cannabis. Gli utilizzatori di cocaina ed eroina sono in minoranza e nel caso dell'eroina, quasi totalmente in trattamento e comunque già noti al servizio. Occorrerebbe inoltre integrare l'indagine con uno studio di *follow-up* allo scopo di conoscere l'utilizzo che il datore di lavoro può fare dell'esito della valutazione, potenzialmente strumentale e comunque non sempre direttamente legato alle motivazioni per cui la normativa propone i controlli, cioè la sicurezza.

Sarebbe infine opportuno applicare anche quanto previsto dalla 125/2001 sull'uso dell'alcol negli ambienti di lavoro, a rispetto dell'epidemiologia e del contesto italiano, dove l'uso di bevande alcoliche è largamente tollerato anche negli ambiti occupazionali. Migliorare la collaborazione tra il Dipartimento Dipendenze, medici competenti ed Aziende permetterebbe invece di progettare interventi di informazione, prevenzione, di miglioramento delle condizioni individuali e di promozione della salute tra i lavoratori.

## BIBLIOGRAFIA

- Cashman C.M., Ruotsalainen J.H., Greiner B.A., Beorne P.V., Verbeek J.H. (2009), Alcohol and drug screening of occupational drivers for preventing injury (review), *The Cochrane Library*, Wiley & Sons.
- Francis P., Hankey N., Wray D. (2003), *A literature review on the international state of knowledge of drug testing at work with particular reference to the US on behalf of the Independent Inquiry on Drug testing at Work*. University of Northumbria.
- Gerber J.K., Yacoubian G.S. (2002), An assessment of drug testing within the construction industry, *Journal of Drug Education*, 1, 53-68.
- IIDTW (2004), Independent Inquiry into drug testing at work. Drug testing in the workplace: the report of the independent inquiry into drug testing at work, *Occupational and Environmental Medicine*, 61, 318-24.
- Lucchini A. (2014), *Società, consumi, dipendenze. Principi contesti servizi*, Franco Angeli, Milano.
- Ozminkowski R.J., Mark T.L., Goetzel R.Z. et al. (2003), Relationships between urinalysis testing for substance use, medical expenditures, and the occurrence of injuries at a large manufacturing firm, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(1), 151-67.
- Pannone O. (2015), Lavoratore tossicodipendente e diritto alla conservazione del posto, *Sole 24 Ore*, 16 marzo 2015.
- Petrioli G., Baronti R. (2008), Accertamento di assenza di tossicodipendenza: le procedure da adottare ed il ruolo dell'organo di vigilanza, *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, volume XXX, n°3/Supplemento, luglio e settembre 2008.
- Pidd K., Roche A. (2014), How effective is drug testing as a workplace safety strategy? A systematic review of the evidence, *Accident Analysis and prevention*, 71, 154-65.
- Pidd K., Kostadinov V., Roche A. (2016), Do workplace policies work? An examination of the relationship between AOD policies and workers substance use, *International Journal of Drug Policy*, 28, 45-54.
- Ramchand R., Pomeroy A., Arkes J. (2009), *The effects of substance use on workplace injuries*, RAND Corporation.
- Relazione annuale al Parlamento 2015 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. A cura del Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri (<http://www.politicheantidroga.gov.it/attivita/pubblicazioni/relazioni-al-parlamento/relazione-annuale-2015/presentazione.aspx>).
- Rothstein M. (1991), Workplace drug testing: a case study in the misapplication of technology, *Law and Technology*, 5, 65-93.
- Zaloshnja E., Miller T.R., Hendrie D., et al. (2007), Employer costs of alcohol involved injuries, *American Journal of industrial medicine*, 50 (2), 136-42.

## PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CON DISTURBO DA USO DI ALCOOL NEL D.H- ALCOLOGIA AURONZO DI CADORE, ULSS 1 DOLOMITI

**Tyropani M., Manzan A., Cecutti L., De Sandre A.**  
*Dipartimento delle Dipendenze ULSS 1 Dolomiti*

Nell'ultimo rapporto ISTISAN 17/1 in Italia il consumo medio pro-capite di alcool a partire dal 2010 è tornato a salire ed è nel 2014 pari a 7,6 litri. Questi dati rendono evidente la necessità di una maggiore attenzione sia nella prevenzione primaria ma anche secondaria della problematica alcol- correlata.

Il DH-Alcologia di Auronzo è in attività dal 1983. Il programma residenziale fa riferimento all'Approccio Ecologico Sociale (metodo Hudolin) e si basa sull'attività di gruppo e il coinvolgimento della famiglia. Elemento essenziale dell'approccio è costituito dalla frequenza al Club Alcolologico Territoriale nei luoghi di residenza, a tempo indeterminato. La durata indicativa del programma residenziale è di 30 giorni. L'invio per i ricoveri avviene a cura dei Ser.D, reparti ospedalieri, medici curanti, familiari o autonomo. L'organizzazione del programma residenziale prevede:

- a. una parziale autogestione, con espletamento di attività pratiche, momenti educativi- informativi di gruppo ed in autogestione con compiti e cariche a rotazione
- b. Ogni giorno, dal lunedì al sabato, ha luogo la Comunità Multifamiliare in cui le persone e le famiglie accettano di condividere e discutere in merito a rapporti familiari, situazione fisica, economica/lavorativa, legale in quanto aspetti problematici in relazione all'uso di alcool.

Utenti ricoverati presso il D.H – Alcologia dal 25/10/1983 al 31/12/2016 divisi secondo provenienza

Provenienza	n.	Perc.
Ex ULSS1	1.431	24,6%
Ex ULSS2	448	7,7%
ALTRE PROVINCE DEL VENETO	1.875	32,5%
ALTRE REGIONI	2.058	35,4%
TOTALE	5.812	100%

Nel 2016 sono state ricoverate 181 persone 133 uomini e 48 donne. L'età media è di 50 anni con una deviazione standard di 11 anni. 173 sono italiani e 8 di altre nazionalità. 95 persone provengono dal Veneto mentre 86 persone sono residenti ad altre Regioni. La scolarità media è di 10 anni con una deviazione standard di 3. 80 su 181 pazienti lavorano (o dipendenti o liberi pro-

fessionisti) 66 sono disoccupati mentre 35 sono pensionati. Per quanto riguarda la fonte di invio, 63 persone sono state segnalate dai Ser.D, 14 da altri reparti ospedalieri, 19 da altri servizi ULSS, 9 da medici di base mentre il restante, 76 pazienti, dai familiari o in maniera autonoma. L'età media di inizio di uso di alcool è di 20,8 anni con una deviazione standard di 8,7. Le donne hanno un'età media di inizio di uso di alcool di 24 anni con una deviazione di 9 mentre gli uomini presentano un'età media di 19,5 anni con una deviazione standard di 8.

46 persone (25,4%) presentano oltre al disturbo da uso di alcool, un disturbo da uso di sostanze illegali in atto o pregresso e 12 persone presentano un disturbo da gioco d'azzardo.

Nella prima settimana di ricovero a tutti i pazienti si somministra la scala SCL-90. Delle 181 persone ricoverate 132 hanno compilato la scala. 37 sono femmine e 95 maschi. 14 donne e 25 uomini presentavano un GSI patologico > 1 (cut off = 1). Il sintomo più comune in evidenza sono i problemi di sonno che sono presenti nel 62% delle donne 53% degli uomini. Siccome il test viene somministrato durante la prima settimana del ricovero, si ritiene che il sintomo possa far parte della sintomatologia astinenziale da alcool. Seguono percentuali alte nella sottoscala depressione( 42%), e ossessività-compulsività (38%). Le donne presentano valori più alti all'SCL90 totale e nelle sottoscale somatizzazione, ossessività-compulsività, depressione, ansia e paranoia rispetto gli uomini.

### Considerazioni

Questi dati concordano con quelli esistenti in letteratura. Si rilevano invece valori più alti nella sottoscala della paranoia.

Pochi di questi pazienti accedono al nostro servizio con una diagnosi di depressione o disturbo di ansia. La maggioranza dei pazienti tuttavia assume terapia con benzodiazepine o in maniera autonoma o prescritte dal medico curante. È inoltre difficile anamnesticamente verificare se il disturbo da uso di alcool precede i disturbi di ansia o depressione o ne è una conseguenza. Molti dei pazienti riferiscono di utilizzare l'alcool come automedicazione per l'ansia e la depressione. Uno dei sintomi del disturbo da uso di alcool è il craving che spiegherebbe gli alti risultati sulla sottoscala ossessività-compulsività. Il dato che 46 persone presentano oltre il disturbo da uso di alcool, un disturbo da uso di sostanze illegali e 12 persone presentano anche disturbo da gioco d'azzardo indica una maggiore complessità nel trattamento ma anche una maggiore tendenza negli ultimi anni alle polidipendenze. Tra i limiti di questo studio vi è la mancata effettuazione del test SCL90 alla fine del ricovero per poter individuare l'eventuale modifica della sintomatologia conseguente al programma.

**BIBLIOGRAFIA**

Vladimir Hudolin: Manuale di alcologia

Rapporto ISTISAN 17/1

Travaglini R., Giardinelli L., Fenomeno alcolismo e differenze di genere. *Giornale ital. Psicopat.* 2005.

Luca M., Ruta S., Signorelli M., Petralia A., Aguglia E., Variabili psicologiche e consumo di alcol in un campione di studenti di medicina: differenze di genere. *Riv. Psichiatr.* 2015

Kushner MG1, Abrams K, Borchardt C. The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings. *Clin Psychol Rev.* 2000 Mar; 20(2):149-71.

Modell JG., Glaser FB, Cyr L., Obsessive and Compulsive Characteristics of Craving for Alcohol in Alcohol Abuse and Dependence. *Alcohol Clin Exper* 1992







---

**FeDerSerD**