

**Editoriale**  
**I Ser.D. e la cura dei tossicodipendenti per contrastare la diffusione del SARS-CoV-2**  
 Guido Faillace, Alessandro Coacci, Pietro D'Egidio, Alfio Lucchini 1

**SAGGI, STUDI E RICERCHE**

**La doppia diagnosi ADHD e SUD**  
 Gianmaria Zita, Giovanni Migliarese 10

**Efficacia di Aripiprazolo Long-Acting nel disturbo schizoaffettivo associato a gioco d'azzardo patologico. Un case report**  
 Marianna Boso, Irene Famularo, Guido Nosari, Alessandro Castellana, Elena Costantino, Caterina Nardulli, Maria Teresa Zanin 17

**Dipendenza da sostanze, cronicità e dipendenza da welfare. Ipotesi interpretative**  
 Johnny Acquaro, Emanuele Bignamini 20

**Prospettiva e Valore della matrice Cheratinica nella valutazione dell'utilizzo di Nuove Sostanze Psicoattive nella popolazione che afferisce ai Ser.D.**  
 Concettina Varango, Francesca Musarella, Mara Cella, Antonella Varango 39

**CONTRIBUTI SCIENTIFICI**

**Donne e tossicodipendenza. Quando la patologia è di altro genere...**  
 Anna Paola Lacatena 26

**LE RUBRICHE**

**Contaminazioni**  
 La marcia dei drogati  
 Maurizio Fea 5

**La Finestra**  
 Luca di Sanseverino 7

**RECENSIONI** 16

**NOTIZIE IN BREVE** 3, 32, 72

**PAPER SCIENTIFICO**

**Le formulazioni long term dei farmaci agonisti nella clinica del disturbo da uso di oppiacei in Italia**  
 Marco Riglietta, Pietro Fausto D'Egidio, Alfio Lucchini, Nicoletta D'Aloisio, Maria Luisa Buzzi 45

**FeDerSerD/DOCUMENTI**

**Indagine conoscitiva parlamentare in materia di politiche di prevenzione ed eliminazione dell'Epatite C: il contributo di FeDerSerD**  
 Guido Faillace, Felice Alfonso Nava 65

**FeDerSerD/ORGANIZZAZIONE**

**Gli organismi nazionali della Federazione per il triennio 2019-2022** 2  
**Costituita FeDerSerD Campania** 9

**FeDerSerD/INFORMA** 6

**FeDerSerD/FORMAZIONE** 9, 69

# Mission

ITALIAN QUARTERLY JOURNAL OF ADDICTION

## I Ser.D. e la cura dei tossicodipendenti per contrastare la diffusione del SARS-CoV-2

In questo particolare momento in cui tutto il Sistema Sanitario del Paese è in emergenza, FeDerSerD ringrazia tutti gli operatori che in queste settimane si prodigano eroicamente. Abbiamo prodotto come società scientifica sia indicazioni scientifiche per gli operatori e i pazienti sia contributi operativi per le istituzioni.

Con le energie del SSN per la massima parte indirizzate ad affrontare questa terribile emergenza le risorse e gli spazi di intervento per le altre patologie si sono drasticamente ridotte, così pure la logistica degli interventi territoriali e domiciliari.

All'interno del SSN i Ser.D. hanno sempre occupato uno spazio cruciale seppur misconosciuto. I nostri servizi sono stati e sono in prima linea per fronteggiare la infezione da HIV, in prima linea per la cura di una patologia grave, la tossicodipendenza, che attanaglia e riduce un gran numero di persone nella emarginazione e nel degrado fino a costituirne il serbatoio più pericoloso e difficile da eradicare di un gran numero di patologie infettive, dalla epatite da HCV alla malattia COVID-19.

È compito di una società scientifica autorevole come FeDerSerD anche rappresentare i motivi che richiedono una attenzione particolare, in questo periodo di grave emergenza sanitaria, ad un settore che se trascurato inciderà sicuramente e negativamente nel contrastare la infezione da SARS-CoV-2, favorendone la diffusione.

È evidente che ci troviamo di fronte ad una popolazione eterogenea: certamente più integrata rispetto ad anni fa, ma con presenza di comportamenti rischiosi e con una percentuale non irrilevante di situazioni di marginalità sociale che non solo li espongono maggiormente al rischio di infezione da SARS-CoV-2, ma che ne fanno una categoria a più alto potenziale di gravità per la salute pubblica, come si evidenzia anche dalla letteratura più recente e autorevole (*Lancet*, 11 marzo 2020).

Il personale che lavora nei Ser.D. ha in carico un gran numero di pazienti, oggi di gran lunga troppo numeroso rispetto alle risorse disponibili, caratterizzata da una elevata afferenza, da una frequenza anche giornaliera, dalla presenza di pazienti immunocompromessi in carico e di pazienti che – per stile di vita – debbono essere considerati ad alto rischio di “contatto e di diffusione per SARS-CoV-2”. *I Ser.D. rappresentano un chiaro esempio di cosa si intenda per intervento sul territorio e tutela della salute pubblica.*

Per questi motivi chiediamo ai decisori politici, ad ogni livello, agli organi tecnici regionali, e ai direttori generali delle ASL, che nelle disposizioni nazionali e regionali e nelle delibere aziendali si provveda immediatamente a fornire risorse ai Ser.D. in termini di personale e di presidi sanitari, per continuare a curare tutti i pazienti che già vengono seguiti, ma anche ad accogliere prontamente quelle migliaia e migliaia di tossicodipendenti che oggi vivono, senza cure, in condizioni di degrado nelle nostre periferie.

15 aprile 2020

*Il Presidente (Guido Faillace)*

*I Past President (Alessandro Coacci, Pietro D'Egidio, Alfio Lucchini)*

- **La sindrome da astinenza alcolica protratta a cura di Alfio Lucchini**
- **Percorso clinico-diagnostico-riabilitativo dei pazienti con dipendenza da alcol in carico nell'anno 2019 al Ser.D. di Soverato**  
*G. Audino, E. Battaglia, F. Genco, V. Mellace, F. Montesano, R. Macrina, M. Notaro, L. Codispoti, A. Macrina, A. Pascolo, M.C. Squillace, G. Samà*

Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”, Anno VII, n. 29

### Editor in Chief

Alfio Lucchini, Milano

### Scientific Board

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

### Editorial Board

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

### Editorial Office

Via Mazzini 54, 20060 Gessate (Mi),  
tel. 3356612717  
[missiondirezione@tiscali.it](mailto:missiondirezione@tiscali.it)

### Proprietà: Fe Der Ser D

**Sede legale**  
Via Giotto 3, 20144 Milano

Direttore responsabile: Stefano Angeli

Progetto grafico: Elena Pellegrini

Stampa: Geca Industrie Grafiche  
Via Monferrato 54, 20098 San Giuliano Milanese

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore ed è pubblicata in versione digitale con licenza Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 3.0 Italia (CC-BY-NC-ND 3.0 IT)

L'utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/it/legalcode>

Copyright by FrancoAngeli s.r.l. - Milano  
Poste Italiane s.p.a. - 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 marzo 2002

Chiuso in redazione il 25/04/2020

Edizione fuori commercio

Tiratura: 3.500 copie  
ISSN 2037-4798

Seguici su:



[www.facebook.com/FeDerSerD/](http://www.facebook.com/FeDerSerD/)



@FeDerSerD



Gli articoli della rivista sono disponibili in modalità "Open Access" al link <http://www.francoangeli.it/riviste/sommario.asp?IDRivista=197&lingua=it>



## Gli organismi nazionali della Federazione per il triennio 2019-2022

Dopo le elezioni avvenute durante l'VIII congresso nazionale a Milano tra il 9 e l'11 ottobre 2019, proclamate con l'Assemblea nazionale dell'11 ottobre 2019, FeDerSerD ha proseguito nella riunione di Assemblea nazionale del 3 febbraio 2020 e di Consiglio Direttivo nazionale del 4 febbraio 2020 la nomina del nuovo direttivo e comitato scientifico. Di seguito l'organigramma nazionale.

### CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE

Presidente Nazionale	FAILLACE	GUIDO	Medico
Vice Presidente Nazionale	BALESTRA	ROBERTA	Medico
Segretario Nazionale	VARANGO	CONCETTINA	Medico
Direttore Comitato Scientifico Nazionale	NAVA	FELICE ALFONSO	Medico
Ufficio di Direzione	TADDEO	MARGHERITA	Psicologo
Past president - Ufficio di Direzione	D'EGIDIO	PIETRO FAUSTO	Medico
Ufficio di Direzione	GRECH	MARIA LUISA	Medico
Past president - Ufficio di Direzione	LUCCHINI	ALFIO	Medico
Ufficio di Direzione	MANFREDI	ANTONELLA	Medico
Ufficio di Direzione	CAMMARATA	LIBORIO	Medico
Ufficio di Direzione	LAMARTORA	VINCENZO	Medico
Past President	COACCI	ALESSANDRO	Medico
Toscana	TROTTA	PAOLA	Medico
Marche	PANNELLI	GIORGIO	Medico
Abruzzo	BURATTINI	STEFANO	Psicologo
Lombardia	VILLA	ELISABETTA	Assistente Sociale
Lombardia	COZZOLINO	EDOARDO CIRO	Medico
		GABRIELE	
Piemonte e Valle D'Aosta	PINI	DANIELE	Medico
Calabria	DE MATTEIS	FRANCESCO	Medico
Liguria	ARDISSONE	GIANCARLO	Medico
Basilicata	DONNOLI	DONATO	Medico
Sardegna	CICALO'	ROSALBA	Medico
Veneto	SANAVIO	FRANCESCO	Psicologo
Friuli Venezia Giulia	MARROLLO	NICOLA	Infermiere
Umbria	GILIONI	MARA	Medico
Puglia	ARIANO	VINCENZA	Medico
Campania	D'ORSI	MAURIZIO	Medico
Sicilia	SERIO	GIORGIO	Medico
Trentino Alto Adige	MERANER	BETTINA	Medico
Vice Direttore Comitato Scientifico Nazionale	AUDINO	GIULIA	Medico
Vice Direttore Comitato Scientifico Nazionale	RIGLIETTA	MARCO	Medico

### COMITATO SCIENTIFICO NAZIONALE (oltre al direttore e ai vicedirettori)

Membro Comitato Scientifico	CARETTI	VINCENZO	Psicologo
Membro Comitato Scientifico	COZZOLINO	EDOARDO CIRO	Medico
		GABRIELE	
Membro Comitato Scientifico	PISTONE	GIOVANNI	Medico
Membro Comitato Scientifico	GIORDANO	MATTEO	Medico
Membro Comitato Scientifico	BALESTRIERI	MARIANNA	Farmacista
Membro Comitato Scientifico	CALAMIA	PIERA	Infermiera
Membro Comitato Scientifico	RIBILOTTA	LIDIA	Educatore
Membro Comitato Scientifico	BIANCO	ANTONELLA	Assistente Sociale
Membro Comitato Scientifico	MAGNELLI	FERNANDA	Medico

## Conferenza Stampa di presentazione alla Camera dei Deputati delle Linee Guida per la modifica del DPR 309/90 promossa dalle principali reti dei servizi del pubblico e del privato sociale

Gli attori del sistema delle dipendenze insieme avviano la *riflessione sulla riforma della normativa sulle droghe DPR 309/90*.

Una proposta concreta di revisione della legge sulle droghe, la legge 309 del 1990.

È quanto hanno presentato oggi a Roma, presso la Camera dei Deputati e alla presenza di parlamentari di diversi gruppi, le principali reti dei servizi del pubblico e del privato sociale che in questi mesi hanno lavorato assieme:

- il coordinamento Nazionale dei coordinamenti regionali che operano nel campo dei trattamenti delle Dipendenze (Intercear);
- la Federazione italiana comunità terapeutiche (Fict);
- il Coordinamento nazionale delle comunità di accoglienza (Cnca);
- l'Associazione nazionale comunità terapeutiche pubbliche per le dipendenze patologiche (Ascodip);
- la Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (FeDerSerD);
- la Società italiana patologie da dipendenza (Sipad);
- la Società italiana tossicodipendenze (Sidit);
- San Patrignano;
- Comunità Incontro;
- Exodus;
- Comunità Emmanuel;
- Associazione Saman.

Il gruppo di lavoro, che ha visto unirsi non solo pubblico e privato, ma anche società di ricerca nel campo delle dipendenze, ha presentato congiuntamente le prime linee di revisione di una normativa ormai datata e incapace di cogliere tutti i mutamenti in atto.

Le dipendenze in Italia, e non solo, rappresentano oggi una vera e propria pandemia rispetto la quale l'azione di contrasto dell'offerta non è da sola sufficiente: occorre invece ridisegnare e tornare ad investire sul sistema dei servizi, dalla prevenzione, alla cura e riabilitazione sino al reinserimento sociale e lavorativo.

Partendo da questo assunto, per la prima volta **tutti gli attori del sistema** hanno deciso di non limitarsi a denunciare carenze e difficoltà del settore, ma di assumere in proprio la responsabilità di una prima ipotesi di revisione **riferita esclusivamente al sistema dei servizi**.

Il lavoro di rivisitazione parte quindi dai tre fondamenti sottoindicati:

1. la **Governance** del sistema - Si dovrebbe basare su un modello duale politico/tecnico che prevederebbe l'indirizzo ed il coordinamento da parte del Governo, rappresentato dai diversi Ministeri interessati nel *Comitato Nazionale di Coordi-*

*namento, e dall'Osservatorio Permanente* che avrà la funzione di supportare il Comitato nelle scelte di indirizzo attraverso la raccolta dei dati e la lettura dei bisogni. L'Osservatorio sarà composto da una rappresentanza completa di tutti gli attori chiamati ad interagire sui processi di prevenzione, cura, riabilitazione ed inserimento sociale e lavorativo. Avrà una funzione non solo consultiva ma anche operativa per fare sintesi, tra l'altro, delle istanze regionali attraverso la partecipazione dei rappresentanti dei livelli territoriali. Il disegno di *Governance* duale politico/tecnico dovrà consentire la proposizione, seppure nel rispetto delle autonomie sancite dal Titolo V della Costituzione, di indirizzi e linee guida capaci di superare l'attuale eccessiva frammentazione e difformità di intervento tra le diverse regioni.

2. **Il processo integrato di presa in carico globale:** negli anni il sistema di intervento si è tarato sempre più su un livello prestazionale per singola fase. Le dipendenze patologiche presentano, invece, la necessità di un intervento integrato, sociale e sanitario. Un elemento che si ritiene ormai irrinunciabile è la previsione di una normativa che tenga conto dell'inserimento anche **delle dipendenze cosiddette** comportamentali.

3. **La questione delle risorse:** negli anni le risorse destinate al sistema di prevenzione, cura e riabilitazione, si sono progressivamente ridotte, rispetto agli ampi interventi inizialmente previsti dalla legge 45/99, al punto da divenire oggi totalmente insufficienti.

Il rifinanziamento del fondo di intervento per la lotta alla droga (previsto dalla legge 45/99 all'art.127), *rappresenta in questo momento una necessità imprescindibile, riconosciuta unanimemente da tutti gli attori del sistema per un reale rilancio della sfida alle dipendenze*.

Si propone, inoltre, una razionalizzazione del sistema tariffario, che oggi rappresenta un punto debole nei servizi dei diversi territori regionali, disomogeneo e spesso insufficiente a rispondere alla necessità di garantire un servizio qualitativo globale e integrato, alla luce delle nuove sfide e delle complessità sempre maggiori che i servizi devono affrontare.

Il lavoro presentato vuole essere un primo punto di partenza per avviare un confronto su una condivisa progettualità capace di coinvolgere tutti gli attori del sistema.

La bozza di testo sarà ulteriormente condivisa con tutti i protagonisti del settore per poi essere trasmessa ai gruppi parlamentari con l'obiettivo di avviare il dibattito verso, si auspica, una nuova stagione per i servizi per le dipendenze in Italia.

26 novembre 2019



**MOLTENI**<sup>®</sup>  
FARMACEUTICI 1892 | 2017

125



**C'È UNA VITA  
DA RISCOPRIRE.**

**LASCIATI  
SORPRENDERE  
ANCORA.**

# Contaminazioni

Maurizio Fea

## La marcia dei drogati

Era il 19 settembre 1979 e il quotidiano La Provincia Pavese pubblicava un articolo dal titolo "La marcia dei drogati sul Comune di Pavia – Sindaco risponde Via libera al metadone".

Seguì l'apertura di un Centro di Igiene Mentale affidato agli psichiatri che per alcuni anni si occuparono della somministrazione del metadone per poi gradualmente passare le competenze al servizio per le tossicodipendenze istituito con delibera regionale e affidato alla Unità Sanitaria Locale.

Dieci anni dopo ci fu il D.P.R. 309/90, frutto di lunghe discussioni e aspri confronti più politici che tecnici (fin da allora i tecnici erano guardati con sospetto e onestamente va detto che non eravamo molto preparati) che diede un riferimento formale e organizzativo, un mandato dotato di risorse e impegnativo per tutto il paese.

Sono trascorsi 30 anni e mi piace pensare che, oltre ad essere invecchiati, i protagonisti di allora, professionisti o operatori, come si diceva a quel tempo, e i loro pazienti o utenti come si diceva allora, potrebbero per una volta incontrarsi per mettere insieme esperienze e punti di vista su cosa sia la dipendenza.

Molti pazienti di allora non ci sono più e anche alcuni professionisti li hanno seguiti, rimpiazzati entrambi da nuove leve, nuovi pensieri e ragioni, che possono arricchire il confronto.

Non si tratta di nostalgia, e tantomeno di fantasie commemorative, bensì della curiosità di vedere se dopo trenta anni, sia magari possibile produrre una idea condivisa su ciò che è la dipendenza chimica e se questa sia simile o diversa da quella comportamentale.

Nel '90 e anche negli anni successivi i "tossici" venivano branditi come armi improprie per giustificare le ordalie salvifiche che i santoni del "recupero", famigerata parola più adatta alle bottiglie di plastica che agli esseri umani, sbandieravano su tutti i media, a beneficio delle anime più o meno pie o interessate a mantenere la distanza da certi problemi.

Dunque i tossicodipendenti non erano nelle condizioni culturali e ambientali per poter anche solo ipotizzare un racconto diverso da quello della maggioranza delle persone, a prescindere che si volessero o meno occupare di loro e dei loro problemi.

Neanche i professionisti erano nelle condizioni di offrire una interpretazione diversa dalla vulgata dominante, se non occupando lo spazio delle libertà e delle autonomie decisionali caro ai radicali libertari, che tuttavia rappresentava e rappresenta tutt'ora un segmento parziale della questione, insieme alla mitigazione dei danni che appariva comunque moralmente deprecabile ai più.

Non essendo un tossicomane, almeno nella accezione condivisa in quegli anni, non voglio neppure ipotizzare quello che loro, i "tossici" avrebbero potuto dire, oltre ad esprimere, talora in forme penosamente distruttive, la loro sofferenza.

So benissimo però quello che dicevano i professionisti e come siano cambiati nel corso degli anni, i punti di vista sulla natura della tossicodipendenza.

Non sto parlando né di cause, fin troppo analizzate e sbandierate, né della diversità di sostanze, dei danni e loro possibile riduzione, delle terapie o trattamenti – sarà un caso ma ancora una volta si ricorre ad un termine più adatto al ciclo dei rifiuti che agli umani –.

Sto parlando della ontologia della dipendenza, tema dal quale ci siamo sempre sottratti, perché difficile, forse non ci sentiamo competenti, e chi allora lo è.

Forse perché impediti dagli effetti perversi del dibattito ideologico che ha attraversato per anni il campo del sapere disciplinare oltre che ovviamente quello della politica; perché sedotti dall'addiction, che ci ha liberati dal peso nefasto del dover salvare per accedere finalmente dopo molti anni al dover curare se non proprio guarire.

L'ansia della guarigione, che per anni è stato il tormentone dei pubblici dibattiti alimentato dal bisogno della gente e dei politici di sapere che i loro soldi erano bene spesi e che il problema sarebbe stato risolto, tuttavia non è stata sconfitta ma solo attenuata con la adozione del paradigma dell'addiction.

Infatti dalle malattie si può guarire, non da tutte come ben sappiamo, ci sono quelle croniche che recidivano, e sono purtroppo la maggioranza, ma l'obiettivo rimane quello della guarigione, o meglio, della stabilizzazione in attesa che l'avanzare del tempo risolva l'incertezza.

Siamo arrivati per gradi al 2020, trenta anni dopo aver faticosamente abbandonato l'idea della turba morale e del vizio, siamo approdati ad un mondo dove un numero sempre più grande di comportamenti dal sapore più o meno edonistico, vengono ascritti alla categoria della dipendenza.

Nel frattempo abbiamo abbandonato/superato la rassicurante addiction per tornare/regredire alla dipendenza.

Tutto ciò girando intorno alla domanda sulla natura di ciò che chiamiamo dipendenza, o meglio trovando la risposta nella idea di malattia del cervello, così come ci viene proposta da sempre più numerose ricerche neurobiologiche, che descrivono molto bene, grazie anche ai dispositivi sofisticati di cui dispongono, alcune delle correlazioni tra ciò che accade nel cervello ed i comportamenti messi in atto o i pensieri che li precedono e li seguono.

La ricerca del piacere, paradigma dominante fino a venti anni fa, e la pulsione desiderante sono state sottoposte al vaglio della ragione e della volontà, e la corruzione di questa ultima è stata presa come spiegazione possibile della recidiva.

Insomma stiamo girando in tondo, è il caso di dirlo fuor di metafora, a quelle strutture cerebrali che di volta in volta vengono identificate per caratteristiche rilevanti nella regolazione delle emozioni, della memoria, e per loro capacità a volte di farsi beffe di chi sembra destinato al ruolo di controllore.

Mi avvio alla conclusione di queste sintetiche osservazioni, con una proposta che, come altre da me avanzate sulle pagine di

questa rivista forse cadrà nel vuoto, riferendo questo pensiero di Hume espresso nel *Trattato sulla natura umana*. "Il principio che si contrappone alla passione non può coincidere con la ragione e solo impropriamente lo si chiama così. Non parliamo né con rigore né filosoficamente quando parliamo di una lotta tra la passione e la ragione. La ragione è, e può solo essere, schiava delle passioni e non può rivendicare in nessun caso una funzione diversa da quella di servire e obbedire a esse".

Chi meglio di chi ha vissuto passioni, ha provato a farci i conti, ne è stato travolto oppure pagando dei prezzi è riuscito a controllarle, senza neanche essere consapevole a volte, di vivere desideri contraddittori, potrebbe gettare luce dentro un ambiente, illuminato sì, ma da un unico riflettore.

Pensare al D.P.R. 309/90 oggi può essere l'occasione per aprire una riflessione a tutto campo sulla natura di ciò che chiamiamo dipendenza, etichetta unica per indicare non solo vini molto diversi tra loro per sapore, qualità, colore ma probabilmente anche cose che vini non sono, pur trovandosi esposti nello stesso scaffale del supermarket delle diagnosi.

A trenta anni dal D.P.R. sarebbe riduttivo limitarsi ad analizzarne i pregi, i limiti, i risultati, senza tener conto degli enormi cambiamenti che sono avvenuti nei comportamenti di miliardi di persone in tutto il mondo, grazie alla potenza della tecnologia che rende la seduttività del mercato sempre più aggressiva ed efficace nell'indurre le persone a trovare gratificazione e rinforzo nell'uso incontrollato delle loro protesi algoritmiche.

L'universo eterogeneo delle dipendenze comportamentali o presunte tali, impone la revisione del concetto di dipendenza inteso solamente come la progressiva alterazione di processi neurobiologici implicati nella regolazione di emozioni, memoria, con-

trollo degli impulsi e decisioni, senza tener conto della evoluzione dei contesti nei quali tutto ciò accade.

Anche l'epidemia di decessi da oppioidi sintetici in USA, è prodotta in un contesto del mercato dei farmaci creato ad arte, che spinge imprese e uomini senza scrupoli, a sfruttare la propensione umana a sottrarsi al dolore e cercare il benessere, per aumentare la propria ricchezza.

Il nostro macchinario neurologico, piuttosto ben conosciuto anche da chi non si occupa di tenerlo ben funzionante o di ripararlo ma di usarlo per i propri interessi, è sottoposto a rischi di malfunzionamento perché viene cimentato sempre più in condizioni ambientali che ne aumentano l'usura con l'illusione di migliorarne l'efficienza, mentre ne coartano gli aspetti migliori.

Lo stesso concetto di vulnerabilità per come lo abbiamo inteso sino ad ora, andrebbe rivisto assegnando un peso diverso e maggiore a quelle variabili ambientali che trenta anni fa non erano neanche immaginabili e che ora appaiono decisive per cercare di comprendere e magari frenare la deriva cognitiva e comportamentale di mezzo mondo.

L'invito è quindi a sfruttare questa ricorrenza per rivedere il cuore ontologico della dipendenza, evitando la rincorsa alla clonazione di criteri diagnostici di dipendenza per cose che probabilmente sono altro, ma che ci invitano comunque a rivedere i criteri con i quali abbiamo e stiamo tutt'ora operando dal 1990 ad oggi.

Quando i concetti e le definizioni scientifiche diventano dei memi applicabili a troppi contesti e situazioni diverse, come lo è diventato la parola dipendenze, bisogna sospettare che forse qualcosa vada rivisto.

## FeDerSerD/INFORMA

### Supplemento di Mission

n. 33 - ottobre 2019

# La Clinica delle Dipendenze

In occasione dell'VIII CONGRESSO NAZIONALE FEDERSERD, Milano 9-11 ottobre 2019

Fascicolo di 106 pagine, con 44 lavori scientifici di professionisti dei Ser.D.  
e di Centri di ricerca italiani

## ESPERIENZE DI BUONE PRASSI

Aree tematiche trattate:

AREA TEMATICA 1 - Gli obiettivi della presa in carico integrata nel paziente tossico o alcolodipendente

AREA TEMATICA 2 - La gestione della terapia farmacologica nei diversi setting clinici

AREA TEMATICA 3 - L'intercettazione precoce: strategie e modelli di intervento

AREA TEMATICA 4 - Il management del consumatore di sostanze con comorbidità infettivologica

AREA TEMATICA 5 - Modelli di interventi di prossimità e di riduzione del danno

AREA TEMATICA 6 - Le nuove sostanze psicoattive implicazioni sulla clinica delle dipendenze

AREA TEMATICA 7 - Modelli di presa in carico per il disturbo da gioco d'azzardo

AREA TEMATICA 8 - Modelli di presa in carico e terapia della comorbidità psichiatrica

Scaricabile dal sito [www.federserd.it](http://www.federserd.it)

## La Finestra

Luca di Sanseverino

*La rubrica "La Finestra" è uno spazio riservato ai contributi, alle osservazioni, alle storie narrate in prima persona da chi si è trovato a frequentare i servizi per le dipendenze a causa dei propri problemi di salute.*

*Molti sono coloro che amano scrivere e che attraverso il linguaggio della prosa e delle poesie riescono ad esprimere compiutamente ciò che a voce può essere fonte di disagio o fatica.*

*Mission pensa che questo spazio possa essere prezioso sia per gli autori che per i professionisti che leggono la rivista e quindi lo propone con l'intento di sperimentare nuove forme di approfondimento e di confronto.*



### Malattie Nobilmente Trasmesse

Stavo guardando distrattamente le vetrine contrapposte di un elegante negozio di abbigliamento, quando, di spalle, lo vidi.

A prima vista sembrava solo un esile ragazzo in giubbotto di pelle beige chiaro e pantaloni color panna.

Un abbigliamento casual, ma molto ricercato.

Ma quando si volse e lo vidi di faccia, sobbalzai.

Non era un ragazzo, non era una ragazza.

Era una creatura speciale.

Il sottile viso adolescenziale era di una delicatezza indescrivibile.

Gli occhi dalle lunghe ciglia (trattate leggerissimamente con il mascara) erano profondissimi e alle estremità esterne, erano prolungati con sottile disegno a reticolo.

Un leggero lucidalabbra ornava la bocca perfetta.

Non potei distogliere lo sguardo.

Anche lui mi guardò.

Per qualche motivo, anche lui mi guardò per qualche lunghissimo secondo.

"Mi daresti una sigaretta?" Mi chiese.

Gli porsi una Camel e gliela accesi col mio accendino d'oro.

"Grazie", mi disse, "Posso offrirti un caffè".

Colto alla sprovvista, acconsentii e ci avviammo verso un vicino bar, senza dire una parola e sedemmo a un tavolino.

"Sei contrario all'omosessualità, vero?"

"No, non sono contrario all'omosessualità. Sono contrario all'esibizionismo di quei gay che danno spettacolo della loro condizione".

"Su questo sono d'accordo. L'omosessuale non è un clown. Deve essere una persona che vive con discrezione la sua condizione. Non deve nascondersi, ma non deve essere un pagliaccio o un propagandista".

Mi guardai intorno.

A una decina di metri dal bar era parcheggiata una bellissima Jaguar berlina, anni '60.

Il ragazzo, di cui non conoscevo il nome, capì cosa guardavo e disse:

"È mia. Era di mio nonno che me la ha lasciata alla sua morte".

"Le Jaguar di quel periodo sono le più belle macchine del mondo. Vieni, te la faccio vedere".

L'auto non era neanche chiusa a chiave.

Entrai e vidi il bellissimo cruscotto in radica, con i numerosi indicatori rotondi e tanti interruttori metallici.

"Facciamo un salto casa mia? Non so se quello che hai detto sui gay è tutto vero. Ma non mi importa perché sento che tu sei una persona speciale".

Non replicai e rimasi un silenzio per tutto il percorso.

Giunti sotto casa Jean Jacques (così si chiamava il ragazzo) mi invitò a salire da lui.

Cercai di mascherare il mio imbarazzo e acconsentii.

Lui se ne accorse e sorrise fra sé e sé.

L'appartamento era una piccola galleria d'arte.

Mobili antichi e pregiati, piccoli busti di bronzo e quasi dappertutto quadri.

Mi fece accomodare in salotto, davanti a un costosissimo impianto stereo.

Mise una suite per violoncello di Bach.

Prese una bottiglia di Whisky e due bicchieri.

In ciascuno di essi mise due dita di liquore e un cubetto di ghiaccio.

"Sono sieropositivo", disse, "ma con un minimo di precauzioni non sono pericoloso per gli altri e neanche per me stesso".

"Mi dispiace", dissi.

"Come hai preso l'HIV? Hai sofferto molto?".

“Non me ne fotte un cazzo di come lo ho preso e non ho sofferito per niente: un po’ di stanchezza, mal di gola, gonfiore ai linfonodi”.

Era un po’ irritato. Avevo fatto qualche gaffe.

Abbandonammo il discorso e ascoltammo la suite.

Poi parlammo a lungo come un uomo e una donna, come un uomo e un uomo.

Improvvisamente si alzò: “Ti mostro la camera da letto”.

Chiuse la porta alle nostre spalle. Entrammo. Mi sfiorò le labbra con le sue.

Quando ci risvegliammo era ormai notte.

“Ti riaccompagno a casa”.

Non dicemmo una parola.

Giunti sotto il mio palazzo, accostò l’auto e senza neanche spegnere il motore estrasse dal giubbotto una preziosa stilografica e me ne fece dono.

Io gli posi in mano l’accendino d’oro.

Lasciai la macchina e mi avviai al portone.

Non ci siamo visti mai più.

## Io e l’alcol

L’alcol non ha rappresentato per me un problema fino alla tarda maturità.

Quando ero bambino i miei genitori e i miei nonni bevevano vino a tavola, ma moderatamente.

Non ricordo episodi o comportamenti che potessero essere attribuiti al vino.

Nessuna scena di violenza fisica o verbale, nessuna benché minima alterazione di comportamento.

Da bambino e da adolescente trovavo disgustoso il sapore del vino e perciò non mi accostai mai ad esso.

Verso i sedici o diciassette anni cominciai a bere birra, in compagnia di amici o della mia ragazza, ma era un consumo moderato ed episodico.

Bevevo solo per il gusto della bevanda e non per gli effetti che poteva avere sul mio stato d’animo.

Solo dopo i venti anni ho cominciato ad apprezzare il vino.

Fino all’età di cinquantacinque anni ho abitualmente bevuto a cena mezzo litro di vino, senza che ciò provocasse inconvenienti per me stesso o per i familiari.

Bevevo davanti a mia moglie e ai miei figli senza che questo suscitasse disagi o malcontenti.

Spesso anche mia moglie beveva un bicchiere.

Se, poi, per qualche motivo il vino mancava, per me non era un problema.

L’alcol ha cominciato a diventare un problema quando ho iniziato a bere fuori pasto per cercare sollievo dalla tristezza e al dolore che mi piombano addosso proprio verso i cinquantacinque anni.

Una sfortunata infatuazione per una collega e la decadenza fisica e morale dei miei anziani genitori mi spinsero ad assumere inconsapevolmente l’alcol come farmaco.

Ogni volta che andavo a casa dei genitori, aprivo il frigo e bevevo un paio di bicchieri.

Usavo l’alcol come farmaco, come sollievo alle mie tristezze.

Quei due bicchieri mi aiutavano a sopportare il triste spettacolo della vecchiaia.

Come pure mi aiutavano a sopportare il dolore e la frustrazione dell’amore non corrisposto.

Ascoltavo, bevendo, le mie canzoni o le mie musiche preferite in uno stato di leggerezza, di addolcita nostalgia.

Non che assumessi grosse quantità di alcol.

Il mio bere era comunque moderato, ma mi era diventato indispensabile.

Diventai così un alcolista.

La dipendenza dall’alcol non è legata solamente alla quantità, ma all’indispensabilità che la sostanza assume nella propria vita. Un neurologo mi invitò risolutamente a rivolgermi al Servizio di Alcologia.

Non lo feci subito.

Pensavo allora che un alcolista fosse una persona che assume necessariamente massicce quantità di alcol e che trascorre le sue giornate in stato di ebbrezza.

Come tutti i dipendenti feci fatica a rendermi conto della mia condizione.

Immaginavo inoltre che il Servizio fosse un covo di clochard intenti a scolare ininterrottamente cartoni su cartoni di Tavernello. Infine, resomi conto dell’incapacità di arginare da solo il mio problema, mi decisi a rivolgermi ad Alcologia.

Mi resi conto così che Alcologia non era rivolta solo a clochard ubriacchi, ma a persone normali, dal contegno inappuntabile e che il loro alcolismo non era un vizio o un malcostume, ma una vera e propria malattia.

Non è stato semplice capire che alcolista non è solo chi beve litri e litri di vino al giorno, ma anche chi non può fare a meno di quantità moderate di birra, vino e superalcolici.

Forse il problema più grande dell’alcolista è proprio la difficoltà di ritenersi tale.

Già la consapevolezza del problema è un grande passo per liberarsi dalla dipendenza.

E la struttura alcologica insegna a riconoscere e accettare la propria condizione di malato.

La conquista dell’astinenza presuppone questa consapevolezza. Consapevolezza che è aiutata dal vedere le sofferenze di tutti gli altri pazienti e che aiuta il dipendente a non nascondersi dietro gli alibi delle sofferenze.

Straordinaria è l’esperienza dei gruppi terapeutici, nei quali si stabilisce una magica solidarietà e una implicita lealtà: chi beve, tradisce tutti gli altri.

Perciò la cosiddetta ricaduta è vissuta non solo come personale sconfitta, ma come tradimento verso il gruppo.

La frequentazione dei gruppi terapeutici mostra che spesso dietro l’alcolismo vi sono situazioni esistenziali terribili, molto più gravi della propria, e quindi si impara a non autoassolversi imputando la propria dipendenza ai propri problemi.

Ci sarebbe sempre un motivo per iniziare a bere, ma non bisogna farlo.

Non bisogna farlo per noi stessi e per coloro che ci circondano e che soffrono quanto noi o più di noi.

L’alcolista fa molta fatica a comprendere quanta sofferenza crea negli altri.

Certo la via dell’astinenza è dura.

È difficile rinunciare all’illusorio e breve conforto dato dalle sostanze alcoliche, ma la straordinaria esperienza dei gruppi terapeutici, ove si opera la condivisione delle altrui sofferenze, aiuta il dipendente a non nascondersi dietro gli alibi dei propri dolori.

Per molti anni i miei alibi sono stati l’infanzia e l’adolescenza frustrate e la depressione di cui ho sofferto e soffro tuttora.

Anche nei periodi di astinenza ho sofferto di questa patologia, ma il bere, se ha fornito qualche temporaneo e illusorio sollievo, a lungo andare ha peggiorato la situazione.

Inoltre, come è noto, l’alcol riduce o vanifica l’effetto degli antidepressivi.

Nel corso della decina d’anni di alcolismo ho avuto due periodi di astinenza.



Uno di un anno. L'altro di ben sei anni.  
 Dopo sei anni di astinenza mi sono illuso di poter riprendere a bere in maniera moderata e controllata.  
 Ma i risultati sono stati disastrosi.  
 In poco tempo ho ripreso a bere in maniera smodata.  
 Mi ero illuso di sfuggire alla realtà per la quale, dopo l'astinenza, il dipendente torna ad assumere la massima quantità di alcol che assumeva prima dell'interruzione.  
 Vi sono regole che il dipendente conosce e accetta da un punto di vista razionale, ma che non fa interiormente proprie.

Per un efficace percorso terapeutico bisogna interiorizzare i processi della dipendenza e mettere in atto tutte le necessarie contromisure: la sola. E conoscenza teorica non basta.  
 Devo infine dire che, per conseguire l'astinenza ho fatto inizialmente uso dell'Antabuse, un farmaco dissuasore che provoca malessere in chi assume alcol nel corso della somministrazione. Molti pazienti rifiutano questo trattamento.  
 Io, personalmente lo ho trovato molto efficace.  
 Attualmente sono reduce da un lungo ricovero in Alcologia.  
 Spero che sia l'ultimo perché credo di aver capito le regole del gioco. Un gioco con il quale non si scherza.

## FeDerSerD/FORMAZIONE



**FeDerSerD**  
**FORMA** **INFORMA**

**live WEBINAR formativi ECM**  
 Luglio-Agosto-Settembre 2020 — ore 9.30/12.30

- 1 I SERD E LA PANDEMIA DA COVID-19
- 2 SERD E MALATTIA DA COVID-19: FASE 2 TRA INDICAZIONI OPERATIVE E SUGGERIMENTI DI RICERCA
- 3 ALCOL E SERVIZI
- 4 EPATITE C E CONSUMATORI DI SOSTANZE
- 5 NUOVI STRUMENTI FARMACOLOGICI NELLA DIPENDENZA DA OPIACEI
- 6 MATRICE CHERATINICA E SERD
- 7 I SERD TRA CARCERE E TERRITORIO

La partecipazione ai singoli corsi ECM on-line è gratuita con iscrizione obbligatoria  
 A breve sarà possibile effettuare iscrizione sul sito [www.federserd.it](http://www.federserd.it)

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA EXPOPOINT  
 Via Matteotti 3 - 22066 Mariano C.se [Co]

**EXP POINT**  
 Tel. 031 748814 - fax 031 751525  
[federserd@expopoint.it](mailto:federserd@expopoint.it)  
[www.expopoint.it](http://www.expopoint.it)

## FeDerSerD/ORGANIZZAZIONE



# Costituita FeDerSerD Campania

Il 16 gennaio si è costituita legalmente la Federazione Campania di FeDerSerD.

La sede di FeDerSerD Campania è ad Aversa.

La dr.ssa Lilia Nuzzolo è stata nominata presidente.

Con lei sono soci fondatori Vincenzo Lamartora, Filomena Romano, Aniello Baseli, Antonietta Grandinetti, Filomena

Spagnuolo, Francesco Cassese, Bruino Aiello, Maurizio D'Orsi.

Già numerosissime le adesioni in tutte le province e i servizi della Campania.

Qualificato e ricco di iniziative il piano formativo per il 2020, ad iniziare dal congresso nazionale a carattere scientifico ed istituzionale sulla attesa riforma del TU 309 del 1990.

🔍 Gli articoli di questa sezione sono sottoposti a referaggio doppiamente cieco (double blind peer review process) e seguono gli standard in uso per le pubblicazioni scientifiche a livello internazionale ed accettati dalle principali banche dati citazionali

## La doppia diagnosi ADHD e SUD

Gianmaria Zita\*, Giovanni Migliarese\*\*

### SUMMARY

■ *Psychiatric comorbidities are frequently found in patients with Substance Use Disorder (SUD). Although in the literature Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most frequent comorbidities with SUD, it appears poorly diagnosed in the clinical settings. Various researches show that about a third of patients with ADHD also suffer from an Addiction Disorder.*

*In addressing subjects affected by this comorbidity, it is important to underline the relevance of the clinical assessment in order to identify symptoms that frequently appear similar and which make treatment more complex. An accurate assessment must consider the influence of the substance use on cognitive functions. This effect influences the course of ADHD worsening the retention rate and the outcome.*

*The treatment of this comorbidity requires multiple therapeutic strategies, including pharmacological, psychological and socio-educational interventions. Pharmacological therapies and the risks of their misuse has to be particularly considered. Thus, to provide an effective treatment it is necessary to build a highly integrated setting in which specific interventions are delivered simultaneously.* ■

**Keywords:** ADHD, Substance Use Disorder, Dual Disorder.

**Parole chiave:** ADHD, Disturbo da Uso di Sostanze, Doppia Diagnosi.

Nelle comorbidity tra disturbi mentali quella tra un Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD) e il Disturbo da Uso di Sostanze (SUD) occupa un posto rilevante. L'ADHD viene infatti riscontrato in circa il 30% dei soggetti adulti con Disturbo da Uso di Sostanze mentre il 10% dei soggetti con ADHD soddisfa i criteri diagnostici per un DUS (1, 2). A livello clinico questo dato è fondamentale perché sottolinea la necessità di conoscere le caratteristiche comuni ai due disturbi e le modalità con cui i quadri tendono ad influenzarsi reciprocamente. Il dato, ormai assodato, che alcune sostanze d'abuso sono in grado di modificare profondamente le funzioni cognitive quali l'attenzione, la *working memory* e l'impulsività compromettendo alcune capacità inibitorie e abbassando la soglia dell'agito o "acting" (3, 4), pone complessità cliniche ulteriori.

L'ADHD può essere descritto come un "disturbo di base" ovvero un funzionamento affettivo e cognitivo di base dell'individuo che ne connota le interazioni sociali, relazionali, comportamentali ed emotive che frequentemente vengono confuse con le modalità di funzionamento proprie del Disturbo da Uso di Sostanze. Studi epidemiologici di comorbidity supportano le evidenze che l'ADHD pone il soggetto in una condizione di rischio di utilizzo di sostanze.

\* DSMD - Responsabile Unità Semplice Dipendenze patologiche, ASST FBF-Sacco Milano.

\*\* DSMD - Responsabile Unità Semplice Salute Mentale, ASST FBF-Sacco Milano.

In alcuni studi di popolazione si evidenzia come soggetti adulti con SUD presentino una prevalenza di ADHD 3 volte superiore rispetto alla popolazione generale (5). Il legame in questo senso appare colpire in entrambe le direzioni in quanto sono stati riscontrati nella popolazione adulta sia elevati tassi di prevalenza di SUD in soggetti con ADHD (6, 5, 7) sia elevati tassi di prevalenza di ADHD in soggetti con SUD (8, 9, 10). Inoltre secondo alcuni autori il 25-50% degli adolescenti con SUD in carico ai servizi per le dipendenze soffrirebbe contestualmente anche di un ADHD non diagnosticato (5, 11). In uno studio multicentrico europeo su un numeroso gruppo di soggetti affetti da ADHD è stato riscontrato che il legame tra ADHD e dipendenze riguarda, con percentuali sostanzialmente sovrapponibili, un diverso numero di sostanze, tra cui anche l'alcool (1).

Ancora non si è spiegata del tutto l'origine di questa comorbidity anche se, come altre condizioni psicopatologiche, è stata ipotizzata la presenza di una predisposizione comune o la condivisione di fattori di rischio (genetici e/o ambientali). L'ADHD si manifesta generalmente in età più precoce rispetto all'inizio di uso di sostanze e l'ADHD potrebbe dunque spingere alla ricerca e uso delle sostanze per l'effetto "autoterapeutico" (12): è frequente ad esempio il riscontro di pazienti che utilizzano nicotina attribuendo ad essa un miglioramento delle attenzione e delle funzioni esecutive (13). In questo senso gli interventi di *autocura* sembrerebbero aiutare a lenire sia i sintomi propri del disturbo, sia le sofferenze psicologiche indotte dal disturbo stesso (14). L'ipotesi dell'effetto *autoterapeutico* ha da sempre rappresentato anche

un convincente tentativo di spiegazione del frequente utilizzo di stimolanti in pazienti affetti da ADHD. In particolare questi pazienti riportano spesso i ben noti effetti calmanti “paradossi” indotti dagli stimolanti, quali ad esempio le amfetamine, che li aiuterebbero a completare le attività quotidiane in una modalità di funzionamento riferita spesso come di una “normalità recuperata” (15, 16).

Le evidenze del ruolo dell'ADHD nella genesi dei disturbi da uso di sostanze sono sempre più consistenti: ad esempio nella metanalisi di Lee e coll. (8) si evidenzia che bambini affetti da ADHD mostrano il doppio delle possibilità di iniziare ad usare tabacco e 3 volte la probabilità di svilupparne una dipendenza rispetto ai controlli. La presenza di un ADHD infantile incrementerebbe inoltre il rischio di abuso di sostanze (legali e/o illegali) sia in età adolescenziale, dove è stato associato a un incrementato rischio di utilizzo di nicotina (Odd Ratio: 2.36, IC 1.71-3.27), sia nella giovane età adulta dove è associato a un incrementato rischio di disturbo da uso di alcool (OR: 1.35, IC: 1.11-1.64) (9), un aumento di 1.5 volte del rischio di abuso di THC e di circa 2 volte nell'uso di alcool e cocaina (17). L'associazione tra addiction e ADHD sembrerebbe aspecifica potendosi manifestare anche nelle dipendenze comportamentali (18) e facilitata da alcune caratteristiche intrinseche dell'ADHD: alcuni studi riferiscono infatti di un aumentato rischio di sviluppare un SUD nei sottotipi ADHD *iperattivo/impulsivo* e ADHD *combinato* rispetto al sottotipo ADHD *disattento* (19, 20). La componente impulsiva nella genesi delle dipendenze è stata riconosciuta da diverse ricerche come componente fondamentale: ad esempio, alterazioni del *temporal discounting*, che porta a preferire ricompense immediate rispetto a quelle dilazionate nel tempo, sono state proposte come fattore di mediazione tra l'ADHD e il rischio di dipendenze (21) (Marx *et al.*, 2018).

Non mancano comunque ricerche che correlano il rischio di uso di sostanze al numero di sintomi da disattenzione presentati dal paziente (22).

L'uso di sostanze in età adolescenziale/inizio dell'età adulta in alcuni pazienti potrebbe configurarsi quindi come un epifenomeno di un ADHD non ancora riconosciuto ma, secondo altri, potrebbe anche rappresentare un trigger in grado di slatentizzare un ADHD sottosoglia, suggerendo quindi l'esistenza di un rapporto biunivoco tra le due condizioni (23, 24, 25).

L'impatto clinico di questa comorbidità è importante in quanto l'associazione influenza il decorso delle due condizioni: in queste persone spesso si associa un esordio più precoce e più grave sul piano clinico dell'uso di sostanze e una più veloce transizione all'abuso e alla dipendenza (26, 27, 28); il percorso di trattamento è inoltre caratterizzato da una storia clinica più complessa con più frequenti ricadute e maggior difficoltà a raggiungere e mantenere l'astinenza dall'uso di sostanze (5, 29, 30, 31).

L'associazione tra ADHD e SUD sembra quindi identificare un sottogruppo di pazienti a peggior prognosi e maggior gravità clinica: in questo senso sembra riflettersi su ciò che nella pratica clinica appare come un circolo vizioso nel quale l'addiction potenzia i sintomi dell'ADHD e questi rendono il paziente poco aderente ai percorsi di trattamento a causa di una tendenza alla disorganizzazione e per la difficoltà a definire priorità e tempistiche. Caratteristiche frequentemente alla base della scarsa aderenza al trattamento sono anche l'elevata impulsività e la scarsa capacità di tollerare le frustrazioni. La maggiore gravità psicopatologica che comporta questa comorbidità frequentemente sconfinata in comportamenti antisociali, sintomi depressivi anche gravi (32) e ideazione suicidaria (29, 27, 26).

## Procedure diagnostiche in caso di comorbidità

Questo particolare tipo di comorbidità porta ad alcune complessità a livello diagnostico e terapeutico. Il primo aspetto da affrontare in un percorso di cura in caso di comorbidità tra SUD e ADHD è dato dalla possibilità di effettuare correttamente una valutazione approfondita in quei casi di dipendenza patologica nei quali si ipotizza un disturbo iperattivo/impulsivo non precedentemente riconosciuto anche aiutandosi mediante l'utilizzo di questionari auto- e/o etero-somministrati alcuni dei quali verranno illustrati più avanti.

In un accesso ai servizi per le dipendenze il focus, oltre che all'indagine accurata sulle sostanze utilizzate, dovrebbe considerare ancora maggiormente i dati anamnestici forniti dai familiari. Importante infatti è valutare attentamente le performance scolastiche e sociali e le eventuali problematiche neuropsichiatriche dell'infanzia (33) al fine di far emergere eventuali sintomi specifici dell'ADHD. L'ADHD infatti, come già anticipato, ha una manifestazione precoce che precede l'uso di sostanze, che può successivamente aggravare il quadro ma anche mimarne alcune caratteristiche.

Una corretta anamnesi diviene ancora più importante in chi usa attivamente sostanze per l'influenza che queste possono esercitare sulle modalità cognitive, comportando deficit nell'attenzione e alterando la flessibilità cognitiva, la *working memory* e la gestione dell'impulsività, tutti aspetti centrali nel definire il funzionamento e l'adattamento all'ambiente (3, 4, 34, 35). Nei periodi di utilizzo delle sostanze è inoltre nota la difficoltà nel riuscire a differenziare tra sintomi primari e sintomi derivati dall'uso di sostanze (36). Per questo motivo sarebbe molto importante, benché difficile da ottenere, completare l'iter diagnostico in un periodo di astinenza o di forte riduzione dell'uso di sostanze (37, 13). Comunque, solo una attenta ricostruzione della sintomatologia precedente ai periodi di intossicazione permette di differenziare correttamente tra manifestazioni primarie e secondarie e identificare l'eventuale induzione di sintomi apparentemente ADHD successivi a intossicazione da sostanze (36).

Dubbi sulla presenza di un ADHD non ancora riconosciuto possono emergere, sia in fase diagnostica che durante un percorso di trattamento, in presenza di alcune caratteristiche comportamentali aspecifiche. Ne sono esempio una particolare e immediata reattività dell'umore in risposta a domande specifiche sull'uso di sostanze; oppure una frequente modalità di comportamento oppositiva, in cui il paziente si difende utilizzando argomenti poco convincenti e poco accessibili alla critica. In questi casi il paziente è spesso a conoscenza delle regole di comportamento adeguate pur non riuscendo a metterle in pratica. Frequente è la manifestazione di ulteriori deficit di esternalizzazione che rende ancora più difficile l'approccio terapeutico (38).

### Diagnosi

- La valutazione della comorbidità da ADHD e SUD deve focalizzarsi su una attenta anamnesi e sulla valutazione delle modalità di funzionamento del paziente precedentemente all'esordio del SUD e/o nelle fasi di astinenza.
- Caratteristiche comportamentali aspecifiche come ad esempio: tendenza alla disorganizzazione, difficoltà a definire priorità e tempistiche, immediata reattività su domande specifiche sull'uso di sostanze e modalità di comportamento oppositive, possono far ipotizzare la presenza di un ADHD in un utilizzatore di sostanze.
- Alcuni strumenti (*Ultra-short Screening List for ADHD in Adults*, *ASRS*, *WURS*) possono aiutare il clinico ad approfondire alcuni aspetti specifici relativi all'ADHD, ad effettuare un primo screening ad alta sensibilità e a fornire indicazioni per il successivo approfondimento.

Nella diagnostica dell'ADHD, come in molte altre condizioni psicopatologiche, possono essere d'aiuto alcune indagini specifiche, standardizzate, che aiutino ad effettuare un primo screening dell'eventuale presenza di patologia.

Uno strumento breve (solo 4 domande) e di immediata somministrazione, seppur non validato, è l'*Ultra-Short Screening List for ADHD in Adults* (39), originariamente pensato per adulti ma che si è rivelato in grado di valutare anche ragazzi adolescenti frequentanti il Ser.D. Vista l'alta frequenza di comorbidità con ADHD, in alcuni servizi per le dipendenze questo strumento rappresenta già uno screening di routine.

Un altro test utilizzato nel sospetto diagnostico di ADHD è rappresentato dall'ASRS (*Adult ADHD Self-Report Scale*). Questo Test di screening, lievemente più approfondito, consiste in 18 *items* con risposta da 0 a 4 e pone l'attenzione del paziente e del clinico su alcune manifestazioni attuali che potrebbero essere determinate dalla presenza di ADHD. È un test ad alta sensibilità ma dimostra bassa specificità, soprattutto nel soggetto con SUD, poiché alcuni item possono essere inficiati dall'uso attivo di sostanze (40). L'ASRS è uno strumento che può aiutare il clinico ad orientarsi su alcuni aspetti che andranno approfonditi successivamente. Inoltre, l'ASRS può fornire un punteggio di confronto in caso di successivo trattamento al fine di valutare l'efficacia clinica degli interventi (41, 42, 43, 41, 45).

Per coadiuvare la raccolta anamnestica in alcuni servizi viene utilizzato il WURS (*Wender Utah ADHD Rating Scale*), strumento autosomministrato che può essere successivamente approfondito durante l'anamnesi da una figura più specifica come lo psicologo. Questo test valuta la presenza di un'eventuale sintomatologia ADHD nell'infanzia attraverso una sessantina di item che indagano l'età tra 8-10 anni. Item del WURS esaminano la presenza e l'intensità di manifestazioni come la scarsa perseveranza, la tendenza a interrompere le attività prima di finirle, i problemi di concentrazione o altri aspetti comportamentali come la scarsa disciplina, la frequente disobbedienza alle regole, gli atti di ribellione ecc.

A prescindere dal test utilizzato si ribadisce comunque la necessità che i servizi per le dipendenze si dotino di una procedura interna e di uno screening in grado di rilevare precocemente i sintomi da ADHD per un successivo approfondimento clinico ed un eventuale trattamento.

## Specificità di trattamento

L'obiettivo dell'intervento risulta quello di fornire al paziente un trattamento combinato tra interventi farmacologici, psicoeducativi e cognitivo-comportamentali per favorire, oltre che il contenimento dei sintomi, anche un miglioramento della qualità di vita e della sua funzionalità globale (46).

La letteratura è concorde nel sostenere che in caso di comorbidità tra ADHD e SUD dovrebbe essere definito un gradiente di priorità, trattando inizialmente la condizione più problematica, funzionalmente invalidante o destabilizzante.

Questa comorbidità presenta alcune forti criticità per cui è importante condividere da subito con il paziente alcuni aspetti fondamentali del trattamento: la strutturazione del *setting*, impostare e condividere in modo chiaro il focus dell'intervento, illustrare gli strumenti disponibili e le modalità del loro utilizzo, i limiti degli stessi.

Appare inoltre indicato che il paziente sia preso in carico contemporaneamente dagli specialisti (o dai servizi) che si occupano dei due disturbi, al fine di gestire in maniera ottimale e coor-

dinata l'evoluzione della patologia. L'impegno dei curanti (o dei servizi) può essere rimodulato nel tempo in relazione all'andamento clinico delle due condizioni, così che in alcune fasi del trattamento possono risultare prevalenti le necessità di intervento connesse all'uso di sostanze mentre in altre fasi quelle mirate al funzionamento disorganizzato, disattentivo e impulsivo di base.

Sia per il paziente con SUD e recente riscontro di ADHD, sia per il paziente con ADHD che sta utilizzando attivamente sostanze, un primo momento del trattamento dovrebbe mirare da subito a concordare un programma di astensione nel breve/medio termine dell'utilizzo delle stesse, anche tramite un approccio farmacologico specifico.

La restituzione diagnostica relativa all'ADHD è una fase importante perché favorisce una maggior consapevolezza rispetto alle modalità di (dis)funzionamento del paziente, fornendo una chiave di lettura efficace rispetto alle difficoltà passate e presenti tanto ai clinici che al soggetto stesso. La restituzione diagnostica relativa al funzionamento ADHD offre inoltre la possibilità di identificare ed evidenziare ulteriori obiettivi specifici da affrontare nel percorso.

Considerando la gravità del quadro clinico, compreso il pattern più o meno pervasivo di uso delle sostanze, dev'essere impostato il piano di trattamento che può giovare di interventi di tipo psicologico e interventi farmacologici in associazione.

### *Interventi psicologici*

In un paziente affetto da ADHD e SUD la motivazione alla cura è spesso molto bassa (47) e si riflette in un elevato numero di drop-out. Per questo può essere utile un primo approccio mirato a favorire una stabilizzazione iniziale delle condotte impulsive e un inquadramento del pattern di uso delle sostanze attraverso l'intervento motivazionale. Nel paziente che ha acquisito una buona motivazione al trattamento, interventi psicoterapeutici efficaci si sono dimostrati essere soprattutto gli interventi di tipo Cognitivo Comportamentale (Cognitive Behaviour Therapy - CBT) sia individuali che familiari (48, 49), che prevedano la costruzione condivisa di obiettivi terapeutici con il paziente e con la famiglia (50, 51). La CBT è riconosciuta come un presidio efficace nel trattamento dell'ADHD sia negli adulti che negli adolescenti; l'utilizzo in soggetti con comorbidità ha evidenziato che la CBT è efficace nel ridurre i sintomi *core* dell'ADHD come anche i sintomi più propriamente legati alla dipendenza da sostanze (50, 52, 53, 54).

### *Interventi farmacologici*

Il trattamento farmacologico dovrebbe essere ritagliato specificamente sul paziente al fine di contrastare l'uso di sostanze, contenendo la sintomatologia astinenziale e il craving, e ridurre i sintomi più invalidanti dell'ADHD per migliorare il funzionamento globale del soggetto. Sintomi ADHD non trattati possono favorire l'accesso all'utilizzo di sostanze in tentativi fallimentari di auto-trattamento: in quest'ottica alcuni autori riportano la potenziale utilità di trattare precocemente sintomi correlati all'ADHD al fine di ridurre il potenziale uso di sostanze con fini di automedicazione (55).

In questa specifica comorbidità è molto importante, prima della prescrizione, valutare accuratamente le caratteristiche dei trattamenti farmacologici scelti e la *compliance* del paziente, al fine di prevenire i rischi legati ad un utilizzo incongruo e ai possibili effetti collaterali dei farmaci. Numerosi trattamenti farmacologici potenzialmente efficaci possiedono infatti caratteristiche farmacodinamiche che possono favorire fenomeni di abuso, tolle-

ranza e dipendenza, come ad esempio farmaci psicostimolanti come il metilfenidato, alcune benzodiazepine (soprattutto se a breve emivita), farmaci ipnoinduttori, farmaci sostitutivi, ecc.

In Italia per soggetti adulti con ADHD l'unico trattamento prescrivibile *on-label* risulta atomoxetina che ha confermato l'efficacia nel ridurre i sintomi del disturbo in una recente metanalisi (56). In soggetti ADHD che presentano comorbidità con SUD è dunque da preferirsi in prima battuta, ad opinione di chi scrive, l'uso di agenti non stimolanti come atomoxetina (ATX), che non è associata al rischio di abuso. In presenza di controindicazioni all'utilizzo di questa e se vi sono le condizioni per la somministrazione di farmaci fuori indicazione terapeutica (*off-label*), possono essere utilizzate molecole *stimolanti*, visto che dati iniziali hanno suggerito la possibile efficacia di metilfenidato nel ridurre la sintomatologia associata al disturbo e nel favorire un miglioramento del funzionamento globale (56). In questo caso, formulazioni di metilfenidato a rilascio modificato (*long-acting*), che presentano un minore potenziale di abuso e di diversione rispetto ai corrispettivi *short-acting*, appaiono preferibili (28, 6). Come farmaci di seconda linea, stanti i minori dati di efficacia presenti in letteratura, è possibile prendere in considerazione gli antidepressivi dopaminergici (bupropione) e gli antidepressivi noradrenergici; va ricordato che anche questi farmaci risultano comunque fuori indicazione terapeutica (*off-label*).

È importante sempre ricordare che qualunque trattamento farmacologico deve essere sempre affiancato da interventi psicoeducativi individuali o di gruppo per incrementarne l'efficacia e che non vi sono sufficienti dati relativi ad effetti collaterali che possono verificarsi se il paziente persiste nell'utilizzo di sostanze anche in corso di trattamento.

#### Metilfenidato (MPH)

Il MPH è un farmaco che deve il suo funzionamento al legame con i trasportatori sinaptici per la dopamina (DAT) e in minor misura per la noradrenalina, inibendo il *reuptake* presinaptico della dopamina. La sua azione si esplica con l'incremento della concentrazione extracellulare e quindi della neurotrasmissione dopaminergica e noradrenergica a livello della corteccia prefrontale, del Nucleo Accumbens e del Corpo Striato (57). Metilfenidato possiede numerosi dati di efficacia nei soggetti con ADHD nel breve termine (56) mentre appaiono meno forti le evidenze di efficacia nel lungo termine, anche se i dati paiono rassicuranti (58, 59, 60). Iniziali evidenze emergono anche nel trattamento preventivo con MPH nei bambini/adolescenti ADHD che sembra ricoprire un importante ruolo protettivo rispetto allo sviluppo successivo di SUD (61-63).

Gli effetti del trattamento con MPH nei pazienti in doppia diagnosi sono limitati seppure alcuni autori segnalano l'efficacia del farmaco sulla riduzione del craving da sostanze, prevalentemente per soggetti con dipendenza da cocaina (52, 56).

Inoltre, benché non si debbano sottovalutare le caratteristiche di MPH che possono favorire un utilizzo incongruo, ad esempio per ottenere un *enhancement* cognitivo (36, 68, 69, 71), alcuni autori riferiscono che nei soggetti adulti l'utilizzo di MPH non sembrerebbe peggiorare la condizione di addiction o l'uso improprio del farmaco se si rimane all'interno di un corretto monitoraggio clinico (72). Gli effetti stimolanti del farmaco sono associati a cambiamenti rapidi delle concentrazioni sieriche: a questo proposito preparazioni a rilascio ritardato (*retard*) di metilfenidato sono associate a minori effetti stimolanti e presentano un potenziale di abuso inferiore rispetto ai preparati a base a rilascio immediato e risultano maggiormente indicate nel soggetto con comorbidità tra ADHD e SUD. Una ulteriore caratteri-

stica dei preparati *retard* che rende meno probabile l'abuso è costituita dalla loro maggiore difficoltà ad essere assunti in modalità differente da quella orale, come ad esempio, iniettati o inalati per via intranasale (73).

#### Atomoxetina (ATX)

Atomoxetina è un inibitore selettivo del *reuptake* pre-sinaptico della noradrenalina (NRI) e risulta oggi il farmaco non-stimolante principale per il trattamento dell'ADHD negli adulti. L'efficacia clinica di ATX a breve termine è risultata paragonabile a quella delle altre molecole, come riscontrato da una recente metanalisi (56) su un elevato numero di studi clinici. Decisamente più ridotte sono le evidenze scientifiche a lungo termine benché alcune evidenze segnalino comunque l'efficacia di ATX nei trattamenti prolungati (74, 75) con un minor rischio di ricaduta alla sospensione rispetto a metilfenidato (76).

Atomoxetina non è stata associata a condotte d'abuso, presumibilmente anche in relazione agli scarsi effetti cognitivi che determina nell'immediato; per questo basso rischio di diversione la rende un farmaco potenzialmente indicato per il trattamento di soggetti con tendenza ai comportamenti da addiction. Al contrario però è stato segnalato che in soggetti con elevata quota di impulsività si può incorrere in un maggior rischio di *dropout* dovuto proprio ai tempi protratti di efficacia del farmaco.

L'efficacia di ATX nei soggetti con comorbidità tra SUD e ADHD ha ancora poche conferme in letteratura. Una recente *review* ha riscontrato che atomoxetina migliora significativamente i sintomi dell'ADHD in soggetti con ADHD e SUD, seppure i risultati sulle condotte d'abuso non siano univoci (64, 78). Sembra infatti che atomoxetina riduca significativamente, in soggetti con disturbo da uso di alcool, i giorni di astensione ma non la latenza alla ricaduta (7, 56). Da segnalare al contrario che atomoxetina non sembra ridurre l'uso di cannabis in una RCT di pazienti con ADHD con uso di cannabis (79) né potenziare l'effetto della terapia cognitiva/motivazionale rispetto al placebo in uno studio su 70 adolescenti tra i 13 e i 19 anni (80).

Nonostante la letteratura ancora scarsa in merito atomoxetina risulta comunque un farmaco sicuro e da tenere in considerazione per pazienti per i quali sia complesso definire un programma strutturato di intervento che riduca i rischi di abuso di altri farmaci.

#### Specificità sul trattamento per soggetto con SUD e comorbidità ADHD

- Prevedere un primo intervento motivazionale per aumentare l'adesione alla cura e favorire una stabilizzazione delle condotte.
- Nel momento di maggior adesione alla cura è necessario inserire il paziente in un trattamento psicoterapeutico ad orientamento CBT e in un programma psicoeducativo.
- Valutare la possibilità di un trattamento farmacologico con farmaci specifici per ADHD. In linea di massima sono da preferirsi farmaci a basso rischio di indurre dipendenza quali farmaci non stimolanti o formulazioni a rilascio modificato.
- Sono necessari *setting* strutturati per la corretta somministrazione farmacologica e per il monitoraggio del paziente.

## Conclusioni

È noto che fino al 30% dei pazienti affetti da un Disturbo da Uso di Sostanze (SUD) può presentarsi in comorbidità con un Distur-

bo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD). Il quadro clinico che emerge da questa comorbidità è caratterizzato da una maggiore complessità a livello diagnostico, di trattamento e nel grado di ritenzione in cura.

Quanto più precocemente viene riconosciuta questa particolare condizione quanto prima può essere instaurato un intervento clinico che possa gestirne la complessità e far aderire meglio il paziente agli interventi di cura.

Ancora più che per il soggetto con la singola diagnosi di Dipendenza da Sostanze, il quadro di comorbidità deve avvalersi di un team multidisciplinare solido che possa avvalersi di specialisti su piani differenti. È di particolare rilevanza la strutturazione di un *setting* di trattamento all'interno del quale devono essere definiti gli obiettivi attesi, le modalità di intervento, i comportamenti da mantenere come anche le eventuali motivazioni per l'interruzione del percorso di trattamento; in questo senso è necessario che l'offerta terapeutica preveda, almeno inizialmente, incontri abbastanza ravvicinati che prestino una attenzione particolare alle prescrizioni terapeutiche e agli interventi motivazionali.

Nel trattamento della comorbidità tra ADHD e SUD è importante che il paziente venga da subito preso in carico da un team che si occupi di entrambi i disturbi contemporaneamente, al fine di gestire in maniera ottimale l'evoluzione della patologia. L'obiettivo prioritario dovrebbe mirare a contenere il sintomo più disfunzionale e, dopo una prima risposta del paziente al trattamento, affrontare le altre condizioni cliniche associate.

Benché di prassi si miri a contenere da subito la condizione di abuso da sostanze, nella pratica clinica è noto come questo sia un obiettivo di non immediato riscontro. Può quindi essere utile iniziare ad affrontare l'impatto dei sintomi correlati all'ADHD anche in una situazione di non completa astinenza, garantendo una stretta collaborazione tra specialisti, che potrebbe avvalersi di nuove modalità di interazione tra servizi. Questi nuovi modelli di interazione rappresentano inoltre un punto nodale delle recenti indicazioni fornite da alcune Regioni italiane (81). In questo modo gli interventi clinici dovrebbero essere modulati per intensità e priorità nel corso del trattamento con l'obiettivo di risultare sinergici e migliorare la risposta clinica.

La ricerca suggerisce, seppur con evidenze solo iniziali, che l'intervento farmacologico può avere un ruolo importante in questa specifica forma di comorbidità. Per confermare questi dati è sempre più necessario ottenere trial clinici che valutino approfonditamente l'efficacia di interventi farmacologici su sottogruppi specifici. Ad esempio sarebbe utile differenziare l'efficacia del trattamento in pazienti affetti da ADHD e prevalente dipendenza da stimolanti rispetto invece all'efficacia in soggetti che prediligono l'uso di THC.

Ogni intervento clinico sulla doppia diagnosi deve comunque essere affiancato da interventi psicoeducativi, motivazionali e psicologici, soprattutto di tipo Cognitivo-Comportamentale.

Il trattamento del paziente affetto da ADHD e SUD rimane tuttora un problema clinico di difficile gestione per la complessità del quadro clinico e per l'organizzazione attuale dei servizi. Riuscire ad implementare un adeguato trattamento, che riesca a riunire diversi professionisti su un obiettivo comune e condiviso, rappresenta una sfida che i servizi sono chiamati ad affrontare.

## Bibliografia

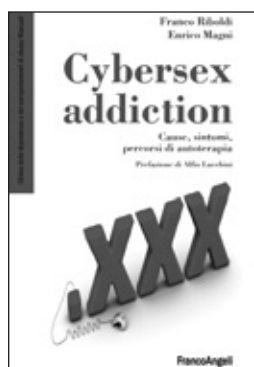
(1) Deberdt W. *et al.* (2015). Prevalence of ADHD in nonpsychotic adult psychiatric care (ADPSYC): A multinational cross-sectional study in Europe. *BMC Psychiatry*, 15: 242.

- (2) Fayyad J. *et al.* (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.*, 190: 402-409.
- (3) Gould T.J. (2010). Addiction and cognition. *Addict. Sci. Clin. Pract.*, 5: 4-14.
- (4) Juárez C., Molina-Jiménez T., Morin J.-P., Roldán-Roldán G., Zepeda R. (2018). *Influence of Drugs on Cognitive Functions*. doi: 10.5772/intechopen.71842.
- (5) Wilens T.E. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder and the substance use disorders: the nature of the relationship, subtypes at risk, and treatment issues. *Psychiatr. Clin. North Am.*, 27: 283-301.
- (6) Wilens T.E., Morrison N.R. (2012). Substance-use disorders in adolescents and adults with ADHD: focus on treatment. *Neuropsychiatry*, 2: 301-312.
- (7) van de Glind G. *et al.* (2014). Variability in the prevalence of adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients: results from an international multi-center study exploring DSM-IV and DSM-5 criteria. *Drug Alcohol Depend.*, 134: 158-166.
- (8) Lee S.S., Humphreys K.L., Flory K., Liu R., Glass K. (2011). Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: a meta-analytic review. *Clin. Psychol. Rev.*, 31: 328-341.
- (9) Charach A., Yeung E., Climans T., Lillie E. (2011). Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and future substance use disorders: comparative meta-analyses. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 50: 9-21.
- (10) Wilens T.E., Morrison N.R. (2011). The intersection of attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. *Curr. Opin. Psychiatry*, 24: 280-285.
- (11) Frodl T. (2010). Comorbidity of ADHD and Substance Use Disorder (SUD): a neuroimaging perspective. *J. Atten. Disord.*, 14: 109-120.
- (12) Khantzian E.J. (2013). Addiction as a self-regulation disorder and the role of self-medication. *Addict. Abingdon Engl.*, 108: 668-669.
- (13) Zulauf C.A., Sprich S.E., Safren S.A., Wilens T.E. (2014). The complicated relationship between attention deficit/hyperactivity disorder and substance use disorders. *Curr. Psychiatry Rep.*, 16: 436.
- (14) Mariani J.J., Khantzian E.J., Levin F.R. (2014). The self-medication hypothesis and psychostimulant treatment of cocaine dependence: an update. *Am. J. Addict.*, 23: 189-193.
- (15) Van Meer R. (2014). Stimulant substitution in methamphetamine dependence from the perspective of adult ADHD. *Aust. N.Z.J. Psychiatry*, 48: 95-96.
- (16) Peles E., Schreiber S., Linzy S., Domani Y., Adelson M. (2015). Differences in methylphenidate abuse rates among methadone maintenance treatment patients in two clinics. *J. Subst. Abuse Treat.*, 54: 44-49.
- (17) Harstad E., Levy S. (2014). Committee on Substance Abuse. Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. *Pediatrics*, 134: e293-301.
- (18) Evren B., Evren C., Dalbudak E., Topcu M., Kutlu N. (2018). Relationship of internet addiction severity with probable ADHD and difficulties in emotion regulation among young adults. *Psychiatry Res.*, 269: 494-500.
- (19) De Alwis D., Lynskey M.T., Reiersen A.M., Agrawal A. (2014). Attention-deficit/hyperactivity disorder subtypes and substance use and use disorders in NESARC. *Addict. Behav.*, 39: 1278-1285.
- (20) Liebrez M., Gamma A., Ivanov I., Buadze A., Eich D. (2015). Adult attention-deficit/hyperactivity disorder: Associations between subtype and lifetime substance use - a clinical study. *F1000Research*, 4: 407.
- (21) Marx I., Hacker T., Yu X., Cortese S., Sonuga-Barke E. (2018). ADHD and the Choice of Small Immediate Over Larger Delayed Rewards: A Comparative Meta-Analysis of Performance on Simple Choice-Delay and Temporal Discounting Paradigms. *J. Atten. Disord.* 1087054718772138. doi: 10.1177/1087054718772138.
- (22) Gudjonsson G.H., Sigurdsson J.F., Sigfusdottir I.D., Young S. (2012). An epidemiological study of ADHD symptoms among young persons and the relationship with cigarette smoking, alcohol

- consumption and illicit drug use. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 53: 304-312.
- (23) Serra-Pinheiro M.A. *et al.* (2013). Is ADHD a risk factor independent of conduct disorder for illicit substance use? A meta-analysis and metaregression investigation. *J. Atten. Disord.*, 17: 459-469.
- (24) Biederman J. *et al.* (1997). Conduct disorder with and without mania in a referred sample of ADHD children. *J. Affect. Disord.*, 44: 177-188.
- (25) Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan. - PubMed - NCBI. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30195575](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30195575).
- (26) Arias A.J. *et al.* (2008). Correlates of co-occurring ADHD in drug-dependent subjects: prevalence and features of substance dependence and psychiatric disorders. *Addict. Behav.*, 33: 1199-1207.
- (27) Johann M., Bobbe G., Putzhammer A., Wodarz N. (2003). Comorbidity of alcohol dependence with attention-deficit hyperactivity disorder: differences in phenotype with increased severity of the substance disorder, but not in genotype (serotonin transporter and 5-hydroxytryptamine-2c receptor). *Alcohol. Clin. Exp. Res.*, 27: 1527-1534.
- (28) Riggs P.D. (1998). Clinical approach to treatment of ADHD in adolescents with substance use disorders and conduct disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 37: 331-332.
- (29) Biederman J. *et al.* (1995). Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *Am. J. Psychiatry*, 152: 1652-1658.
- (30) Biederman J., Wilens T.E., Mick E., Faraone S.V., Spencer T. (1998). Does attention-deficit hyperactivity disorder impact the developmental course of drug and alcohol abuse and dependence? *Biol. Psychiatry*, 44: 269-273.
- (31) Wilens T.E., Fusillo S. (2007). When ADHD and substance use disorders intersect: relationship and treatment implications. *Curr. Psychiatry Rep.*, 9: 408-414.
- (32) Ilomäki R. *et al.* (2008). Drug-dependent boys are more depressed compared to girls: a comorbidity study of substance dependence and mental disorders. *Eur. Addict. Res.*, 14: 161-168.
- (33) CDC (2018). ADHD Treatment Recommendations | CDC. Centers for Disease Control and Prevention. [www.cdc.gov/ncbddd/adhd/guidelines.html](http://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/guidelines.html).
- (34) Rogers R.D., Robbins T.W. (2001). Investigating the neurocognitive deficits associated with chronic drug misuse. *Curr. Opin. Neurobiol.*, 11: 250-257.
- (35) Vik P.W., Cellucci T., Jarchow A., Hedt J. (2004). Cognitive impairment in substance abuse. *Psychiatr. Clin. North Am.*, 27: 97-109, ix.
- (36) Mariani J.J., Levin F.R. (2007). Treatment strategies for co-occurring ADHD and substance use disorders. *Am. J. Addict.*, 16, Suppl 1: 45-54; quiz 55-56.
- (37) NIDA. Treatment Approaches for Drug Addiction. [www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/treatment-approaches-drug-addiction](http://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/treatment-approaches-drug-addiction).
- (38) Kang N.R., Kwack Y.S. (2019). Temperament and Character Profiles Associated with Internalizing and Externalizing Problems in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Psychiatry Investig.*, 16: 206-212.
- (39) Kooij J.J.S. (2013). *Adult ADHD: Diagnostic Assessment and Treatment*. Springer-Verlag.
- (40) Chiasson J.-P. *et al.* (2012). Questioning the specificity of ASRS-v1.1 to accurately detect ADHD in substance abusing populations. *J. Atten. Disord.*, 16: 661-663.
- (41) Kessler R.C. *et al.* (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol. Med.*, 35: 245-256.
- (42) Daigre Blanco C. *et al.* (2009). Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) symptom checklist in patients with substance use disorders. *Actas Esp. Psiquiatr.*, 37, 299-305.
- (43) Pedrero Pérez E.J., Puerta García C. (2007) [ASRS v.1.1., a tool for attention-deficit/hyperactivity disorder screening in adults treated for addictive behaviors: psychometric properties and estimated prevalence]. *Adicciones*, 19: 393-407.
- (44) Adler L.A., Guida F., Irons S., Rotrosen J., O'Donnell K. (2009). Screening and imputed prevalence of ADHD in adult patients with comorbid substance use disorder at a residential treatment facility. *Postgrad. Med.*, 121: 7-10.
- (45) Park C.-B. *et al.* (2015). The effect of repeated exposure to virtual gambling cues on the urge to gamble. *Addict. Behav.*, 41: 61-64.
- (46) CADDRA Guidelines (2018). *Can. ADHD Pract. Guidel.*, 4<sup>th</sup> Edition.
- (47) Wilens T.E., Upadhyaya H.P. (2007). Impact of substance use disorder on ADHD and its treatment. *J. Clin. Psychiatry*, 68: e20.
- (48) Austin A.M., Macgowan M.J., Wagner E.F. (2005). Effective Family-Based Interventions for Adolescents With Substance Use Problems: A Systematic Review. *Res. Soc. Work Pract.*, 15: 67-83.
- (49) Waldron H.B., Turner C.W. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for adolescent substance abuse. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol. Off. J. Soc. Clin. Child Adolesc. Psychol. Am. Psychol. Assoc. Div.*, 37: 238-261.
- (50) Antshel K.M., Faraone S.V., Gordon M. (2014). Cognitive behavioral treatment outcomes in adolescent ADHD. *J. Atten. Disord.*, 18: 483-495.
- (51) Emilsson B. *et al.* (2011). Cognitive behaviour therapy in medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 11: 116.
- (52) Carroll K.M. *et al.* (1994). Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers. *Arch. Gen. Psychiatry*, 51: 177-187.
- (53) Dennis M. *et al.* (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: main findings from two randomized trials. *J. Subst. Abuse Treat.*, 27: 197-213.
- (54) Kaminer Y., Burleson J.A., Blitz C., Sussman J., Rounsaville B.J. (1998). Psychotherapies for adolescent substance abusers: a pilot study. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 186: 684-690.
- (55) Levin F.R. *et al.* (2018). How treatment improvement in ADHD and cocaine dependence are related to one another: A secondary analysis. *Drug Alcohol Depend.*, 188: 135-140.
- (56) Cortese S. *et al.* (2018). Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 5: 727-738.
- (57) Heal D.J., Smith S.L., Findling R.L. (2012). ADHD: current and future therapeutics. *Curr. Top. Behav. Neurosci.*, 9: 361-390.
- (58) Fredriksen M., Peleikis D.E. (2016). Long-Term Pharmacotherapy of Adults With Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Literature Review and Clinical Study. *Basic Clin. Pharmacol. Toxicol.*, 118: 23-31.
- (59) Matthijssen A.-F.M. *et al.* (2019). Continued Benefits of Methylphenidate in ADHD After 2 Years in Clinical Practice: A Randomized Placebo-Controlled Discontinuation Study. *Am. J. Psychiatry*, 176: 754-762.
- (60) Wong I.C.K. *et al.* (2019). Emerging challenges in pharmacotherapy research on attention-deficit hyperactivity disorder - outcome measures beyond symptom control and clinical trials. *Lancet Psychiatry*, 6: 528-537.
- (61) Katusic S.K. *et al.* (2005). Psychostimulant treatment and risk for substance abuse among young adults with a history of attention-deficit/hyperactivity disorder: a population-based, birth cohort study. *J. Child Adolesc. Psychopharmacol.*, 15: 764-776.
- (62) Hammerness P., Petty C., Faraone S.V., Biederman J. (2017). Do Stimulants Reduce the Risk for Alcohol and Substance Use in Youth With ADHD? A Secondary Analysis of a Prospective, 24-Month Open-Label Study of Osmotic-Release Methylphenidate. *J. Atten. Disord.*, 21: 71-77.
- (63) Chang Z. *et al.* (2014). Stimulant ADHD medication and risk for substance abuse. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 55: 878-885.
- (64) Carpentier P.-J., Levin F.R. (2017). Pharmacological Treatment of ADHD in Addicted Patients: What Does the Literature Tell Us? *Harv. Rev. Psychiatry*, 25: 50-64.

- (65) Levin F.R. *et al.* (2015). Extended-Release Mixed Amphetamine Salts vs Placebo for Comorbid Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Cocaine Use Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 72: 593-602.
- (66) Perugi G., Pallucchini A., Rizzato S., Pinzone V., De Rossi P. (2019). Current and emerging pharmacotherapy for the treatment of adult attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Expert Opin. Pharmacother.*: 1-14. doi: 10.1080/14656566.2019.1618270.
- (67) Upadhyay N., Chen H., Mgbere O., Bhatara V.S., Aparasu R.R. (2017). The Impact of Pharmacotherapy on Substance Use in Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Variations Across Subtypes. *Subst. Use Misuse*, 52: 1266-1274.
- (68) Wilens T.E. *et al.* (2008). Atomoxetine treatment of adults with ADHD and comorbid alcohol use disorders. *Drug Alcohol Depend.*, 96: 145-154.
- (69) Outram S.M. (2010). The use of methylphenidate among students: the future of enhancement? *J. Med. Ethics*, 36: 198-202.
- (70) Urban K.R., Gao W.-J. (2017). Psychostimulants As Cognitive Enhancers in Adolescents: More Risk than Reward? *Front. Public Health*, 5.
- (71) Bjerke P.J., Vicente R.P., Mulinari S., Johnell K., Merlo J. (2018). Overuse of methylphenidate: an analysis of Swedish pharmacy dispensing data. *Clin. Epidemiol.*, 10: 1657-1665.
- (72) Winhusen T.M. *et al.* (2011). Subjective effects, misuse, and adverse effects of osmotic-release methylphenidate treatment in adolescent substance abusers with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J. Child Adolesc. Psychopharmacol.*, 21: 455-463.
- (73) Cortese S., D'Acunto G., Konofal E., Masi G., Vitiello B. (2017). New Formulations of Methylphenidate for the Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Pharmacokinetics, Efficacy, and Tolerability. *CNS Drugs*, 31: 149-160.
- (74) Fredriksen M., Halmøy A., Faraone S.V., Haavik J. (2013). Long-term efficacy and safety of treatment with stimulants and atomoxetine in adult ADHD: A review of controlled and naturalistic studies. *Eur. Neuropsychopharmacol.*, 23: 508-527.
- (75) Walker D.J., Mason O., Clemow D.B., Day K.A. (2015). Atomoxetine treatment in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Postgrad. Med.*, 127: 686-701.
- (76) Buitelaar J. *et al.* (2015). Differences in maintenance of response upon discontinuation across medication treatments in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Eur. Neuropsychopharmacol. J. Eur. Coll. Neuropsychopharmacol.*, 25: 1611-1621.
- (77) Upadhyaya H.P. *et al.* (2013). A review of the abuse potential assessment of atomoxetine: a nonstimulant medication for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychopharmacology (Berl.)*, 226: 189-200.
- (78) Clemow D.B., Bushe C., Mancini M., Ossipov M.H., Upadhyaya H. (2017). A review of the efficacy of atomoxetine in the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in children and adult patients with common comorbidities. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.*, 13: 357-371.
- (79) McRae-Clark A.L. *et al.* (2010). A placebo-controlled trial of atomoxetine in marijuana-dependent individuals with attention deficit hyperactivity disorder. *Am. J. Addict.*, 19: 481-489.
- (80) Thurstone C., Riggs P.D., Salomonsen-Sautel S., Mikulich-Gilbertson S.K. (2010). Randomized, controlled trial of atomoxetine for ADHD in adolescents with substance use disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 49: 573-582.
- (81) Atti Regione Lombardia, Legge Regionale R15-2016-1.pdf.

## RECENSIONE



Franco Riboldi, Enrico Magni

**Cybersex addiction**  
Cause, sintomi, percorsi di autoterapia  
Prefazione di Alfio Lucchini

Codice: 231.2.8  
Collana: Clinica delle dipendenze e dei comportamenti d'abuso  
pp. 150 euro 20,00  
Editore: FrancoAngeli

Come si trasforma l'identità sul web? Come evolve oggi la sessualità?

Come si genera e si alimenta un'addiction? Cosa fare per non cadere nelle trappole della Rete?

Questi sono alcuni dei quesiti da cui prende spunto il volume per spiegare quanto la cybersex addiction sia attuale e incredibilmente diffusa in persone di ogni età: adolescenti, adulti, anziani. Il rischio è una sessualità appiattita, esaltata solo nei suoi lati più oscuri, incapace di contenere un desiderio di piacere ossessivo e fuori controllo. In tale disturbo del vissuto sessuale, non ancora contemplato nei manuali diagnostici, si rinviene tutta l'ambivalenza del cyberspazio, dove tutti possono accedere e spostarsi da un capo all'altro del mondo con un semplice "click".

Nel fotografare la complessità del rapporto tra sessualità e Internet, il testo illustra le motivazioni che possono portare a questa pri-

gione virtuale e le diverse forme in cui si può sviluppare. Esempi di natura clinica, con personaggi della letteratura come protagonisti, proiettano il lettore nel cuore del problema coinvolgendolo sul piano emotivo e facilitando la comprensione dei significati. Seguono preziosi esercizi di distensione immaginativa per chi – professional o paziente – è alle prese con questo tipo di addiction e vuole riferimenti efficaci: una proposta originale di autoattivazione e di facile applicabilità che, attraverso appropriate induzioni al benessere, alla calma e al rilassamento, ridà vitalità al dialogo interno, ricomponendo un contatto più equilibrato con il proprio corpo e la propria sessualità.

*Franco Riboldi*, medico chirurgo, specialista in Igiene e Medicina preventiva e in Criminologia clinica, direttore dell'U.O.C. Rete Dipendenze dell'ASST di Lecco. Autore di vari volumi tra cui: *Stop alla dipendenza dall'eroina* (2008); *Stop alla dipendenza dall'alcol* (2009); *Dipendenze dal piacere e autoterapia* (2013); *Droghe ricreative. Le life skills per crescere indipendenti* (2016); *Addiction. Nuove strategie d'intervento clinico* (2019).

*Enrico Magni*, psicologo, psicoterapeuta, sessuologo, specialista in Criminologia, ha operato presso il Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera di Lecco. Autore di vari volumi tra cui: *Tecniche di distensione immaginativa. Manuale di auto-aiuto* (2013); *Storie borderline della mia pipa* (2014); *L'individuo in frantumi* (2015); *Delirio: composizione e scomposizione del pensiero delirante* (2016); *Droghe ricreative. Le life skills per crescere indipendenti* (2016).



🔍 Gli articoli di questa sezione sono sottoposti a referaggio doppiamente cieco (double blind peer review process) e seguono gli standard in uso per le pubblicazioni scientifiche a livello internazionale ed accettati dalle principali banche dati citazionali

## Efficacia di Aripiprazolo Long-Acting nel disturbo schizoaffettivo associato a gioco d'azzardo patologico. Un case report

Marianna Boso\*, Irene Famularo\*\*, Guido Nosari\*\*, Alessandro Castellana\*\*\*, Elena Costantino\*\*\*\*, Caterina Nardulli\*\*\*\*, Maria Teresa Zanin\*\*\*\*

### SUMMARY

■ *The pathological gambling results from the interaction of multiple risk factors. Among these, the second-generation antipsychotic (SGA) aripiprazole has been described as a new potential risk factor. In this work we present the case of a young man, affected by schizoaffective disorder and pathological gambling, who showed significant improvements of both conditions after aripiprazole long acting administration.*

*We discuss the importance of a complete assessment, that could evidence all psychopathological factors implicated in the onset or worsening of a pathological gambling, included, in this case, the schizoaffective disorder. The aripiprazole long acting was well tolerated and, compared with the oral aripiprazole, produced less sedative effects, favoring, at the same time, a good compliance to the therapy. Between the side effects we remark the weight gain – often find in all the SGA –, that was managed with a psycho-educational and nutritional approach. An important reflection regards the health service chosen by the patient, i.e. the Dependence Service, considered as less stigmatizing and suitable for his debt condition. We think that the Dependence Service plays a crucial role in these complex pathological conditions, managing the gambling disorder and coordinating, at the same time, the network of territorial services, that is necessary to favor an optimal outcome. ■*

**Keywords:** *Schizoaffective disorder, Gambling disorder, Aripiprazole long-acting, Side effects.*

**Parole chiave:** *Disturbo schizoaffettivo, Gioco d'azzardo patologico, Aripiprazolo long-acting, Effetti collaterali.*

Il gioco d'azzardo è un comportamento che da diversi anni, in Italia così come negli altri Paesi industrializzati, si è andato sempre più affermando nella popolazione generale.

Il moltiplicarsi dell'offerta di opportunità di gioco d'azzardo anche in luoghi a bassa soglia di accesso e non dedicati in maniera esclusiva (bar, centri commerciali, tabaccherie), ha rinnovato l'interesse degli esperti riguardo ai costi sociali, economici e psicologici associati a tale pratica.

Il comportamento del gioco d'azzardo può condurre ad una dipendenza, riconosciuta e classificata dal DSM-5 e può comportare la compromissione del paziente dal punto di vista psichico, familiare e sociale.

Questa patologia colpisce una percentuale variabile dall'1% al 3% della popolazione generale. Pertanto, in Lombardia, il

numero di persone affette da questo problema potrebbe variare fra 100.000 e 300.000.

La situazione pavese è stata analizzata in uno studio osservazionale condotto dall'équipe specialistica gambling del Ser.D. di Pavia nel 2014 (Costantino, Nardulli, Zanini, 2016).

La percentuale di pazienti con problematiche GAP (gioco d'azzardo patologico) rivoltisi ai Servizi per le Dipendenze era all'epoca pari al 4% degli utenti in carico.

Come suggerito da La Barbera e Marinella (2010), l'etiologia multifattoriale del gambling ha il suo corrispettivo nella frequente comorbidità del gioco d'azzardo patologico con disturbi della sfera psichiatrica.

Fra questi ricordiamo disturbi dell'umore (depressione maggiore e disturbo bipolare), condotte suicidarie, ADHD, uso di alcol e sostanze, nonché disturbi psicotici maggiori come schizofrenia e disturbo schizoaffettivo.

In particolare, Desai et al. (2013), evidenziano, in uno studio condotto su schizofrenici/schizoaffettivi, come il 19% dei pazienti mostrasse in anamnesi GAP, che si correlava a maggior uso di alcol, maggiori sintomi depressivi e maggior utilizzo dei servizi ambulatoriali di tipo psichiatrico.

\* SPDC Vizzolo Predabissi, DSMD ASST Melegnano e Martesana (Milano).

\*\* Scuola di Specialità in Psichiatria, Università di Pavia.

\*\*\* SPDC Voghera, DSMD ASST Pavia.

\*\*\*\* Ser.D. Pavia, DSMD ASST Pavia.

In particolare, il rischio di GAP era maggiore negli schizofrenici/schizoaffettivi con concomitante depressione e uso di alcol. Gli autori concludevano lo studio evidenziando la necessità di attuare trattamenti preventivi riguardo il GAP in questa sottopopolazione di pazienti.

Nel presente case report viene discusso il caso di un giovane con scompenso psicotico di tipo schizoaffettivo e GAP, che si rivolge al SerD.

## Caso Clinico

M. è un giovane di 30 anni, che si rivolge al nostro Ser.D., riconoscendo di avere un problema di gioco (scommesse sportive e poker on-line), cui si dedica per diverse ore nella giornata per colmare senso di vuoto, noia e solitudine.

Ha interrotto gli studi a 18 anni, si è dedicato a diversi lavori, da lui definiti manuali e “di poco valore”, tutti interrotti per difficoltà di relazione insorte con i colleghi o i superiori.

M. mostra isolamento sociale di grado severo e un importante scadimento del funzionamento socio-lavorativo; da circa un anno non lavora, non ha amicizie, vive da solo.

I familiari, che hanno tentato, senza successo, vari invii al CPS di zona, segnalano anomalie comportamentali, crisi clastiche, aggressività fisica verso oggetti e verbale verso persone, agitazione psicomotoria.

Verso tali comportamenti il paziente non mostra insight, riconoscendo come problematica solo la condotta del gioco.

Presso il SerD sono effettuati, in prima battuta, SCL-90 e SOGS. L'SCL-90 evidenzia valori >1 nelle sezioni “ossessione-compulsione”, “disturbi del sonno”, “ansia”, “depressione”; si segnala, inoltre, un punteggio pari a 0.8 nella sezione “ideazione paranoica”.

Il questionario SOGS evidenzia la presenza di un “giocatore potenzialmente patologico”.

M. è, quindi, inviato dalla specialista psichiatra.

Nel corso della visita psichiatrica si evidenziano fenomeni di barage e blocco del pensiero, l'eloquio è scarno ed essenziale, incentrato su tematiche deliranti di carattere paranoideo, cui si affiancano lamentele circa la sgradevole e angosciante sensazione di essere agito da forze esterne, ragion per cui tende a isolarsi. M. riferisce, sempre in maniera sintetica, quasi laconica, sentimenti di rabbia, impulsività, lamenta insonnia, apatia e abulia; è preoccupato per i debiti dovuti al gioco.

L'umore è disforico.

Parla dei numerosi lavori svolti in passato, da lui definiti “di poco conto” rispetto a quelle che sono le sue reali capacità; emergono, quindi, anche aspetti di grandiosità.

Viene proposta una terapia con Aripiprazolo 10 mg e Acido Valproico Chrono 500 mg.

M. accetta, inoltre, di programmare un ricovero in una struttura riabilitativa idonea.

In base a quanto appreso dalla madre di M., è presente un'importante familiarità per patologie psichiatriche; il padre avrebbe mostrato per anni gli stessi sintomi e non si sarebbe mai voluto curare, con conseguente compromissione severa della relazione coniugale e del rapporto con i figli.

È tutt'oggi un uomo bizzarro, schivo, diffidente e aggressivo.

Qualche giorno dopo la visita psichiatrica, il paziente mostra una nuova crisi clastica, accompagnata da agitazione severa; viene, quindi, ricoverato per quattro giorni in SPDC, ove M. segnala assunzione discontinua della terapia a causa degli effetti sedativi della stessa.

In seguito a consultazione fra operatori Ser.D.-SPDC, si decide di impostare Aripiprazolo Long-Acting 400 mg, mantenendo Acido Valproico Chrono 500 mg.

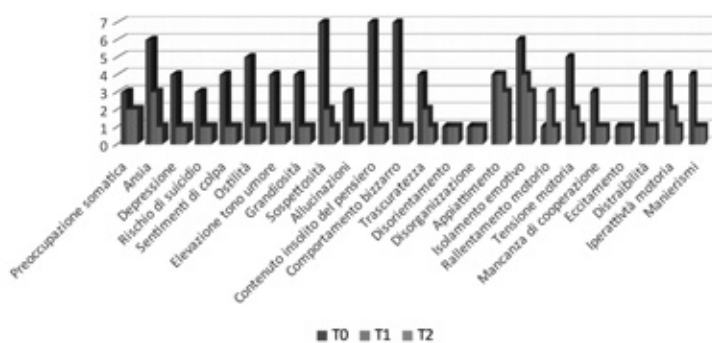
Viene posta diagnosi di Disturbo Schizoaffettivo in comorbidità con GAP.

In seguito alla dimissione il paziente riprende le visite al Ser.D., mostrando un miglioramento progressivo del comportamento, dei sintomi, con aumento dell'insight.

Lui stesso riferisce benefici dalla terapia psicofarmacologica impostata, con minimizzazione degli effetti collaterali, in particolare sedazione, riscontrata con la terapia per os.

I cambiamenti psicopatologici sono segnalati dalla scala BPRS riportata in Fig. 1 (T0 durante il ricovero, T1 e T2 rispettivamente dopo tre e sei mesi).

Fig. 1 - Scala BPRS a T0 (baseline), T1 (3 mesi), T2 (6 mesi)



Dopo cinque mesi di assunzione di Aripiprazolo Long-Acting 400 si è provveduto a sospendere il Acido Valproico Chrono 500 mg, per i residui effetti sedativi lamentati dal paziente.

È tornato, inoltre, un certo grado di iniziativa.

Dopo sei mesi di terapia M. ha manifestato l'intenzione di frequentare un corso professionalizzante pomeridiano, affiancato alla frequenza di un centro diurno psichiatrico al mattino, con la finalità di potenziare le abilità e favorire la socializzazione.

Il giovane ha inoltre accettato una presa in carico congiunta Ser.D.-CPS, onde favorire una migliore gestione complessiva del quadro clinico.

Si segnala, come effetto collaterale, l'aumento di peso, circa 14 kg (BMI iniziale 20; BMI dopo 3 mesi di terapia 24; vedi tabella 1), per cui il paziente è stato inviato ad una dietista e ha iniziato idoneo percorso dietoterapico e motorio, in associazione a supporto psicoeducazionale effettuato dalla psicologa e dalla psichiatra del Ser.D.

Tab. 1 - Peso Corporeo e BMI a T0 (baseline), T1 (3 mesi), T2 (6 mesi)

	T0	T1 (3 mesi)	T2 (6 mesi)
Peso	68 kg	82 kg	80 kg
Altezza	1,70 m	1,70 m	1,70 m
BMI	20	24	23,5

La psicologa del Ser.D. ha effettuato test Luscher al momento della presa in carico al Ser.D. e sei mesi dopo il ricovero in SPDC e test Rorschach sei mesi dopo il ricovero in SPDC, ossia in una fase di stabilizzazione del quadro clinico; si riportano nel Box 1.

Dalla valutazione testistica (Rorschach e Luscher) si evidenzia un distanziamento emotivo ed una componente d'ansia elevata soprattutto in fase iniziale, che riaffiora se sollecitato sul piano emotivo. A seguito di tali stimoli il soggetto tende a rispondere in tono depressivo o in tono esplosivo, non avendo la capacità di riconoscere ed elaborare le situazioni in cui è coinvolto emotivamente.

Vi è difficoltà a livello di identità e a livello relazionale in assenza di risorse interne, pertanto rimane distaccato ed impersonale con componente di coartazione e rigidità, mantenendo una modalità centrata sul controllo.

L'ansia, gli aspetti depressivi, la tendenza all'utilizzo del pensiero astratto portano ad inibizione della capacità interpretativa.

È presente uno scarso investimento relazionale e la tendenza alla chiusura, in un soggetto con una elevata componente di somatizzazione.

Si può pensare ad un adattamento ansioso.

In questi nove mesi di cura il paziente sembra aver modificato il suo atteggiamento verso se stesso, con una maggior accettazione delle sue condizioni e di maggior apertura verso il terapeuta, che riconosce come elemento di guida verso un cambiamento possibile.

Circa il Gioco, si è verificata una drastica diminuzione del tempo dedicato a tale attività e del denaro perso; dopo tre mesi tali comportamenti non erano più presenti, nonostante permanesse il pensiero di giocare e tale dato era stabile anche dopo 6 mesi.

Il paziente si reca ogni mese con puntualità al Ser.D. per effettuare visita psichiatrica e terapia longacting; effettua, inoltre, regolari colloqui psicoeducazionali, a cadenza quindicinale, con la psicologa.

## Conclusioni

Il caso clinico riportato evidenzia l'efficacia del Aripiprazolo Long-Acting 400 mg nella gestione del paziente affetto da Disturbo Schizoaffettivo in comorbidità con Gambling.

È interessante notare come Aripiprazolo, che in scheda tecnica riporta fra gli effetti collaterali la possibilità di slantizzare il gambling, nel nostro caso abbia comportato un miglioramento significativo di tale disturbo.

Ciò evidenzia, ancora una volta, come l'etiologia del gambling sia multifattoriale, chiamando in causa prepotentemente fattori psicopatologici che possono slantizzare, aggravare o far precipitare il disturbo.

Consigliamo, quindi, in tutti i casi di gambling di effettuare una valutazione completa che tenga sempre conto dello stato psichi-

co del paziente, con lo scopo di trovare una risposta terapeutica idonea e mirata.

Circa il farmaco long-acting segnaliamo, rispetto alla formulazione per os, una migliore tollerabilità, riferita dal paziente ma evidente anche all'esame obiettivo, con minimizzazione della sedazione.

La seconda riflessione riguarda il setting; l'ambulatorio a cui il paziente si è rivolto è il Ser.D. e non il CPS, nonostante le evidenti anomalie comportamentali mostrate.

Il paziente, in fase di scompenso, reputava il CPS come un contesto troppo stigmatizzante, non idoneo alle sue problematiche, anche per la mancanza di insight che ha caratterizzato le prime fasi di malattia. Solo in fase di stabilizzazione del quadro ha accettato una doppia presa in carico Ser.D.-CPS.

La condizione debitoria e le condotte di gioco, viste inizialmente come le uniche problematiche da affrontare, lo hanno indirizzato a chiedere *in primis* aiuto al nostro servizio.

Il Ser.D. deve, quindi, essere pronto ad accogliere anche pazienti complessi come M., attivandosi in rete con gli altri servizi del territorio in modo da proporre le terapie più idonee alle singole situazioni (Boso *et al.*, 2019).

L'ultima riflessione riguarda l'effetto collaterale più evidente in questo caso, ossia l'aumento di peso, imputabile al farmaco ma anche, in parte, al miglioramento dell'agitazione e un comportamento routinario, tranquillo e meno caotico adottato dal paziente.

In questo caso è stata consigliata una presa in carico dietologica unitamente a un percorso psicoeducazionale, effettuato al SerD da psichiatra e psicologa, mirato al miglioramento dell'attività fisica, dell'alimentazione e dello stile di vita in generale del paziente.

In conclusione, il farmaco si è mostrato utile nella cura di un paziente complesso e di difficile gestione come M.

## Bibliografia

- Costantino E., Nardulli C., Zanini M. (2016). *Gioco d'azzardo patologico - Cura*. Convegno "Gioco di squadra vince sull'azzardo", Pavia, Ufficio territoriale regionale, novembre 2016.
- La Barbera D., Matinella A. (2010). Comorbidità, fattori predittivi, caratteristiche di personalità e distorsioni cognitive nei giocatori patologici. In: Picone F. (a cura di), *Il gioco d'azzardo patologico*. Carocci.
- Boso M., Tiraboschi G., Mori A., De Cagna F., Priora C., De Paoli G., Brait M., Gozzini A., Reitano F. e il gruppo Doppia Diagnosi Ser.D. ASST Pavia (2019). Protocollo per la presa in carico di pazienti a doppia diagnosi. *Mission, Italian Quarterly Journal of Addiction*, 51, marzo: 23-28.
- Desai R.A., Potenza M. (2009). A Cross Sectional Study of Problem and Pathological Gambling in Patients with Schizophrenia/Schizoaffettive Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, Sep, 70(9): 1250-1257.

🔍 Gli articoli di questa sezione sono sottoposti a referaggio doppiamente cieco (double blind peer review process) e seguono gli standard in uso per le pubblicazioni scientifiche a livello internazionale ed accettati dalle principali banche dati citazionali

# Dipendenza da sostanze, cronicità e dipendenza da welfare. Ipotesi interpretative

Johnny Acquaro\*, Emanuele Bignamini\*

## SUMMARY

■ *The prevalence of chronic diseases is the largest share of illness and use of health services. The manuscript uses the case of substance addiction as a case study and tries to bring together medicine, sociology of health, and health policy. The case study can be representative of the activation vs welfare dependency debate and argue the potential related welfare dependence rhetoric's implications.* ■

**Keywords:** *Chronic diseases, Substance use disorders, Addiction, Welfare dependency, Patient activation.*

**Parole chiave:** *Dipendenza da sostanze, Cronicità, Dipendenza da welfare, Attivazione.*

## Introduzione

Il lento decorso e la scarsa tendenza a raggiungere la guarigione o l'adattamento a nuove condizioni di vita, caratteristiche definenti una situazione cronica, richiedono di finalizzare gli interventi sanitari alla prevenzione della disabilità, al miglioramento del quadro clinico, dello stato funzionale, della qualità di vita (Osservasalute, 2017). Per far fronte a questa sfida, determinata da un cambiamento significativo della domanda di salute, il Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) redige e promuove il Piano Nazionale della Cronicità (Pnc) con il fine di «contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche» (Pnc, 2016, p. 4).

La finalità di questo articolo è di stimolare i professionisti a ragionare sull'ipotesi che l'applicazione del Pnc nel caso della dipendenza da sostanze possa dar luogo allo sviluppo della retorica della *welfare dependency*.

L'obiettivo è di argomentare come, in casi come questo, vi sia la possibilità che la gestione della cronicità rischi di trasformarsi da sistema virtuoso a sistema che genera disuguaglianze e sottolineare, al tempo stesso, che la dipendenza da welfare può essere considerata una condizione naturale della cronicità.

La metodologia utilizzata è stata quella dell'analisi documentale e dell'analisi della letteratura.

In prima battuta verrà introdotto il possibile legame tra gestione della cronicità e dipendenza da sostanze con particolare riferimento al Pnc, per poi proseguire con il concetto di attivazione, la sua applicazione in ambito sanitario e l'orientamento che la gestione della cronicità prevede in questo senso.

Nel terzo paragrafo l'analisi si sposta sulla dipendenza da welfare. Dopo un breve *excursus* sulla sua genesi, verrà descritto uno

studio riferito alla connessione tra dipendenza da sostanze e dipendenza da welfare nell'ambito del *welfare for a job*. Si andrà poi ad argomentare, utilizzando l'analogia con le ipotesi descritte in questo studio, due ipotesi interpretative.

## Piano Nazionale della Cronicità e addiction

Secondo i criteri di rilevanza epidemiologica, gravità, invalidità, peso assistenziale ed economico, difficoltà di diagnosi e di accesso alle cure, il Pnc individua le seguenti malattie croniche: renali, reumatiche, intestinali, cardiovascolari, neurodegenerative, respiratorie. Questo elenco non prende in considerazione l'*addiction*. Nonostante le teorie interpretative dell'*addiction* siano più d'una (West, 2006), il paradigma dominante del *Brain disease model* la definisce come una patologia cronica e recidivante<sup>1</sup>. Una revisione della letteratura (McLellan *et al.*, 2000) ha confrontato la dipendenza da sostanze con il diabete mellito di tipo 2, l'asma e l'ipertensione, in merito a fattori genetici e ambientali (diagnosi, ereditarietà, eziologia) e aderenza e recidiva (fisiopatologia e risposta ai trattamenti) e ha concluso che la tossicodipendenza dovrebbe essere trattata al pari di altre malattie croniche. In effetti secondo il NIDA *Consensus group* (McLellan *et al.*, 2014) negli Stati Uniti l'*Affordable Care Act*<sup>2</sup>, ha dato l'opportunità di utilizzare per il trattamento dei *substance use disorders* il *Chronic Care Model* (Ccm). Il Ccm è uno dei modelli a cui fa riferimento il Pnc ed è un approccio adottato per migliorare il *primary care* (Bodenheimer, 2002), sistema, quello delle cure primarie, che garantisce tra le sue funzioni attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze. Dal momento che la dipendenza da sostanze può essere considerata una patologia cronica, che il Ccm sembra essere un modello utile alla gestione dei *substance use disorders* e che il Ccm è un modello indicato nel Pnc, pare evidente che il Pnc

\* Dipartimento Dipendenze ASL Città di Torino.

potrebbe essere applicabile in questo caso. Tra le fasi che il Pnc individua nel macroprocesso di gestione della persona con malattia cronica, è la fase 4<sup>3</sup> "Erogazione di interventi personalizzati per la gestione del paziente attraverso il piano di cura" quella di più semplice argomentazione.

Partiamo dal coinvolgimento del paziente nel percorso di cura e vediamo subito come questo aspetto sia significativo nell'ambito della dipendenza da sostanze. La questione è quella dell'affido di dosi *take home*. Nonostante la letteratura segnali l'attitudine da parte dei pazienti alla non assunzione e alla cessione o vendita ad altri (Lucchini, 2014) del metadone e della buprenorfina, fenomeno noto come diversione, l'affidamento delle dosi *take home* dei farmaci utilizzati per il trattamento della dipendenza da oppiacei<sup>4</sup> è una modalità diffusa nella pratica clinica (Fea, 2009). L'affido è l'esito di una negoziazione (Bignamini, 2009). Si tratta a tutti gli effetti di costruire un piano di cura personalizzato che tiene in considerazione i bisogni, le aspettative e i desideri del paziente, a cui segue «un vero e proprio "Patto di cura", che vede un coinvolgimento del paziente molto più profondo rispetto alla semplice "adesione"» (Pnc, p. 29) e che coinvolge tutto il team assistenziale.

Un altro esempio dell'applicabilità del Pnc lo si trova nella cura del corpo, come nel caso della presenza di lesioni cutanee (spesso croniche) correlate all'uso di sostanze per via inettiva. L'elemento da cui partire potrebbe essere la propensione della popolazione *addicted* al "fai da te". Smith e collaboratori (2014) in uno studio effettuato a Baltimora su un campione di 152 consumatori di sostanze, di cui il 19,2% portatore di ulcera cutanea cronica correlata all'uso di sostanze, evidenziano che i consumatori di sostanze più anziani con lesioni croniche hanno comportamenti diversi e probabilmente meno rischiosi dal punto di vista dell'igiene rispetto ai pari e ai più giovani privi di lesioni. Questo perché i tossicodipendenti più anziani con lesioni croniche possono essere più ricettivi ai messaggi ricevuti nei servizi (in questo caso di riduzione del danno) e con più probabilità si impegnano in relazioni significative con gli operatori della salute. Lo studio mette in evidenza come l'erogazione di interventi di natura educativa impattino positivamente sull'auto-efficacia e sull'autocura. Gli operatori della salute fanno di questa caratteristica un punto di forza per programmare interventi di *literacy* con il fine di incentivare ad esempio la guarigione delle lesioni cutanee correlate all'uso di sostanze. L'obiettivo è di passare dall'auto-cura spontanea all'auto-cura "alfabetizzata" come strumento di *empowerment*. Questi interventi si fondano sul coinvolgimento della persona assistita nel percorso di trattamento della ferita secondo la logica *patient centred* (Acquaro, 2016). Si tratta di interventi fortemente personalizzati per la gestione del paziente attraverso il piano di cura, come previsto dal Pnc.

## Attivazione e gestione della cronicità

Il termine *attivazione* è un termine al quale sono stati attribuiti diversi significati nel dibattito politico. Quello generalmente attribuito nelle ambito delle scienze sociali è riferito alle strategie di *welfare to work* (Barbier, 2005). In questo senso l'attivazione è intesa in quanto risposta al rischio e/o a condizioni di esclusione e povertà, come l'assunzione di responsabilità e la ricerca di soluzioni il più autonome e indipendenti possibile sul mercato del lavoro (Villa, 2007).

Programmi di attivazione sono presenti sia nel modello liberale sia nel modello universalistico. Secondo Barbier (2005) nel

primo caso è nella tendenza a stimolare le persone ad essere il più possibile attive che si intende l'attivazione. Nel secondo caso invece l'attivazione è rivolta a tutti e vi è più equilibrio nella negoziazione individuo/società, «L'attivazione è rivolta già ad una popolazione fortemente attiva [...]» (*Ibid.*, p. 267).

Di attivazione si parla anche in sanità. Il Servizio Sanitario inglese definisce il *patient activation* come un concetto che si collega a tutti i principi della *patient centred care*, un approccio che supporta le persone a sviluppare la capacità di gestione della propria salute (Hibbard e Gilbert, 2014). Secondo la teoria dell'attivazione da questo punto di vista, tanto più si è attivi, maggiori saranno le probabilità di impegnarsi in comportamenti sani, di autogestione della malattia e di saper cercare e utilizzare le informazioni sanitarie (Hibbard e Mahoney, 2010). Ci si concentra sulla *partnership* come relazione che abbatte l'asimmetria di potere tra medico e paziente nella quale i pazienti responsabilizzati devono essere coinvolti attivamente nelle loro cure. La relazione con il paziente è considerata un fattore importante poiché la natura dei ruoli e delle relazioni tra fornitore della cura e paziente può modellare atteggiamenti e comportamenti dei pazienti in modi che supportano oppure scoraggiano l'attivazione del paziente (Alexander *et al.*, 2012). L'attivazione è pertanto un nodo centrale nella gestione della cronicità poiché alti livelli di attivazione del paziente sono associati a un miglioramento dell'autocura, a comportamenti sani, a un migliore utilizzo dei servizi di *screening* e alla riduzione dei costi per il sistema sanitario (Greene *et al.*, 2005; Couture, 2018).

Il sistema di assistenza continuativa individuato dal Pnc si fonda su caratteristiche quali multidimensionalità, multidisciplinarietà e multilivello, ha l'obiettivo di determinare la realizzazione di progetti di cura personalizzati sul lungo periodo, di razionalizzare l'uso delle risorse e migliorare la qualità di vita, di prevenire disabilità e non autosufficienza e di «[...] essere efficace, efficiente e centrata sui bisogni globali, non solo clinici» (Pnc, 2016, p. 18) e sembra avere diversi punti in comune con il paradigma dell'attivazione.

Gli elementi di cui si fa promotore sono la valorizzazione e la riorganizzazione della rete assistenziale, la flessibilità dei modelli organizzativi e operativi, l'approccio integrato e l'attivazione di *setting* differenti (in base al diverso grado di complessità assistenziale e alle necessità del paziente), l'utilizzo di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (Pdta). Si tratta di piani di cura personalizzati, multidimensionali, gestiti con approccio proattivo che vedono nella prospettiva centrata sul paziente, nell'*empowerment*, nell'*ability to cope* e nell'autocura «[...] leve fondamentali per l'efficacia e l'efficienza del sistema» (*Ibid.*, p. 18).

La persona assistita è l'elemento centrale. Il Pnc ragiona nell'ottica della fiducia come «precondizione di efficacia, oltre che elemento fondamentale per la qualità di vita del paziente con cronicità» (*Ibid.*, p. 59) e della presa in carico in quanto «prodotto assistenziale» (*Ibid.*). A seguito della diagnosi, il Pnc richiede che il patto di cura venga profondamente interiorizzato da parte del paziente identificando nell'*ability to cope* la capacità di far fronte e di convivere con una patologia cronica. Vuole oltrepassare «la prassi che vede la "compliance" come massimo livello partecipativo da parte del paziente» (*Ibid.*, p. 60) facendo spazio all'*empowerment* e all'autocura.

*Ability to cope*, *empowerment*, *self-care* e paradigma dell'attivazione sono concetti contigui.

## Della dipendenza da welfare e della dipendenza da sostanze

Il termine dipendenza oltre a essere inteso nel senso clinico di *addiction* è un termine ambiguo utilizzato in diversi contesti e con diversi significati. Fraser e Gordon (1994) nell'analizzare l'uso corrente del termine, individuano quattro registri: il primo, di natura economica, si riferisce ad un individuo che dipende da altre persone o istituzioni per la sussistenza; il secondo si riferisce ad uno status socio-giuridico, in cui vi è mancanza di personalità giuridica come nello stato di *coverture*<sup>5</sup>; il terzo di natura politica, in cui la dipendenza implica l'essere assoggettato ad una forza dominante esterna e il quarto di natura morale/psicologica che identifica nella persona dipendente tratti del carattere come mancanza di forza di volontà o eccessivi bisogni emotivi.

Questa distinzione analitica permette alle autrici di tracciare il percorso evolutivo del termine nella storia nonostante questo non si inserisca perfettamente in un solo dei registri individuati. Tra gli aspetti che vengono messi in evidenza è significativo il fatto che è con l'ascesa del capitalismo industriale e in seguito del capitalismo postindustriale, che il termine dipendenza ha acquisito una connotazione sempre più negativa, identificandosi come un difetto del carattere individuale. Originariamente la connotazione di questo termine aveva assunto, proprio in termini di welfare, un significato a confine tra il neutro e il destigmatizzante «[...] ironia della sorte, i riformatori nel 1890<sup>6</sup> hanno introdotto il termine "dipendente" [...] come un sostituto per il vecchio peggiorativo "pauper" proprio al fine di destigmatizzare la ricezione di aiuto» (*Ibid.*, pp. 319-320).

Il registro che invece oggi prevale è quello morale/psicologico; l'immagine negativa che la dipendenza acquisisce porta ad associarla allo stigma e l'indipendenza diventa l'immagine di riferimento. L'uso del termine dipendenza sembra associarsi a colpevolezza e devianza; il tentativo di sostituire "pauperismo" con "dipendenza" fallisce. Dall'istituzione dell'*Aid to Dependent Children* (Afc) e successivamente dell'*Aid to Families with Dependent Children* (Afdc)<sup>7</sup> viene a definirsi quella che oggi chiamiamo retorica della *welfare dependency*. Programmi di questo tipo creati dal *Social Security Act* del 1935<sup>8</sup> offrivano aiuto alle madri *single* in condizione di povertà. Finanziati dalla fiscalità generale, venivano gestiti dagli stati attraverso il contributo del governo federale con grandi disparità da stato a stato ed erano destinati nello specifico ai *needy poors* che dimostrassero di essere tali (*means-tested*). Lo stigma che queste persone portavano con sé riguardava povertà e dipendenza dalla società e dal governo (Testi, 2002).

Se già in questi termini possiamo intravedere alcuni elementi comuni con la fascia di popolazione *addicted* socialmente esclusa<sup>9</sup>, è negli anni '80 che la tematica della *welfare dependency* si inserisce ancor di più nella ambito di nostro interesse. A questo proposito Fraser e Gordon (1994) scrivono: «Nuovi discorsi medici e psicologici postindustriali hanno associato la dipendenza con la patologia. Gli scienziati sociali hanno iniziato nel 1980 a scrivere di "chimica", "alcol" e "tossicodipendenza", eufemismi per la dipendenza. Dato che i richiedenti di welfare sono spesso falsamente considerati come dipendenti, le connotazioni patologiche di "tossicodipendenza" tendono anche ad infettare la "dipendenza dal welfare" aumentando la stigmatizzazione» (*Ibid.*, p. 325).

Schmidt e collaboratori (2002) provano a interpretare il nesso esistente tra l'*addiction* e la dipendenza da welfare in riferimento al *welfare for a job*. Studiano le vie attraverso le quali le per-

sone con dipendenza entrano ed escono dal sistema di welfare nel tempo. Si tratta di uno studio longitudinale che prende in considerazione 896 adulti di una regione del nord California che hanno usufruito dell'Afdc o della *General Assistance* (Ga)<sup>10</sup>. La ricerca va a indagare i legami tra *addiction* e *welfare dependency* sulla base di tre ipotesi teoriche: la teoria del capitale umano, la teoria del capitale sociale e la teoria dell'etichettamento.

La prima ipotesi parte dal presupposto che questa comprometta la capacità di lavoro e aumenti la vulnerabilità nell'utilizzo dei programmi di welfare ripetuti nel tempo, rendendo così più difficile l'accesso a un lavoro stabile. Si richiama l'idea che l'uso eccessivo del welfare può deteriorare le capacità di lavoro e attenuare i legami con il mercato del lavoro in linea con quanto sostenuto da Gottschalk e Moffitt (1994). Secondo questi autori la definizione più comune di dipendenza da welfare si concentra sulla lunghezza dei singoli periodi di assistenza dove a periodi più lunghi corrisponde maggiore dipendenza.

La prospettiva del capitale umano si associa anche ad un altro aspetto messo in luce negli anni a seguire da Henkel (2011): un uso problematico di sostanze diminuisce la possibilità di trovare un posto di lavoro e di conservarlo e aumenta la probabilità di disoccupazione. L'ipotesi degli autori è di comprendere se rispetto ad altri destinatari di programmi di welfare, i destinatari *addicted* avranno una minore probabilità di uscire dal *welfare for a job*, ci metteranno più tempo rispetto ad altri clienti e avranno maggiori probabilità di rientro.

La seconda ipotesi, la teoria del capitale sociale, si fonda sull'idea che i destinatari tossicodipendenti non possiedano il capitale sociale necessario per rimanere fuori dai programmi di welfare. In questa prospettiva il capitale sociale è inteso come la capacità di accumulare risorse attraverso l'appartenenza a durevoli reti sociali in cui il denaro e le risorse che generano le competenze sono condivise. La teoria vede quindi il suo riferimento in Coleman (1988) poiché prevede la presenza di vincoli di solidarietà, reciprocità e fiducia.

Nel caso di persone in stato di indigenza e con problemi di dipendenza da sostanze, scrivono Schmidt *et al.* (2002), possono verificarsi maggiori difficoltà a mantenere il rispetto e le aspettative di reciprocità di famiglia e amici, soprattutto se questi si rivolgono spesso ad altri per richieste di aiuto; alcol e droghe, isolando individui all'interno di gruppi di utenti, danneggiando la loro reputazione e limitando la possibilità di rivolgersi a estranei che possiedono più risorse, potrebbero promuovere l'accumulo di *capitale sociale negativo* (Portes, 1994; Portes e Sensenbrenner, 1993). È dimostrato che l'uso di sostanze nel tempo ha un impatto negativo sulle relazioni sociali tradizionali (Boeri, 2004). Flores e collaboratori (2013), nel descrivere il capitale sociale in una coorte di 227 uomini messicani americani utilizzatori di eroina da lungo tempo, sostengono che le *stable drug-using relationships* fornivano un capitale sociale negativo elevato, mentre le relazioni convenzionali uno positivo.

In merito a questa ipotesi Schmidt *et al.* (2002) prevedono che l'attore *addicted*, una volta uscito dal welfare, non potendo sempre contare sulla famiglia, sarebbe più incline a rientrarvi rispetto ad altri.

La terza ed ultima ipotesi, la teoria dell'etichettamento e della reazione sociale, trova riferimenti in Becker (1963) ma anche in Kitsuse (1962): «[...] la devianza può essere concepita come un processo attraverso il quale i membri di un gruppo, di una comunità o di una società: (1) interpretano un comportamento come deviante; (2) etichettano gli individui che si comportano in tal modo come un certo tipo di devianti; (3) riservano loro il tratta-

mento considerato opportuno per tali casi di devianza» (Kitsuse, 1962, p. 238).

Sulla base di questa teoria si sostiene che le persone con problemi di dipendenza sono più inclini alla dipendenza dal welfare perché le agenzie di welfare e gli assistenti sociali, che sono meno ospitali con queste persone, rendono più precaria la loro esistenza all'interno del sistema (Schmidt *et al.*, 2002). Si tratta del fenomeno di *revolving doors* (Fagan e Mauss, 1978), del *bureaucratic disentanglement* e delle sanzioni e trasferimenti interdipartimentali di clienti indesiderati (Lipsky, 1980; Schmidt, 1990). Per questa terza ipotesi Schmidt *et al.* (2002) prevedono che i destinatari dipendenti da sostanze saranno più suscettibili alle uscite dal welfare le quali comporteranno trasferimenti ad altri enti e possibili interruzioni degli aiuti a causa di comportamenti devianti.

Al termine dello studio, sulla base della verifica di queste ipotesi, concludono che l'alcol e la tossicodipendenza non sono forti predittori per valutare l'uscita dal *welfare for a job*. Sostengono però che la dipendenza da sostanze è un fattore determinante di abbandono del welfare dovuto a disagi famigliari e alla sospensione degli aiuti pubblici; fattori indicativi di processi sottostanti che coinvolgono il capitale sociale e l'etichettatura istituzionale. Questi fattori producono *exit* più instabili e determinano nel tempo un alto rischio di rientro nei programmi di welfare.

## Ipotesi interpretative

Abbiamo detto che l'*addiction* può essere a tutti gli effetti considerata una condizione cronica e che quindi, in quanto tale, può essere gestita secondo i modelli di gestione della cronicità come ad esempio il Ccm. Sappiamo che il Pnc considera il Ccm un modello e mette al centro del documento *ability to cope*, *empowerment* e *autocura* e che questi, tra l'altro, sono elementi riconducibili al paradigma dell'attivazione. È verosimile pertanto sostenere che: se nel modello universalistico il rischio è che l'attivazione sia rivolta ad una popolazione già fortemente attiva (Barbier, 2005), e pertanto autonoma e in grado di gestirsi e muoversi nella rete dei servizi, allora quella non attiva si troverà verosimilmente in una condizione di esclusione e di maggior legame con il circuito dell'assistenza. Se a questo si aggiunge che modelli di *empowerment* e *autocura* della malattia cronica, come successo ad esempio nel caso dell'*Expert Patient Programme* (EPP)<sup>11</sup>, rischiano di dar luogo a colpevolizzazioni del malato per la sua stessa malattia (Taylor e Bury, 2007) e che i consumatori di sostanze sono spesso soggetti a colpevolizzazioni per la loro dipendenza (Singleton 2010) (vedi il registro morale/psicologico), il rischio di scivolare nella retorica della dipendenza da welfare, anche nell'ambito di situazioni differenti dal *welfare for a job*, può essere presente.

Riferendoci ad una visione ristretta di *welfare state* (Saraceno, 2013)<sup>12</sup>, proviamo a questo punto a ragionare sul legame tra l'*addiction* e la generazione della retorica della dipendenza dal welfare calandola nel nostro contesto.

I servizi per le dipendenze in Italia, pur essendo servizi sanitari, attraversano aspetti vicini ai servizi sociali; si pensi ad esempio alle differenti offerte in merito alle attività di *networking* che prevedono non solo interventi informativi e di educazione sanitaria, ma anche attività di formazione, studio e avviamento al lavoro (Iss, 2013).

Questa similitudine permette l'analogia con le stesse ipotesi utilizzate nell'articolo di Schmidt e collaboratori (2002) sopra citato.

In merito al capitale umano, considerando che il titolo di studio è l'indicatore più utilizzato in Italia per la ricerca e il monitoraggio delle disuguaglianze di salute (Costa *et al.*, 2014) e che, in un'indagine effettuata su di un campione di circa 2000 persone tra comunità terapeutiche e servizi a bassa soglia, il valore modale del livello di istruzione e la licenza media (DPA, 2015), è evidente che ci troviamo di fronte ad una popolazione estremamente fragile. Pertanto, se secondo la logica consumerista, il paziente istruito è un paziente più esigente e propenso all'auto-cura (Tousijn, 2006), per contro quello meno istruito avrà un atteggiamento passivo e deferente verso operatori e servizi.

Ora torniamo alla questione tempo: «Consideriamo un gruppo di persone – eterogeneo rispetto al grado di “abilità” ed identiche per ogni altro aspetto – che si ritrovano a fruire del sussidio nello stesso momento. Osserviamo la velocità di uscita dalla condizione di assistenza. Il gruppo originario comprende abili e meno abili; il ritmo di uscita dall'assistenza all'inizio è abbastanza sostenuto. Man mano che passa il tempo, il gruppo degli assistiti si restringe, perché, nel frattempo, i più abili trovano lavoro; rimangono quindi solo gli individui meno abili. Anche in assenza di effetti corruttivi dell'assistenza sul comportamento dei beneficiari, ciò che si osserva è una velocità di uscita decrescente nel tempo» (Contini e Negri, 2004, p. 131).

Se il tempo è da considerare e l'attivazione è da promuovere, allora gli interventi di *alfabetizzazione* rivestiranno un ruolo fondamentale. Gli interventi di *literacy*, proprio nell'ottica della centralità della persona assistita, dovrebbero essere personalizzati e tarati sulla base delle differenze individuali e delle comunità, tenendo in considerazione il contesto socio-culturale e il livello di istruzione, nonché il ruolo della famiglia.

Riprendiamo l'esempio dell'Epp in quanto modello già consolidato di gestione della cronicità. Si tratta di una politica di intervento che mira a ridurre i costi e a migliorare la qualità di vita attraverso la formazione alla gestione della salute nei malati cronici; incide positivamente sull'acquisizione di capitale umano, ma può dar luogo a colpevolizzazioni ed è dimostrato che per un tempo superiore a sei mesi non è significativo sulla riduzione dei costi (Kennedy, 2007). Questo dimostra che nonostante si tratti di una politica mirata all'attivazione l'Epp non riduce la dipendenza dai servizi, ma anzi può incentivare fenomeni di *revolving doors*. Interventi di questo tipo e gli interventi di *empowering* in genere, necessitano di un monitoraggio stretto da parte degli operatori della salute per evitare di ribaltarne il significato.

Per quanto riguarda il capitale sociale, come già sostenuto nelle ipotesi di Schmidt e collaboratori (2002), la popolazione dipendente da sostanze ha maggiori difficoltà a mantenere legami di reciprocità con famigliari e amici, pertanto è possibile che i servizi diventino parte centrale del capitale sociale. Se il basso livello di istruzione o il reddito basso, condizioni comuni a molte situazioni di *addiction*, sono associabili a bassi livelli di attivazione (Couture, 2018) allora il legame dei “non attivi” con i servizi si farà più forte e la dipendenza da welfare sarà funzionale all'equilibrio di vita.

Applicando nuovamente l'analogia con le politiche per il lavoro e di sostegno al reddito, potremmo spiegare questo aspetto con i *cultural models* di Bane e Ellwood (1994)<sup>13</sup>. I *cultural models* «[...] ipotizzano infatti che i poveri abili<sup>14</sup>, sussidiati per un lungo periodo possano progressivamente apprendere nuove abitudini e norme più o meno “devianti” e modificare così passo dopo passo le proprie preferenze, fino a non desiderare più – per ragioni interne e non più per causa dei vincoli esterni – di rendersi autonomi dai pubblici sostegni» (Contini e Negri, 2004, p. 134).

Un altro aspetto che può presentarsi è l'accumulo di *capitale sociale negativo* e la reiterazione di comportamenti devianti. Si rischia l'etichettamento da parte dei professionisti, interno ai servizi.

Secondo Lipsky (1980) gli *street level bureaucrats*, siano essi assistenti sociali, infermieri, educatori, insegnanti, agiscono interpretando le norme, ovvero con discrezionalità; il loro agire si caratterizza spesso nella costruzione di stereotipi, come modalità di difesa dall'incertezza. Si tratta di un agire che contrappone la semplificazione alla complessità della relazione, che previene dalle delusioni che è possibile incontrare. Si pensi ancora una volta alle politiche per il lavoro e alla *scrounger narratives* (Wincup e Monaghan, 2016). Da una ricerca effettuata nel Regno Unito da Singleton (2010) emerge che oltre due terzi degli intervistati (68%) sostengono di avere la responsabilità di fornire la migliore assistenza possibile alle persone con tossicodipendenza, ma emerge anche che per il 47% i tossicodipendenti sono un peso per la società. I tossicodipendenti non sono solo giudicati per la loro dipendenza da sostanze illecite, ma anche dal *welfare state* e si trovano saldamente all'interno della categoria *scrounger* (Wincup e Monaghan, 2016).

Questi pregiudizi che possono essere presenti anche internamente ai servizi, finiscono col determinare una profezia che si autodempie (Merton, 1949), che rende meno efficace o nega sin dall'inizio la ricerca di interazioni significative.

Alla luce di quanto detto sinora, la gestione della cronicità, nel caso della dipendenza da sostanze, nonché il possibile discorso sulla dipendenza da welfare, apre quanto meno a due ipotesi interpretative: la prima in termini di disuguaglianza, la seconda in termini di condizione in un certo senso connaturata alla dimensione stessa della cronicità.

In un caso la gestione della cronicità che affronta il bisogno di utilizzare criteri di attivazione può diventare doppiamente selettiva: dapprima selezionando tra attivi e non attivi e, successivamente, la sensazione è che distingua anche tra non attivi meritevoli e non meritevoli.

In questo senso gli operatori possono diventare loro stessi promotori di disuguaglianza su due fronti poiché da un lato gli esclusi si troverebbero a dover cercare soluzioni altrove, in altri servizi o nel circuito illegale, amplificando così il fenomeno di *revolving doors*; dall'altro, potrebbero instaurare una relazione estremamente forte con gli operatori al punto di non voler più ricercare una via di uscita con una conseguente stabilizzazione della dipendenza dall'assistenza che porterebbe a una perdita delle possibilità di attivazione.

Dall'altro punto di vista invece, sappiamo che la cronicità è una condizione di lungo decorso i cui obiettivi di cura non possono essere rivolti alla guarigione. Sappiamo inoltre che l'*addiction* può essere considerata come una patologia cronica che spesso comporta cicli di ricaduta e remissione (Asam, 2011) (fattore che spiega anche alcune dinamiche di *revolving doors*) e che «Oltre alle conseguenze sulla salute, per una persona la dipendenza ha anche notevoli ripercussioni sociali sotto forma di disoccupazione, dipendenza dall'assistenza pubblica, indebitamento[...]» (UFSP, 2015, p. 38).

È in questa prospettiva che la dipendenza dai servizi rappresenterebbe in sé una condizione assolutamente naturale.

## Note

1. Riferendosi al disturbo grave da uso di sostanze il *National Institute of Drug Abuse* (NIDA, 2014) definisce l'*addiction* una malattia cronica

e recidivante del cervello caratterizzata dalla compulsiva ricerca e dall'uso di una sostanza nonostante le sue conseguenze dannose. Simile anche la definizione dell'*American Society of Addiction Medicine* (Asam, 2011) una malattia cronica del cervello e dei meccanismi di ricompensa, motivazione, memoria e dei circuiti collegati.

2. Il *Patient Protection and Affordable Care Act* (Aca) è la riforma sanitaria nota anche come *Obamacare*.

3. Le altre fasi sono: Fase 1: Stratificazione e Targeting della popolazione, Fase 2: Promozione della Salute, Prevenzione Diagnosi Precoce, Fase 3: Presa In Carico E Gestione Del Paziente Attraverso Il Piano Di Cura, Fase 4: Valutazione Della Qualità Delle Cure Erogate.

4. Le Linee guida per il trattamento farmacologico e psicosociale della dipendenza da oppiacei (WHO, 2009) raccomandano le dosi take home «[...] nel caso in cui la situazione sociale e il dosaggio del farmaco siano stabili e quando il rischio di diversione del farmaco per scopi illeciti sia ridotto» (*Ibid.*, p.16).

5. Coverture era una dottrina legale dell'Inghilterra medioevale per cui a differenza della condizione di feme sole dove la donna aveva il diritto di avere una proprietà sua e fare contratti in suo nome la feme covert quindi sposata, perdeva personalità giuridica che era definita dall'unità coniugale una finzione giuridica in cui il marito e la moglie erano considerati un'unica entità: il marito.

6. Il periodo tra il 1890 e il 1945, con l'evoluzione dei discorsi sul pauperismo sino alla *progressive era* e poi al *new deal*, ha segnato, secondo Fraser e Gordon, l'ascesa della dipendenza da welfare in America.

7. L'AFDC fu sospeso nel 1996 e sostituito con il Temporary Assistance for Needy Families (TANF) il 1° luglio 1997. Ancor più restrittivo dell'AFDC il TANF nel decennio 1995-2005 registrò un declino dall'84% al 40% dei beneficiari partecipanti, dovuto principalmente alla decisione della famiglie di non fare richiesta di adesione al programma a causa delle condizionalità riguardanti l'occupazione (cercare lavoro, formazione professionale, occupazione per un numero minimo di ore settimanali variabili in relazione all'età dei figli minori) considerate come troppo stringenti per famiglie multiproblematiche (presenza di problemi di tossicodipendenza, malattia mentale, basse competenze, vittime di violenza domestica) oppure troppo complicate (Leone, 2015).

8. Il Social Security Act è una legge statunitense emanata nell'ambito del New Deal che introduceva indennità di disoccupazione, malattia e vecchiaia. È stata firmata il 14 agosto 1935 da Franklin D. Roosevelt.

9. Non tutti i consumatori di sostanze sono esclusi socialmente. Nonostante ciò è noto che l'uso di sostanze può essere conseguenza e causa di esclusione (Emcdda, 2003)

10. *General Assistance* è un termine usato negli Stati Uniti per indicare programmi di welfare a beneficio di adulti senza familiari a carico.

11. L'*Expert Patient Programme* è progettato per introdurre un modello di autogestione della malattia cronica. Si fonda su un modello, il modello Stanford un modello riconosciuto anche dal Pnc.

12. Saraceno (2013) distingue due diverse concezioni di *welfare state*: una allargata che definisce una società in cui lo stato interviene nei meccanismi di riproduzione economica e di redistribuzione con il fine di riassegnare le opportunità di vita tra gli individui e le classi sociali; una ristretta che riguarda l'insieme delle politiche sociali quali i servizi sociali, il servizio sanitario, le forme di sostegno al reddito e le politiche della casa.

13. Bane e Elwood (2004) individuano tre famiglie di meccanismi in grado di generare la dipendenza: *rational choice models, expectancy (o psycho social models), cultural models*.

14. Il *paper* descrive i poveri abili come coloro che si trovano a fruire dei sussidi pubblici per ragioni non connesse all'handicap o all'età.

## Bibliografia

Acquaro J. (2016). Suggestimenti per la valutazione e il trattamento delle lesioni cutanee croniche nei servizi a bassa soglia. *Acta Vulnol*, 4(2): 103-9.

Alexander J.A. (2012), Patient-Physician Role Relationships and Patient Activation among Individuals with Chronic Illnes. *HSR: Health Serv Res*, 47(3), Part 1. doi: 10.1111/j.1475-6773.2011.01354.x.



- American Society of Addiction Medicine (ASAM) (2011). *Public Policy Statement: short definition of addiction*. Chevy Chase: ASAM.
- Bane M., Ellwood D. (1994). *Welfare realities: from rhetoric to reform*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Barbier J.C. (2005). Attivazione. *RPS*, 1: 257-290.
- Becker H.S. (1963). *Outsiders*. New York: The Free Press. Trad. it. *Outsiders. Saggi di sociologia della devianza*. Torino: Edizioni Gruppo Abele, 1987.
- Bignamini E. (2009). Le ragioni dell'affido. In: Fea M., *Manuale critico sull'affido dei farmaci oppiacei*. Milano: FrancoAngeli.
- Bodenheimer T., Wagner E.H., Grumbach K. (2002). Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness. *JAMA*, 288(14): 1775-9 and 288(15): 1909-14.
- Boeri M.W. (2004). "Hell, I'm an addict, but I ain't no junkie": An ethnographic analysis of aging heroin users. *Human Organization*, 63(2): 236-245. doi.org/10.17730/humo.63.2.p36eqah3w46pn8t2.
- Coleman J.S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *Am J Sociol*, 94: S94-S120.
- Contini D., Negri N. (2004). Assistenza uguale dipendenza? Dipende. *RIV*, 30: 127-149.
- Costa G., Bassi M., Gensini G.F. et al. (a cura di) (2014). *L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*. Milano: FrancoAngeli.
- Couture E.M., Chouinard M.C., Fortin M. et al. (2018). The relationship between health literacy and patient activation among frequent users of healthcare services: a cross-sectional study. *BMC Fam. Pract*, 19(1): 38. doi: 10.1186/s12875-018-0724-7.
- Dipartimento Politiche Antidroga (2015). *Relazione al Parlamento sui dati relativi allo stato delle tossicodipendenze in Italia*. Roma: Dipartimento Politiche Antidroga.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2003). *Social exclusion and European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) (2003). Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway. Lisbona: Emcdda.
- Fagan R.W., Mauss A.L. (1978). Padding the revolving door: An initial assessment of the uniform alcoholism and intoxication treatment act in practice. *Soc Probl*, 26: 232-246. doi: 10.2307/800285.
- Fea M. (2009). Introduzione. In: Fea M. (a cura di), *Manuale critico sull'affido dei farmaci oppiacei*. Milano: FrancoAngeli.
- Flores D.V., Torres L.R., Torres-Vigil I. et al. (2013). El Lado Oscuro: The Dark Side of Social Capital in Mexican American Heroin Using Men. *J Ethn Subst Abuse*, 12(2): 124-39. doi: 10.1080/15332640.2013.788897.
- Fraser N., Gordon L. (1994). A genealogy of dependency: tracing a keyword of the US welfare state. *Signs*, 19: 309-34.
- Gottschalk P., Moffitt A. (1994). Welfare Dependence: Concepts, Measures, and Trends. *Am Econ Rev*, 84, 2: 38-42.
- Greene J., Hibbard J.H., Sacks R. et al. (2015). When patient activation levels change, health outcomes and costs change, too. *Health Aff*, 34(3): 431-7. doi: 10.1377/hlthaff.2014.0452.
- Henkel D. (2011). Unemployment and Substance Use: A Review of the Literature (1990-2010). *Curr Drug Abuse Rev*, 4: 4-27. doi: 10.2174/1874473711104010004.
- Hibbard J.H., Gilbert H. (2014). *Supporting people to manage their health. An introduction to patient activation*. London: The King's Fund.
- Hibbard J.H., Mahoney E. (2010). Toward a Theory of Patient Activation. *Patient Couns*, 78(3): 377-81. doi: 10.1016/j.pec.2009.12.015.
- Jaffe J.H., Martin W.R. (1992). *Opioid analgesics and antagonists. The pharmacological basis of therapeutics*. New York: McGraw-Hill.
- Kennedy A., Reeves D., Bower P. et al. (2007). The effectiveness and cost effectiveness of a national lay-led self care support programme for patients with long-term conditions: a pragmatic randomised controlled trial. *J Epidemiol Community Health*, 61(3): 254-261. doi: 10.1136/jech.2006.053538.
- Kitsuse J.I. (1962). Social Reaction to Deviance: Problems of Theory and Method. *Social Problems*, 9: 247-256.
- Istituto Superiore di Sanità (ISS) (2013). Regione Lazio. *Appropriatezza dei percorsi assistenziali per le dipendenze patologiche*. Roma: Istituto Superiore di Sanità.
- Leone L. (a cura di) (2015). *Trasferimenti monetari condizionali per il contrasto della povertà infantile e l'inclusione sociale: una review realista sui paesi dell'area OCSE*. Roma: Formez PA. Dipartimento per le Politiche di Coesione, Presidenza del Consiglio dei Ministri.
- Lipsky M. (1980). *Street-level bureaucracy*. New York: Russel Sage Foundation.
- Lucchini A. (2014). *Società consumi dipendenze. Principi Contesti Servizi*. Milano: FrancoAngeli.
- McLellan A.T., Lew D.C., O'Brien C.P. et al. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance and outcomes evaluation. *JAMA*, 284(13): 1689-95. doi: 10.1001/jama.284.13.1689.
- McLellan A.T., Starrels J.L., Tai B. et al. (2014). Can Substance Use Disorders be Managed Using the Chronic Care Model? Review and Recommendations from a NIDA Consensus Group. *Public Health Rev*, Jan. 35(2): 1-12. doi: 10.1007/bf03391707.
- Merton R.K. (1938). Social Structure and Anomie. *Am Sociol Rev*, 3(5): 672-82.
- Ministero della Salute (2016). *Piano Nazionale della Cronicità*. Consultabile all'indirizzo: [www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2584\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf).
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2014). *Drugs, Brains, and Behavior: The Science of addiction*. Consultabile all'indirizzo: [www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa\\_2014.pdf](http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa_2014.pdf).
- Portes A., Sensenbrenner J. (1993). Embeddedness and immigration: Notes on the social determinants of economic action. *Am J Sociol*, 98: 1320-1350.
- Portes A. (1998). Social capital: Its origins and applications in modern sociology. *Annu Rev Sociol*, 24: 1-24.
- Saraceno C. (2013). *Il welfare. Modelli e dilemmi della cittadinanza sociale*. Bologna: Il Mulino.
- Schmidt L.A. (1990). Problem drinkers and the welfare bureaucracy. *Soc Serv Rev*, 61: 390-406.
- Schmidt L., Dohan D., Wiley J. et al. (2002). Addiction and Welfare Dependency: Interpreting the Connection. *Soc Probl*, 49, 2: 221-241. <https://doi.org/10.1525/sp.2002.49.2.221>.
- Singleton N. (2010). *Attitudes to drug dependence: Results from a survey of people living in private households in the UK*. London, UK: Drug Policy Commission.
- Smith M.E., Robinowitz N., Chaulk P. et al. (2014). Self-care and risk reduction habits in older injection drug users with chronic wounds: a cross-sectional study. *Harm Reduct J*, 11(1), 28: 1-9. doi: 10.1186/1477-7517-11-28.
- Taylor D., Bury M. (2007). Chronic illness, expert patients and care transition. *Sociol Health Illn*, 29(1): 27-45. doi: 10.1111/j.1467-9566.2007.00516.x.
- Testi A. (2002). Cittadinanza sociale e cittadinanza politica negli Stati Uniti: considerazioni sul non voto degli americani nel novecento. In: Sorba C. (a cura di), *Atti del convegno annuale SISSCO*, Padova, 2-3 dicembre 1999, Ministero per i Beni e le attività culturali.
- Tousijn W. (2006). I medici e gli altri: dal conflitto alla cooperazione. *Janus*, 6(23): 20-26.
- Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) (2015). *Strategia nazionale dipendenze 2017-2024*. Berna: UFSP. Consultabile all'indirizzo: [www.admin.ch/ch/i/gg/pc/documents/2660/Strategia\\_Nazionale\\_Dipendenze.pdf](http://www.admin.ch/ch/i/gg/pc/documents/2660/Strategia_Nazionale_Dipendenze.pdf).
- Università Cattolica del Sacro Cuore (2018). *Rapporto Osservasalute 2017*. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore. Consultabile all'indirizzo: [www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2017](http://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2017).
- Villa M. (2007). *Dalla protezione all'attivazione. Le politiche contro l'esclusione tra frammentazione istituzionale e nuovi bisogni*. Milano: FrancoAngeli.
- West R. (2006). *Theory of addiction*. Oxford: Blackwell.
- Wincup E., Monaghan W. (2016). Scrounger narratives and dependent drug users: welfare, workfare and warfare. *J Poverty Soc Justice*, 24(3): 261-75. doi: 10.1332/175982716X14721954315084.
- World Health Organization (WHO) (2009). *Linee guida per il trattamento farmacologico e psicosociale della dipendenza da oppiacei*. Geneva: WHO.

# Donne e tossicodipendenza. Quando la patologia è di altro genere...

Anna Paola Lacatena\*

## SUMMARY

■ *The European Drug Report 2017: Trends and Developments, published by the Lisbon based European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) reports that only 20% of patients who undergo treatment for drug addiction are female (a male-female ratio of 4:1).*

*According to the EMCDDA, the reasons for this are varied and could include issues of access and appropriateness of service provision.*

*Using data from two trials conducted within the Department of Pathological Addictions of the Local Health Service of Taranto, this article's intent is to highlight the necessity of specific focusing in terms of health, rehabilitation programmes, and access to services for women drug consumers and addicts.*

*Helping women addicts to become independent, making them aware of their own potential, offering them a real sense of self worth to value and defend, promoting the safeguarding of their own health; all these are essential elements of treatment and rehabilitation, for the prevention and limitation of any harm. ■*

**Keywords:** *Women, Pathological addiction, Therapeutic community, Screening, Health.*

**Parole chiave:** *Donne, Dipendenza patologica, Comunità terapeutica, Screening, Salute.*

## Introduzione

Il termine "genere" definisce le categorie uomo e donna, fondate su fattori biologici, ambientali, socioculturali ed economici. Tale concetto è parte della programmazione 2014-19 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, da cui dovrebbero discendere le applicazioni delle varie nazioni.

Va precisato che la medicina di genere non è la medicina delle donne.

Risale, infatti, al 1991 la prima citazione di una medicina riferita anche alle donne.

La cardiologa Bernardine Healy, allora a capo dell'Istituto nazionale di salute pubblica, scrisse in merito sulla rivista *New England Journal of Medicine* della cosiddetta "Yentl Syndrome", soffermandosi sul comportamento discriminante subito dalle donne, nella sua specialità (1).

Dalla *Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea*, pubblicata nel 2018 dall'OEDT (Agenzia europea sulle droghe di Lisbona) le donne rappresentano soltanto il 20% dei pazienti che si sottopongono a un trattamento della tossicodipendenza (con un rapporto uomo-donna di 4:1).

Secondo lo stesso Osservatorio, le ragioni sono diverse e possono includere problemi di accesso ai servizi specializzati e di adeguatezza degli stessi.

\* Dirigente Sociologa presso Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL Taranto.

Secondo le stime oltre 92 milioni di adulti (ossia poco più di un quarto della popolazione di età compresa fra 15 e 64 anni nell'Unione europea) hanno provato sostanze illecite nel corso della vita. Le esperienze con il consumo di droga sono più frequentemente segnalate dai maschi (56,0 milioni) che dalle femmine (36,3 milioni).

La sostanza stupefacente più provata è la cannabis (53,5 milioni di maschi e 34,3 milioni di femmine), mentre le stime sono decisamente inferiori per il consumo nell'arco della vita di cocaina (11,8 milioni di maschi e 5,2 milioni di femmine), MDMA (9,0 milioni di maschi e 4,5 milioni di femmine) e amfetamine (8,0 milioni di maschi e 4,0 milioni di femmine).

Vi sono infatti segnali – sottolinea l'OEDT nella sua Relazione europea sulla droga del 2016 – che «le donne in cura per problemi di tossicodipendenza possano avere esigenze più complesse, in particolare in termini di comorbilità e responsabilità nella cura dei figli, e abbiano pertanto bisogno di servizi più mirati e differenziati in base al genere».

Il problema non è nuovo, se si pensa che già nel 2006 l'allora direttore dell'OEDT Wolfgang Gotz affermava: «Sono trascorsi più di vent'anni da quando i governi europei hanno chiesto di prestare attenzione alle problematiche legate al genere nel campo della droga. Oggi, un riconoscimento generale dell'importanza di questo problema deve ancora riflettersi in una prassi comune. Il messaggio è chiaro: i nuovi servizi devono rispondere al fatto che la differenza di genere incide sui tipi di problemi provati dai singoli così come sulla loro disponibilità a sottoporsi al trattamento e sui tipi di servizio che si riveleranno efficaci».

## Donne e sostanze legali e illegali

I dati epidemiologici e la pratica clinica hanno evidenziato come le donne siano maggiormente esposte a possibili reazioni avverse ai farmaci.

Tutto ciò sarebbe attribuibile al diverso metabolismo e all'assimilazione del farmaco nella donna rispetto all'uomo da imputare a diversi fattori come differenze fisiologiche, anatomiche, ormonali, classe farmaceutica del medicinale, il tipo di effetto avverso, l'età, lo stato fisiologico della donna (2, 3, 4, 5, 6, 7).

Analogamente, l'abuso di farmaci o di sostanze illecite determina nelle donne la comparsa di effetti tossici superiori rispetto all'uomo.

In questo caso, esempi importanti sono costituiti dai farmaci antidepressivi, tra i quali gli inibitori del *re-uptake* della serotonina (*selective serotonin reuptake inhi inhibitors*, SSRI), ma anche dall'alcol, dal tabacco o dalle droghe di abuso (8).

Siamo ancora distanti nonostante le tante indicazioni a utilizzare un'ottica di genere, finalizzata a valutare in maniera continuativa le informazioni relative ai farmaci in commercio e al rapporto benefici/rischi degli stessi.

Nonostante siano trascorsi più di vent'anni (1996) dall'istituzione dell'Istituto Europeo della Salute delle Donne (European Institute of Women's Health), un organismo sanitario non governativo e considerato che l'OMS già nel 1998 avesse inserito la medicina di genere nell'Equity Act a conferma che il principio di equità dovesse essere applicato all'accesso e all'appropriatezza delle cure, considerando l'individuo nella sua specificità.

Diversi Paesi tra cui l'Italia hanno ancora difficoltà a mettere in campo le raccomandazioni degli organi internazionali in materia di medicina e genere.

Ad oggi, lo *United Nations office on Drugs and Crime* con il termine "*gender-responsive*" ha definito programmi e servizi dedicati, mirati ai bisogni specifici e alle specificità delle donne tossicodipendenti.

Il piano d'azione dell'Unione Europea in materia di lotta alla droga 2009-2012 ha elaborato specifici percorsi per le donne.

Il 15 marzo 2012 la Commissione Stupefacenti ONU ha approvato la risoluzione (presentata dall'Italia e acquisita dall'Unione Europea) che invita gli Stati membri a programmi specifici sia per la prevenzione che per il trattamento, soprattutto rispetto a violenza sessuale, carcere, gravidanza e genitorialità.

Il problema che si deve, dunque, affrontare non sembrerebbe tanto quello di individuare il tipo di servizi di cui le donne necessitano quanto, piuttosto, come assicurare che questo tipo di cure specifiche diventi più facilmente accessibile e di maggiore e immediata disponibilità.

L'OEDT nel 2016 avverte che, malgrado nel complesso vi siano più uomini ad assumere droghe per via parenterale ed a morire per il loro uso, non si può ignorare il fatto che gli assuntori per via parenterale di sesso femminile possono essere sia a maggior rischio sia più difficilmente raggiungibili.

Inoltre, le donne tossicodipendenti subiscono una più forte stigmatizzazione sociale rispetto agli uomini, volendo rimarcare la condizione di incompatibilità della donna con quella della maternità. È indubbio come le donne tossicodipendenti abbiano il timore di essere etichettate come madri inadeguate ed essere conseguentemente allontanate dai propri figli.

Non si può non cogliere in questo aspetto un elemento fortemente condizionante nel rapporto donna dipendente patologica e Servizio per le Dipendenze.

Tra le caratteristiche più frequenti va evidenziato come le donne tossicomane commettono meno reati contro la proprietà rispetto agli uomini tossicodipendenti, ricorrendo alla prostituzione per procurarsi droga o denaro.

La prostituzione è una fonte di reddito per molte donne tossicodipendenti, in alcuni casi fino al 60% delle consumatrici di sostanze.

È innegabile come l'elevato rischio di trasmissione di malattie infettive per le donne tossicodipendenti che si prostituiscono costituisca un altro problema di drammatico rilievo.

Secondo lo specifico report del 2016 la sostanza di abuso prevalente è l'eroina, quella secondaria è la cocaina, con una maggiore frequenza negli uomini.

Le donne usano maggiormente tranquillanti, sedativi e stimolanti tipo amfetamine con un inizio più tardivo rispetto ai colleghi uomini.

La progressione della dipendenza è più rapida per le donne che però chiedono aiuto in una fase più precoce.

Le donne soffrono di sindromi ansioso-depressive, disturbi di personalità (istrionico e borderline) e disturbi del comportamento alimentare, mentre gli uomini fanno registrare numeri più significativi per ciò che attiene alle diagnosi di disordini della condotta e disturbo di personalità antisociale e passivo-aggressivi.

Da quanto si desume, una più accurata attenzione alle specificità delle donne tossicodipendenti è stata consigliata a livello internazionale sin dal grande dilagare del consumo di eroina datato anni '80, sebbene la stessa sia caduta spesso nel nulla.

L'Organo Internazionale per il Controllo degli Stupefacenti (INCB - *International Narcotics Control Board*) realtà indipendente, con sede a Vienna, appartenente al Consiglio Economico e Sociale delle Nazioni Unite, ha rivolto la richiesta ai Governi degli Stati membri il 2 marzo 2017, con la pubblicazione della consueta Relazione annuale a fare di più per proteggere le donne dal consumo e dal traffico degli stupefacenti, perché le politiche sociali non le tutelano come dovrebbero.

La richiesta deriverebbe dall'aumento sproporzionato di casi di overdose tra le donne, di consumo di stupefacenti e coinvolgimento delle stesse nei traffici di narcotraffico e nelle reti criminali.

Per Francisco Thoumi, membro del Consiglio dell'INCB nell'ambito dell'accesso ai trattamenti di disintossicazione, riabilitazione e reinserimento sociale la proporzione a livello europeo è di 1 donna ogni 5 uomini.

Uno squilibrio che rivela la tendenza delle politiche sociali a favorire gli uomini rispetto alle donne. Quest'ultime, infatti, sembrano dover fare i conti con una serie di barriere sistemiche: strutturali, sociali, culturali e personali.

Per questo, l'INCB ha invitato gli Stati membri a elaborare programmi di prevenzione mirati specificamente alle donne in carcere, alle donne in stato di gravidanza, alle lavoratrici del sesso e a quelle colpite dall'HIV/AIDS con una maggiore comprensione per le condizioni specifiche delle donne tossicodipendenti che conduca allo sviluppo di programmi di cura e riabilitazione. Per approfondire la questione del consumo e della dipendenza al femminile, il Dipartimento Dipendenze Patologiche della ASL di Taranto ha prodotto due ricerche che, senza la pretesa di essere esaustive, hanno inteso fissare l'attenzione sulle pazienti donne in carico. semplicemente per provare a capirne di più.

## La ricerca 1

### Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL TA: Donne e Comunità Terapeutica

Piuttosto esigua è ad oggi la ricerca sul consumo di sostanze stupefacenti e donne.

Ancor più ridotta è letteratura per ciò che attiene alle cause e alle possibili risposte terapeutiche.

Non si può, ad ogni buon conto, prescindere dal forte legame tra violenza domestica e non, uso problematico e vera e propria dipendenza patologica (9).

Soprattutto il ricorso all'alcol è molto frequente in donne abusate dai mariti e la maggior parte tra di loro inizia a bere dopo l'esordio dell'abuso.

Negli Stati Uniti l'alcolismo è due volte più comune nelle donne vittime dei mariti rispetto alle altre (10).

Il ricorso in chiave post-traumatica all'abuso di alcol e di sostanze può essere interpretato come un tentativo della vittima di fronteggiare l'ansia (11).

Tale ipotesi è stata supportata nel tempo da alcune ricerche empiriche che hanno messo in relazione le due variabili.

Brainstein e coll. (12) hanno condotto uno studio finalizzato alla stima della prevalenza della violenza sessuale (in infanzia, adolescenza ed età adulta) in un campione di soggetti tossicodipendenti.

Gli studiosi appurarono che il 36% di soggetti con passate storie di abuso presentavano una maggiore frequenza di scambi di siringhe con individui sieropositivi, tentati suicidi, overdose, abusi di alcol e diagnosi psichiatriche passate.

Da una parte la crocerossina dall'altra la vittima ingenua o la donna alla ricerca di soluzione a esperienze traumatiche di abbandono, abuso, sopraffazione che finiscono solo per perpetuarsi. Comunque raramente la coppia di due tossicodipendenti vede i ruoli giocati alla pari.

Il tutto caratterizzato dal senso di colpa, dal desiderio-bisogno di dimostrare che il sentimento che li vede coinvolti è amore.

Tutto sfidando anche la morte.

Non sono rari i casi di figli nati dove uno dei partner è HIV+.

La madre tossicodipendente, soprattutto dipendente da eroina, si accorge tardi della sua gravidanza. Le alterazioni ormonali, i cicli saltati la mettono nella condizione di rendersi conto del proprio stato quando lo stesso è ormai avanzato.

L'incapacità di mentalizzare, di superare dei *bias* emozionali, di prepararsi a qualcosa che è altro da sé e di cui si è chiamati a prendersi cura al di là di una idealizzazione che finisce per investire il nascituro della responsabilità di farsi soluzione di ogni male, di non riproporre dinamiche familiari conflittuali note, rende l'acquisizione dello stato di gravidanza da parte della tossicodipendente piuttosto problematico.

Il binomio tossicodipendenza e donna evoca una serie di richiami ad altre forme di devianza femminile, di natura espressamente sessuale, come la mercificazione del corpo e la prostituzione. Per il mainstream generale la dipendenza da droghe viene considerata incompatibile con il ruolo di madre e *caregiver* della donna, dunque, proprio perché la tossicodipendente viene considerata come già incapace di badare a sé stessa e ai bisogni di chi le sta accanto.

La stessa è percepita attraverso la lente di sessualità promiscua, rischiosa, prodigale nel numero degli incontri occasionali e, dunque, a rischio.

Al controllo esercitato relativamente alle funzioni genitoriali materne da parte dei servizi sociosanitari e della magistratura

non corrisponde, però, un controllo parimenti puntuale in merito alle funzioni genitoriali del padre.

È un po' come se il controllo istituzionale venisse disposto in modo automatico qualora sia la madre o al più la coppia a presentare problematiche alcol-droga correlate.

La maternità e l'uso di droghe, in estrema sintesi, sono considerate una sorta di insanabile ossimoro, a prescindere da quanto i fatti possano dimostrare.

Al contrario rispetto alla figura del padre si preferisce un controllo che scatta solo in caso di situazioni di rischio da verificare.

Le narrazioni sociali attuali impongono ancora alla figura materna l'abnegazione, il sacrificio, l'istinto.

L'apparente negazione di tutto ciò, soprattutto a vantaggio di una categoria già di per sé vissuta come tabù ossia il piacere sembra davvero non riuscire a trovare soluzione lungo l'asse donna-droga.

Allo stato attuale, la scienza medica non ha ancora dimostrato, fuori da ogni dubbio, che la possibile compromissione cerebrale derivata dallo stato di tossicodipendenza può influire sulla capacità di una donna (o di un uomo) di prendersi cura dell'altro.

In alcuni casi, per contro, la maternità e il legame con il figlio non appaiono compromesse.

Non è ricorrendo alla teoria della deterrenza, dunque, per citare una delle teorie della devianza più conosciute in ambito sociologico, che si può confidare nella condizione *drug free*, al massimo si finisce per imporre alla donna, a capo chino, il Servizio/Comunità terapeutica dal quale allontanarsi il prima possibile.

Questa non è cura al massimo la si può leggere come pena, come punizione per qualcosa che viene ancora considerata una colpa e non una malattia.

La domanda non cospicua di assistenza non deve far pensare ad un fenomeno poco diffuso, al più può farci pensare a strutture inadeguate dall'investimento ridotto.

Attingendo dal *data base* relativo agli invii in Comunità Terapeutica del DDP ASL di Taranto è stata costruita una matrice – composta da 62 donne per 91 passaggi, collocati in un arco temporale compreso tra il 01 gennaio 2008 e il 31 dicembre 2017 – dalla quale sono state rielaborate le informazioni quantitative.

Sono stati analizzati complessivamente gli invii non considerando quelli già effettuati precedentemente e successivamente alla data di inizio e fine della ricerca.

L'ipotesi di ricerca elaborata dal DDP ASL di Taranto in proposito guarda alle Comunità terapeutiche come osservatorio privilegiato, non fosse altro che per il tempo di permanenza delle ospiti, atto a fornire suggerimenti importanti circa il processo di cura e riabilitazione delle donne consumatrici problematiche e dipendenti patologiche.

### Risultati

Analizzando i dati raccolti si evince che la popolazione osservata dal 01 gennaio 2008 al 31 dicembre 2017 è composta da 62 donne per 91 passaggi in Comunità Terapeutica.

Al 31 dicembre 2017 la popolazione totale del DDP ASL TA (poco più di 3265 persone) vede una netta discrasia tra uomini e donne.

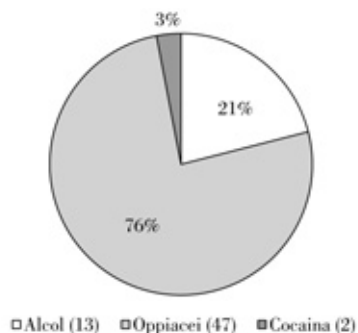
Per la tossicodipendenza da sostanze legali e illegali le donne rappresentano il 7,1% della popolazione generale (su 1987); mentre per l'alcolismo il 17% (su 174).

L'età media del campione è di 38 anni con una media età per gli invii di 31 anni.

La media di quante hanno abbandonato prima della conclusione del programma concordato è di 31 anni, quella di quante hanno portato a termine il programma concordato è di 33, quella relativa a quante continuano il percorso al 31 dicembre 2017 è di 30. Al momento della presa in carico della paziente, il 58% ha figli, il 41% no.

Gli invii in strutture Terapeutico-Riabilitative sono stati 34, presso strutture Pedagogico-Riabilitative 54, in doppia diagnosi 3.

*Distribuzione del campione donne DDP ASL TA per sostanza (62 donne)*



*Esito percorso in C.T. dal 01/01/2008 al 31/12/2017 DDP ASL TA-donne (91 passaggi)*

Abbandono	66
Arresto	-
Fine Programma	15
Trasferimento in altra C.T.	3
Espulsione	-
Continua	7
<b>Totale</b>	<b>91</b>

Delle 13 alcoliste il 38,4% ha raggiunto il "fine programma", delle 47 eroinomani il 19% ha raggiunto lo stesso obiettivo.

Delle due donne con cocaina come sostanza primaria, nessuna ha raggiunto la conclusione concordata del programma comunitario.

Delle 15 donne che hanno terminato il programma l'80% aveva figli.

Sei donne hanno terminato il programma dopo un altro percorso in C.T. mentre 8 erano al primo invio nel periodo di tempo osservato.

Solo una donna ha abbandonato dopo la fine di un precedente invio con esito "fine programma".

Tra il 2008 e il 2012 non si contano "fine programma", gli stessi si concentrano tra il 2012 e il 2016.

C'è da ricordare che l'invio di donne in Comunità terapeutica corrisponde ad appena il 4-5% di tutti gli invii effettuati negli stessi anni.

Alla data di chiusura della ricerca (31 dicembre 2017), c'è una condizione delle donne appartenenti al campione analizzato che non può non attirare l'attenzione, ossia le pazienti perse di vista con ben il 47%.

Probabilmente questo dato suggerisce un rapporto di non particolare fiducia nei confronti del Servizio.

Un po' come se lo stesso avesse un senso rispetto ad una richiesta specifica ma non come accompagnamento più articolato e durato nel tempo ad una condizione *drug-free*.

Se una buona parte delle pazienti Ser.D. proviene da ambienti socioculturali poco propensi alla fiducia nei confronti delle istituzioni, se non si può non considerare il timore, soprattutto in presenza di figli minori, nel rivolgersi ai Servizi ciò non sembra giustificare l'indubbia distanza tra domanda e offerta terapeutica.

L'assenza di fiducia, di prossimità, una percezione non proprio positiva rispetto alla possibilità di trovare accoglienza dovrebbero essere motivo di riflessione e di ripensamento nell'organizzazione e nelle modalità di approccio alla paziente donna da parte del Ser.D.

Il lavoro terapeutico con le donne tossicodipendenti, e in particolare con le eroinomani, impone una formazione complessa e multidisciplinare.

Chiede un approccio iniziale impostato sulla semplicità, sui bisogni minimi, sulla possibilità di un "aggancio caldo", senza eccessi normativi, fuori da prescrizioni rigide o freddamente istituzionali. Verrebbe quasi da dire che difficilmente si può intervenire senza aver prima stabilito un legame in qualche modo significativo.

L'operatore, soprattutto se donna, dovrebbe rinunciare alla sua distanza di sicurezza, al pensare di non avere nulla in comune con la paziente, provando a lavorare su di una complicità che solo in un secondo momento potrebbe portare a risultati visibili sul piano del consumo ma che sarebbe terapeutica da subito per ciò che attiene la difficile ma imprescindibile prerogativa del recupero della stima e del valore di sé.

Familiarizzare per tranquillizzare la paziente, mettere a disposizione un po' di più di sé senza per questo rinunciare al ruolo, avere la capacità di leggere una storia non solo come individuale ma anche e soprattutto sul piano socioculturale, sono solo alcuni degli aspetti utili, quando non necessari, a rendere i luoghi della cura della donna tossicodipendente più appetibili.

Alcune volte sono aspetti che gli operatori, e di diversa formazione, non si permettono a tutela del ruolo, altre volte è solo un trincerarsi dietro il ruolo per nascondere una formazione povera, carente, cristallizzata, cronicizzata almeno quanto il male di chi chiede aiuto, e spesso non lo chiede più.

La *compliance* di cui tanto si discute nei convegni non può prescindere da una alleanza terapeutica almeno quanto accogliente e lontana da moralismi e facili giudizi.

Nell'impossibilità umana, troppo umana, di eliminarli del tutto, da operatori del settore dovremmo almeno avere la voglia (nonché dovere etico) di lasciarli ad altri.

Le donne dipendenti sono ben più della loro diagnosi e ancor più del loro stigma.

Se la prima serve a creare categorie, favorendo la seconda, nessuna delle due può davvero suggerirci cosa fare e in che maniera evolverà la malattia stessa.

La prima cosa da comprendere, come ci suggerisce una delle voci più rappresentative della psichiatria mondiale, Benedetto Saraceno (13), è che esiste una differenza tra "categoriale" e "dimensionale", ossia tra gli approcci che stabiliscono la presenza o meno di una malattia e quelli per i quali la malattia è un *continuum* con la salute.

«Ecco perché è importante fare una diagnosi che sia *problem e setting oriented*.

Perché forse è più importante sapere quali sono i tuoi problemi piuttosto che cercare di far collimare i tuoi sintomi con una diagnosi» (14).

Avete mai provato ad abbracciare una donna tossicodipendente?

## La ricerca 2

### *Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL TA: La salute delle donne. Chi dice donna, dice (riduzione del) danno*

Dai dati Passi 2015-2018 risulta che in Italia 8 donne su 10, in età fra 25 e 64 anni, si sottopongono a scopo preventivo allo screening cervicale (Pap-test o Hpv test) all'interno di programmi organizzati o per iniziativa personale, secondo quanto raccomandato dalle linee guida nazionali, che suggeriscono alle donne di 25-64 anni di sottoporsi allo screening ogni tre anni per la diagnosi precoce del tumore della cervice uterina.

La copertura dello screening cervicale non è uniforme sul territorio nazionale: c'è un chiaro gradiente Nord-Sud (che va dal 90% dell'Emilia-Romagna al 61% della Calabria) e nelle Regioni meridionali in media non più di 7 donne su 10 si sottopongono a Pap-test o Hpv test a scopo preventivo.

Nel tempo, fortunatamente, si registra un incremento statisticamente significativo della popolazione femminile che fa prevenzione in tutte le aree del Paese con una riduzione, sebbene lenta, del divario fra Nord e Sud del Paese.

Il 12% delle donne riferisce di non essersi mai sottoposta a screening cervicale e l'8% di averlo fatto, ma da oltre tre anni. La motivazione più frequentemente addotta dalle donne intervistate per la mancata esecuzione dello screening è l'idea di non averne bisogno.

Fortunatamente nel tempo si registra un incremento, statisticamente significativo, della popolazione femminile che fa prevenzione in tutto il Paese, e sembra iniziare a ridursi il gradiente geografico fra Nord e Sud Italia.

Non trascurabile la quota di 50-69enni che non si è mai sottoposta a una mammografia a scopo preventivo o lo ha fatto in modo non ottimale: 11 donne su 100 non hanno mai fatto prevenzione e altre 16 su 100 riferiscono di essersi sottoposte alla mammografia da oltre due anni.

Fra le donne che si sottopongono allo screening mammografico esiste anche una piccola quota di chi vi si sottopone con una cadenza più breve del biennio raccomandato dalle linee guida. Il ricorso all'esame è frequente anche prima dei 50 anni, tanto che l'età media della prima mammografia va riducendosi ed è intorno ai 44 anni (dal portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica a cura del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute [www.epicentro.iss.it/passi/dati/ScreeningCervicale.asp](http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/ScreeningCervicale.asp), visionato il 17 giugno 2019).

Lavorare all'interno di un Dipartimento Dipendenze Patologiche induce, o dovrebbe indurre, a chiedersi come le donne dipendenti si rapportano alla propria salute.

La presente ricerca ha provato a indagare questo aspetto con la finalità di pensare prima e provare a costruire conseguentemente percorsi più agevoli e favorevoli una più puntuale attenzione in merito.

Tenendo conto di uno specifico femminile nei processi di dipendenza, con un ingresso nel mondo della tossicodipendenza spesso mediato da rapporti sentimentali non del tutto sani e da elementi di svalutazione del proprio sé psichico e corporeo, in alcuni casi propedeutici all'ingresso nel mondo della prostituzione, si è pensato di indagare l'area della salute della donna all'interno del Ser.D.

La ricerca è stata eseguita, tramite questionario anonimo ed autocompilato (solo 8 domande per rendere il tutto più agevole e snello possibile), su un campione casuale di tossicodipenden-

ti femmine in cura presso il Dipartimento Dipendenze Patologiche - Ser.D. di Taranto, nel periodo compreso tra il 15 febbraio e il 15 marzo 2018.

Lo strumento conoscitivo e d'indagine è stato discusso ed elaborato in collaborazione con il personale infermieristico femminile del Ser.D. di Taranto e una dirigente sociologa del DDP ASL TA. Si è cercato di rendere lo stesso piuttosto snello e di facile compilazione anche al fine di non chiedere alle intervistate un dispendio di tempo eccessivo.

Le domande mirano a sondare lo stato di tossicodipendenza delle intervistate, in termini di tempi e modalità, l'essersi sottoposte a screening relativo a Pap-Test e mammografia, riservando la domanda relativa all'età soltanto per ultima al fine.

La fase della compilazione è stata preceduta da una spiegazione con la quale s'illustravano le finalità generali dell'iniziativa, rassicurando le intervistate circa l'anonimato dei dati eventualmente raccolti e restando a disposizione della paziente sino a conclusione dell'autosomministrazione per qualsiasi ulteriore chiarimento circa la compilazione del questionario.

Lo stesso richiuso dopo l'autosomministrazione veniva poi custodito dal personale infermieristico interessato alla partecipazione all'indagine (5 infermiere).

Su 41 donne tossicodipendenti che nel periodo interessato alla ricerca erano in trattamento ambulatoriale 35 hanno accettato di rispondere al questionario, con una percentuale pari a circa l'85%.

### *Risultati*

Sono stati restituiti 35 questionari autocompilati e totalmente anonimi.

L'età media delle partecipanti è di 40,2 anni. In media hanno 1,5 figli e il 71,4% vive una relazione stabile al momento della ricerca.

Il 91,4% delle donne ha un trattamento farmacologico in atto (metadone, suboxone, alcolver).

Di queste solo il 40% lo integra con interventi di tipo psico-sociale.

Per il 62,8% delle rispondenti, la droga primaria è costituita dall'eroina; l'età media di prima assunzione è di 19,5 anni, la più giovane ha iniziato a 13 anni, la più anziana a 35 anni.

La percentuale sale all'80% se alla voce "eroina" si aggiunge "eroina e cocaina".

Per il 62% la modalità di somministrazione è quella endovenosa.

Il 37% del campione ha effettuato l'ultima visita ginecologica prima del 2014, il 28,5% nel 2017.

Entrando più nello specifico, il 25,7% non ha mai effettuato un Pap-test, la media d'età delle stesse è di 37 anni, con la più piccola nata nel 1995 e la più grande nata nel 1965.

Il 60% del campione, poi, risponde di non aver mai fatto una mammografia, di questo la media si attesta sui 39 anni, con le due più giovani nate nel 1995 e la più anziana nel 1962.

Considerata la soglia dei 50 anni prevista dai protocolli ufficiali in Italia, sono 5 le donne intorno a questa età (49-51 anni) a non essersi sottoposte all'esame.

Alla domanda "Se il Ser.D. le creasse l'opportunità di sottoporsi a visita ginecologica, Pap-test e mammografia, si sottoporrebbe agli stessi?", l'88,5% risponde favorevolmente.

Se il Ser.D. soprattutto attraverso la figura dell'infermiera, fissasse degli incontri di informazione e prevenzione oltre all'opportunità di sottoporsi a visita e test/analisi, il 77% si renderebbe disponibile.

## Conclusioni

Abbiamo sempre visto la tossicodipendenza come una condizione criminogena, per ciò che riguarda la donna dovremmo pensarla come non meno vittimogena.

I Servizi che si occupano di queste problematiche, declinate al femminile, dovrebbero intanto provare a scongiurare lo stigma, individuando soluzioni logistiche differenti, rendersi facilmente accessibili e soprattutto accoglienti.

Non si può pensare di recuperare una persona e nello specifico una donna senza offrirle la possibilità di rendersi autonome e autosufficienti economicamente.

Troppo spesso, infatti, i programmi in Comunità Terapeutica trascurano gli aspetti più concreti del vivere consegnandosi paradossalmente alla discrasia tra il mandato di risocializzazione e la residenzialità, con l'evidente rischio di isolare dal contesto di appartenenza invece che favorirne il reinserimento.

Inoltre, l'imposizione di regolamenti rigidi in alcuni casi finisce per ignorare l'individualità della persona e di lavorare contro gli obiettivi di individuazione e autonomizzazione.

Non meno paradossale è il rischio che la comunità terapeutica si sostituisca al sistema familiare in un rapporto di dipendenza che si spinge ben oltre il trattamento terapeutico concordato.

Sia per ciò che attiene al Ser.D. sia per ciò che concerne le Comunità terapeutiche, sfidare l'invisibilità di queste pazienti significa riuscire in prima istanza a far arrivare loro il messaggio che esistono, sono viste, possono contare su spazi di accoglienza e di intervento specifico e complesso.

Il lavoro sulla donna dipendente patologica, infatti, richiede interventi multidisciplinari e su più piani.

In estrema sintesi sembrerebbe necessario creare degli spazi-gruppi specifici orientati su:

- apprendimento di competenze;
- supporto motivazionale;
- applicazione del concetto della *recovery*;
- trattamento multimodale;
- gestione del controllo;
- apertura al cambiamento e al confronto;
- sviluppo dell'*empowerment*;
- riappropriazione del potere su di sé;
- scoperta del "si può dire di no";
- nuova declinazione dei diritti e dei doveri;
- narrazione e condivisione della propria storia di vita.

Sembra essere davvero il tempo di avviare una discussione e una formazione conseguente sul tema della dipendenza patologica e specificatamente di quella al femminile, fuori da moralismi, facili giudizi, finte conoscenze.

Quanto emerso dalla ricerca 2 condotta all'interno del DDP-Ser.D. di Taranto non è confortante.

Non sembra esserci una grande attenzione da parte delle donne dipendenti che afferiscono al Servizio alla propria salute e a quelle che vengono considerate ormai a molti livelli esami di routine finalizzate al benessere della donna.

Se si vuol fare prevenzione rispetto alla salute della donna appare utile quando non del tutto necessario fornire informazioni e orientamento ai servizi ASL che svolgono attività consultoriale orientata alla sessualità, alla maternità, ai sistemi contraccettivi ecc. ma tutto ciò non sembra bastare.

Una particolare cura dovrebbe essere spesa a supporto dello screening (visita ginecologica, Pap-test, mammografia, ecc.) con un'azione di supporto psicologico e di accompagnamento della paziente alle scadenze fissate dai protocolli internazionalmente condivisi.

Questo tipo di azione, però, non può prescindere dalla possibilità di far emergere elementi di svalutazione sociale e di autosvalutazione, di rivisitare i vissuti del proprio corpo, mirando a ridisegnare o disegnarne, spesso per la prima volta, pattern comportamentali di valorizzazione e cura di sé.

Aiutare la donna dipendente a rivedere i modelli femminili, a ripensare il proprio approccio all'altro, ai ruoli culturalmente assegnati, al partner maschile sono passaggi imprescindibili per non lasciare la prevenzione nell'alveo dell'occasionalità e del subito più che dell'agito consapevole.

La consapevolezza cui l'intervento dell'operatore Ser.D. dovrebbe tendere dovrebbe essere giocata sull'*empowerment*, su di una fiducia nelle proprie possibilità tutta da costruire, sulla costruzione di un concetto di salute letta in chiave più sistemica.

Il benessere non è solo il *drug free*, così come la salute non può essere solo fare i controlli a fronte di stili di vita che non si modificano, con o senza sostanza.

Autonomizzare la donna dipendente, renderla consapevole del proprio potenziale, offrirle l'idea di un valore di sé reale e da difendere, accompagnarla, favorendone concretamente il contatto a metodi utili alla tutela della propria salute, come possono non essere considerati elementi imprescindibili della cura e della riabilitazione, della prevenzione e della riduzione del danno.

Per quanto riguarda gli aspetti più strettamente operativi da parte del Ser.D., obiettivo precipuo dovrebbe essere quello di accrescere le conoscenze possedute finalizzate a orientare cambiamenti negli stili di vita delle pazienti.

Affinché tutto ciò possa avvenire, però, sarebbe opportuno non pensare alle tossicodipendenti semplicemente come "soggetti a rischio" pericolose per sé e per gli altri, ma guardare alle stesse potenziando ed implementando la loro stessa capacità di "prendersi cura di sé".

A tal proposito non appare sufficiente un lavoro occasionale di distribuzione di volantini informativi.

È necessario un coinvolgimento e un lavoro sulla persona costante, condiviso e partecipato dalle protagoniste per responsabilizzarle in prima persona ma anche, e forse soprattutto, per fare arrivare loro il messaggio che "esistono", che sono viste non come pazienti dipendenti patologiche ma come donne in tutta la loro completezza.

Non significa generare ansia o, peggio ancora, elementi operanti sulla sfera della colpevolizzazione ma su quella del benessere e dell'attenzione alla salute in una chiave più sistemica.

Non messaggi terroristici generatori di ulteriore distanza o fastidio rispetto al Servizio ma attività di consapevolizzazione e crescita personale per vivere meglio e con più tranquillità la sessualità e ciò che dalla stessa può scaturire.

Non basta, però, fornire solo informazioni.

Importantissimo, infatti, appare la significatività del rapporto tra operatore e donna.

La cura delle dipendenze, infatti, non può prescindere da quello specifico femminile che segna i percorsi tossicomani in termini di svalutazione del proprio corpo e del proprio sé che, spesso, per le donne tossicodipendenti significa l'ingresso nel mondo della prostituzione, con tutto il carico di rischio aggiuntivo che ciò può determinare e su vari fronti.

Significa anche su questo versante, da parte degli operatori eventualmente designati ad aiutare la donna far emergere eventuali elementi di squalifica e autosvalutazione, ridefinendo il proprio vissuto, la traumaticità dello stesso in ordine al corpo ma anche alla psiche, rintracciando modelli femminili più rispondenti ad un'idea di benessere e salute generale più attenti nonché una capacità di relazione con i partners più sani.

L'abbandono di un'idea svalutante del proprio essere donna, di ideali fiabeschi in tema di coppia, di deresponsabilizzazione in termini di salute e benessere dovrebbero essere gli obiettivi a cui lavorare, passando da una maggiore attenzione a quei passaggi che segnano la vita di una donna che la stessa faccia o non faccia uso di sostanze.

Agli operatori demandati, dunque, l'onere/opportunità di favorire scelte personali più adeguate, offrendo opportunità di sensibilizzazione, informazione, prevenzione, lavoro sulla persona.

Le donne che hanno compilato il questionario sembrano ben disposte, soprattutto se all'informazione segue una sorta di orientamento/accompagnamento iniziale.

Non è poco ma sembra imprescindibile, pena il continuare (in chiave provocatoria ma non troppo) ad avvallare la dipendenza comportamentale più diffusa all'interno dell'universo femminile ossia il rischio *giocato* sul e a spese del proprio corpo.

Avete mai abbracciato una donna tossicodipendente?

È piccola.

Rischiare di perderla in quell'abbraccio o terapeuticamente di conquistarla davvero.

## Bibliografia

- (1) Healy B. (1991). The Yentl syndrome. *N Engl J Med*, 325: 274-6.
- (2) Clayton J.A., Collins F.S. (2014). Policy: NIH to balance sex in cell and animal studies. *Nature*, 509: 282-3.
- (3) Farkas R.H., Unger E.F., Temple R. (2013). Zolpidem and driving impairment-identifying persons at risk. *N Engl J Med*, 369: 689-91.
- (4) Franconi F., Brunelleschi S., Steardo L., Cuomo V. (2007). Gender differences in drug responses. *Pharmacol Res*, 55: 81-95.
- (5) Franconi F., Campesi I. (2014). Sex and gender influences on pharmacological response: an overview. *Expert Rev Clin Pharmacol*, 7: 469-85.
- (6) Franconi F., Campesi I. (2018). *Farmacologia di genere*. Milano: Il Pensiero Scientifico.
- (7) Graziani M., Nencini P., Nistico R. (2014). Genders and the concurrent use of cocaine and alcohol: Pharmacological aspects. *Pharmacol Res*, 87: 60-70.
- (8) Quaderni del Ministero della Salute, n. 26 aprile 2016 - *Il genere come determinante di salute. Lo sviluppo della medicina di genere per garantire equità e appropriatezza della cura*, p. 74.
- (9) Fischbach R.L., Herbert B. (1997). Domestic violence and mental health: correlates and conundrums within and across cultures. *Social Sciences Medicine*, 45(8): 1161-1176.
- (10) Stark E., Flitcraft A. (1991). Spouse abuse. In: Rosenberg M., Fenley M. (eds.), *Violence in America: A Public Health Approach*. New York: Oxford University Press.
- (11) Kilpatrick D.G., Saunders B., Veronen L.J., Best C.L., Von J. (1987). Criminal victimization: lifetime prevalence, reporting to police, and psychological impact. *Crime and Delinquency*, 33: 479-489.
- (12) Braitstein P., Li K., Tyndall M., Spittal P., O'Shaughnessy M.V., Schilder A., Clerici M. (1993), *Tossicodipendenza e psicopatologia*. Milano: FrancoAngeli.
- (13) Saraceno B. (2017). Navigare nei mari della salute mentale. In: *Animazione sociale*, fasc. 314, n. 9. Torino: Edizioni Gruppo Abele pp. 3-14.
- (14) Saraceno B., *op. cit.*, p. 7.

## NOTIZIE IN BREVE

Si segnalano due documenti che FeDerSerD ha recentemente prodotto in relazione alla pandemia da SARS-CoV-2. Testi scientifici inviati con newsletter a tutti gli operatori dei servizi italiani. Inoltre inviati a tutte le istituzioni, dalle Regioni, alle ASL ai Ministeri.

### **Indicazioni operative per i Servizi delle Dipendenze alla luce della pandemia COVID-19.**

Aggiornamento al 27-04-2020.

**Strumenti terapeutici innovativi nei Ser.D. per la cura dei tossicodipendenti e per contrastare la diffusione del SARS-CoV-2 (20-04-2020).**

Per il contenuto consultate e scaricate dal sito [www.federserd.it](http://www.federserd.it)



# Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno VII, n. 29

MISSION n. 53

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

**Redazione:** Mauro Cibin, Ezio Manzato, Felice Nava, Sara Rosa, Valeria Zavan

**Direttore:** Alfio Lucchini

**Responsabile scientifico:** Ezio Manzato

Inviare richieste e contributi scientifici a:  
[missiondirezione@tiscali.it](mailto:missiondirezione@tiscali.it)

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

## La sindrome da astinenza alcolica protratta

a cura di Alfio Lucchini\*

La sindrome d’astinenza alcolica protratta certamente non è una novità assoluta, ma rappresenta una certezza la nuova attenzione che viene rivolta a questa patologia in seguito alla recente restrizione delle indicazioni terapeutiche imposte ad una terapia farmacologica ben nota e consolidata.

L’astinenza alcolica protratta può essere considerata un continuo della sindrome astinenziale acuta e, in generale, una sua corretta valutazione dovrebbe misurare tutte o almeno le più importanti categorie di sintomi, così come riportati nel documento emesso dalla Substance Abuse and Mental Health Services Administration (Protracted withdrawal SAMHSA, 2010) e dovrebbe essere impiegata per determinarne l’incidenza nella popolazione di pazienti alcol-dipendenti e per valutare l’efficacia dei trattamenti.

Le manifestazioni di certi sintomi sono strettamente legate alle caratteristiche individuali del paziente, sono quasi sempre associate al *craving* per l’alcol e aumentano il rischio di ricaduta se non opportunamente identificate ed adeguatamente trattate per alcuni mesi (SAMHSA, 2010; Martinotti *et al.*, 2008; Schuckit *et al.*, 2009).

Del resto, organismi ben noti a livello internazionale come il National Institute on Drug Abuse (NIDA), sottolineano che il rischio di ricaduta è molto alto nei primi 6/12 mesi successivi all’astinenza e raccomandano un periodo iniziale di trattamento farmacologico almeno per i primi 3 mesi.

In questo contesto un trattamento con farmaci GABA-ergici rappresenta un intervento farmacologico ottimale, poiché con questa categoria di farmaci si normalizza la trasmissione GABA-ergica e si controllano adeguatamente i sintomi della sindrome astinenziale protratta (Mason *et al.*, 2008).

\* *Past president FeDerSerD, psichiatra, direttore scientifico “MISSION”.*

Ad esempio, lo studio condotto da Martinotti *et al.* ha valutato la rilevanza dei sintomi astinenziali durante i primi 12 mesi di astensione dal potus e la loro relazione con l’anedonia e il *craving*.

I pazienti erano stati suddivisi in 4 gruppi a seconda della durata dell’astensione dal alcol (15-30 giorni, primo gruppo; 30-90 giorni, secondo gruppo; 90-180 giorni, terzo gruppo; 180-360 giorni, quarto gruppo).

Ebbene, non era stata rilevata alcuna differenza statisticamente significativa tra i 4 gruppi per quanto riguarda i sintomi astinenziali, suggerendo in particolare che anedonia e *craving* non decrescono con il trascorrere del periodo di astinenza dall’alcol, delineando un quadro tipico di “astinenza protratta”.

Le alterazioni funzionali di molteplici circuiti neuronali costituiscono un processo dinamico a cui sono associati diversi cambiamenti funzionali e comportamentali nell’intero corso della dipendenza, dalle fasi iniziali di *active drinking*, alla sindrome astinenziale acuta, fino alla sindrome astinenziale protratta.

Nei forti bevitori le alterazioni di questo equilibrio sono ancor più durature.

Numerose evidenze sperimentali, sia precliniche che cliniche, con l’utilizzo di varie metodologie, incluse le tecniche di *neuroimaging*, hanno contribuito a consolidare questa visione.

Da questo punto di vista molto rilevante il lavoro, pubblicato su *Addiction Biology* nel 2009 (15, 169-184), dal titolo “**Sintomi acuti da sospensione, astinenza prolungata e sentimento negativo nell’alcolismo: sono collegati?**” di Markus Heilig e Mark Egli, del National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Bethesda, MD, USA; John C. Crabbe, del Portland Alcohol Research Center, Oregon Health & Science University; e Veterans Affairs Medical Center, Portland, OR, USA; Howard C. Becker, del Charleston Alcohol Research Center, Departments of Psychiatry and Neuroscience, Medical University of South Caroli-

na; e Veterans Affairs Medical Center, Charleston, SC, USA.

Gli autori affermano che il ruolo dei fenomeni correlati all'astinenza nello sviluppo e nel mantenimento della dipendenza da alcol è ancora oggetto di discussione.

Un contesto di "auto-medicazione" richiede che i cambiamenti emotivi siano indotti da una storia di consumo di alcol, persistano nell'astinenza e siano un fattore determinante nel mantenimento dell'alcolismo.

Questo punto di vista inizialmente riguardava gli stati emotivi negativi emergenti durante le prime fasi dell'astinenza: questi sono pronunciati, si verificano nella stragrande maggioranza dei pazienti alcol-dipendenti e sono caratterizzati da umore depresso e ansia elevata.

Questa concezione si è ridimensionata quando ci si è resi conto che nella maggior parte dei pazienti, questi sintomi si attenuano nel giro di 3-6 settimane di astinenza, mentre il rischio di ricaduta persiste ben oltre questo periodo.

Più recentemente, i dati provenienti da studi condotti sugli animali hanno dimostrato che una storia prolungata di dipendenza da alcol induce neuro-adattamenti più sottili.

Questi conferiscono un'elaborazione emotiva alterata che persiste a lungo nell'astinenza protratta.

Il fenotipo comportamentale risultante è caratterizzato da un'eccessiva assunzione volontaria di alcol e da un comportamento maggiormente sensibile allo stress.

I dati emergenti rilevati nell'uomo supportano la rilevanza clinica dell'emotività negativa per quanto riguarda l'astinenza prolungata e la ricaduta.

Questi sviluppi fanno sorgere una serie di domande sul tema:

- i processi osservati durante l'astinenza acuta, sebbene di natura transitoria, sono meccanicamente correlati a quelli che permangono durante l'astinenza prolungata?;
- la suscettibilità all'emozionalità negativa nell'astinenza acuta è in parte dovuta a fattori ereditabili, in linea con quanto osservato nei modelli animali in materia di suscettibilità agli aspetti fisici dell'astinenza?;

- fino a che punto è ereditabile la suscettibilità al sentimento negativo che persiste nell'astinenza prolungata?

**Vediamo il processo di disintossicazione.**

**Prima di tutto viene esaminato l'andamento temporale di astinenza acuta, astinenza precoce, astinenza prolungata.**

Sotto il profilo clinico, il decorso temporale dell'astinenza da alcool è caratteristico (come da figura seguente).

In assenza di condizioni di comorbilità, dell'uso o del trattamento con altri farmaci, si osservano tre fasi relativamente distinte: astinenza acuta, astinenza precoce e astinenza protratta.

*L'astinenza acuta* riflette l'ipereccitabilità generalizzata del sistema nervoso ed è caratterizzata da tremori, iperattività dell'ANS, rischio di delirium tremens e convulsioni. In genere, le convulsioni si verificano entro le prime 48 ore dall'ultima assunzione di alcool, con un picco intorno alle 24 ore; il tremore segue un andamento temporale simile, mentre il delirium tremens in genere raggiunge un picco all'incirca alle 72 ore.

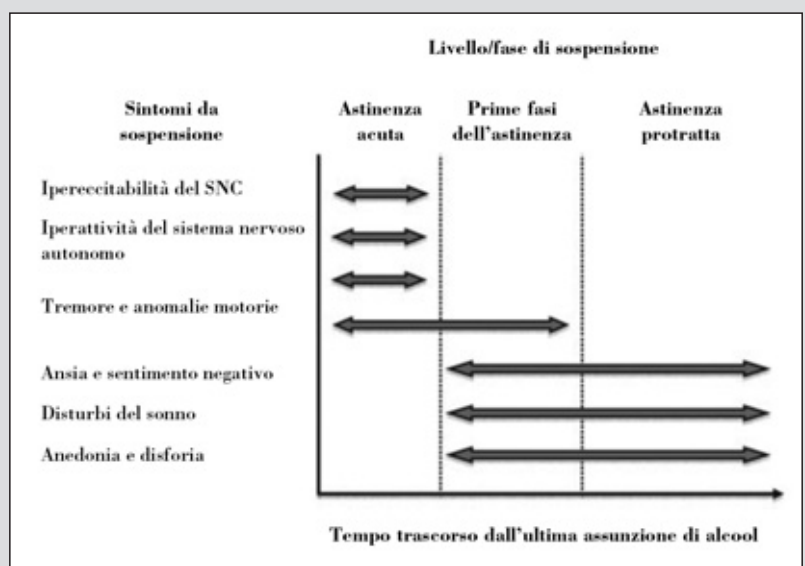
Dopo la prima settimana, è rara la comparsa di sintomi acuti. Durante la fase di astinenza acuta, il trattamento deve focalizzarsi al ritorno controllato dall'ipereccitabilità generalizzata e alla prevenzione di convulsioni e delirium tremens (Victor e Adams, 1953; Mayo-Smith 1997).

*Astinenza precoce*: si usa questo termine facendo riferimento a un periodo intermedio successivo durante il quale continuano l'ansia, un tono dell'umore basso e i disturbi del sonno, che però ora si manifestano in assenza di sintomi fisici acuti. L'ansia elevata si risolve in 3-6 settimane dall'ultima assunzione di alcool (Schuckit e Hesselbrock, 1994), un po' più lentamente nelle donne che negli uomini (Bokström, Balldin e Långström, 1991).

*Astinenza protratta*: durante questa fase finale, l'ansia e la disforia elevate non sono necessariamente rilevate con i metodi di valutazione standard, ma i pazienti continuano a segnalare quello che qui verrà chiamata alterazione dell'elaborazione affettiva.

Durante questa fase, piccole sfide, di norma insignificanti, provocano sentimento negativo, brama e ricaduta (Sinha e Li, 2007).

**Sindrome da astinenza dall'alcool: modello temporale dei sintomi da astinenza**  
 Fase di astinenza acuta: esseri umani (48-72 ore); animali (24-48 ore);  
 prime fasi dell'astinenza: esseri umani (3-6 settimane); animali (1-2 settimane); fase di astinenza protratta: esseri umani (> 3 mesi); animali (> 1 mese)



Un corollario interessante è l'attenuazione o l'assenza di risposte positive attese a situazioni normalmente gratificanti. Questo cambiamento può essere colto dall'imaging cerebrale funzionale ed è associato a brama e rischio di ricaduta (Heinz *et al.*, 2007; George *et al.*, 2008; Gilman e Hommer, 2008).

Se questi cambiamenti affettivi negativi siano una componente chiave dell'astinenza prolungata in un dato individuo può essere correlato all'eterogeneità degli alcolisti

Tale eterogeneità è stata descritta criticamente dagli studi di adozione classica (Cloninger, Bohman e Sigvardsson, 1981; Cloninger, 1987; Sigvardsson, Bohman e Cloninger, 1996). Ciò è evidenziato da dati sull'uomo più recenti, in cui gli alcolisti senza disturbo antisociale di personalità (ASPD) mostrano un aumentato potenziamento della risposta di trasalimento a seguito di stimoli affettivi negativi rispetto ai normali controlli non alcolisti.

Al contrario, gli alcolisti con ASPD in co-morbidità hanno in effetti un minore potenziamento del riflesso di trasalimento (Miranda *et al.*, 2002, 2003).

Il primo gruppo rappresenta chiaramente una forma interiorizzante (Cloninger-Bohman di tipo I) della malattia, mentre il secondo è all'estremo di un sottotipo esternalizzante (Cloninger-Bohman di tipo II).

### **Astinenza acuta versus astinenza prolungata - in relazione alle recidive**

La rinnovata assunzione di alcol al fine di ottenere sollievo dai sintomi dell'astinenza acuta è uno dei criteri diagnostici dell'alcolismo (American Psychiatric Association *et al.*, 1994).

È tuttavia improbabile che l'astinenza acuta, caratterizzata da sintomi fisici, sia un importante fattore motivazionale che induca alla recidiva nel momento in cui i pazienti vogliono sottoporsi ad un trattamento.

Ciò viene contraddetto dall'osservazione che l'uso concomitante di benzodiazepine, a meno che non sia fornito nelle condizioni controllate di un'unità di disintossicazione, non solo sarà inefficace nel prevenire un ritorno al consumo eccessivo di alcol, ma in realtà ne aumenta il rischio (vedere ad esempio Malcolm, 2003).

Al contrario, l'astinenza prolungata e il cambiamento affettivo che permane durante questa fase stanno emergendo come fattori principali oltre a brama e recidiva (Heinz *et al.*, 2003; Breese, Overstreet e Knapp, 2005a; Heilig e Koob, 2007; Sinha e Li, 2007).

Le evidenze accumulate per l'attivazione patologica prolungata dei sistemi cerebrali che mediano le risposte affettive negative sono state racchiuse in un termine intuitivamente attraente quale "relief craving (desiderio per ridurre la tensione)" (Heinz *et al.*, 2003).

Nella teoria dell'apprendimento classico, ciò rappresenta un rinforzo negativo, vale a dire l'eliminazione o l'evitamento di una situazione negativa.

Mentre la disregolazione affettiva nell'astinenza prolungata è probabilmente di immediata rilevanza per la ricaduta nel-

l'uso eccessivo di alcol, il legame tra i fenomeni di astinenza precoce e la successiva disregolazione affettiva rimane poco chiaro.

Se un tale collegamento esiste, fornirebbe una forte motivazione per rivisitare la biologia e la genetica dei sintomi acuti da astinenza.

### **Concludendo**

Una letteratura in crescita indica che una storia di dipendenza fisica dall'alcol che si basa su cicli ripetuti di astinenza è accompagnata da una maggiore motivazione all'auto-somministrazione di alcol e dalla propensione alla ricaduta.

Sono disponibili da tempo solide misure di astinenza dall'alcol nell'uomo e negli animali da esperimento.

Esse si sono però concentrate principalmente sui fenomeni fisici dell'astinenza e sulle prime fasi del processo di astinenza.

Non è noto se questi fenomeni da sospensione comunemente studiati riflettano gli processi patofisiologici che danno origine agli aspetti motivazionali dello stato post-dipendenza o se sono semplicemente correlativi.

Gli studi sull'uomo sono, in una certa misura, più avanti nel definire questa relazione.

Questo perché sono disponibili dati sull'uomo che dimostrano che l'elevata reattività allo stress durante le prime fasi dell'astinenza sia dalla cocaina che dall'alcool prevede la ricaduta (Sinha *et al.*, 2006; Sinha, 2008).

Il nostro articolo si occupa di diversi fenotipi correlati all'astinenza che potrebbero essere studiati negli animali e potenzialmente potrebbero essere più strettamente correlati agli adattamenti motivazionali rilevanti alla luce del mantenimento dell'alcolismo.

Questi tipi di modelli consentirebbero agli studi di determinare se la fisiopatologia condivisa o distinta sia alla base delle conseguenze fisiche e motivazionali delle ripetute astinenze dall'alcol.

### **Bibliografia**

- Heilig M., Egli M., Crabbe J.C., Becker H.C. (2009). Acute withdrawal, protracted abstinence and negative affect in alcoholism: are they linked? *Addiction Biology*, 15: 169-184.
- Martinotti G., Di Nicola M., Reina D., Andreoli S., Focà F., Cunniff A., Tonioni F., Bria P., Janiri L. (2008). Alcohol protracted withdrawal syndrome: the role of anhedonia. *Subst. Use. Misuse*, 43: 271-284.
- Mason B.J., Light J.M., Williams L.D., Drobes D.J. (2008). Proof-of-concept human laboratory study for protracted abstinence in alcohol dependence: effects of gabapentin. *Addiction Biology*, 14: 71-83.
- Schuckit M.A. (2009). Alcohol-use disorders. *Lancet*. 373: 492-501.
- Substance Abuse Treatment Advisory, U.S. Department of Health and Human Services (2010). *Protracted withdrawal*, vol. 9, issue 1. [www.kap.samhsa.gov](http://www.kap.samhsa.gov).

# Percorso clinico-diagnostico-riabilitativo dei pazienti con dipendenza da alcol in carico nell'anno 2019 al Ser.D. di Soverato

G. Audino\*, E. Battaglia\*\*, F. Genco\*\*\*, V. Mellace\*\*\*, F. Montesano\*\*\*\*, R. Macrina°, M. Notaro°, L. Codispoti°, A. Macrina°, A. Pascolo°, M.C. Squillace°, G. Samà°

## La complessa gestione delle PAC in Calabria

Nella provincia di Catanzaro la media dei decessi riconducibili all'abuso d'alcol è pari a 7,68 ogni 100.000 abitanti.

In provincia di Cosenza il dato resta allarmante con 6,51 decessi ogni 100.000 abitanti.

Seguono le province di Vibo Valentia (5,28/100.000), di Reggio Calabria (4,77/100.000) e di Crotone (4,13/100.000), con una media regionale pertanto pari a 4,66 decessi ogni 100.000 abitanti.

Nonostante questi dati dimostrino nella nostra regione l'incremento preoccupante delle conseguenze devastanti legate all'abuso di sostanze alcoliche, in Calabria i centri di assistenza dedicati si sono ridotti da 15 nel 2007 ai 13 attualmente presenti.

Ciò crea una oggettiva difficoltà a coinvolgere entro una rete di sostegno multidisciplinare tutte le persone con problemi di alcolismo presenti sul territorio regionale.

## Strumenti e metodi

Come tutte le dipendenze, anche quella alcolica è caratterizzata da un comportamento ossessivo di ricerca compulsiva della sostanza da abuso, in tal caso di bevande alcoliche (finanche dalle prime ore del mattino, appena svegli), e anche dai fenomeni di assuefazione e tolleranza per cui il soggetto è costretto a bere quantità sempre maggiori di bevande alcoliche per raggiungere l'effetto desiderato man mano che ne perpetua l'abuso.

Nell'alcol-dipendenza la brusca interruzione del consumo di alcol causa la sindrome da astinenza caratterizzata da tachicardia, tremori, nausea, vomito, agitazione, allucinazioni, convulsioni.

L'alcol deprime il sistema nervoso centrale, riduce i freni inibitori, influenza pensieri, emozioni e capacità di giudizio, causando dunque problemi di variabile gravità non solo all'individuo, ma anche alla sua famiglia, alla società.

\* Responsabile Ser.D. Soverato (Cz).

\*\* Referente Centro Alcolologico Ser.D. Soverato (Cz).

\*\*\* Dirigente Medico Ser.D. Soverato (Cz).

\*\*\*\* Direttore Dipartimento Dipendenze e Salute Mentale di Catanzaro.

° Dirigente Psicologo Ser.D. Soverato.

°° Infermiere Professionale Ser.D. Soverato.

°°° Assistente Sociale Ser.D. Soverato.

°°°° Medico in formazione in Medicina Generale, Regione Calabria.

Da qui la necessità di praticare un approccio multidisciplinare nella presa in carico dei soggetti con problematiche alcol correlate, a cui il Ser.D. di Soverato ha dedicato un'equipe funzionale medico-psico-sociale.

L'obiettivo è rispondere ad una richiesta d'aiuto in maniera complessa, ponendo il paziente al centro di un equilibrato intervento di prevenzione e cura sociale - psicologica - sanitaria.

L'equipe funzionale multidisciplinare del Ser.d. di Soverato svolge le seguenti attività:

- presa in carico del paziente con coinvolgimento attivo della famiglia;
- valutazione clinico-diagnostica comprensiva di visita medica, somministrazione del test di CAGE (Figura 1) e AUDIT prelievi ematici, esame delle urine (Figura 2); in particola-

Fig. 1

Test C.A.G.E.		
<b>C</b> ut down (diminuire)	Hai mai pensato recentemente di dover bere meno alcol?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>A</b> nnoyed (Infastidito)	Ti sei mai irritato per osservazioni inerenti al tuo modo di bere?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>G</b> uilty (Colpevole)	Ti sei sentito in colpa per il tuo bere?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>E</b> ye opener (Risveglio)	Hai mai bevuto alcolici al risveglio?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Fig. 2 - Modello esami richiesti all'ingresso alla prima visita, Ser.D. Soverato

SI RICHIEDONO I SEGUENTI ESAMI:	
Azotemia	X
Bil D	X
Bil Ind	X
Bil Tot	X
Creatinina	X
Uricemia	X
Emocromo	X
Glicemia	X
Es. Urine	x
K	X
Colesterolo tot	x
HDL	x
Trigliceridi	x
HBV -Hbe	X
HBV - Anti Hbc	X
HBV - Anti Hbe	X
HBV - Anti HBsAg	X
HBV-DNA Quantitativo	
HCV	X
HCV-RNA Qualitativo	
HCV-RNA Quantitativo	
HIV	x
Titolo Anti HBsAg	
Proteine totali	x
CDT (Transferrina desialata)	x
Etiaglicuronato su campione urinario	x

F. Responsabile SS SerD Soverato  
Dott.ssa M.G. Audino

re, gli esami tossicologici utilizzati oltre che per la diagnosi anche per la valutazione del percorso terapeutico, e per attestare lo stato *drug free* dei pazienti, sono stati etilglucuronato (1034 test urinari eseguiti) e CDT (102 test ematici eseguiti); i programmi di disintossicazione ambulatoriale durano in media tre giorni e in prima fase consistono di terapia farmacologica con soluzione fisiologica 500 cc x 2 e.v. associata a glutatione o ademetionina busilato e a complessi vitaminici inclusivi di tiamina, piridossina e cianocobalammina, farmaci anticraving (acido gamma idrossibutirrico o GHB) e al bisogno, benzodiazepine.

Nei giorni successivi la terapia prosegue con farmaci anticraving (Acamprosato, Nalmefene) ed eventuale terapia avversativa (disulfiram);

- attività di counselling;
- scuola alcolologica per pazienti e familiari;
- percorso riabilitativo in collaborazione con le associazioni di volontariato CAT;
- somministrazione di test proiettivi: Test di Appercezione Tematica (TAT);
- terapie di sostegno individuali o di gruppo (Figura 3).

Fig. 3 - Terapia individuale e di gruppo Ser.D. Soverato



## Risultati delle attività di prevenzione sul territorio

Nelle attività di prevenzione avviate dagli operatori del Ser.D. di Soverato, dopo una mappatura del territorio, rientrano le scuole alcolologiche territoriali e gli interventi di sensibilizzazione alle PAC nelle scuole.

Nel 2019 si sono tenuti diversi eventi volti a promuovere sani stili di vita con il coinvolgimento di 400 studenti afferenti a due istituti scolastici territoriali e 10 docenti.

Le attività di prevenzione territoriali hanno consentito di individuare gruppi di popolazione a rischio.

Vista la complessità del territorio, si è puntato, in particolar modo, su un gruppo di pazienti residenti in una Struttura Riabilitativa Psichiatrica (SRP) dell'ASP CZ.

## Descrizione del percorso clinico-diagnostico-riabilitativo

Nel corso del 2019 sono stati presi in carico 131 pazienti con diagnosi di alcol-dipendenza: 33 nuovi utenti, di cui 30 maschi (91%) e 3 femmine (9%) (Figura 4) e 98 ritorni, di cui 85 maschi (87%) e 13 femmine (13%) (Figura 5).

La distribuzione di tutti i pazienti per età era la seguente: 4 avevano un'età compresa tra 20 e 29 anni (4%), 26 tra 30 e 39 anni (20%), 28 tra 40 e 49 anni (21%), 46 tra 50 e 59 anni (35%) e 27 avevano un'età superiore ai 60 anni (21%); l'età media dei pazienti con PAC era pertanto di 49,8 anni (Figura 6).

Fig. 4 - 33 nuovi utenti con PAC anno 2019

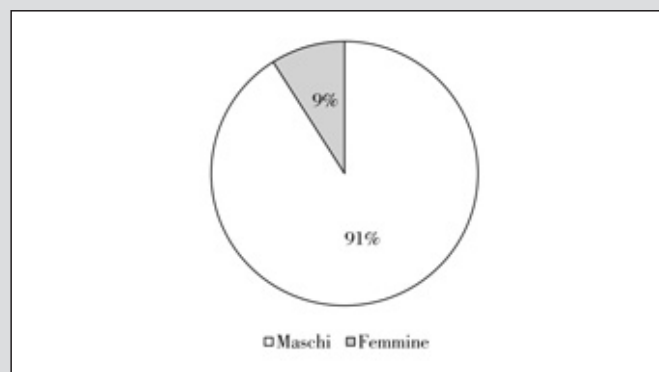


Fig. 5 - 98 ritorni con PAC anno 2019

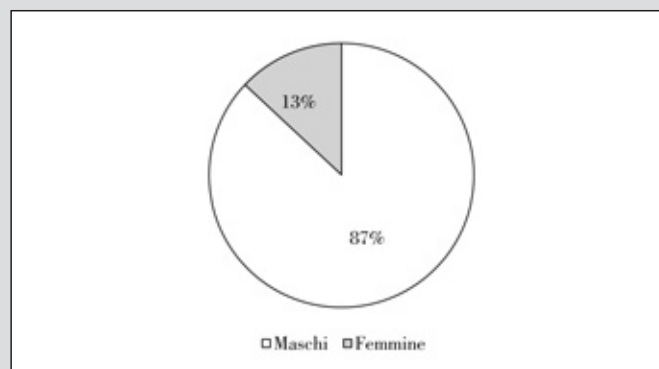
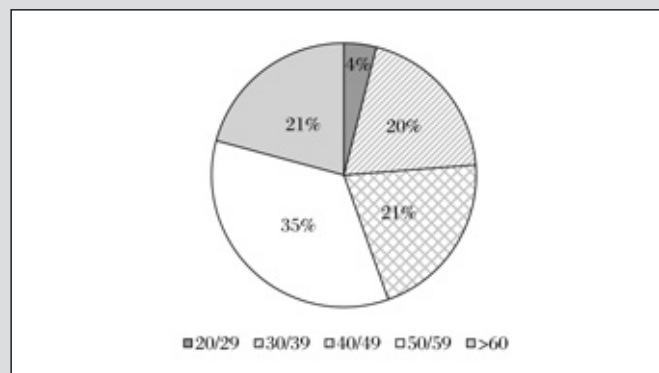


Fig. 6 - Distribuzione per fasce d'età degli utenti con PAC, anno 2019



54 pazienti, 33 nuovi (61,1%) e 21 ricaduti (38,9%), sono stati sottoposti a disintossicazione ambulatoriale della durata media di 3 giorni (Figura 7).

Tutti gli utenti hanno partecipato assieme ai familiari alla scuola alcolologica di sensibilizzazione alle PAC.

Il percorso riabilitativo è proseguito con l'invio di 25 pazienti ai gruppi di sostegno dei CAT territoriali (19%); 30 pazienti hanno seguito la psicoterapia individuale, familiare (23%); 48 la psicoterapia di gruppo (37%); 26 pazienti sono stati sottoposti esclusivamente a trattamento farmacologico (20%). Un utente (1%) è stato inviato in comunità terapeutica (Figura 8).

Fig. 7 - 54/131 utenti con PAC disintossicati nell'anno 2019

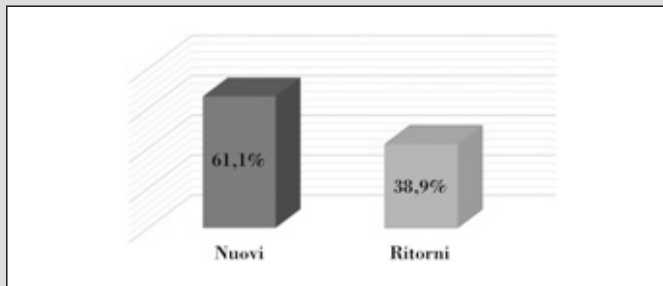
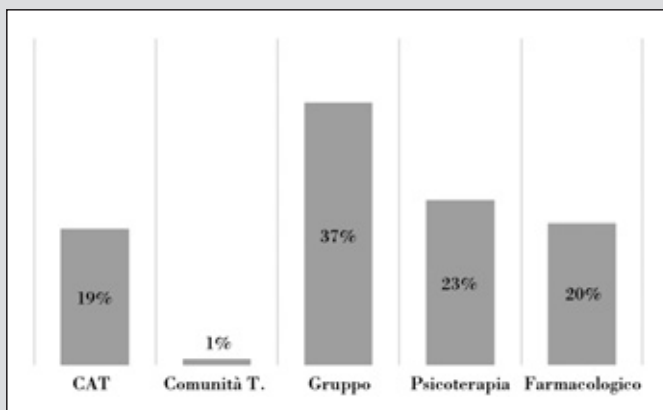
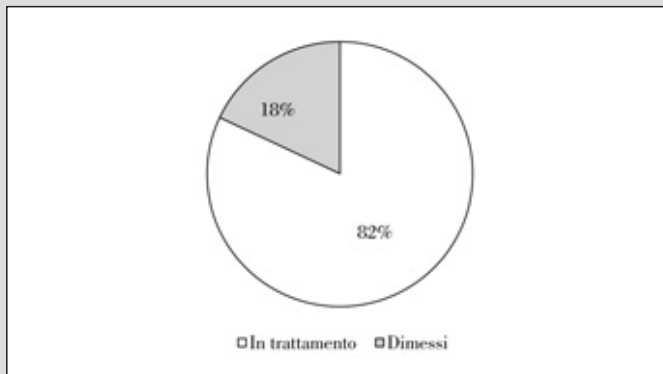


Fig. 8 - Tipologia di trattamento terapeutico dei 131 pazienti con PAC nell'anno 2019



108 pazienti (82%) restano in carico all'interno di un progetto personalizzato farmaco-psico-sociale (Figura 9).

Fig. 9 - Esito programma terapeutico 2019



I pazienti dimessi dal percorso psicoterapeutico e farmacologico sono stati 23 (18%).

Per questi, tuttavia, prosegue un follow-up previsto con cadenza mensile per i primi 6 mesi, a seguire ogni 3 mesi.

La valutazione clinica e multidisciplinare eseguita a 12 mesi dalle dimissioni ci permette di evidenziare che tali pazienti hanno mantenuto lo stato di sobrietà.

A tutti i pazienti è stata fornita la disponibilità, anche tramite un contatto telefonico alla struttura e accesso diretto, per ogni eventuale necessità, ed in ogni caso gli stessi verranno ricontattati ogni sei mesi.

## Conclusioni

I risultati nell'anno osservato (2019) del percorso clinico-diagnostico-riabilitativo dei pazienti con PAC del Ser.D. di Sovrato ci permettono di confermare che la dipendenza e l'abuso alcolico si associano ad una età media di circa 50 anni e il genere più rappresentato è quello maschile sia tra gli utenti già in carico, sia tra i nuovi utenti. L'osservazione dei dati ci consente di formulare nuovi programmi di accoglienza rivolti alla medicina di genere e progetti di prevenzione rivolti alla popolazione giovanile con l'obiettivo di ridurre i rischi derivanti dall'uso di bevande alcoliche. Diversamente da quanto appare dalla letteratura che riguarda diversi Paesi europei dove i ricoveri sono più numerosi, nel nostro territorio, i programmi si basano su cure ambulatoriali e, anche se in percentuale minore, su gruppi di auto-aiuto.

Tutto ciò grazie a una rete di supporto territoriale che va sicuramente potenziata con l'obiettivo di ridurre i costi nell'ambito della sanità pubblica.

## Bibliografia

Baros A.M., Wright T.M., Ltham P.K., Miller P.M., Anton R.F. (2008). Alcohol consumption, %CDT, GGT and blood pressure change during alcohol treatment. *Alcohol&Alcoholism*, 43: 192-7. doi: 10.1093/alcalc/agn156.

Cipriani G., Farchi G., Quartini A. (2000). Epidemiologia alcolica: le conseguenze dei consumi di alcol sulla salute. In: Allamani A., Orlandini D., Bardazzi G., Quartini A., Moretini A., *Il libro italiano di alcolologia*, vol. I, pp. 89-100.

Alcohol Albert (1997), *Special supplement 30 years of the Breath test*, december. London: IAS.

Noventa A. (2003). *Organizzazione e finalità dei gruppi informativo-educativi*. Atti Seminario Regionale Emilia Romagna: l'uso di bevande alcoliche ed idoneità alla guida, Cesenatico (RA).

Brunett A.I., Hall W., Fry C.L., Dilkes-Frayne E., Carter A. (2017). Drug and alcohol treatment providers' view about the disease model of addiction and its impact on clinical practice: A systematic review. *Drug and Alcohol Review*, Dec, 14. doi: 10.1111/dar.12632.

Gerra G. (2016). Comunicati stampa, VI Congresso Nazionale FeDerSerD, Palermo.

National Institute on Drug abuse (NIDA) (2014). *Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction*. [www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/preface](http://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/preface).

Si ringrazia il Laboratorio Farmaceutico C.T. per il supporto alla realizzazione della newsletter.



🔍 Gli articoli di questa sezione sono sottoposti a referaggio doppiamente cieco (double blind peer review process) e seguono gli standard in uso per le pubblicazioni scientifiche a livello internazionale ed accettati dalle principali banche dati citazionali

## Prospettiva e Valore della matrice Cheratinica nella valutazione dell'utilizzo di Nuove Sostanze Psicoattive nella popolazione che afferisce ai Ser.D.

Concettina Varango\*, Francesca Musarella\*, Mara Cella\*, Antonella Varango\*

### SUMMARY

■ *The world of drugs is changing.*

*The “cannibal” drug (synthetic cathinones), the “zombie” drug (Krokodil), the “madness” drug (Yaba), the “crisis” drug (Sisa), are just some of the new drugs that are making their entry into the world of drugs.*

*While on the one hand the prevalence of cocaine, heroin and amphetamines worldwide has decreased slightly in recent years, on the other hand we are witnessing an “epidemic” spread of new and more powerful psychoactive substances, with the most disparate chemical structure, synthesized at home or in clandestine laboratories, placed on the market, especially online, and advertised as harmless and capable of inducing extremely pleasant effects.*

*The effects are often intense, not always pleasant, in some devastating cases.*

*Better known as NPS (Novel Psychoactive Substances), they represent an emerging problem at an international level, a constantly evolving phenomenon in which new molecules are continuously placed on the market not only to satisfy new requests from consumers but above all to evade the controls that begin to be established in the various countries by updating the relevant legislation.*

*Lacking analytical reference standards (non-existent or not easily available), the intoxications caused by NPS are extremely difficult to recognize, and even more to treat.*

*This article arises from the need to inform a wider public about the danger represented by these substances, to make NPS known to sector operators (laboratory staff, emergency/emergency staff, health workers, researchers, etc.) in order to facilitate the analysis of unknown samples and to disseminate scientific data that are beginning to emerge from clinical and preclinical studies on their toxic and pharmacological effects. ■*

**Keywords:** *Keratin matrix, Novel psychoactive substances.*

**Parole chiave:** *Matrice cheratinica, Nuove sostanze psicoattive.*

### Introduzione

Il mondo delle droghe sta cambiando.

La droga “cannibale” (catinoni sintetici), la droga “zombie” (Krokodil), la droga “della pazzia” (Yaba), la droga “della crisi” (Sisa), sono solo alcune delle nuove droghe che stanno facendo il loro ingresso nel mondo degli stupefacenti.

Se da una parte negli ultimi anni la prevalenza di cocaina, eroina e anfetamine a livello mondiale è in leggero calo, dall'altra si sta assistendo ad una diffusione “epidemica” di nuove e più potenti sostanze psicoattive, con struttura chimica tra le più disparate, sintetizzate a casa o in laboratori clandestini, immesse sul mercato, soprattutto online, e reclamiz-

zate come innocue e in grado di indurre effetti estremamente piacevoli.

Gli effetti sono spesso intensissimi, non sempre piacevoli, in alcuni casi devastanti.

Grazie ai recenti sviluppi nella sintesi a basso costo di prodotti chimici organici, allo scambio di informazioni attraverso social network e forum dedicati (drugs forum) e alle opportunità di marketing attraverso la rete, oggi cannabinoidi e catinoni sintetici, fenetilamine, piperazine, sostanze ketamino- e PCP-simili, triptamine, fentanili, nuovi oppioidi, analoghi azepanici, droghe da stupro (date-rape drugs) sono disponibili su numerosi siti online; queste e molte altre sostanze, non sempre regolamentate, sono quindi legali e facilmente acquistabili anche da minorenni. L'EMCDDA, l'ente preposto al controllo europeo delle nuove sostanze in circolazione, in gergo le chiama NPS (Novel Psy-

\* U.S.C. Dipendenze dell'ASST di Lodi.

choactive substances), un acronimo per indicare tutte le sostanze di abuso, sia in forma pura che in preparazioni, che sfuggono ai controlli delle Nazioni Unite sui narcotici e sulle sostanze psicotrope e che possono pertanto causare conseguenze devastanti per la salute.

Di queste, sono numerose le sostanze che inducono seri disturbi psichiatrici ma anche danni cardiaci, renali e respiratori, spesso e volentieri aggravati dal contemporaneo uso di alcol e altre droghe.

In casi estremi delirio paranoide, allucinazioni, coma, intossicazioni potenzialmente fatali, ma anche aggressività, ipertensione e disturbi cardiovascolari.

L'osservatorio europeo delle droghe ritiene che siano circa 88 milioni (il 25 per cento) i cittadini europei che almeno una volta nella vita hanno fatto uso di sostanze illecite.

Esse rappresentano un problema emergente a livello internazionale, un fenomeno in costante evoluzione in cui nuove molecole vengono continuamente inserite nel mercato non solo per soddisfare nuove richieste da parte dei consumatori ma soprattutto per eludere i controlli che cominciano ad essere istituiti nei vari Paesi attraverso l'aggiornamento della normativa in materia. Mancando standard analitici di riferimento (inesistenti o non facilmente reperibili), le intossicazioni causate dalle NPS risultano estremamente difficili da riconoscere, e ancora di più da trattare. Insieme all'International Narcotics Control Board, che dedica grande attenzione a questa nuova minaccia per la salute pubblica, il Sistema Nazionale di Allerta Precoce per le droghe dal 2009 esegue un monitoraggio costante della comparsa di NPS in Europa grazie alle segnalazioni provenienti dai suoi centri collaborativi (centri antiveleni, laboratori, tossicologie forensi, Forze dell'Ordine, pronto soccorso), rilevando ad oggi circa 730 nuove sostanze circolanti anche difficilmente rintracciabili nei liquidi biologici con i comuni test tossicologici.

Questo articolo nasce dall'esigenza di informare un più ampio pubblico sul pericolo rappresentato da queste sostanze, far conoscere le NPS agli operatori del settore (personale di laboratorio, personale delle unità di emergenza/urgenza, operatori sanitari, ricercatori, ecc.) al fine di agevolare l'analisi di campioni sconosciuti e divulgare i dati scientifici che cominciano ad emergere da studi clinici e preclinici sui loro effetti tossici e farmacologici.

Ci è sembrato però non solo opportuno ma anche doveroso richiamare l'attenzione su questo mondo sommerso, che sempre più assumere i contorni della punta di un iceberg, e che non a caso trova la sua massima espressione nel "deep web" – quella parte del web che si trova in Internet ma non viene indicizzata dai motori di ricerca.

Si tratta di un fenomeno in costante evoluzione negli ultimi anni che vede aumentare le nuove molecole immesse sul mercato, perché se da una parte cresce la richiesta dei consumatori, dall'altra è più facile così eludere i controlli dei vari Paesi costretti ad aggiornare la normativa in materia.

Impossibile fare studi su sostanze in continua modificazione e di conseguenza è difficile riconoscere le intossicazioni causate dalle NPS e di conseguenza trattarle.

Gli effetti sulla salute fisica e mentale sono estremamente variabili, data la vastità e la diversità delle molecole incluse in questa definizione.

Da un punto di vista farmacologico le NPS sono estremamente eterogenee e le differenze di struttura chimica tra le singole sostanze rendono la predizione degli effetti desiderati e avversi dei rischi per la salute e degli eventuali interventi terapeutici estremamente complessa.

Dal 2009 sono comparsi nel gruppo delle N.P.S., i nuovi oppioidi sintetici, molecole estremamente potenti che comportano una seria minaccia per la salute pubblica.

Si tratta di prodotti dalla notevole potenza (il fentanyl, per esempio, capostipite di questa famiglia, ha un'azione circa 100 volte maggiore rispetto a quella della morfina) che vengono utilizzati sia per sé sia come adulteranti di partite di sostanze classiche, soprattutto eroina, causando scie di decessi per overdose.

## Il traffico illecito

Il traffico di droghe d'abuso e sostanze illecite continua a essere un grave problema sociale; rappresenta inoltre un mercato in continua evoluzione, tra vendite online (nel deep web ma non solo) e nuovi prodotti di sintesi che comprendono un vasto numero di sostanze psicoattive.

Le rotte dei traffici illegali seguono percorsi anche di migliaia di chilometri, toccando Stati diversi prima di raggiungere la destinazione prefissata.

L'UNODC, l'agenzia delle Nazioni Unite per il controllo della droga e la prevenzione del crimine, pubblica ogni anno il World Drug Report, una analisi dettagliata sui traffici e sugli effetti che hanno a livello globale.

Nel 2018 si è registrato un maggior utilizzo e interesse da parte dei giovanissimi (15-24 anni) e degli over 50, con una maggior predisposizione per le sostanze tranquillanti da parte delle donne e di cannabis da parte degli uomini.

## Nuove droghe: lo scenario europeo

Trattandosi però di traffici illegali e dunque clandestini, non è sempre facile capire quanto siano estesi.

I sequestri da parte delle forze dell'ordine ne rappresentano un importante indicatore.

Dai dati raccolti dallo European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, l'agenzia UE di monitoraggio sul consumo e la diffusione delle droghe d'abuso, la cannabis rappresenta, da sola, il 70 per cento dei sequestri effettuati in Europa, in particolare in forma di hashish, ossia la resina della pianta: nel 2016, riporta la Relazione europea sulla droga 2018, sono state sequestrate ben 424 tonnellate di hashish, tre volte i sequestri di cannabis in foglie (la marijuana).

Questo dato è in parte spiegato dal fatto che la resina è per lo più importata dal Marocco, su lunghe distanze e attraverso i confini nazionali, dunque è più facile che venga individuata e sequestrata.

Sempre valutando i sequestri da parte delle forze dell'ordine, qualche buona notizia riguarda l'eroina, l'oppiaceo più diffuso sul mercato degli stupefacenti europeo: tra il 2002 e il 2014, si legge nel report, la quantità di eroina sequestrata in UE è dimezzata, stabilizzandosi nel 2016 a 4,3 tonnellate sequestrate.

Gli altri oppiacei e oppioidi (come la morfina o il metadone) rappresentano solo una piccola parte dei sequestri, sebbene si sia registrato un aumento per quanto riguarda due oppioidi sintetici: il tramadolo, che costituisce il principio attivo di alcuni farmaci antidolorifici, e i derivati del fentanyl, usato in clinica per le anestesie e per il trattamento del dolore.

Questi ultimi destano particolari preoccupazioni perché, come riporta il profilo della sostanza sul sito dello European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, il fentanyl è almeno



80 volte più potente della morfina e il suo uso è già stato associato a diverse morti sia in Europa che negli Stati Uniti.

Sulle droghe stimolanti, invece, i mercati si dividono.

Nei paesi occidentali e meridionali (tra cui Italia, Francia, Spagna e Portogallo) la droga d'abuso più sequestrata è la cocaina, quasi 80 tonnellate nel 2016 (un lieve aumento rispetto al 2015). E di una purezza in continuo aumento dal 2010; in effetti, si legge nel report, quella analizzata nel 2016 è al più alto livello di purezza registrato nell'ultimo decennio.

L'Europa settentrionale e orientale sembra preferire invece amfetamine, metamfetamine e MDMA.

Le prime due sembrano essere prodotte direttamente in Europa per l'uso interno.

Una larga fetta di traffico riguarda poi le nuove sostanze psicoattive, un mercato in perenne fermento.

Solo nel 2017 sono state individuate in Europa 51 nuove sostanze e, se il numero sembra alto, c'è da considerare che ne sono state scoperte un centinaio all'anno nel 2014 e nel 2015.

Non si sa con certezza da cosa dipenda questo calo, ma potrebbero aver contribuito i provvedimenti adottati per vietare i nuovi prodotti e alle misure di controllo attuate in Cina, da cui provengono queste sostanze.

Tra queste si trova un po' di tutto: cannabinoidi sintetici e catinoni sintetici, che da soli rappresentano l'80 per cento dei sequestri di nuove sostanze del 2016, benzodiazepine e oppiacei, sempre sintetici.

In Italia, le sostanze stupefacenti (vegetali e sintetiche) sono elencati nelle tabelle del DPR 309/90 e vengono ritenute tali se agendo a livello del sistema nervoso centrale ne alterano le normali attività provocando ad esempio euforia, alterazione o sonnolenza.

## Metaboliti e marker specifici

L'identificazione delle sostanze d'abuso nei campioni biologici avviene con indagini di laboratorio che possono avere due ambiti di applicazione differenti: clinico-diagnostico e/o medico-legale.

In base al tipo di sostanza ricercata e alla finalità richiesta, si utilizzano campioni biologici differenti.

Il sangue, ad esempio, è la matrice d'elezione per valutare il consumo attuale di una determinata sostanza, mentre per controlli nel lungo periodo, nell'ordine dei mesi, si ricorre all'esame della matrice cheratinica (cioè il capello).

Nell'urina, invece, è possibile ritrovare i metaboliti che confermano l'utilizzo di una sostanza negli ultimi giorni, fino a un massimo di due o tre settimane, a seconda della molecola.

Una persona che viene accompagnata al pronto soccorso, sia da un privato che dalle forze dell'ordine, perché sotto effetto di una sostanza psicotropa, per prima cosa viene visitata dal medico, che effettuerà una diagnosi sulla base dell'aspetto fisico-comportamentale del soggetto, valutando ad esempio la presenza di stati di euforia, alterazione e sonnolenza, difficoltà a rimanere in equilibrio, presenza di pupille dilatate, tremori, vomito e coma. Si esegue quindi un esame del sangue per cercare i marker specifici di sostanze come cannabinoidi, cocaina, oppiacei, amfetamine e droghe sintetiche.

Questo tipo di analisi, definito di screening, non ha valore medico legale ma fornisce informazioni utili agli operatori sanitari in modo che possano adottare un adeguato trattamento terapeutico, specialmente se c'è rischio di overdose.

Se lo screening risulta positivo, comunque, gli esami proseguono.

«Dopo aver adottato misure che garantiscano l'autenticità del campione biologico prelevato, vengono effettuate le indagini di laboratorio sulle varie matrici, sangue, capelli e urina, utilizzando una particolare metodologia, la cromatografia accoppiata alla spettrofotometria di massa, l'unica che dà la garanzia di ottenere, in un periodo di tempo compreso tra i due giorni e la settimana, risultati attendibili ai fini di legge».

Risultare positivi alle sostanze d'abuso con questi esami ha importanti risvolti medico legali, soprattutto in caso di incidenti stradali come previsto dall'articolo 186 e 187 del codice della strada.

Tutti gli accertamenti medico legali seguono una procedura che prende il nome di "catena di custodia" che consente attraverso opportuna modulistica, firme e buste chiuse sigillate, di determinare senza errori che i campioni prelevati, le indagini effettuate, il referto prodotto, siano relativi a quella specifica persona.

## La matrice cheratinica

La Tossicologia forense studia le sostanze, prevalentemente chimiche, che sviluppano azione tossica sull'organismo, applicando metodi specifici di indagine sulla loro natura.

È una branca della medicina legale che, in tempi più recenti, ha acquisito una importanza rilevante.

Proprio per la complessità delle metodiche e delle procedure analitiche, questa tipologia di analisi è di competenze di pochi centri specializzati.

La diagnostica tossicologica infatti per una serie di fattori, anche di natura legislativa, assume sempre più un carattere preventivo oltre che clinico/medico-legale.

I capelli sono la matrice biologica su cui maggiormente si è focalizzato l'interesse della ricerca internazionale in tema di analisi di sostanze stupefacenti.

Il motivo che ha portato ad utilizzare matrici non convenzionali nelle analisi tossicologiche risiede soprattutto nella possibilità di incrementare la finestra di tempo in cui la sostanza d'abuso è rilevabile.

Infatti, se la sostanza d'abuso è rilevabile per alcune ore nel sangue, la stessa lo è per alcuni giorni nell'urina e per alcuni mesi o anni nei capelli; nella parte prossimale del capello, quella cioè vicina alla cute, è possibile rilevare una esposizione temporaneamente vicina al prelievo, mentre spostandosi nella parte distale, alla punta, si determina una esposizione passata. Ricordando inoltre che la velocità di crescita del capello varia da 0,8 a 1,2 cm al mese, con una media intorno ad 1 cm/mese, l'analisi dei segmenti della lunghezza di 1 cm potrebbe fornire, in teoria, l'esposizione avvenuta in ogni singolo mese.

La possibilità di una correlazione tra l'analisi segmentale del capello e l'esposizione mensile può essere problematico a causa di diversi fattori come ad esempio la crescita non sempre costante del capello.

Infatti, ogni bulbo pilifero (e quindi anche del capello) possiede un proprio ciclo di crescita distribuito nel seguente modo: uno stadio di crescita detto *anagen* (l'unico stadio in cui avverrebbe l'incorporazione delle droghe), della durata variabile da 2 a 7 anni, uno stadio intermedio detto *catagen* (2 settimane circa) e uno stadio di riposo detto *telogen* di 3-4 mesi.

Questa crescita irregolare comporta dei limiti teorici nella valutazione del significato della presenza di una droga in un certo punto della intera lunghezza di un capello.

Possiamo quindi concludere che la matrice cheratinica permette con chiarezza l'individuazione della esposizione media negli

ultimi mesi, mentre il rilievo dell'esposizione mensile risulta di più difficile interpretazione.

Tali difficoltà aumentano quando il campione è costituito da peli pubici ed ascellari, che non hanno un ritmo di crescita costante come i capelli; in tal caso una positività alle sostanze stupefacenti, in considerazione del già esposto ciclo del pelo, si ritiene possa essere attribuito ad un periodo compreso nell'anno antecedente al prelievo.

Ricordiamo infine che i markers dell'abuso di droga nella matrice cheratinica possono essere diversi da quelli presenti nelle urine: nel caso della cocaina, nelle urine è presente quasi esclusivamente la benzoilecgonina, mentre nei capelli è la cocaina la sostanza più abbondante (rapporto cocaina - BEG 10:1), lo stesso per la 6-monoacetilmorfina, marker principale dell'assunzione di eroina che si reperta nei capelli, mentre nelle urine è presente il suo metabolita morfina.

Oggi, grazie ai numerosi progressi in campo scientifico, è possibile eseguire indagini tossicologiche su differenti matrici biologiche come sangue, saliva, sudore, urine e capelli che ci permettono di capire se un soggetto ha assunto droghe, quando le ha assunte e per quanto tempo.

L'esame di elezione è sicuramente l'*analisi del capello e dei peli*. È infatti noto ormai da tempo che le sostanze stupefacenti e i loro metaboliti si incorporano nella matrice cheratinica durante il processo metabolico e ivi permangono per lunghi periodi di tempo.

È infatti vero che conoscendo la crescita del capello, che è in media 1 cm al mese e prelevando segmenti noti, si può risalire al periodo di assunzione.

Tale accertamento oltre che essere tra i più affidabili, in quanto si avvale delle più avanzate tecnologie diagnostiche, elimina la possibilità di adulterazione del campione, e permette un prelievo non invasivo nel pieno rispetto della privacy dell'individuo.

L'analisi trova oggi largo impiego per accertamenti medico-legali quali commissione medica per patenti, casi di adozione o per l'acquisizione del porto d'armi, ma sempre più frequentemente arrivano, presso il nostro centro, genitori che vogliono accertare lo stato dei propri figli; infatti il periodo più complicato per i ragazzi è sicuramente l'adolescenza; in questa fascia di età fattori quali noia, curiosità, spirito di emulazione, o il voler apparire più grandi, portano sempre più spesso i nostri figli a contatto con la droga.

## **L'Importanza della ricerca su matrice cheratinica delle NPS**

Le Nuove Sostanze Psicoattive (NPS, *New Psychoactive Substances*) sono un eterogeneo ed esteso gruppo di molecole di natura sintetica, caratterizzate da proprietà farmaco-tossicologiche particolarmente pericolose per la salute dei consumatori.

La diffusione delle NPS è un fenomeno che sta assumendo dimensioni sempre più imponenti sia su scala mondiale che nazionale (in Italia sono già stati identificati circa 70 casi di intossicazione acuta correlati all'assunzione di NPS, con conseguente accesso dei soggetti nei reparti di pronto soccorso).

Dal 2009 il Sistema Nazionale di Allerta Precoce per le droghe esegue un monitoraggio costante per controllare la comparsa e la diffusione sul territorio italiano delle NPS e, ad oggi, sono state identificate circa 360 nuove sostanze psicoattive, tra le quali si ricordano i cannabinoidi sintetici ed i catinoni, le fenetilammine, le piperazine, le triptamine, ecc.

Tali nuove sostanze rappresentano, per i laboratori di Tossicologia Forense, una rinnovata sfida scientifica, poiché le analisi da espletare non possono più essere circoscritte solo alle categorie chimico-farmacologiche di interesse predefinito, ma devono essere in grado di indagare un numero elevato di sostanze in costante e rapido aumento.

Le difficoltà di caratterizzazione analitica delle NPS risiedono non solo nella mancanza di standard analitici di riferimento (inesistenti o non facilmente reperibili), ma anche nella scarsa disponibilità di letteratura specialistica e di metodi di riferimento e, non da ultimo, nella limitata diffusione di metodologie ad oggi disponibili idonee a questo scopo.

È ormai noto come negli ultimi anni si stia assistendo all'introduzione sempre più massiccia sul mercato di una nuova gamma di prodotti che mimano gli effetti delle droghe d'abuso tradizionali.

La grandissima maggioranza di queste nuove sostanze psicoattive (NSP) sono riconducibili a due classi principali: i cannabinoidi sintetici e i catinoni sintetici.

Entrambe annoverano svariati composti che, attraverso piccole modifiche della struttura chimica e della procedura di sintesi, rendono complessi i controlli di laboratorio e ritardano la loro stessa inclusione fra le sostanze di consumo illecito.

I cannabinoidi sintetici, talvolta venduti su internet o negli smart shops come incensi o profumatori ambientali, rappresentano le NSP più diffuse a livello mondiale, al punto che sono stati già riportati numerosi casi di intossicazione, anche sul territorio italiano. Analogamente, i catinoni sintetici vengono distribuiti sul mercato on-line e spesso camuffati come sali da bagno o fertilizzanti, ma sono in realtà assunti dall'utilizzatore, per lo più per via nasale, in virtù dell'elevata azione stimolante.

Anche per i catinoni sintetici gli effetti collaterali a livello neurologico e cardiovascolare possono essere estremamente critici.

La difficoltà di riconoscimento analitico delle NSP nei campioni biologici limita drammaticamente la possibilità di comprendere la reale diffusione di questi composti sul territorio, così come la relazione tra utilizzo di NSP e incidenti stradali o sul lavoro.

Tale difficoltà è dovuta alla molteplicità delle loro strutture chimiche, alla scarsa disponibilità degli standard puri di riferimento, in particolare dei metaboliti; alla scarsa disponibilità e rapida obsolescenza di kit immuno-chimici con cui eseguire screening ad ampio spettro, alla rapida biotrasformazione di gran parte delle NSP, per cui spesso i loro metaboliti da ricercare nelle urine non sono noti.

Di conseguenza, almeno per i cannabinoidi sintetici, la possibilità di effettuare analisi di screening appare limitata, sia mediante tecniche immunochimiche sia mediante LC-MS/MS. Diversamente, la ricerca delle NSP in altre matrici biologiche, quali sangue o capello, appare meno problematica, in quanto vi si possono ricercare le sostanze assunte anziché i loro metaboliti.

In questi casi, la strategia analitica è altresì facilitata dalla più ampia disponibilità di standard analitici, nonché dalla possibilità di aggiornare i metodi analitici inserendo le nuove sostanze progressivamente introdotte sul mercato.

Gli ambiti di intervento nei quali appare più urgente che i laboratori di tossicologia forense applichino un'adeguata strategia analitica per la determinazione delle NSP, sono essenzialmente tre.

Nei controlli svolti nel contesto dell'incidentalità stradale, l'assenza di dispositivi di screening "on-site" rende impraticabile la possibilità di accertamento da parte delle Forze dell'Ordine; è pertanto necessario che i campioni biologici vengano inviati ai laboratori di analisi tossicologica che sono attrezzati a ricercare

anche le NSP (quantomeno quelle già segnalate e più diffuse sul territorio nazionale), e che non si limitano alla ricerca delle sole sostanze stupefacenti tradizionali e dell'etanolemia.

Il secondo ambito di interesse è quello lavorativo, dove il D.L. 81 del 9/4/2008 ha reso obbligatori i controlli periodici mirati al riconoscimento dell'uso di sostanze stupefacenti sui lavoratori che eseguano mansioni che comportano rischi nei confronti di soggetti terzi. Benché le sostanze da ricercare sulla matrice urinaria, secondo specificazione di legge, siano quelle tradizionali, emerge progressivamente il riconoscimento della possibilità che i soggetti assuntori dismettano l'uso delle sostanze notoriamente ricercate, per passare al consumo delle NSP, al fine di non risultare positivi ai controlli.

Il terzo campo in cui i laboratori di tossicologia forense sono chiamati a cimentarsi è quello degli esami eseguiti su soggetti che vogliono ottenere il rinnovo o il reintegro della patente di guida, di competenza specifica delle Commissioni Mediche Locali.

In questi casi, anche se spesso gli esami su urina sono ancora parte del protocollo accertativo, l'attenzione è focalizzata sulla matrice cheratinica.

A seconda del contesto di applicazione, è evidente che le strategie di analisi che comprendano le NSP vadano gestite in maniera differente, anche in ragione della diversa tipologia di campione disponibile.

L'analisi della matrice cheratinica consente invece la determinazione dei cannabinoidi sintetici, non biotrasformati, conseguente ad un consumo reiterato nel tempo.

Altro metodo quindi sviluppato e validato è basato sulla UHPLC-MS/MS per la ricerca di cannabinoidi sintetici.

## Conclusioni

A livello mondiale si sta assistendo ad una diffusione "epidemic" di nuove e più potenti sostanze psicoattive, con struttura chimica tra le più disparate, sintetizzate a casa o in laboratori clandestini, immesse sul mercato, soprattutto online, e reclamizzate come innocue e in grado di indurre effetti estremamente piacevoli.

Gli effetti sono spesso intensissimi, non sempre piacevoli, in alcuni casi devastanti.

Grazie ai recenti sviluppi nella sintesi a basso costo di prodotti chimici organici, allo scambio di informazioni attraverso social network e forum dedicati (drugs forum) e alle opportunità di marketing attraverso la rete, oggi cannabinoidi e catinoni sintetici, fenetilamine, piperazine, sostanze ketamino- e PCP-simili, triptamine, fentanili, nuovi oppioidi, analoghi azepanici, droghe da stupro (date-rape drugs) sono disponibili su numerosi siti online; queste e molte altre sostanze, non sempre regolamentate, sono quindi legali e facilmente acquistabili anche da minorenni. Meglio note come NPS (Novel Psychoactive Substances), esse rappresentano un problema emergente a livello internazionale, un fenomeno in costante evoluzione in cui nuove molecole vengono continuamente inserite nel mercato non solo per soddisfare nuove richieste da parte dei consumatori ma soprattutto per eludere i controlli che cominciano ad essere istituiti nei vari Paesi attraverso l'aggiornamento della normativa in materia.

Mancando standard analitici di riferimento (inesistenti o non facilmente reperibili), le intossicazioni causate dalle NPS risultano estremamente difficili da riconoscere, e ancora di più da trattare. Insieme all'International Narcotics Control Board, che dedica grande attenzione a questa nuova minaccia per la salute pubbli-

ca, il Sistema Nazionale di Allerta Precoce per le droghe dal 2009 esegue un monitoraggio costante della comparsa di NPS in Europa.

Le difficoltà nello sviluppare adeguati protocolli di screening per le nuove sostanze psicoattive (NSP) limitano l'efficacia di molti dei controlli che ricoprono un ruolo fondamentale nell'attività di tutela della sicurezza pubblica, primi fra tutti quelli svolti nel contrasto dell'incidentalità stradale e sui lavoratori che svolgono mansioni a rischio per i soggetti terzi.

Ne deriva una scarsa comprensione della reale diffusione delle NSP sul territorio, ma anche una carente identificazione di soggetti che dismettano l'uso delle sostanze stupefacenti notoriamente ricercate, per passare al consumo di questi nuovi prodotti illeciti.

Il riconoscimento analitico delle NSP.

Nei campioni biologici rappresenta quindi, per i laboratori di tossicologia forense, una problematica di difficile soluzione ma anche una necessità urgente.

A seconda del contesto di applicazione, è evidente che le strategie di analisi che comprendano le NSP vadano gestite in maniera differente, anche in ragione della tipologia di campione disponibile.

Nel caso dei catinoni sintetici, si affacciano all'attenzione del tossicologo forense una varietà di situazioni che richiedono una considerazione attenta e approfondita.

Oltre ai preventivabili casi di falsa negatività in sede di screening, una possibilità di riconoscimento dei catinoni è offerta dalla reattività crociata di molti kit immuno-metrici per la classe delle amfetamine.

Pertanto, appare necessario l'utilizzo di metodi di conferma che comprendano anche le sostanze di tipo catinonico, in modo che sia possibile identificare con certezza tutti gli stimolanti, sia di vecchia sia di nuova generazione.

Al tempo stesso, anche per i catinonici, è importante verificare anamnesticamente che talune positività non siano ascrivibili al metabolismo di farmaci lecitamente assunti.

Nel caso dei cannabinoidi sintetici, data l'ampia varietà di prodotti e il loro rapido metabolismo, nella maggior parte dei casi incognito, è possibile focalizzarsi sulla ricerca delle sostanze originariamente assunte, a patto che si sviluppino procedure analitiche da applicare su matrici diverse dall'urina, quali sangue o capello, e si traggano ulteriori informazioni su ampie popolazioni di soggetti.

Nello scenario cambiato delle sostanze non ci si può non interrogare che esista una percentuale significativa di soggetti che si sottopongono agli esami per il rilascio o il rinnovo della patente di guida, abbia avuto esperienze di uso saltuario o ripetuto di queste nuove sostanze, talora di una varietà di cannabinoidi sintetici.

Appare quindi urgente che i laboratori si dotino di metodiche aggiornate che includano le NSP, in modo da rendere più efficaci gli ambiti principali di intervento della tossicologia forense.

Diventerà sempre più importante il ricorso all'esame su matrice cheratinica nei Ser.D. perché il razionale ed il vantaggio rispetto all'esame urinario consiste nel: sottoporre la persona assistita ad un esame diagnostico la cui invasività di procedura è pressoché assente; l'operatore ha la sicurezza dell'appartenenza del campione biologico; la possibilità di alterare il campione sembra essere molto difficile, nonostante la letteratura segnali negli ultimi anni la presenza sul mercato on line di shampoo in grado di adulterarlo.

L'alta specificità del test è in grado di determinare una maggior affidabilità diagnostica con conseguente miglioramento della specificità di trattamento; diminuisce la possibilità di esporsi a rischio biologico per l'operatore; modalità di conservazione più semplice e diminuzione dei carichi di lavoro.

## Bibliografia

- Baumgartner A.M., Jones P.F., Baumgartner W.A., Black C.T. (1979). Radioimmunoassay of hair for determining opiate-abuse histories. *J Nucl Med*, 20: 748-52.
- Cooper G.A., Kronstrand R., Kintz P. (2012). Society of Hair Testing guidelines for drug testing in hair. *Forensic Sci Int*, May 10, 218(1-3): 20-4. Epub 2011 Nov 15. PubMed PMID: 22088946.
- Dufaux B., Agius R., Nadulski T., Kahl H.G. (2012). Comparison of urine and hair testing for drugs of abuse in the control of abstinence in driver's license re-granting. *Drug Test Anal*, Jun, 4(6): 415-9.
- EMCDDA (2015). Europol Joint Report on a new psychoactive substance: 1-phenyl-2-(1-pyrrolidinyl)-1-pentanone ( $\alpha$ -PVP). *EMCDDA*, September.
- Friguls B., Joya X., Garcia-Serra J., Gómez-Culebras M., Pichini S., Martínez S., Vall O., Garcia-Algar O. (2012). Assessment of exposure to drugs of abuse during pregnancy by hair analysis in a Mediterranean island. *Addiction*, Aug, 107(8): 1471-9. doi: 10.1111/j.1360-0443.2012.03828.x. Epub 2012 May 8. PubMed PMID: 22296208.
- Leonardi C., Assi C., Bandini C. et al. (2008). Studio multicentrico nazionale per la valutazione della potenza analitica di un metodo di dosaggio delle sostanze d'abuso in matrici cheratiniche. *Mission*, 28: 19-22.
- Linea VMA-T Comedical (2010). *Linea di prodotti per l'analisi delle droghe d'abuso nei capelli con tecniche immunometriche di screening*. Brochure VMA-T Comedical s.a.s.
- Lotti A., Gottardi M. (a cura di) (2015). *La matrice cheratinica. Perché è conveniente nei Ser.D.* Milano: Ce.R.Co Edizioni.
- Luginbühl M., Bekaert B., Suesse S. et al. (2019). Detox Shampoos for EtG and FAEE in Hair - Results from in vitro Experiments. *Drug Test Anal*, Jan 18. doi: 10.1002/dta.2570.
- Joya X., Friguls B., Ortigosa S., Papaseit E., Martínez S.E., Manich A., Garcia-Algar O., Pacifici R., Vall O., Pichini S. (2012). Determination of maternal-fetal biomarkers of prenatal exposure to ethanol: a review. *J Pharm Biomed Anal*, Oct, 69: 209-22. Epub 2012 Jan 16. PubMed PMID: 22300909.
- Joya X., Papaseit E., Civit E., Pellegrini M., Vall O., Garcia-Algar O., Scaravelli G., Pichini S. (2009). Unsuspected exposure to cocaine in preschool children from a Mediterranean city detected by hair analysis. *Ther Drug Monit*, Jun, 31(3): 391-5. PubMed PMID: 19333147.
- Kintz P. (2007). Bioanalytical procedures for detection of chemical agents in hair in the case of drug-facilitated crimes. *Anal Bioanal Chem*, Aug, 388(7): 1467-74. Epub 2007 Mar 6. Review. PubMed PMID: 17340077.
- Kintz P. (2010). Consensus of the Society of Hair Testing on hair testing for chronic excessive alcohol consumption 2009. *Forensic Sci Int*, Mar 20, 196(1-3): 2. Epub 2010 Jan 8. PubMed PMID: 20060250.
- Kintz P. (1998). Hair testing and doping control in sport. *Toxicol Lett*, Dec 28, 102-103: 109-13. Review. PubMed PMID: 10022241.
- Kintz P., Villain M., Cirimele V. (2006). Hair analysis for drug detection. *Ther Drug Monit*, Jun, 28(3): 442-6. Review. PubMed PMID: 16778731.
- Kintz P. (2004). Value of hair analysis in postmortem toxicology. *Forensic Sci Int*, Jun 10, 142(2-3): 127-34. Review. PubMed PMID: 15172076.
- Kintz P., Villain M., Cirimele V. (2006). Hair analysis for drug detection. *Ther Drug Monit*, Jun, 28(3): 442-6.
- Llaquet H., Pichini S., Joya X., Papaseit E., Vall O., Klein J., Garcia-Algar O. (2010). Biological matrices for the evaluation of exposure to environmental tobacco smoke during prenatal life and childhood. *Anal Bioanal Chem*, Jan, 396(1): 379-99. Epub 2009 May 24. Review. PubMed PMID: 19466395.
- Morini L., Varango C., Filippi C., Rusca C., Danesino P., Cheli F., Fusini M., Iannello G., Groppi A. (2011). Chronic excessive alcohol consumption diagnosis: comparison between traditional biomarkers and ethyl glucuronide in hair, a study on a real population. *Ther Drug Monit*, Oct, 33(5): 654-7. PubMed PMID: 21912328.
- Morini L., Politi L., Acito S., Groppi A., Poletti A. (2009). Comparison of ethyl glucuronide in hair with carbohydrate-deficient transferrin in serum as markers of chronic high levels of alcohol consumption. *Forensic Sci Int*, July 188(1-3): 140-3. Epub 2009 May 1. PubMed PMID: 19410394.
- Morini L., Politi L., Poletti A. (2009). Ethyl glucuronide in hair. A sensitive and specific marker of chronic heavy drinking. *Addiction*, Jun, 104(6): 915-20. Epub 2009 Apr 9. PubMed PMID: 19392911.
- Pichini S., De Luca R., Pellegrini M., Marchei E., Rotolo M.C., Spoletini R., D'Aloja P., Pacifici R., Mortali C., Scaravelli G. (2012). Hair and urine testing to assess drugs of abuse consumption in couples undergoing assisted reproductive technology (ART). *Forensic Sci Int*, May 10, 218(1-3): 57-61. Epub 2011 Oct 20. PubMed PMID: 22018744.
- Pichini S., Poudevida S., Pujadas M., Menoyo E., Pacifici R., Farré M., de la Torre R. (2006). Assessment of chronic exposure to MDMA in a group of consumers by segmental hair analysis. *Ther Drug Monit*, Feb, 28(1): 106-9. PubMed PMID: 16418703.
- Pichini S., Ventura M., Pujadas M., Ventura R., Pellegrini M., Zuccaro P., Pacifici R., de la Torre R. (2004). HAIRVEQ: an external quality control scheme for drugs of abuse analysis in hair. *Forensic Sci Int*, Oct 29, 145(2-3): 109-15. PubMed PMID: 15451081.
- Pichini S., Zuccaro P., Pellegrini M., Lopez A., Pacifici R. (2000). Analysis of drugs and abuse substances in the keratinic matrix. *Ann Ist Super Sanita*, 36(1): 17-27. Review. Italian. PubMed PMID: 11070605.
- Pichini S., Pacifici R. (a cura di) (2013). *Linee guida per la determinazione delle sostanze d'abuso nella matrice pilifera*. Istituto superiore di Sanità Roma.
- Politi L., Morini L., Leone F., Poletti A. (2006). Ethyl glucuronide in hair: Is it a reliable marker of chronic high levels of alcohol consumption? *Addiction*, Oct, 101(10): 1408-12. PubMed PMID: 16968341.
- Polla M., Stramesi C., Pichini S., Palmi I., Vignali C., Dall'Olio G. (2009). Hair testing is superior to urine to disclose cocaine consumption in driver's licence regranting. *Forensic Sci Int*, Aug 10, 189(1-3): e41-3. Epub 2009 May 15. PubMed PMID: 19446971.
- Pragst F., Auwaerter V., Sporkert F., Spiegel K. (2001). Analysis of fatty acid ethyl esters in hair as possible markers of chronically elevated alcohol consumption by headspace solid-phase microextraction (HS-SPME) and gas chromatography-mass spectrometry (GC-MS). *Forensic Sci Int*, Sep 15, 121(1-2): 76-88.
- Pragst F. (2006). Balikovama. State of the art in hair analysis for detection of drug and alcohol abuse. *Clin Chim Acta*, 370: 17-49.
- Pujadas M., Pichini S., Poudevida S., Menoyo E., Zuccaro P., Farré M., de la Torre R. (2003). Development and validation of a gas chromatography-mass spectrometry assay for hair analysis of amphetamine, methamphetamine and methylenedioxy derivatives. *J Chromatogr B Analyt Technol Biomed Life Sci*, Dec 25, 798(2): 249-55. PubMed PMID: 14643504.
- Relazione Europea sulla droga. Tendenze e sviluppi. L'osservatorio europeo delle droghe, 2018.
- Report off International Narcotics Control Board on the Availability of Internationally Controlled Drugs: Ensuring Adequate Access for Medical and Scientific Purposes, 2011.
- Society of Hair Testing, Cooper G., Moeller M., Kronstrand R. (2008). Current status of accreditation for drug testing in hair. *Forensic Sci Int*, Mar 21, 176(1): 9-12. Epub 2007 Nov 19. PubMed PMID: 18024039.
- Umani Ronchi F. (2006). Analisi tossicologica dei capelli: stato dell'arte e considerazioni operative. *Biochimica clinica*, 30(2): 148-154.



# Le formulazioni long term dei farmaci agonisti nella clinica del disturbo da uso di oppiacei in Italia

Marco Riglietta\*, Pietro Fausto D'Egidio<sup>^</sup>, Alfio Lucchini<sup>o</sup>, Nicoletta D'Aloisio\*\*, Maria Luisa Buzzi<sup>oo</sup>

## Indice

1. Revisione (review) della letteratura
2. Note sulle caratteristiche pertinenti al paper del sistema di intervento in Italia
3. Impatto delle formulazioni long term sui modelli di intervento
4. Formulazioni long term e progetti di cura multidisciplinari e integrati
5. Caratteristiche dei pazienti da selezionare per offrire la terapia long term
6. Il miglior approccio all'offerta terapeutica
7. Ruolo di medico, psicologo, infermiere ed altre figure professionali nella gestione della terapia e di eventuali problematiche emergenti

## 1. Revisione (review) della letteratura

### Introduzione

Le conoscenze sulla fisiopatologia delle dipendenze si sono molto accresciute negli ultimi 30 anni.

Nel 1981 Avram Goldstein sottolineava le similitudini nei comportamenti tra animali e esseri umani in rapporto all'uso di droghe.

"La tossicodipendenza non è altro che "un modello comportamentale di utilizzo delle droghe caratterizzato da incoercibile coinvolgimento nell'uso di una sostanza (uso compulsivo), nell'assicurarsene la disponibilità, e dall'alta tendenza a ricadere dopo la sottrazione della stessa" (J.H. Jaffe, *Comprehensive textbook of psychiatry*, 1985, pp. 642-686).

Negli anni recenti si sono visti grandi progressi nella comprensione di questo comportamento compulsivo che, come tutti i comportamenti, è radicato nel cervello.

Dunque, la nostra conoscenza sulla tossicodipendenza ci viene direttamente dalla ricerca di base sul cervello.

Ogni sostanza assuefacente usata dagli esseri umani viene anche auto somministrata dai topi e dalle scimmie.

\* Medico internista, vicedirettore comitato scientifico nazionale FeDerSerD.

<sup>^</sup> Medico internista, ufficio di presidenza nazionale FeDerSerD.

<sup>o</sup> Medico psichiatra, ufficio di presidenza nazionale FeDerSerD.

\*\* Psicologa, presidente Ce.R.Co.

<sup>oo</sup> Infermiera, comitato scientifico Ce.R.Co.

Se noi organizziamo un dispositivo per il quale quando un animale preme una leva gli viene somministrata un'iniezione endovenosa di eroina, quell'animale premerà la leva ripetutamente escludendo altre attività (cibo, sesso, ecc.), e diventerà tossicodipendente da eroina.

Un topo assuefatto all'eroina non sta ribellandosi contro la società, non è vittima di circostanze socio-economiche, non è un prodotto di una famiglia disfunzionale, e non è affatto un criminale.

Quel comportamento del topo è semplicemente controllato dall'azione dell'eroina nel suo cervello.

Alessandro Tagliamonte scriveva "Le vie dei famosi centri della gratificazione nel ratto e nell'uomo sono molto simili".

Su di esse sappiamo veramente tantissimo da molto tempo; sappiamo ora alcune cose in più.

Non sono gli unici centri della gratificazione per es. del cervello del ratto e dell'uomo, ma sono senza altro quelli meglio studiati.

Questi centri della gratificazione sono delle aree cerebrali che hanno come funzione quella di dare delle sensazioni che noi definiamo gradevoli, gratificanti.

Ogni stimolo capace di attivare questi centri è uno stimolo capace di produrre la gratificazione e noi questo stimolo lo definiamo "rinforzo positivo".

Lo si chiama rinforzo perché ha la capacità di rinforzare tutti quei comportamenti capaci a riprodurre quello stimolo e quindi ha la capacità di iniziare un circuito che porta ad un comportamento operante volto a riprodurre lo stimolo di per sé gratificante.

Di fondamentale importanza gli articoli di Nora Volkow sulla patologia della motivazione e della scelta, e sui sistemi di reward. Scrivono gli autori: una patologia comportamentale primaria nella tossicodipendenza è la schiacciante forza motivazionale e la diminuita capacità di controllare il desiderio di procurarsi la sostanza. Gli adattamenti cellulari nell'innervazione glutamatergica prefrontale dell'accumbens favoriscono il carattere compulsivo di ricerca della sostanza nei soggetti dipendenti, diminuendo il valore delle gratificazioni naturali, diminuendo il controllo cognitivo (la scelta) e incrementando l'impulso glutamatergico nella risposta allo stimolo associato alla sostanza.

Gli autori passano in rassegna i recenti progressi nella neurobiologia della dipendenza per chiarire il legame tra la dipendenza e la funzione del cervello e per ampliare la comprensione della dipendenza come una malattia del cervello.

Esaminano le scoperte sulla desensibilizzazione dei circuiti di ricompensa, che smorza la capacità di provare piacere e la motivazione per svolgere le attività quotidiane; la crescente forza di

risposte condizionate e la reattività allo stress, che si traduce in un maggiore desiderio di assumere alcol e altre droghe e le emozioni negative che si generano quando questi desideri non vengono soddisfatti; e l'indebolimento delle regioni cerebrali coinvolte nelle funzioni esecutive come ad esempio il processo decisionale, il controllo inibitorio, e l'autoregolamentazione che porta a ripetute recidive. Esaminano anche i modi in cui gli ambienti sociali, di stadi dello sviluppo personale e la genetica sono intimamente legati, e condizionano sia la vulnerabilità che il processo di recovery.

Gli approcci al trattamento del disturbo da uso di oppiacei, soprattutto in Italia, si sono molto evoluti.

La clinica delle dipendenze ha fatto sostanziali passi in avanti. Negli anni '80 si imponevano "programmi terapeutici" della durata di 30 giorni con dosaggi a scalare di farmaci agonisti, quasi mai somministrati ad un dosaggio superiore a 40 mg die di metadone o equivalenti per il timore di essere accusati di "drogare i pazienti".

Oggi i concetti di empowerment e recovery guidano gli interventi multidisciplinari e integrati predisposti dai Ser.D. e svolti, in alcuni casi, in collaborazione con le comunità terapeutiche; e si cerca di somministrare il dosaggio adeguato del farmaco, diverso per ogni singolo paziente, senza tema di superare anche i 200 mg di metadone o i 24 mg di buprenorfina.

Nel mentre, come abbiamo visto, le conoscenze fisiopatologiche e l'approccio clinico hanno fatto molti passi avanti, ma la disponibilità di nuovi prodotti farmacologici non ha avuto una evoluzione significativa, come ci si sarebbe potuti aspettare.

Da molti anni i principali centri di ricerca al mondo cercano di superare l'approccio terapeutico con farmaci agonisti alla ricerca di farmaci che agiscano sui meccanismi fisiopatologici che generano i comportamenti di dipendenza.

Fino ad ora senza successo.

Scrivendo Alessandro Tagliamonte "Ciò che stiamo vedendo finalmente oggi sono queste modificazioni della funzione neuronale che chiamiamo plasticità neuronale, di cui conosciamo addirittura la biologia molecolare, cioè i meccanismi più intimi attraverso cui queste modificazioni si attuano. Esse determinano una riprogrammazione del neurone generando un fenotipo diverso rispetto a quello iniziale. Queste modificazioni sono attuate attraverso la attivazione di particolari recettori del sistema glutamatergico. Se noi inibiamo questi recettori possiamo pensare di poter inibire i fenomeni di tolleranza e di dipendenza. Agendo sui meccanismi glutamatergici si può pensare di poter desensibilizzare un animale dipendente dalla eroina, cioè di riportare l'attivazione neuronale alla funzione basale. Ovviamente è un approccio ancora fantascientifico ma i dati che abbiamo ci consentono di fare delle previsioni teoriche. Quando avremo i farmaci giusti, sappiamo già come e dove interagire per poter smontare queste forme di apprendimento da parte del neurone che lentamente hanno trasformato una persona normale in un depresso e poi in un dipendente da una sostanza da cui non riesce a staccarsi nonostante lo sta intossicando".

Siamo in attesa da oltre 15 anni che la ricerca produca questi risultati.

In loro assenza, in questo scenario in cui continuiamo a svolgere il nostro lavoro nella clinica della dipendenza, la nuova disponibilità di formulazioni "a rilascio prolungato" di farmaci agonisti, buprenorfina e metadone, meritano molta attenzione perché la opportunità di ben comprendere ed usare in maniera appropriata i vantaggi che dalla loro introduzione nella clinica possano trarre specifici pazienti non va sottovalutato.

La clinica della dipendenza viene esercitata in Italia in un setting terapeutico molto articolato ed efficace di cui è necessario conoscere gli elementi essenziali per valorizzare al meglio i nuovi farmaci che andremo ad usare.

Il Sistema di cura degli eroinomani in Italia è sostanzialmente diverso dagli altri Paesi Europei e dagli USA. I 570 Ser.D. operano in ogni ASL con 610 sedi operative, realizzando così una copertura capillare del territorio, curano gratuitamente tutti i pazienti che ad essi si rivolgono, sono le uniche strutture competenti legalmente per fare diagnosi e predisporre un programma terapeutico.

<i>Giorni trascorsi dall'inizio della terapia in atto</i>	<i>Metadone</i>	<i>Buprenorfina sl</i>
<b>Media</b>	2129	840
<b>Mediana</b>	1575	315

Le terapie dei pazienti ad oggi in trattamento sono terapie croniche. Una lettura più approfondita del tempo trascorso dall'inizio della terapia ad oggi in atto ci fornisce dati di assoluto interesse. I dati di seguito indicati in tabella sono stati raccolti da FeDerSer.D. su un campione di Ser.D.

Essi ci danno una misura della durata delle terapie sia con metadone che con buprenorfina sublinguale.

Come è logico attendersi la durata del trattamento in atto con metadone è di gran lunga maggiore rispetto alla buprenorfina perché i servizi per decenni hanno usato solo il metadone come farmaco per la cura degli eroinomani.

La marcata differenza delle durate media e mediana ci indica che una parte importante dei pazienti è in trattamento, sia con metadone che con buprenorfina, da molti più anni dal periodo ricavabile dal dato della durata media.

Lo scarto tra la durata media e mediana dei pazienti in trattamento con metadone e con buprenorfina ci dice che i pazienti selezionati per il trattamento con buprenorfina sono candidati a restare più a lungo in terapia.

Dati non pubblicati, nella disponibilità di FeDerSerD, indicano che i pazienti in trattamento con buprenorfina e con persistenti negatività ai controlli dei metaboliti delle sostanze d'abuso, sono molto più complianti, meglio reinseriti socialmente, rispetto a quelli in trattamento con metadone.

Il trattamento del disturbo da uso di oppiacei prevede, in Italia, un approccio multidisciplinare, che, seguendo le linee guida dell'OMS, e le relative normative nazionali in materia, abbina al trattamento farmacologico (metadone, buprenorfina e l'associazione buprenorfina con naloxone) interventi psico-socioriabilitativi.

Il trattamento di mantenimento del disturbo da uso di oppioidi con metadone o buprenorfina è un trattamento di prima linea ormai consolidato per la dipendenza da oppioidi.

Negli ultimi anni, sta assumendo sempre maggiore rilevanza clinica, in tale ambito, il trattamento farmacologico con buprenorfina, sia nella mono-formulazione che in quella associata con naloxone che per peculiari caratteristiche farmacocinetiche e dinamiche, molto diverse dal metadone, presenta alcuni vantaggi nel trattamento di tale disturbo.

In particolare:

1. l'elevato profilo di sicurezza legata al ridotto rischio di induzione di depressione respiratoria (curva a campana sui livelli di CO<sub>2</sub> plasmatica);
2. rapidità di stabilizzazione clinica del paziente con conseguente riduzione del rischio di mortalità già nella fase di induzione

zione (il raggiungimento della dose bloccante i recettori oppiacei di 16 mg/die si ottiene in 2/3 giorni dall'inizio del trattamento con conseguente blocco del 96% dei recettori mu degli oppioidi a livello del SNC);

3. assenza di effetto disforizzante, tipico invece degli agonisti pieni degli oppioidi (buprenorfina è un agonista parziale dei recettori mu degli oppioidi ed antagonista dei recettori Kappa degli oppioidi);
4. assenza di interferenze negative sulle funzioni cognitive anche per trattamenti prolungati ad alti dosaggi.

Recentemente, diverse nuove formulazioni a rilascio prolungato di buprenorfina sono state sviluppate e approvate o in corso di approvazione come trattamento del disturbo da uso di oppiacei. Oltre al nuovo deposito di buprenorfina iniettabile per via sottocutanea settimanale e mensile CAM 2038 (Buvidal®), che è già disponibile in Germania, Regno Unito, Svezia, Norvegia, Finlandia, Danimarca e Australia, ed è stato approvato dall'AIFA in Italia, nel prossimo futuro potrebbero essere introdotte altre due formulazioni di buprenorfina a lunga durata d'azione: la formulazione di deposito mensile RBP-6000 (Sublocade™) e un impianto di deposito di buprenorfina di 6 mesi (Probuphine™). Buvidal contiene il principio attivo buprenorfina ed è un "medicinale ibrido".

Questo significa che è simile a un "medicinale di riferimento" che contiene lo stesso principio attivo, ma viene somministrato in un modo diverso.

Il medicinale di riferimento di Buvidal è Subutex.

Mentre Subutex è disponibile sotto forma di compresse sublinguali, Buvidal è disponibile come soluzione iniettabile per via sottocutanea.

Buvidal è somministrato ad adulti e adolescenti di età superiore a 16 anni che ricevono già sostegno dal punto di vista medico, sociale e psicologico, tramite iniezione sottocutanea una volta alla settimana o una volta al mese.

Può essere ottenuto soltanto con prescrizione medica e può essere somministrato soltanto da un operatore sanitario.

I pazienti non possono portare il medicinale al proprio domicilio né eseguire l'iniezione da soli.

I primi dati a disposizione nella letteratura di riferimento sono incoraggianti: il farmaco rappresenta realmente un nuovo strumento di cura per i pazienti con disturbo da uso di oppiacei.

Walsh *et al.* hanno documentato che la somministrazione della buprenorfina depot settimanale, da 24 e 32mg, è stata tollerata e ha prodotto un blocco degli oppiacei immediato e prolungato e la soppressione della sindrome da astinenza.

I risultati supportano l'uso di questa formulazione di buprenorfina a lento rilascio per l'inizio del trattamento e la stabilizzazione dei pazienti con un disturbo da uso di oppioidi.

Si sottolineano i vantaggi sulla abolizione della diversione e del misuso, pur mantenendo i suoi benefici terapeutici.

Nello studio condotto da Lofwall *et al.* si dimostra che il trattamento con buprenorfina per il disturbo da uso di oppioidi può essere migliorato con l'introduzione di formulazioni a rilascio prolungato.

Gli autori dimostrano che Buvidal produce risultati clinici non inferiori alla buprenorfina sublinguale e raggiunge risultati migliori per l'uso di oppioidi illeciti durante il trattamento.

Anche essi documentano i vantaggi della buprenorfina a lunga durata di azione nel ridurre diversione, misuso ed esposizione accidentale al farmaco dei bambini.

Nel 2019 sono stati pubblicati un numero significativo di studi clinici.

Tutti concordano nel documentare l'efficacia e la sicurezza della buprenorfina a rilascio prolungato nel trattamento del disturbo da uso di oppioidi.

Il trattamento del disturbo da uso di oppiacei ottiene i migliori risultati con l'integrazione di interventi farmacologici e psicologici.

Il trattamento ha benefici ma anche limitazioni tra cui il rischio di diversione, l'impatto della supervisione giornaliera obbligatoria sulla compliance e sugli outcome, e lo stigma.

Le prime esperienze di trattamento con buprenorfina a rilascio prolungato mostrano risultati positivi in pazienti con diversi scenari clinici (pazienti senza anamnesi di trattamento recente, pazienti che sostituiscono la terapia con metadone orale o con compresse di buprenorfina sublinguale).

I primi dati forniscono la prova del potenziale beneficio in una serie di situazioni per questa opzione terapeutica.

L'adozione della formulazione iniettabile ha avuto successo clinicamente; non si sono manifestati segni di astinenza, né prove dell'uso di altri farmaci.

I pazienti hanno riportato esiti positivi, inclusa la riduzione dell'appetito e dell'ansia e un miglioramento dell'atteggiamento, delle relazioni e dell'umore generale.

Lo studio di Frost *et al.* ha avuto l'obiettivo di valutare la sicurezza a lungo termine dei depositi sottocutanei settimanali e mensili di buprenorfina (CAM2038) con uno studio di fase 3 in aperto, osservazionale, multicentrico di 48 settimane (ClinicalTrials.gov NCT02672111).

Lo studio ha coinvolto 228 pazienti di 7 Paesi in 3 continenti.

Di questi 167 partecipanti hanno completato il trattamento.

I partecipanti hanno riportato alti livelli di soddisfazione.

La buprenorfina sottocutanea somministrata settimanalmente o mensilmente è stata ben tollerata, con un profilo di sicurezza coerente con il profilo noto di buprenorfina sublinguale.

La somministrazione di CAM2038, sia settimanale che mensile è stata associata ad alti tassi di ritenzione e bassi livelli di uso illecito di oppioidi durante le 48 settimane di studio.

La disponibilità del trattamento con iniezioni di buprenorfina a lento rilascio una volta alla settimana o una volta al mese può avere diversi potenziali benefici.

1. Maggiore praticità per i pazienti in quanto essi non dovranno frequentare il Ser.D., a volte anche quotidianamente per una supervisione del dosaggio.
2. Questo vantaggio è tanto maggiore quanto maggiore è la distanza della abitazione dal Ser.D.
3. Si determina una significativa riduzione dei costi della terapia per il SSN.
4. Si riduce il tempo di impegno del personale sanitario medico e paramedico.
5. Si riducono i rischi di diversione e misuso, in special modo nei contesti di restrizione della libertà, migliorando la sicurezza della comunità e lo stigma nei confronti delle terapie agoniste.
6. Si realizza una maggior aderenza alla terapia (pensiamo in particolare ai senzatetto, a coloro che hanno una menomazione cognitiva, che vivono in contesti di violenza domestica, che hanno responsabilità di accudimento con neonati e bambini, che presentano una comorbidità psichiatrica o menomazioni fisiche con riduzione della mobilità) e migliorano i risultati delle stesse.

La introduzione di formulazioni di buprenorfina depot mostrerà, molto probabilmente, benefici significativi per alcuni pazienti ma non per tutti.

Potrebbe non essere adatta ad alcuni pazienti in trattamento con agonisti, e altri potrebbero scegliere la terapia con assunzione quotidiana del farmaco.

Anche Soyka *et al.* dell'Università di Monaco sottolinea i possibili vantaggi nell'uso della buprenorfina a rilascio prolungato in particolari contesti, come nelle carceri.

Vantaggi significativi si possono avere quando ci si trovi nella condizione di incertezza tra rischi e benefici nell'affidare per più giorni il farmaco al paziente costretto ad allontanarsi dal luogo di cura per lavoro, o comunque per dover affrontare un viaggio lontano.

Ling *et al.* ha pubblicato nel dicembre 2019 i risultati di uno studio caso-controllo durato 24 mesi con l'uso di buprenorfina depot con somministrazione mensile per valutarne efficacia, sicurezza e tollerabilità.

I risultati hanno dimostrato che i pazienti trattati con buprenorfina depot mensile hanno riportato, rispetto al placebo, un miglioramento dello stato di salute generale, un miglior accoglimento della terapia (migliore compliance), un aumento dell'impegno occupazionale e lavorativo e una riduzione dell'utilizzo di altre prestazioni del SSN.

Altri autori hanno cercato di comprendere le esigenze di informazione dei pazienti e le preferenze in relazione al sito di iniezione (Neale *et al.*; Tompkins *et al.*).

I pazienti auspicano la disponibilità di materiali informativi stampati, e/o elettronici e possibilità di usufruire di una consulenza verbale fornita da persone autorevoli.

Nello studio appare molto utile la formazione tra pari.

Così come appare utile la disponibilità di materiale informativo che descriva le esperienze di altri pazienti.

Altri autori, ritenendo che ci siano poche ricerche che esplorino le opinioni dei pazienti sulla buprenorfina a rilascio prolungato, hanno condotto uno studio qualitativo per conoscerle.

I risultati indicano che la terapia con somministrazione mensile risulta essere preferita per evitare di pensare alle droghe, per eludere lo stigma sociale, per favorire complessivamente quello che potremmo considerare la possibilità di una vita "normale", e perché potrebbe risultare in una motivazione ulteriore verso la guarigione.

Alla fine del mese di novembre del 2019 Camurus ha annunciato i risultati preliminari dello studio DEBUT.

Si tratta di uno studio prospettico, randomizzato, in aperto, a controllo attivo, multicentrico che confronta i risultati riferiti dai pazienti ambulatoriali adulti con dipendenza da oppiacei in trattamento con Buvidal® rispetto a coloro in terapia con buprenorfina sub linguale.

120 pazienti ambulatoriali sono stati randomizzati 1:1 per 24 settimane di trattamento con Buvidal® o buprenorfina sub linguale in sei siti clinici in Australia.

L'endpoint primario dello studio era il punteggio di soddisfazione globale per il trattamento (TSQM).

Gli esiti secondari includevano gli outcome riportati dai pazienti per valutare l'efficacia del trattamento, la convenienza, l'onere del trattamento, la qualità della vita, la diversione e l'uso non medico dei farmaci, gli impatti economici sulla salute, nonché la ritenzione in trattamento, il craving e la sospensione della terapia, l'uso illegale di oppioidi e la sicurezza e la tollerabilità del farmaco.

L. Middleton *et al.* hanno implementato l'uso di Buvidal nella città di Glasgow a cominciare dall'aprile 2019 con l'obiettivo primario di valutare la accettabilità del trasferimento da una terapia con l'uso di buprenorfina sub linguale a una a rilascio prolungato, di valutare la esperienza del personale sanitario e dei

pazienti, di misurare l'entità del consumo contemporaneo di droghe da strada.

I risultati sono stati positivi su tutti gli obiettivi.

Tompkins *et al.* hanno realizzato una intervista qualitativa semi strutturata a 36 pazienti divisi in tre gruppi.

12 pazienti erano senza trattamento, 12 erano in trattamento giornaliero con metadone, e 12 con buprenorfina sub linguale.

Tutti i pazienti hanno accettato di iniziare o cambiare la terapia con l'uso di buprenorfina a rilascio prolungato.

Gli autori hanno indagato sui fattori che condizionano positivamente la scelta della terapia con buprenorfina a rilascio prolungato.

I partecipanti hanno espresso un alto livello di disponibilità a ricevere la buprenorfina a rilascio prolungato.

Le loro opinioni erano influenzate sia positivamente che negativamente da sei caratteristiche chiave della buprenorfina a rilascio prolungato:

1. contatto ridotto con farmacie e servizi di trattamento della dipendenza;
2. impatto positivo sulla cessazione dell'uso di droghe sul successo della terapia;
3. l'efficacia percepita del farmaco depot somministrato;
4. la durata e il dosaggio delle iniezioni di buprenorfina;
5. valutazione positiva della procedura della iniezione di buprenorfina depot;
6. valutazione degli effetti collaterali associati alla somministrazione del farmaco.

Gli autori arrivano a concludere che la disponibilità a ricevere un determinato farmaco è complessa, individuale e mutevole.

I consumatori di oppiacei sembrano gradire l'ampliamento delle possibilità di scelta e sembrano aderire maggiormente alla accettazione della terapia con buprenorfina depot se questa consente loro di ridurre il consumo illecito di droghe e facilita la loro guarigione.

Vorspan, e colleghi valutano le possibili specificità di utilizzo della buprenorfina depot, premettendo che tale opinione è strettamente correlata e condizionata dalla organizzazione del trattamento del disturbo da uso di oppiacei nel Sistema Sanitario francese.

Partendo da questi presupposti essi indicano che il Buvidal potrebbe costituire una opzione di trattamento promettente nei seguenti casi.

1. Fase iniziale della terapia con farmaci agonisti, anche nella presa in carico da personale medico non specializzato nella medicina delle dipendenze.
2. Dimissione dalla prigione o dall'ospedale per ridurre diversione e misuse.
3. Deviazione/uso improprio di buprenorfina o metadone.
4. Pazienti clinicamente stabilizzati che desiderano evitare assunzione orale giornaliera del farmaco.

Nell'anno 2019 il Ministero della Salute Australiano ha realizzato una linea guida, preparata da Nicholas Lintzeris, Adrian Dunlop and Debbie Masters, per dare informazioni e guidare il processo decisionale dei medici e dei pazienti nell'uso della buprenorfina a rilascio prolungato.

In questo testo vengono illustrati sinteticamente gli elementi fondamentali da considerare nell'avviare e mantenere una terapia con buprenorfina a rilascio prolungato.

Viene posta particolare attenzione sui problemi di sicurezza relativi all'uso di questi farmaci con note riguardanti: precauzioni e controindicazioni, eventi avversi, interazioni farmacologiche, gravidanza e allattamento, sull'uso di automobili e macchinari in genere, sulla sindrome di astinenza, sulla assunzione del farmaco



per altre vie, sul passaggio dalla terapia con metadone alla terapia con buprenorfina depot, sul suo uso in popolazioni speciali, in specifici setting di trattamento e in particolari scenari clinici. I dati della letteratura fin qui disponibili indicano che Buvidal è un farmaco agonista oppiaceo efficace nella terapia del disturbo da uso di oppiacei.

L'uso di Buvidal elimina il rischio di diversione e misuse insito nelle altre formulazioni di metadone e buprenorfina.

Diversione e misuse rappresentano i due principali motivi di avversione della pubblica opinione rispetto a questi farmaci.

L'uso di Buvidal riduce lo stigma sociale legato a queste terapie e riduce in misura consistente la frequentazione con altri pazienti in cura e i correlati aspetti negativi, nonché l'esposizione accidentale dei bambini al farmaco.

È importante sottolineare che la associazione della terapia farmacologica con Buvidal associata alla terapia psicologica e al counselling psicologico e sociale migliora i risultati della cura.

La buprenorfina a lento rilascio rende la terapia più compliant per i pazienti costretti ad allontanarsi per più giorni dal luogo di cura, riduce inoltre lo stigma sociale legato alla frequentazione assidua del Ser.D.

L'uso del Buvidal migliora anche il setting terapeutico all'interno del Ser.D. e consente risparmi sostanziali nei costi della erogazione della terapia.

## 2. Note sulle caratteristiche pertinenti al paper del sistema di intervento in Italia

Il sistema di intervento italiano ha alcune caratteristiche peculiari in Europa e nel mondo.

Secondo l'ultima "Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia 2019 riferita ai dati anno 2018", da poco presentata, il problema della dipendenza da sostanze in Italia risulta essere di grande importanza e tutti i dati indicano un aumento di consumi e fenomeni di dipendenza.

Il sistema di intervento italiano opera a livello ambulatoriale, domiciliare, in strada, ospedaliero, carcerario e in strutture comunitarie.

I Ser.D. - servizi delle dipendenze, ai sensi del TU 309/90 e della legge 49/2014, si occupano di tutte le sostanze e delle dipendenze senza sostanza, comportamentali.

L'Italia dispone di un sistema di monitoraggio (Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze SIND) e di gestione, tra i più avanzati e organizzati al mondo, attraverso il sistema dei Ser.D. (Servizi per le Dipendenze) ampiamente diffusi ed interconnessi su tutto il territorio nazionale.

Dalla rilevazione del Sistema Informativo Dipendenze (SIND) risultano presenti sul territorio nazionale 570 Ser.D., dislocati in 610 sedi ambulatoriali.

Gli operatori dedicati in parte o esclusivamente alla cura del disturbo da uso di sostanze, sono 7.186.

Il 52% delle figure professionali operanti nei Ser.D. è di tipo sanitario (medici e infermieri).

Nel 2018 gli utenti in carico ai Ser.D. per droghe illegali sono stati 133.060 verso i 129.945 del 2017, il 14% dei quali risultava essere trattato per la prima volta.

L'età media dell'utenza è 39 anni, mostrando un progressivo invecchiamento: il 53% dell'utenza in carico nell'anno ha 40 anni o più (8,5% in più rispetto del 1997).

Il 63% dei pazienti sono in carico per uso primario di eroina e il 21% di cocaina.

I soggetti tossicodipendenti presenti negli istituti detentivi nel 2018 erano pari al 35,2% dell'intera popolazione carceraria, in aumento, le condanne droga correlate 14.380, in aumento.

Nel 2018 il 64,7% degli utenti trattati verso il 62,7% del 2017 ha fatto uso, come sostanza primaria, di eroina, il 20,4% verso il 20,6% di cocaina e il 11,4% verso il 12,5% di cannabinoidi.

I ricoveri direttamente droga-correlati nel 2018 sono stati 7.452 contro i 6.575 del 2016: il trend è in aumento da cinque anni, in controtendenza rispetto al calo generalizzato delle dimissioni ospedaliere.

Il 45% dei ricoveri è attribuibile al consumo di oppiacei.

Nel 2018, i decessi direttamente attribuibili all'uso di sostanze stupefacenti sono stati 334 verso i 294 del 2017, con un aumento che continua.

In oltre il 50% dei casi, la sostanza correlata al decesso è stata l'eroina.

I Ser.D. assolvono anche compiti di tipo medico legale e di sanità pubblica, quali le verifiche in caso di questioni legate all'uso di alcol e le infrazioni alla patente di guida, la valutazione dei lavoratori che svolgono attività particolari ai sensi del DPR 309/90 e decreti attuativi, certificazioni medico legali particolari (esempio porto d'armi), valutazione dei segnalati dalla Prefettura per possesso di sostanze con rilievi amministrativi.

Nel 2018 le persone segnalate alle Prefetture - UTG (Uffici Territoriali del Governo) per detenzione di sostanze stupefacenti o psicotrope per uso personale (art. 75 DPR n. 309/1990) sono state 41.054 verso le 38.614 del 2017.

Il 72,8% dei segnalati ha meno di 30 anni, anche se la maggior frequenza dell'uso di eroina/altri oppioidi è riscontrabile tra i soggetti di età superiore a 39 anni.

Nel 2018 le persone che usufruiscono di misure alternative al carcere sono state 3.354, in aumento.

A partire dai tassi di prevalenza per il 2015 l'ISTAT ha stimato un numero di utilizzatori di cannabis di 6,2 milioni e 1 milione di utilizzatori di cocaina, mentre i consumatori di eroina risultano circa 285 mila e 590 mila circa sono gli utilizzatori di altre sostanze chimiche (ecstasy, LSD, amfetamine).

Si stima comunque che 230.000 persone abbiano assunto eroina nel 2018.

Gli oppiacei in genere sono al secondo posto tra le sostanze psicoattive il cui reperimento avviene via Internet.

Circa il 22,1% delle nuove sostanze riscontrate sul mercato e segnalate allo SNAP (Sistema Nazionale di Allerta Precoce e Risposta Rapida per le Droghe) appartengono al gruppo degli oppioidi.

### **Vediamo le componenti del sistema di intervento**

I Ser.D. - Le figure professionali più rappresentate sono i medici, gli infermieri, gli psicologi, gli assistenti sociali e gli educatori professionali.

Tra i medici le specializzazioni più diffuse sono quelle in psichiatria, medicina interna, farmacologia e tossicologia clinica, malattie infettive.

Anche se la distribuzione evidenzia una maggiore concentrazione di strutture in alcune Regioni del Nord, i Ser.D. sono discretamente rappresentati in tutte le Regioni italiane.

Ai Ser.D. come già detto sono demandate le attività di accoglienza, prevenzione, cura, prevenzione delle patologie correlate, riduzione del danno, riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo dei pazienti.

In collaborazione e sinergia con le altre articolazioni del sistema sanitario - comunità terapeutiche, unità mobili di strada, carceri, divisioni ospedaliere, enti locali, volontariato, scuole e prefet-

ture – i Ser.D. sono il fulcro di un modello gestionale che garantisce la continuità assistenziale ai pazienti con dipendenza, attraverso un sistema integrato di intervento pubblico, privato e sociale.

Storicamente alcune équipes per la cura di pazienti affetti da tossicodipendenza iniziano a nascere in Italia negli anni '70, come risposta al notevole incremento dell'utilizzo di droghe per via iniettiva che si stava registrando, specialmente eroina.

Il fenomeno aveva determinato un aumento dei decessi per overdose, dei casi di malattie sessualmente trasmesse e di malattie infettive a trasmissione ematica (ad esempio HIV e infezioni da virus epatitici), dovute allo scambio di siringhe per l'iniezione di eroina.

I Ser.D. sono organizzazioni proprie del Servizio Sanitario Nazionale, semplici o complesse a seconda della numerosità dell'utenza in carico; il DM Sanità del 30 novembre 1990 n. 444 definisce gli aspetti organizzativi e funzionali e le dotazioni organiche relative.

A seguito della entrata in vigore delle norme di variazione del titolo V della Costituzione e della assegnazione in via esclusiva alle Regioni delle competenze in tema di organizzazione in sanità bisogna esaminare leggi e norme delle singole regioni per avere una visione degli sviluppi organizzativi anche dei Ser.D.

Questo dall'inizio del terzo millennio e con differenze tra Regione e Regione notevoli in termini di presenza dei servizi, accessibilità, numerosità di operatori, funzioni.

Attualmente possiamo dire che i Ser.D. sono di regola inseriti all'interno dei Dipartimenti delle Dipendenze o dei Dipartimenti di Salute mentale delle ASL.

Alla data odierna in ogni Distretto Sanitario, o almeno in ogni ASL, è presente un Ser.D.

Le prestazioni offerte sono gratuite, l'accesso è libero, senza impegnativa medica, e chi vi si rivolge non è obbligato a fornire i propri dati anagrafici, poiché è garantito il diritto all'anonimato, oltre al segreto professionale.

I Ser.D., in relazione alle specifiche esigenze territoriali, assicurano il Servizio per almeno cinque giorni la settimana e per almeno sei ore giornaliere, durante le quali è assicurata la presenza dell'équipe multidisciplinare.

Tenuto conto della norma sopra ricordata, a seconda delle dotazioni organiche e dei modelli organizzativi territoriali definiti in base anche alla numerosità dei pazienti, gli orari e i giorni di apertura, monitorati a livello regionale e nazionale, presentano diversificazioni notevoli sul territorio nazionale.

L'Azienda Sanitaria Locale deve garantire, d'intesa con il Ser.D., tramite i propri Servizi, l'assistenza agli utenti nelle 24 ore giornaliere assicurando, in particolare, ove necessario, la somministrazione dei farmaci sostitutivi nei giorni di chiusura del Ser.D. Questa norma richiama il concetto che i Ser.D. sono inseriti in una Azienda Sanitaria che deve garantire la continuità terapeutica così come le risposte di emergenza agli utenti sulle 24 ore, non solo con i Ser.D.

I Ser.D. organizzano le risorse disponibili per assicurare l'accesso precoce a tutte le prestazioni erogabili comprese quelle di prevenzione delle patologie correlate definendo e verificando opportune procedure, al fine di limitare i tempi di attesa per l'avvio dei programmi di trattamento e, in particolare, assicurare la precoce ripresa in trattamento degli utenti in caso di recidiva.

I Servizi registrano formalmente l'inizio ed il termine di ciascun trattamento con un atto di ammissione e dimissione.

Da molti anni tutte le prestazioni eseguite nei Servizi vengono registrate con modalità informatizzata.

È importante rivolgersi ai Ser.D. quando vi sia un uso di sostanze occasionale o abituale.

Ma è opportuno rivolgersi a queste strutture anche quando vi sia solo il sospetto di uso di sostanze, al fine di diagnosticare precocemente l'eventuale utilizzo o la presenza di uno stato di dipendenza (soprattutto se la persona interessata è minorenni).

Ai familiari vengono, infatti, forniti utili consigli ed orientamenti su come gestire queste problematiche nel modo migliore.

Presso ogni struttura opera in genere una équipe multidisciplinare composta da medici specialisti, psicologi, assistenti sociali, educatori, infermieri, sociologi, personale di supporto.

Tutte queste figure professionali concorrono alla gestione delle diverse e complesse problematiche che presentano i pazienti con dipendenza patologica o i consumatori occasionali.

Per rispondere alle sempre più diversificate esigenze dell'utenza, in considerazione anche del mutato profilo del paziente e delle nuove sostanze sul mercato, i Servizi hanno iniziato a erogare terapie per molte altre tipologie di dipendenza, non riducibili solo a quella da eroina o cocaina.

Fondamentale è occuparsi di alcoldipendenza ed anche di tabagismo.

Inoltre crescente è l'intervento per le cosiddette "nuove forme di addiction", come il gioco d'azzardo patologico e le dipendenze legate al web.

Infatti la maggior parte delle risposte offerte ai pazienti è venuta proprio dai Ser.D. attraverso trattamenti prevalentemente basati su colloqui, visite e psicoterapie individuali o di gruppo.

*Volendo analizzare con maggiore attenzione i compiti dei Ser.D. possiamo così elencarli:*

- garantire accettazione e diagnosi multidisciplinare ai pazienti affetti da comportamenti di abuso e dipendenza: tossicodipendenti, alcoldipendenti, tabagisti, giocatori d'azzardo patologico, dipendenti da tecnologie digitali. Le varie figure professionali operanti nei Servizi sono depositarie di specifici strumenti di accoglienza e diagnosi, sulla base delle evidenze scientifiche;
- effettuare terapie farmacologiche specifiche e monitorarle anche attraverso indagini tossicologiche su campioni biologici (urine e capello);
- effettuare attività di counselling, sostegno psicologico, sociale e offrire interventi di psicoterapia;
- svolgere attività di prevenzione, screening e counselling delle patologie correlate infettivologiche e internistiche, anche in collaborazione con altre strutture sanitarie per gli interventi terapeutici;
- svolgere, direttamente o in collaborazione con il privato sociale, attività di riduzione dei rischi e dei danni anche esternamente ai Servizi, avvalendosi di unità mobili o altri strumenti utili per intercettare consumatori a rischio o tossicodipendenti sul territorio;
- svolgere attività di screening, monitoraggio, terapia della comorbilità psichiatrica, anche in collaborazione con le strutture del Dipartimento di Salute Mentale;
- realizzare attività di orientamento e sostegno in ambito sociale ed educativo;
- condurre specifiche attività di prevenzione delle cause di morte e di inabilità;
- implementare specifici programmi destinati alle donne, in particolare per le situazioni di gravidanza e prostituzione e per gli episodi di violenza, anche in collaborazione con altri servizi specialistici e con l'Autorità Giudiziaria. Questi programmi prevedono anche una tempistica particolare di presa in carico immediata di donne in stato di gravidanza;

- implementare specifici programmi per i minori, anche in collaborazione con altri servizi specialistici, con i Comuni e il Tribunale dei Minori. Anche in questo caso è prevista una tempistica di presa in carico immediata;
- realizzare interventi di prevenzione specifica, utilizzando strumenti e metodi scientificamente validati;
- rilevare dati statistico-epidemiologici relativi alle attività condotte e al territorio di competenza. In particolare fondamentale è garantire i flussi di informazioni utili per la programmazione territoriale ed aziendale, nonché per le rilevazioni regionali e ministeriali;
- svolgere attività di riabilitazione e prevenzione delle ricadute;
- realizzare interventi di informazione, orientamento e counseling rivolti alla famiglia;
- redigere certificazioni a valenza medico legale e per l' idoneità all'adozione internazionale;
- redigere certificazione ed effettuare percorsi per l'accertamento di assenza di tossicodipendenza; particolare rilievo hanno via via assunto le attività all'interno dei percorsi prefettizi e in ambito scolastico. Essenziale è curare la possibilità dei pazienti a fruire dei percorsi alternativi alla detenzione;
- importanti anche la informativa e l'ausilio da garantire per l'applicazione delle norme che tutelano il diritto al mantenimento del posto di lavoro per le persone che si sottopongono a trattamenti riabilitativi.

Come si vede le prestazioni e attività sono diversificate e vengono erogate, a seconda delle necessità e delle caratteristiche dell'intervento stesso, nei seguenti contesti:

- ambulatorio;
- carcere;
- strada;
- domicilio;
- strutture del servizio sanitario nazionale e regionale;
- strutture accreditate;
- territorio.

Periodicamente i Ser.D. procedono a una valutazione dell'andamento del paziente, dei risultati del trattamento e dei programmi di intervento, in riferimento ai diversi aspetti di carattere clinico, psicologico e sociale.

Nel caso di terapia con farmaci sostitutivi per la disassuefazione, i farmaci possono essere affidati al paziente, con il corredo di un indispensabile piano terapeutico, per un massimo di 30 giorni. Si tratta di uno strumento che non risponde solo a esigenze organizzative, ma anche alla necessità di stabilire un'alleanza terapeutica tra medico e paziente, garantendo a quest'ultimo una progressiva normalizzazione e il reinserimento sociale.

L'atto di riferimento è il Decreto del Ministero della Salute "Consegna dei medicinali per il trattamento degli stati di tossicodipendenza da oppiacei da parte delle strutture pubbliche o private autorizzate ai pazienti in trattamento" del 16 novembre 2007 che permette al medico di avere un riferimento certo per orientare la propria attività.

Per la rilevanza per questo testo si riassumono alcuni principi dell'articolato del decreto:

- La prescrizione di medicinali "sostitutivi", per il trattamento degli stati di tossicodipendenza da oppiacei deve essere effettuata all'interno del piano terapeutico individualizzato di cui all'articolo 43, comma 5 del Testo Unico del 1990.
- Il piano terapeutico, di durata non superiore a novanta giorni, è redatto in due copie, entrambe originali, una delle quali deve rimanere presso il servizio di cura mentre l'altra deve essere in possesso del paziente.
- Nel corso di validità del piano terapeutico, il dosaggio del medicinale prescritto può essere modificato ed ogni nuova

consegna è subordinata all'aggiornamento o modifica del piano terapeutico convalidato con la data e la firma di un medico del servizio di cura.

- È consentita la consegna di medicinali "sostitutivi" da parte del Servizio di cura, per una durata non superiore a trenta giorni, direttamente al paziente, al fine di agevolare l'aderenza al trattamento, in confezioni regolarmente autorizzate. Nel caso di persona minore, il medicinale è consegnato a chi esercita la patria potestà.
- È consentita la consegna dei medicinali "sostitutivi" ad un familiare o ad altra persona maggiorenne, munita di delega scritta del paziente che non può recarsi personalmente presso il servizio di cura. Tale impedimento deve essere dimostrato da opportuna certificazione scritta ai sensi delle norme di legge vigenti.
- Il paziente o la persona da lui delegata a ritirare il medicinale, deve firmare una dichiarazione di presa visione del foglietto illustrativo con la quale si impegna altresì a custodire il medicinale in luogo sicuro e non accessibile a minori o persone ignare dei suoi effetti specifici.
- La prescrizione è effettuata dal medico, il quale può anche avvalersi di altri operatori cointeressati al trattamento del paziente, al fine di valutare l'affidabilità del medesimo e della sua rete di sostegno familiare e sociale.
- Ai fini del monitoraggio della terapia il servizio di cura adotta i controlli clinici e le valutazioni socio-sanitarie che ritiene necessari ed opportuni per ogni singolo caso.
- Resta invariata la procedura di prescrizione da parte del medico di medicina generale, sulla scorta del piano terapeutico redatto dal servizio di cura, e la dispensazione dei medicinali "sostitutivi" da parte delle farmacie.
- Il paziente o la persona da lui delegata, è autorizzato a trasportare dalla sede di dispensazione al proprio domicilio od al luogo di ordinaria dimora per motivi di lavoro, studio od impegni personali, i medicinali, accompagnati dal piano terapeutico.
- È autorizzato, altresì, il trattamento a domicilio del paziente nei casi previsti dal decreto ministeriale 30 novembre 1990, n. 444.
- Le previsioni del decreto si applicano anche ai pazienti ospitati di comunità terapeutiche in carico presso un servizio pubblico per la prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza.

Un ottimo testo, con chiari dettati, che vanno nell'ottica di una moderna medicina e del reale accesso alle cure per cittadini malati.

Un passo importante verso la libertà di valutazione clinica dei medici.

In Italia l'istituto dell'affido farmacologico della terapia cosiddetta "sostitutiva" è una pratica clinica ormai largamente utilizzata da decenni dai medici dei Ser.D. per favorire nel paziente la massima *compliance* al programma di cura e migliorare gli *outcomes* del trattamento.

I medici che si prendono cura dei tossicodipendenti conoscono bene quanto sia difficile la clinica delle dipendenze per varie ragioni, le principali delle quali sono l'incertezza degli esiti degli interventi e l'incapacità da parte del clinico di determinare con precisione i fattori prognostici.

Questi elementi non sono soltanto dovuti all'essenza della malattia tossicodipendenza, e quindi alla possibile natura cronica e recidivante della stessa, ma sono spesso determinati da una serie di elementi, alcuni imprevedibili, che sono legati al paziente, al contesto in cui vive, al medico curante, alle risorse struttu-

rali ed organizzative che quest'ultimo possiede e non in ultimo alle caratteristiche farmacologiche della molecola da somministrare ed eventualmente da dare in affido.

Esistono delle chiare ragioni per dare in affido il farmaco sostitutivo al paziente, così come di contro esistono evidenti situazioni che ne sconsigliano l'utilità.

Vi sono requisiti strutturali e tecnologici minimi per il funzionamento dei Ser.D., che devono garantire adeguati livelli di sicurezza, sia per gli utenti che per gli operatori, e devono essere dotati di ambienti con dimensioni, arredi ed attrezzature idonee. *Un settore di intervento che ha visto uno sviluppo dell'intervento dei Ser.D. è quello carcerario.*

La lunga strada di applicazione della legislazione che prevede la competenza delle ASL in materia di assistenza ai detenuti tossicodipendenti in carcere, è ancora in itinere.

Decine di migliaia di persone ogni anno giungono come già detto in carcere per reati droga correlati e molti necessitano di assistenza.

Tutte le evidenze scientifiche e linee di indirizzo richiamano l'importanza di intervenire durante la carcerazione e di curare in modo particolare i momenti della carcerazione e delle dimissioni dagli istituti, a scopo preventivo e per evitare le recidive nell'uso.

Di norma in ogni carcere è presente una équipe specifica per la cura delle dipendenze, strutturata in modo simile ai Ser.D., che cura gli aspetti terapeutici ed assistenziali, garantisce la continuità delle cure tra carcere e territorio, cura i fondamentali rapporti con la istituzione carceraria, compresi i servizi educativi e altri specialismi.

*In linea assoluta la qualità di intervento nei Ser.D. è migliorata nel corso del tempo.*

Si stima che un milione e mezzo di utenti siano già transitati presso i Servizi pubblici delle dipendenze in 40 anni di storia, con esiti che hanno portato ad una significativa riduzione del rischio di mortalità, delle malattie infettive, psichiatriche e interistiche e delle condotte illegali.

Secondo varie ricerche le cure erogate (sono state esaminate quelle con utilizzo di farmaci specifici) producono inoltre almeno 34 milioni di giorni liberi da droga e un miliardo e 700 milioni di euro sottratti alla criminalità organizzata ogni anno.

Considerando l'insieme dei benefici delle terapie e della riabilitazione sulle condizioni di vita delle persone si deduce che vale la pena investire nel lavoro dei Ser.D. con un rapporto positivo di 6 a 1 tra benefici ed euro investiti in assistenza.

#### *Le Comunità Terapeutiche*

Circa 20.000 persone transitano ogni anno nelle CT italiane.

Quasi 700 le sedi operative, quasi 7.000 gli operatori.

Il sistema è essenzialmente privato accreditato e contrattualizzato con i SSR.

Si compone di strutture residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali, di strada come unità mobili.

La durata dei programmi varia da pochi mesi e 36 mesi.

Un programma terapeutico standard ha una durata di due anni residenziali.

Nel tempo accanto alla fondamentale componente psicoterapeutica o ergoterapica, si sono approfonditi gli interventi terapeutici anche di tipo farmacologico.

Stretti i rapporti tra Ser.D. e C.T.

Circa il 90% degli inseriti in C.T. sono inviati dai Ser.D. e una buona percentuale fruisce di trattamenti farmacologici specifici e aspecifici.

Da tempo ormai nelle C.T. sono attivi ambulatori farmacologici e medici come dipendenti o consulenti.

Le attività di Unità mobili territoriali e Servizi a bassa soglia, circa duecento in Italia complessivamente, sono curate al 90% dal privato sociale.

Considerate tutte le note precedenti l'arrivo delle formulazioni long term e di Buvidal® in particolare dal punto di vista del sistema italiano avremo un notevole passo in avanti organizzativo, professionale e di rete di intervento.

In particolare:

- Migliore razionalizzazione dell'impiego delle risorse all'interno dei Ser.D.

In Italia, all'interno dei Ser.D. la supervisione e la somministrazione quotidiana delle terapie farmacologiche comporta un utilizzo significativo delle risorse sanitarie, soprattutto mediche ed infermieristiche.

La disponibilità di Buvidal®, con la riduzione del numero di accessi ambulatoriali grazie alle formulazioni a rilascio settimanale e/o mensile potrebbe rappresentare un utile strumento gestionale in grado di liberare risorse da dedicare ad altre attività dedicate ai pazienti all'interno dei Ser.D.

- Miglioramento della compliance alle cure e quindi degli esiti dei trattamenti farmacologici.
- Riduzione dei rischi correlati ad affido domiciliare delle terapie con importante attività di risk management per il medico.
- Utilizzo in ambito carcerario migliorando la gestione clinica ed organizzativa dei servizi Ser.D. interni agli Istituti Carcerari.
- Utilizzo in ambito dei servizi a bassa soglia per programmi di riduzione del danno riducendo gli episodi di overdose e di conseguenza la mortalità.
- Dimissione in protezione da programmi residenziali (comunità terapeutiche, case di cura) e dagli istituti detentivi dopo carcerazione.
- Riduzione significativa degli episodi di abuso e di diversione e delle loro conseguenze cliniche
- Riqualificazione dei percorsi terapeutici.

### **3. Impatto delle formulazioni long term sui modelli di intervento**

I modelli di intervento in Italia sono numerosi e legati alle varie mission degli ambiti di diagnosi e cura.

Dopo la introduzione della consegna fino a un mese dei farmaci a base di oppiacei sarà l'uso dei farmaci long term che impatterà notevolmente sui modelli di intervento sulle dipendenze in Italia.

#### *Modelli operativi di intervento verso i pazienti*

Il trattamento del disturbo da uso di oppiacei prevede, in Italia, un approccio multidisciplinare, che, seguendo le linee guida dell'OMS, e le relative normative nazionali in materia, abbina al trattamento farmacologico (metadone, buprenorfina e l'associazione buprenorfina con naloxone) interventi psico-socioriabilitativi.

L'équipe multi-professionale rappresenta un elemento distintivo nella attività dei Servizi per le dipendenze.

Si può dire che i Ser.D. siano le realtà in cui questa modalità di lavoro è più sviluppata e ancora valorizzata, pur in una situazione difficile per la contrazione del personale impiegato.

I Ser.D. sono nati, richiamando la legislazione base del 1990 (T.U. 309 e D.M. 444) proprio con una composizione nelle figure professionali che tenesse conto della complessità e plurifattorialità delle patologie che si dovevano affrontare.

Infatti, le basi eziopatogenetiche della tossicodipendenza richiamano incroci importanti tra fattori genetici, biologici, psicologici di storia evolutiva individuale ma anche sociale, e di interazione ambientale.

Pur essendo chiaro che anche altre patologie abbiano le stesse determinanti, è indubbio che questa patologia comportamentale ne sia estremamente caratterizzata.

Pensare che medici di varia estrazione (psichiatri, internisti, infettivologi, igienisti, farmacologi e tossicologi tra gli altri), psicologi clinici e di comunità, assistenti sociali, infermieri, educatori, ma anche sociologi e assistenti sanitari, potessero impegnarsi fianco a fianco verso una persona con problemi di abuso e dipendenza, è stata una grande intuizione.

Ancora oggi i Ser.D. sono spesso organizzati in équipe generali e in sub équipe, costituite o per ambiti territoriali dei pazienti, in ASL con grande utenza, o per settori problematici specifici (esempio minori, doppia diagnosi, settori emergenti, ecc.).

In linea generale l'obiettivo che ci si pone è strutturare un efficiente lavoro d'équipe in un servizio.

Il risultato ricercato è l'integrazione degli interventi delle diverse figure professionali operanti nei servizi, a favore di un migliore intervento con i pazienti.

Lo scopo è la condivisione degli obiettivi dei trattamenti per singolo paziente con le altre figure professionali.

Inoltre, importante per una équipe è costruire una collaborazione con le altre strutture aziendali e con le altre agenzie territoriali con cui sono attivi interventi terapeutici, ma anche di prevenzione selettiva o dedicata.

Questo verso un obiettivo di strutturazione di interventi di rete intra ASL e/o territoriali.

Per comprendere il valore del lavoro di équipe bisogna percorrere l'iter proprio di un paziente nei servizi.

La prima fase è rappresentata dalla accoglienza e valutazione dei pazienti incidenti e rientranti.

L'accoglienza si riferisce a tutte le persone che accedono al servizio per sé o per altri, portando una generica o specifica richiesta d'aiuto.

Nello specifico si realizza nella raccolta e prima lettura della domanda, nell'acquisizione di dati preliminari utili per un iniziale e provvisorio inquadramento del problema (diagnosi di stato) e nella strutturazione di tutti gli interventi medici di natura generale, internistica o psichiatrica ritenuti urgenti.

Vi è poi l'assessment del paziente.

Viene curata la raccolta e la trascrizione nel fascicolo personale del paziente di una corretta e completa anamnesi medica e tossicologica.

Si cura la richiesta di esami laboratoristici e/o strumentali utili per una corretta diagnosi di abuso e/o dipendenza secondo i criteri diagnostici.

Viene curato l'esame obiettivo e si conclude con una diagnosi medica e tossicologica da inserire nel fascicolo personale.

L'assessment psicologico e psichiatrico prevede la raccolta e la trascrizione nel fascicolo personale del paziente di una corretta e completa anamnesi psichica.

Prevede, oltre al colloquio, anche la richiesta e/o esecuzione di tutti gli approfondimenti testistici utili alla diagnosi e ad escludere le patologie psichiatriche associate alla dipendenza.

Si conclude con una diagnosi.

Il lavoro tipico dell'assistente sociale in queste fasi è pure centrale: sia nella accoglienza che nella diagnosi.

L'operatore sociale ha sviluppato strumenti specifici di approccio al paziente, sia in termini di colloquio che di utilizzo di strumenti diagnostici anche condivisi con le figure mediche e psicologiche.

Le figure educative e infermieristiche coadiuvano tecnicamente gli interventi.

In molti servizi l'educatore professionale, più centrato nelle fasi motivazionali e riabilitative risocializzanti, è parte attiva sin dalla fase di accoglienza del paziente.

Quindi sin dalle fasi iniziali del percorso di un paziente in un Ser.D., nelle quali si potrebbe pensare ad interventi specialistici singoli, si può dire che gli stessi non sono slegati, ma uniti non solo dai protocolli e dalle procedure interne al servizio, ma anche da un interscambio sempre attivo tra gli operatori del servizio.

Ma da ora, diagnosi acquisita, entra in gioco tecnicamente l'équipe curante che, insieme al paziente, deve valutare il "che fare?".

Bisogna infatti definire il piano terapeutico.

Tutti gli elementi raccolti nelle fasi di accoglienza, osservazione e diagnosi vengono valutati, considerando le specificità delle varie professioni in gioco.

Il punto forte del lavoro in équipe è l'apporto specifico e suppletivo di ogni professione, nell'interesse delle necessità del paziente.

La crisi che il modello centrato sul lavoro in équipe ha subito in tanti settori della salute, e non solo, è derivata proprio dalla scarsa capacità di valore aggiunto al concorso globale di più professionisti rispetto alla reale incidenza operativa nell'iter terapeutico.

È ovvio che su queste basi una semplice analisi costi benefici porterebbe a ovvie e facili conclusioni.

Anche nel settore delle dipendenze patologiche bisogna tenere conto di queste considerazioni e modulare organizzativamente e per intensità l'intervento delle figure della équipe nei percorsi dei pazienti.

Da questo punto di vista l'affermarsi della figura del "case manager" non è in contrapposizione al lavoro in équipe, ma ne completa le funzioni offrendo al paziente una figura di sintesi e di riferimento nel servizio.

Il sapere dei singoli profili professionali è quindi il sale del lavoro di équipe.

Le conoscenze del medico devono comprendere ad esempio gli effetti farmacologici e gli effetti neurobiologici delle droghe e dei comportamenti di addiction, la conoscenza dei quadri clinici correlati alle dipendenze, la conoscenza delle patologie psichiatriche con particolare riferimento a quelle correlate con le dipendenze e delle patologie internistiche correlate.

Ovviamente dovrà conoscere i trattamenti farmacologici validati dalla letteratura di settore per i pazienti con dipendenza, le possibili interferenze con le sostanze d'abuso e/o con altri tipi di trattamenti farmacologici.

Gli psicoterapeuti dovranno avere buona conoscenza delle principali tecniche psicoterapiche validate per i pazienti con dipendenze.

Si potrebbe continuare con le competenze per ogni figura professionale, ma non dobbiamo dimenticare la necessità di conoscere le disposizioni legislative sulle dipendenze a valenza nazionale e locale, la conoscenza del funzionamento del Ser.D., dell'organigramma del Ser.D. e dei documenti sul funzionamento del servizio, ed anche una buona conoscenza di base del pacchetto informatico.

Venendo alla costruzione del progetto terapeutico si ricordi che lo stesso deve essere individualizzato e deve essere strutturato secondo le indicazioni della letteratura scientifica specifica.

Devono essere inseriti i trattamenti farmacologici specifici per le dipendenze con le regole per il paziente di monitoraggio e ad esempio di affidamento del farmaco.

Attenzione anche ai trattamenti farmacologici specifici per le patologie psichiatriche associate alle dipendenze e a quelli per le patologie internistiche associate alle dipendenze.

Si definisce il cronoprogramma degli incontri con le figure professionali, gli esami di routine, i colloqui, le verifiche periodiche. Attenzione verrà posta alla predisposizione di certificazioni e /o relazioni richieste dai pazienti o da altri soggetti autorizzati a farlo.

Si precisa che tutte queste notizie e procedure di cui si sta trattando prevedono ormai da tempo di essere rese in modo informatizzato.

Non indifferenti, ed anzi solitamente parte importante del lavoro in équipe, sono le valutazioni che entrano in gioco quando il paziente deve seguire percorsi alternativi alla carcerazione, o beneficiare di altre possibilità riabilitative, o sono presenti minori in famiglia, o è utile prevedere percorsi in strutture residenziali.

Un tema centrale e validante il lavoro in équipe è quello della valutazione dei percorsi individuali e della loro rimodulazione. I percorsi di cura infatti prevedono degli step di valutazione, spesso devono essere rivisti e ridefiniti.

Alla discussione analitica in équipe segue la ricontrattazione con il paziente.

Il lavoro della équipe, come si può comprendere, deve essere organizzato, con cadenze definite, ad esempio settimanale, e con metodologie condivise.

Non estranea al lavoro di équipe deve esserci la capacità di saper gestire i conflitti, anche con tecniche specifiche.

Utile appare conoscere tecniche di comunicazione con la popolazione target che è adulta ma può essere adolescente, e che può presentare diversi aspetti invalidanti.

Come si capisce facilmente l'équipe effettua analisi complesse, deve scomporre problemi complessi con molteplici variabili interagenti tra loro in elementi costitutivi e deve identificare catene di causa-effetto per individuare le soluzioni.

Bisogna lavorare in modo cooperativo, partecipare di buon grado, essere buoni giocatori di squadra, fare bene la propria parte di lavoro.

Come membro di un team ognuno tenere gli altri informati e aggiornati sul processo, sulle attività individuali, sugli eventi che hanno un'influenza sul lavoro di équipe e deve condividere tutte le informazioni pertinenti o utili.

Bisogna saper comprendere questioni anche non esplicitate, problemi degli altri e ragioni che sono alla base dei loro sentimenti, preoccupazioni e comportamenti quotidiani o a lungo termine.

Necessita una visione equilibrata dei punti di forza e dei punti di debolezza degli altri.

Con termini tecnici l'équipe dovrebbe essere costruita utilizzando criteri di qualità predefiniti (job profile) coerenti con il ruolo che dovranno coprire nell'organizzazione.

Il management del servizio dovrà quindi prevedere un monitoraggio sulla équipe e gestire gli aspetti eventualmente disfunzionali (come i conflitti possibili, la sfiducia fra operatori, lo scarso impegno, la deresponsabilizzazione, la disattenzione ai risultati) al fine di ottenere il massimo in termini di performance.

È chiaro che la motivazione è una componente indispensabile, oltre alle capacità, per raggiungere i risultati.

Bisogna gestire con efficacia lo stress, continuare a lavorare e a rispondere alle domande nonostante lo stress relazionale.

È utile utilizzare speciali tecniche per gestire le emozioni e lo stress da impotenza/onnipotenza, puntando a chiarire dati o situazioni complesse, rendere idee o situazioni complesse più

chiare, semplici e/o comprensibili, cercare con tecniche di pensiero sintetico di assemblare idee, questioni e osservazioni in chiare e utili spiegazioni.

Compiti tutt'altro che semplici, per una buona manutenzione dei quali è importante che l'équipe curante di un servizio, al di là del supporto della direzione del servizio, possa accedere a momenti strutturati di supervisione della propria attività.

#### *Le nuove opportunità delle nuove formulazioni*

Metadone sciroppo cloridrato è ad oggi, in Italia, il farmaco più utilizzato nei trattamenti farmacologici sia a lungo termine che nei programmi di disintossicazione breve.

Tuttavia, negli ultimi anni, sta assumendo sempre maggiore rilevanza clinica, in tale ambito, il trattamento farmacologico con buprenorfina, sia nella mono-formulazione che in quella associata con naloxone che per peculiari caratteristiche farmacocinetiche e dinamiche, molto diverse dal metadone, presenta alcuni vantaggi nel trattamento di tale disturbo.

In particolare;

1. l'elevato profilo di sicurezza legata al ridotto rischio di induzione di depressione respiratorio (curva a campana sui livelli di CO<sub>2</sub> plasmatica);
2. rapidità di stabilizzazione clinica del paziente con conseguente riduzione del rischio di mortalità già nella fase di induzione (il raggiungimento della dose bloccante i recettori oppiacei di 16 mg/die si ottiene in 2/3 giorni dall'inizio del trattamento con conseguente blocco del 96% dei recettori mu degli oppioidi a livello del SNC);
3. assenza di effetto disforizzante, tipico invece degli agonisti pieni degli oppioidi (buprenorfina è un agonista parziale dei recettori mu degli oppioidi ed antagonista dei recettori Kappa degli oppioidi);
4. assenza di interferenze negative sulle funzioni cognitive anche per trattamenti prolungati ad alti dosaggi.

Diverse sono le nuove formulazioni a rilascio prolungato di buprenorfina che sono state sviluppate e approvate come trattamento del disturbo da uso di oppiacei.

Tra queste ci si sofferma su Buvidal® per gli aspetti di ricaduta sui modelli di intervento dei Servizi.

Buvidal® è una nuova formulazione di buprenorfina, specificamente progettata per fornire un rilascio prolungato nel tempo in modo da raggiungere e garantire livelli terapeutici efficaci di buprenorfina plasmatica equivalenti a quelli della formulazione in compresse sublinguali di buprenorfina. Buvidal® è disponibile in formulazioni a rilascio settimanale, con dosaggi multipli (8 mg, 16 mg, 24 mg, 32 mg) e mensile (64 mg, 96 mg, 128 mg) rispettivamente, equivalenti alle posologie convenzionali di trattamento giornaliero ottenute con compresse sublinguali di buprenorfina.

Il rilascio prolungato del farmaco è stato ottenuto grazie all'applicazione della tecnologia FluidCrystal® basata su due lipidi naturali, fosfatidilcolina e glicerolo dioleato, che incapsulano la buprenorfina in una matrice cristallina, che si forma a contatto dell'ambiente acquoso, rilasciandola lentamente attraverso la progressiva degradazione della matrice stessa.

La matrice cristallina, dopo l'iniezione nel tessuto sottocutaneo, forma un gel altamente viscoso che normalmente non è visibile o palpabile grazie anche al basso volume di farmaco iniettato anche alle dosi più elevate (da un minimo 0,16 ad un massimo di 0,64 ml a seconda della dose).

I dati di ricerca e utilizzo clinico del farmaco, sulla efficacia del farmaco, sulla sua stabilità, sulla capacità di sopprimere la sintomatologia astinenziale già dal primo giorno, sulla sicurezza dell'impiego clinico, sulla tollerabilità del farmaco, sulla eviden-

za di eventi avversi limitati, portano a prevedere diversi benefici all'attuale sistema di cura e sui pazienti.

#### *Impatto dei farmaci long term sui modelli di intervento*

Rispetto alla realtà dei pazienti:

- Maggiore flessibilità di trattamento con miglioramento dei percorsi di cura.

Pazienti instabili che non siano pienamente complianti con le loro attuali prescrizioni di buprenorfina sublinguale potrebbero trarre vantaggio da una formulazione a lunga durata d'azione.

Infatti, gli studi di farmacocinetica di Buvidal® non solo evidenziano una bioequivalenza tra i livelli plasmatici di buprenorfina sublinguale e quella a rilascio prolungato ma anche il vantaggio derivante dal mantenimento di livelli plasmatici efficaci di buprenorfina anche oltre la settimana o il mese (nel caso delle formulazioni a rilascio prolungato) facilitando in tal modo pazienti al rispetto degli appuntamenti prefissati con il medico, l'adesione al piano di cura senza sperimentare sintomi astinenziali da sospensione del trattamento con anche riduzione del rischio di ricaduta.

- Miglioramento della qualità della vita (familiare, sociale, lavorativa, relazionale).

Buvidal® può essere considerato una buona opzione terapeutica anche per pazienti stabili, in remissione protratta, con dosaggi stabili di buprenorfina.

In tali situazioni il paziente avrebbe minore necessità di recarsi al Ser.D. (attualmente in Italia circa il 67% dei pazienti in trattamento hanno un programma di affidamento/consegna domiciliare della terapia che va da qualche giorno fino in rari casi a 30 giorni consecutivi) per l'assunzione ed il ritiro dell'affido del farmaco. Questo avrebbe una ricaduta sulla qualità di vita del paziente impattando anche indirettamente a livello economico riducendo per il paziente i costi indiretti per gli spostamenti e perdita di ore lavorative.

- Riduzione degli episodi di overdose dopo interventi a carattere residenziale.

Il rischio di decessi da overdose è massimo nei primi quindici giorni dopo la dimissione da ambienti protetti.

Tale rischio è correlato alla perdita della tolleranza nei confronti degli oppiacei.

Buvidal® può pertanto rappresentare un efficace opzione terapeutica al fine di riduzione del rischio di overdose in pazienti quando al termine dei programmi riabilitativi comunitari, dopo le ospedalizzazioni e dopo scarcerazione.

Il paziente con un'iniezione sottocutanea di Buvidal® a durata mensile, sarebbe protetto dall'overdose correlata agli oppiacei grazie all'effetto di blocco recettoriale operato dalla buprenorfina sui recettori mu degli oppioidi, fino a 1 mese dopo l'iniezione.

- Riduzione delle conseguenze sanitarie di misuso e di diversione della terapia.

Buvidal® può ridurre il misuso e la diversione di buprenorfina e di buprenorfina e naloxone.

Tali formulazioni che devono essere somministrate direttamente al Ser.D. da parte di operatori sanitari, evitano la possibilità che il paziente disponga direttamente della terapia.

Inoltre, con il progressivo reclutamento di pazienti trattati con tali formulazioni, si ridurrebbero quelli in trattamento con compresse sublinguali riducendo ulteriormente i fenomeni di misuso e di diversione.

Buvidal® può essere considerato una buona opzione di trattamento di seconda linea per i pazienti che misusano il metadone orale usando contemporaneamente oppioidi illeciti, mescolando metadone e alcol per potenziare gli effetti.

Anche in questo caso la somministrazione esclusiva da parte di operatori sanitari limiterebbe le situazioni di abuso.

- Destigmatizzazione dei percorsi di cura con maggiore attrattività dei Servizi specie per i giovani adulti (16-24 anni).

Ad oggi in Italia il 50% dei pazienti affetti da disturbo da uso di oppiacei non si rivolge ai Servizi.

- Migliore controllo del craving grazie alla possibilità di avere concentrazioni plasmatiche stabili di farmaco per periodi prolungati.

## **4. Formulazioni a rilascio prolungato e progetti di cura multidisciplinari e integrati**

I progetti di cura multidisciplinari e integrati per i pazienti con disturbo da uso di eroina hanno dimostrato, in particolar modo nei setting di cura in Italia, i risultati migliori.

Tali progetti si inseriscono a pieno titolo all'avanguardia di una medicina moderna dal punto di vista scientifico ed economico, che valorizza il ruolo delle reti sanitarie e che vede consolidarsi nella prassi l'autonomia professionale all'interno delle équipe multiprofessionali.

Viviamo e operiamo in un mondo che ci pone di fronte a situazioni complesse che sono sanitarie e sociali, e per le quali la società richiede risposte altrettanto complesse, attraverso una medicina che è fatta da una attività che ormai è solo e solamente interprofessionale e interdisciplinare.

Per raggiungere questo risultato gli operatori nei Ser.D. sono sempre più impegnati, contemporaneamente, nella clinica, nella ricerca, nella formazione, capaci di interpretare per ciascun singolo paziente i concetti di recovery e di empowerment.

I progetti di cura integrati, nel nostro settore, si riferiscono a quella specifica rete sanitaria e sociale, composta dalle unità operative del servizio sanitario pubblico (i centri clinici e di diagnosi dell'Azienda Sanitaria), del privato sociale, del volontariato, dai nuclei specificamente dedicati nelle Prefetture, dai servizi sociali dei comuni, dagli operatori della amministrazione della giustizia.

La integrazione si realizza quando questi attori non operano più come un insieme di realtà non coordinate e autoreferenziali, ma quando si danno un coordinamento strategico ed operativo, condividono una mission, con compiti e responsabilità riconosciute. L'offerta terapeutica multidisciplinare vede la disponibilità di medici, psicologi, infermieri, educatori professionali, assistenti sociali che coordinano le loro specifiche competenze secondo i bisogni e le scelte di ciascun paziente.

I medici e gli operatori dei Ser.D. nella definizione del progetto di cura e del piano terapeutico individuale debbono ben conoscere per ciascun paziente i bisogni che sottendono l'uso delle droghe, le motivazioni alla cura, le risorse disponibili.

Una guida fondamentale per gli operatori viene dallo studio DEMOS (FeDerSerD 2011).

Con lo studio DEMOS FeDerSerD ha fatto una ricognizione sul ruolo delle terapie disponibili per la cura del disturbo da uso di oppiacei.

Lo studio DEMOS è stato condotto su un campione rappresentativo dell'universo dei Ser.D. a livello nazionale intervistando 100 medici responsabili dei Ser.D. italiani (1 medico per Ser.D.) e 378 pazienti tossicodipendenti in trattamento con terapia agonista per dipendenza da oppiacei reclutati attraverso i Ser.D.

Appare interessante evidenziare, ai nostri fini, alcuni dei risultati dello Studio.

Gli aspetti che andremo a sottolineare possono essere considerati rappresentativi, nelle percentuali indicate, dell'universo degli utenti in cura nei Ser.D. e ad essi possiamo fare riferimento quando, per ciascun paziente, andremo a scegliere e poi a proporgli il piano terapeutico che riteniamo più idoneo. La decisione di iniziare la terapia è una scelta fortemente personale (96%) (Fig. 1), spesso influenzata da familiari e amici.

Questa scelta è sostenuta da (Fig. 2):

- Preoccupazione per la propria salute (87%)  
*migliorare lo stato di salute, smettere per sempre di drogarmi, ridurre il consumo di droghe perché stavo esagerando, ecc.*
- Desiderio di normalità (53%)  
*cambiare il giro di amicizie, prendermi più cura della mia famiglia, lavorare di nuovo, ritornare ad avere una vita normale...*
- Responsabilità (31%)  
*avevo paura di perdere il lavoro, di essere incriminato, di venire infettato o di contrarre qualche malattia...*

Fig. 1



Fig. 2



È molto interessante osservare la consapevolezza dell'impatto positivo della terapia e la sua declinazione (Fig. 3).

Fig. 3



- Determina la cessazione/riduzione del consumo illegale di droghe e scomparsa del craving.
- Aiuta la risocializzazione  
(condurre una vita normale, andare al lavoro, condurre una vita migliore/senza droga, migliorare il rapporto con la famiglia, ...).
- Migliora lo stato di salute  
(miglioramento della salute fisica/mentale).
- Determina la assenza dei sintomi di astinenza

Il 72% dei pazienti al momento dell'indagine stavano ricevendo una terapia psicologica o un counselling/ assistenza sociale (Fig. 4) e la stragrande maggioranza dà un giudizio molto positivo di questa terapia multidisciplinare (Fig. 5).

Il 55% è stato aiutato a essere più motivato e a rispettare il programma.

I pazienti riferiscono che senza la terapia psicologica (24%) e senza il counseling/assistenza sociale (15%) non sarebbero riusciti a restare nel programma così a lungo.

Il 17% è stato aiutato nelle questioni pratiche, come trovare casa, un lavoro, ecc.

Fig. 4





Fig. 5



Appare inoltre particolarmente rilevante la misura dell' apprezzamento e della valorizzazione della terapia psicologica e/o counselling sociale da parte di chi l'ha ricevuta (Fig. 6) e questo è uno dei motivi principali per sostenere che la terapia multidisciplinare e integrata è efficace nel migliorare gli outcome ed è un fiore all'occhiello del sistema di cura delle dipendenze italiano.

Fig. 6



L'importanza (96%) della terapia psicologica e/o del counselling sociale è molto valutata dai medici i quali sottolineano che la terapia multidisciplinare e integrata (Fig. 7):

- Accresce la motivazione al cambiamento.
- Aumenta la compliance al trattamento.
- Sostiene/integra la terapia farmacologica.
- Aiuta i pazienti ad acquisire la consapevolezza della dipendenza.
- Stabilizza i pazienti/ la loro personalità.
- Il medico e il terapeuta possono interagire e consultarsi.
- Aiuta a re-integrare i pazienti nella società / in famiglia.

Fig. 7



Come abbiamo visto precedentemente la diversione e il misuso sono due eventi che interferiscono nei processi di cura e che hanno pesanti conseguenze per il paziente, per le altre persone coinvolte e, in modo particolare, anche per la rappresentazione sociale molto negativa e stigmatizzante che delle terapie agoniste ha la opinione pubblica.

Appare molto utile conoscere il come e i perché della diversione e del misuso dalla esperienza dei pazienti che le hanno praticate (Fig. 8).

Fig. 8



Il 15% dei pazienti dichiara di aver iniettato o inalato il farmaco sostitutivo soprattutto perché "a volte ho voglia di sballarmi".

Altre motivazioni sono:

- Il farmaco sostitutivo non riesce a controllare le crisi d'astinenza se lo assumo come prescritto.
- Curiosità/volevo provare.
- Posso vendere o regalare parte della mia dose.
- Per abitudine.
- Crisi di astinenza/bisogno di iniettarsi.
- Quando ho attraversato un brutto periodo.

Fig. 9



Il 27% dei pazienti ha venduto o regalato il farmaco sostitutivo (Fig. 9).

- Per aiutare gli altri in crisi di astinenza/per farli sballare.
- Per aiutare gli altri a curarsi.
- Come occasionale fonte di guadagno/denaro.

Il fenomeno della diversione, maggiormente, e del misuso preoccupa i medici in misura rilevante (Figg. 10-11).

Diversione e misuso sicuramente condizionano l'approccio clinico dei medici i quali dichiarano (Fig. 12).

- Cerco di scoprire perché lo fa e provo a trovare una soluzione (es. modificando la dose, ecc.).
- Avviso il paziente che se la cosa dovesse continuare sarò costretto a interrompere la terapia (78%).
- Non autorizzo più l'affido/assunzione solo sotto supervisione (16%).
- Fino ad interrompere immediatamente la terapia (6%).

Appare importante conoscere le regole e le condizioni per iniziare (Fig. 13) e per restare (Fig. 14) in terapia e che sono risultate più difficili da rispettare da parte del paziente: tra questi di particolare impatto il controllo giornaliero della dose e il doverci presentare a tutti gli appuntamenti.

Fig. 10



Fig. 11

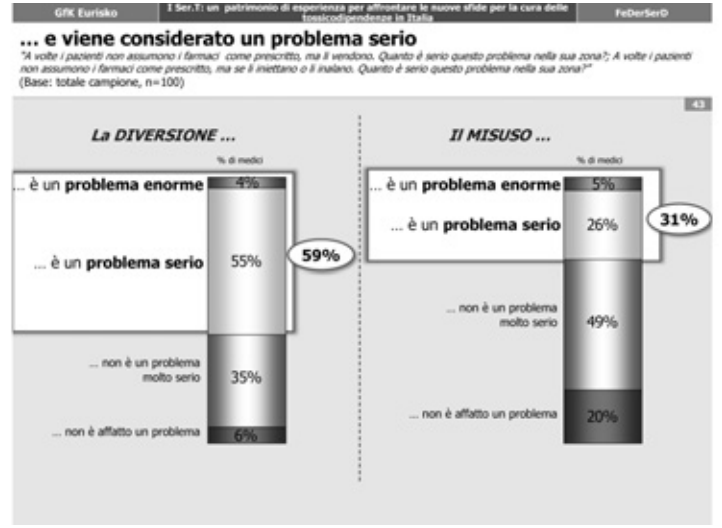


Fig. 12

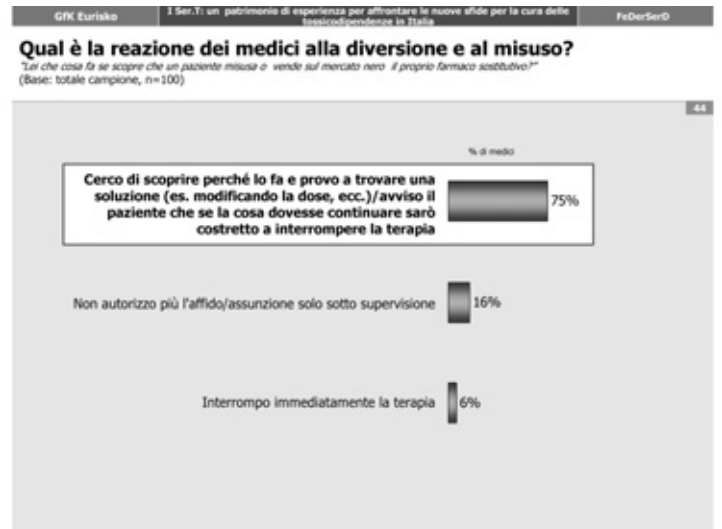


Fig. 13



Lo stigma sociale e la distanza dagli ambulatori di cura (Fig. 15) rappresentano le principali difficoltà che possono impedire di avere accesso alla terapia agonista.

Fig. 14

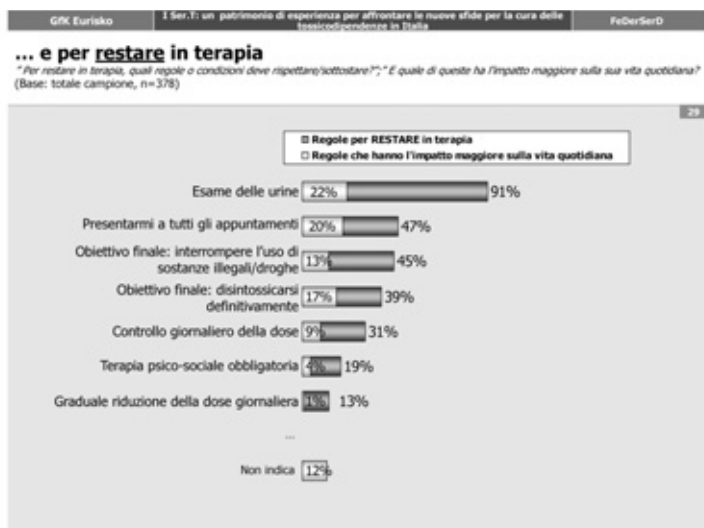


Fig. 15



La lettura complessiva delle attese nei confronti della terapia agonista (Fig. 16) ci dice che la maggior parte dei pazienti desidera che la terapia non abbia una parte così condizionante della loro quotidianità, in particolar modo per il tempo necessario per raggiungere il Ser.D. e per la frequenza richiesta degli accessi.

Gran parte delle difficoltà sopra delineate vengono superate della pratica dell'affido e potranno trovare un ulteriore strumento di soluzione nel prossimo futuro dall'uso di farmaci agonisti oppiacei a lento rilascio (Fig. 17).

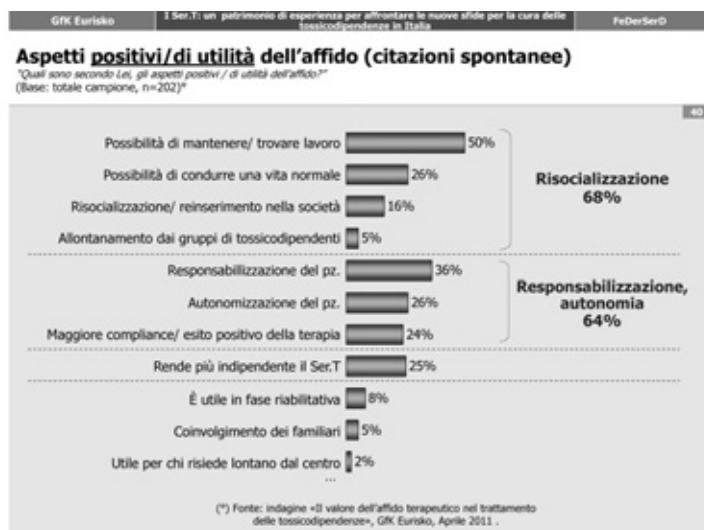
L'uso dei farmaci depot è in grado di rispondere a bisogni primari dei pazienti quali:

- Possibilità di mantenere/trovare lavoro.
- Possibilità di condurre una vita normale.
- Risocializzazione/reinserimento nella società.
- Allontanamento dai gruppi di tossicodipendenti.
- Autonomizzazione del paziente.
- Maggiore compliance/esito positivo della terapia.
- Rende più indipendente il Ser.D.
- Utile per chi risiede lontano dal centro.

Fig. 16



Fig. 17



Elementi conosciuti con lo studio DEMOS e qui illustrati:

1. La motivazione per intraprendere la terapia del disturbo da uso di eroina.
2. La valutazione del paziente sulla utilità della terapia e sugli outcome.
3. Il ruolo, valutato estremamente positivo, della terapia psicologica e del counselling sociale sia dai pazienti che dagli operatori.
4. I come e i perché della diversione e del misuse da parte dei pazienti e le valutazioni dei medici sulle stesse.
5. La valutazione delle regole e delle difficoltà per iniziare e per continuare le terapie, temi questi di grande importanza; le attese nei confronti delle terapie agoniste e dell'affido del farmaco.

Tutti sono di particolare utilità e debbono essere valorizzati nel definire le specificità e le conseguenti potenzialità dei farmaci agonisti a lenta dimissione nel sistema di cura italiano. Consideriamo anche che un elemento di particolare importanza è che le persone con problemi di dipendenza sono fortemente sensibili a risposte/gratificazioni immediate, e per questo scarsamente motivate alla cura se i benefici sono diluiti nel tempo.

L'uso di buprenorfina a lento rilascio da una immediata e significativa risposta ad una serie di bisogni propri di molti pazienti (ridurre lo stigma nella frequentazione del servizio, rendere più complianti la terapia con le attività lavorative, di studio e sociali ecc.).

Cerchiamo ora di sintetizzare le indicazioni che ci hanno dato i pazienti e gli operatori dei Ser.D. con il progetto DEMOS per ipotizzare i possibili vantaggi legati alla introduzione della buprenorfina a lento rilascio nella cura del disturbo da uso di oppiacei in Italia.

Per il 96% dei pazienti la scelta di iniziare la terapia è una scelta fortemente personale, sostenuta per oltre la metà degli stessi dal desiderio di normalità.

Una normalità indicata come *cambiare il giro di amicizie, prendersi più cura della propria famiglia, lavorare di nuovo, ritornare ad avere una vita normale, ...*

L'uso di buprenorfina a lento rilascio, riducendo il ritmo di frequenza del Ser.D. e delle aree limitrofe, possibilmente in orari ad accesso dedicato, favorisce questo desiderio di normalità.

I pazienti otterrebbero sicuramente i risultati propri delle terapie con farmaci agonisti: cessazione/riduzione del consumo di droghe illegali, scomparsa del craving; miglioramento della risocializzazione (*condurre una vita normale, andare al lavoro, condurre una vita migliore/senza droga, migliorare il rapporto con la famiglia, ...*) e dello stato di salute (*miglioramento della salute fisica/mentale*), assenza dei sintomi di astinenza.

Gli operatori dei Ser.D. potrebbero individuare setting più efficaci per la terapia psicologica e per il counselling sociale in seguito ad una riduzione del numero di pazienti/ora ed alla possibilità conseguente di individuare spazi temporali dedicati a queste attività. L'uso di buprenorfina a lento rilascio ha un impatto molto forte nella abolizione/riduzione del misuso e della diversione.

Diminuirebbero anche le regole e le condizioni per iniziare e per rimanere in terapia tra cui, molto onerose per i pazienti, il controllo giornaliero della dose e il doversi presentare a tutti gli appuntamenti.

Si ridurrebbero le principali difficoltà che possono impedire di avere accesso alla terapia agonista quali lo stigma sociale e la distanza dagli ambulatori di cura.

È nostro compito valutare attentamente il fatto che la maggior parte dei pazienti desidera che la terapia non abbia una parte così condizionante della loro quotidianità, in particolar modo per il tempo necessario per raggiungere il Ser.D. e per la frequenza richiesta degli accessi.

Ancora, da sottolineare, che l'uso dei farmaci agonisti a lento rilascio aumenta la compliance per le attività lavorative e sociali.

## 5. Caratteristiche dei pazienti da selezionare per offrire la terapia long term

Il trattamento con farmaci agonisti (metadone o buprenorfina) è il Gold Standard nella terapia del disturbo da uso di oppiacei e ha dimostrato di essere un approccio terapeutico sicuro ed efficace. Gli elementi chiave di un trattamento sicuro ed efficace sono però molteplici:

- l'uso appropriato del farmaco (indicazioni e dosaggi);
- la rivalutazione clinica regolare comprensivo del monitoraggio tossicologico e delle indagini volte a rilevare eventuali eventi avversi (prelievo ematico, ECG ecc.);
- la sua associazione con interventi di counselling individuale, supporto psicologico e o psicoterapie;

d) lo screening e trattamento delle comorbidità mediche, psichiatriche, e sociali.

I rischi del trattamento sono legati principalmente a fenomeni di diversione (cessione del farmaco ad altri) o di misuso (utilizzo del farmaco con modalità e dosaggi diversi da quanto prescritto).

L'organizzazione del sistema di intervento italiano sulle dipendenze garantisce la possibilità di associare un intervento psico-sociale, lo screening ed il trattamento delle patologie correlate e la mitigazione del rischio di diversione attraverso la dispensazione supervisionata.

È evidente che la necessità di accesso quotidiano ai Ser.D. con la dipendenza dal dosaggio giornaliero ha un grande impatto sui costi e sugli inconvenienti del trattamento per pazienti e fornitori di servizi ed è stata citata come una barriera all'impegno e alla ritenzione per alcuni pazienti in trattamento.

## Caratteristiche dei pazienti da selezionare per offrire la terapia long term

Un errore spesso compiuto dai clinici è quello di considerare tipologie di pazienti in relazione a caratteristiche sociali o comportamentali (pazienti in carcere, pazienti che continuano l'uso di oppiacei, pazienti con deficit cognitivi ecc.).

Proviamo ad utilizzare una classificazione differente:

### 1. Pazienti che hanno difficoltà ad accedere ai servizi di dispensazione.

I motivi possono essere diversi:

- pazienti che vivono in condizioni di grave marginalità per i quali la distanza dai servizi e l'indisponibilità economica per utilizzare i mezzi pubblici rappresentano degli ostacoli importanti. Sono i pazienti che si presentano in modo irregolare, che presentano innumerevoli missing nell'assunzione della terapia.
- Pazienti con impegni lavorativi (principalmente artigiani o lavoratori dell'edilizia o turnisti) o in cui il lavoro prevede spostamento in località distanti dagli ambulatori.
- Pazienti con impegni parentali (figli da accudire, genitori anziani da accudire, presenza di disabilità fisiche).
- Pazienti con comorbidità importanti e una compromissione della mobilità fisica.

### 2. Pazienti a rischio elevato di diversione o misuso.

Tale valutazione è indipendente dalle condizioni psichiche o socioeconomiche del paziente. La valutazione è esclusivamente clinica, in cui giocano un ruolo importante i professionisti dell'équipe multidisciplinare.

Nella valutazione devono entrare in gioco elementi tossicologici quali il dosaggio urinario dei metaboliti degli agonisti oppiacei, elementi comportamentali quali l'aderenza al programma complessivo, la scarsa aderenza al piano terapeutico con frequenti richieste di reintegro del dosaggio per vomito od altre accidentalità, frequenti richieste di anticipare il dosaggio, richieste di modifica del dosaggio in aumento o in riduzione in una fase del trattamento di stabilizzazione.

Tali pazienti sono spesso quelli che non hanno criteri per l'affidamento del farmaco e si ritorna al problema dei frequenti "missing" di assunzione di terapia e del consumo di altre sostanze in un circolo vizioso negativo.

### 3. Pazienti con variabilità metaboliche importanti.

L'assunzione di buprenorfina per via sublinguale è caratterizzata da un assorbimento ottimale solo a livello sublinguale. Il paziente dev'essere ben addestrato all'assunzione e ben

motivato al trattamento; soprattutto per dosaggi di 16-24 mg l'assorbimento di 2-3 cpr di buprenorfina necessitano di diversi minuti (almeno 5') in cui il paziente deve mantenere il composto sotto la lingua senza deglutire.

La deglutizione inevitabilmente induce una riduzione dell'assorbimento del farmaco.

#### 4. **Pazienti che abbiano un elevato stigma nei confronti del servizio.**

I servizi delle dipendenze ancora troppo spesso sono vissuti come servizi dedicati alla popolazione tossicodipendente ad elevato grado di compromissione sociale; portare una richiesta di trattamento da parte di soggetti con elevato grado di funzionamento sociale può risultare difficile.

L'utilizzo di formulazioni long acting avviate in tempi brevi e che permette l'accesso al servizio su appuntamento, può permettere a queste persone di accettare il trattamento più facilmente.

#### 5. **Pazienti detenuti in carcere.**

La situazione di detenzione è caratterizzata da importanti difficoltà nella gestione delle terapie farmacologiche.

La numerosità della popolazione, l'importante impegno nella dispensazione delle terapie farmacologiche, il frequente fenomeno di diversione rende difficile la gestione e la supervisione della terapia con buprenorfina sublinguale riducendo le possibilità terapeutiche per i pazienti.

L'utilizzo di formulazioni long acting può permettere l'utilizzo di buprenorfina eliminando il rischio di diversione e riducendo l'impatto sulle prestazioni sanitarie da erogare.

#### 6. **Pazienti con programmi alternativi alla detenzione ma con misure restrittive della libertà (detenzione domiciliare o arresti domiciliari).**

#### 7. **Pazienti inseriti in strutture riabilitative residenziali.**

Le strutture residenziali italiane sono caratterizzate da interventi preminentemente di tipo psico-socioeducativi.

L'assistenza medico infermieristica all'interno delle strutture è residuale e generalmente si appoggiano ai servizi delle dipendenze (Ser.D.) o ai medici di base.

Questo comporta un sovraccarico di lavoro alle strutture residenziali per portare i pazienti ai servizi ambulatoriali e un carico organizzativo non indifferente per i Ser.D. nella gestione delle terapie agoniste.

L'utilizzo delle formulazioni long acting ridurrebbe il carico di lavoro organizzativo (conservazione delle terapie farmacologiche e sicurezza all'interno delle comunità).

#### 8. **Alcune considerazioni a margine sulle donne in gravidanza.**

La BPN è un trattamento di prima linea (insieme al metadone) per il trattamento della dipendenza da oppioidi in gravidanza. La BPN e il trattamento con metadone, forniti con un'adeguata cura prenatale, sono associati alla riduzione dell'uso materno di eroina, alla riduzione della morte fetale, all'aumento del peso alla nascita neonatale e alla riduzione del parto prematuro.

Mancano dati di ricerca sulla sicurezza e l'efficacia delle formulazioni di buprenorfina depot; mentre BPN è il componente principale della formulazione long acting, esistono due differenze principali rispetto alla formulazione sublinguale:

a) Livelli ematici materni più alti e più stabili di BPN rispetto a quelli generalmente osservati con il trattamento sublinguale della BPN.

b) La presenza di eccipienti.

Durante la gravidanza devono essere considerati il rischio individuale e i benefici derivanti dalla continuazione di qualsiasi trattamento e altre opzioni terapeutiche.

Le donne in gravidanza in deposito BPN possono essere trasferite a sublinguale BPN. Tuttavia, ci possono essere situazioni cli-

niche in cui le donne in gravidanza potrebbero non essere facilmente "trasferibili" alla buprenorfina sublinguale (ad es. difficoltà di accesso ai servizi per la dispensazione quotidiana) oppure va considerato la maggior stabilità della formulazione long acting rispetto a quella sublinguale.

N metil 2 pirrolidone (NMP) è un eccipiente presente in Buvidal® Monthly and Sublocade® ma non in Buvidal® Weekly.

L'eccipiente è controindicato in gravidanza.

Altro eccipiente è un minimo contenuto alcolico: secondo le normative UE <100 mg di etanolo non è considerato una preoccupazione per "donne in gravidanza o in allattamento, bambini e gruppi ad alto rischio come pazienti con malattie del fegato o epilessia". In conclusione la formulazione depot di buprenorfina deve essere usata durante la gravidanza solo se il potenziale beneficio giustifica i potenziali rischi per la madre e il bambino.

## 6. Il miglior approccio all'offerta terapeutica

La possibilità di approccio alle formulazioni long acting può variare e vanno considerati alcuni fattori:

### 1. La ritenzione in trattamento:

gli studi compiuti fin qui suggeriscono che la ritenzione in trattamento per i pazienti ammessi "naive" è simile a quella dei pazienti che precedentemente avevano una terapia con buprenorfina sublinguale.

L'efficacia nella riduzione dei sintomi di astinenza, nel controllo del craving, nella riduzione dei campioni urinari positivi per oppiacei, e nella rilevazione attraverso i self-report appare del tutto identica nei due gruppi di pazienti.

### 2. Le caratteristiche farmacocinetiche:

il lento rilascio di BPN dalle formulazioni depot determina il prolungamento della durata d'azione.

L'emivita plasmatica delle singole dosi delle formulazioni è la seguente:

a) Buvidal® Weekly: da 3 a 5 giorni

b) Buvidal® mensile: da 19 a 25 giorni

c) Sublocade®: da 43 a 60 giorni

Lo steady state viene raggiunto in genere dopo 5 emivite e va tenuto in considerazione quando si vuole adeguare il dosaggio durante le prime settimane o mesi di trattamento.

Per Buvidal® ciò significa in genere dopo la quarta dose (un mese per Buvidal® Weekly, 4 mesi per Buvidal® Monthly).

Per Sublocade® ciò significa dopo il 6° mese del regime di 300/300 e comunque lo stato nel secondo mese del regime di 300/100 mg a causa dell'effetto di "caricamento" delle prime due dosi di 300 mg.

Gli effetti clinici della sospensione della somministrazione di BPN depot dipenderanno dalla formulazione somministrata (settimanalmente o mensilmente), dalla dose somministrata (maggiore durata con dosi più elevate) e dalla durata del trattamento (se lo stato stazionario è stato raggiunto dopo dosi multiple).

### 3. Caratteristiche farmacodinamiche:

a) L'uso concomitante di BPN con sedativi del sistema nervoso centrale (SNC) (ad es. alcol, benzodiazepine, TCA, gabapentinoidi e farmaci antipsicotici) aumenta il rischio di reazioni avverse, tra cui sovradosaggio, depressione respiratoria e morte.

Non è chiaro se questi rischi siano aumentati o ridotti con BPN depot rispetto ai trattamenti sublinguali di BPN.

b) Insufficienza epatica moderata o grave (Child Pugh B o C) rallenta il metabolismo epatico della BPN, con conseguente

umento dei livelli plasmatici (stimato a 1,6 in più in Child B, 2,8 volte maggiore in Childs C) e emivite più lunghe.

c) È stato osservato che la BPN è associata ad un intervallo QTc prolungato in alcuni pazienti.

In caso di dubbi significativi in merito agli effetti della BPN sul prolungamento dell'intervallo QT, prendere in considerazione l'avvio e il mantenimento del trattamento con sublinguale di BPN o trattamento con BPN di deposito settimanale fino al completamento di tutte le indagini (ad es. esami del sangue, ECG, 24 ore-Holter), poiché è più semplice interrompere la BPN utilizzando formulazioni giornaliere o settimanali.

Le persone che assumono una dose stabile potrebbero non essere a rischio più elevato, a condizione che la dose si sia stabilizzata nel corso di alcuni mesi e non stiano assumendo altri farmaci che compromettono la funzionalità cardiaca ed incidano sul prolungamento del tratto QT.

#### 4. Preferenza del paziente:

La preferenza del paziente è un elemento fondamentale da tenere in considerazione perché migliora in modo significativo la compliance alle terapie farmacologiche soprattutto di lunga durata.

Esistono almeno due studi qualitativi pubblicati che valutano la preferenza dei pazienti nei confronti del trattamento.

I partecipanti hanno espresso timori riguardo ad una forma di trattamento vissuta come "coercitiva" che limita le scelte individuali.

D'altra parte, i consumatori di oppiacei considerano positivamente il trattamento per tutti coloro che vogliono evitare di pensare alla gestione quotidiana dei farmaci o che desiderano evitare lo stigma legato all'uso di sostanze o vogliono un contesto di maggior "normalità" di vita.

Mentre alcuni partecipanti hanno espresso dubbi riguardo al motivo per cui sono state sviluppate formulazioni di durata differente, molti pensavano che avere una scelta diversificata fosse positivo poiché dava ai pazienti la possibilità di scegliere e adattare la terapia alle esigenze individuali: delle tre durate dei farmaci, la versione di 6 mesi ha generato le opinioni più divergenti.

Pertanto, alcuni hanno affermato che avrebbero "adorato" e sarebbe stato "fantastico".

Al contrario, altri hanno espresso opinioni molto negative.

Ad esempio, alcuni hanno sostenuto che nessuno dovrebbe essere mantenuto su OAT per 6 mesi poiché l'obiettivo deve essere sempre la riduzione che porta all'astinenza; alcuni hanno espresso preoccupazione per il fatto che una formulazione di 6 mesi potrebbe rilasciare troppo farmaco contemporaneamente, causando in tal modo un sovradosaggio o altri effetti collaterali dannosi a lungo termine; e alcuni hanno espresso incredulità sul fatto che un impianto sottocute di deposito di 6 mesi potrebbe mai essere efficace.

Un farmaco di questo tipo potrebbe far superare lo stigma correlato alla terapia con agonisti degli oppiacei riportando quello che è vissuto abitualmente nell'assumere la terapia in una farmacia di fronte ad altri clienti.

In aggiunta si deve considerare che con le formulazioni più lunghe si permetterebbe di evitare le persone che, internamente ai servizi di cura o alle farmacie, cercano di vendere le terapie stesse o l'eroina ed altre sostanze.

#### *Inizio del trattamento*

Per coloro che iniziano il trattamento con BPN, si consiglia generalmente un breve periodo (ad es.  $\geq 7$  giorni) di trattamento

con buprenorfina sublinguale (come Subutex o Suboxone) prima di passare al trattamento con BPN depot.

Ciò può essere dovuto a tre motivi principali:

- assicurarsi che i pazienti non manifestino eventi avversi significativi (ad es. mal di testa, nausea, sedazione) o altre quando iniziano il trattamento con BPN.
- Ridurre i rischi di scatenare una sindrome d'astinenza da oppiacei quando si inizia il trattamento con BPN, in particolare per quelli con recente trattamento con metadone.
- Assicurarsi che il paziente sia soddisfatto della scelta di trattamento con BPN.

I pazienti trattati con buprenorfina o buprenorfina-naloxone sublinguale possono passare direttamente al depot settimanale o mensile a partire dal giorno successivo all'ultima dose giornaliera di trattamento sublinguale.

Nonostante le raccomandazioni siano in genere di iniziare il depot dopo almeno 7 giorni di induzione con BPN sublinguale, vi sono molteplici evidenze per quanto riguarda la sicurezza e l'efficacia dell'avvio immediato con il depot a 7 giorni senza una fase di induzione con BPN sublinguale nel caso di utilizzo precedente di oppioidi a breve durata d'azione (ad esempio eroina, morfina, ossicodone, fentanyl).

Ciò può essere particolarmente pertinente quando:

- il paziente ha precedentemente sperimentato un trattamento con BPN ed è sicuro che non vi siano ipersensibilità o altri eventi avversi significativi a BPN.
- Il paziente preferisce iniziare il trattamento con depot direttamente senza dosaggio sublinguale.
- I contesti rurali o regionali, con difficoltà nell'accesso ai servizi o alle farmacie che dispensano il trattamento perché troppo lontani dall'abitazione o dal lavoro.
- I pazienti che devono percorrere distanze significative per frequentare farmacie cliniche per il dosaggio sublinguale.
- Spese di viaggio e costi di somministrazione che i pazienti non possono permettersi.

Nelle situazioni in cui è clinicamente appropriato iniziare con la formulazione depot, la formulazione dovrebbe essere quella settimanale ed il dosaggio di 24 mg con l'opzione di una dose aggiuntiva di 8 mg a distanza di un giorno dalla prima somministrazione.

Per evitare il rischio di indurre una sindrome di astinenza la prima somministrazione del depot in pazienti non attualmente in trattamento con buprenorfina o buprenorfina naloxone sublinguale deve essere iniziata quando sono evidenti segni obiettivi e chiari di astinenza da lieve a moderata (ad es. punteggio COWS di 10 o più) o dopo aver ricevuto almeno una dose sublinguale di BPN senza che si sia verificato un peggioramento dei sintomi di astinenza.

Una singola dose sublinguale di "test" di 4 mg - 8 mg di BPN può essere clinicamente appropriata in questa situazione.

Va sottolineato che i pazienti non devono essere mantenuti per più di 14 giorni con il trattamento sublinguale in aggiunta alle dosi del depot.

Se i pazienti descrivono in modo persistente che il dosaggio non è sufficiente nonostante si sia raggiunta la dose massima possibile (ad es. 160mg Buvidal® Monthly o 300mg Sublocade®), va preso in considerazione il passaggio all'altra formulazione depot perché il differente sistema di rilascio può fare la differenza; l'alternativa è ovviamente quella di tornare alla formulazione sublinguale.

## 7. Ruolo di medico, psicologo, infermiere ed altre figure professionali nella gestione della terapia e di eventuali problematiche emergenti

I servizi per le dipendenze italiani sono nati con l'indicazione di un approccio multidisciplinare e sono rimasti fortemente caratterizzati dalla presenza di un'équipe multidisciplinare.

L'équipe è costituita da medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali, educatori, che costituiscono il nocciolo attorno al quale si svolge l'attività clinica diagnostico-terapeutica, e da amministrativi che hanno comunque un ruolo nella gestione dei pazienti sia attraverso l'attività di front office che di gestione delle comunicazioni soprattutto di tipo legale/istituzionale che riguarda i pazienti (comunicazioni da parte dei tribunali o da parte della prefettura).

Il ruolo dell'équipe è plurimo:

- clinico: i professionisti intervengono nella valutazione iniziale e successivamente nel trattamento;
- supervisione: i professionisti svolgono una supervisione sui colleghi nella gestione dei casi;
- supporto: le criticità nella relazione con il paziente, che ciascun professionista può incontrare, vengono riprese all'interno dell'équipe che svolge una funzione di supporto emozionale.

È evidente che l'inserimento di un nuovo trattamento all'interno del servizio impatti con tutti i professionisti dell'équipe.

Il concetto di malattia e di trattamento negli ultimi anni sta progressivamente spostandosi verso un concetto olistico sia di valutazione che di presa in carico, prendendo in considerazione nella valutazione più aree vitali del paziente e nella fase di trattamento, oltre all'efficacia statistica di un intervento (farmaco o psicoterapia), anche il suo impatto sulla vita del paziente, l'accettazione da parte dello stesso, la sua soddisfazione.

Anche da un punto di vista scientifico, viene sempre più spesso segnalato come l'esito di un trattamento dipenda da fattori molteplici:

- il setting inteso come ambiente fisico di erogazione del trattamento;
- la condivisione degli obiettivi di trattamento nell'équipe;
- la condivisione del programma di trattamento con il paziente stesso e spesso con i familiari;
- l'efficacia dell'intervento (farmacologico/psicoterapico).

### Ambiente

Già nel 1992 nel testo "Mantenimento metadonico" Vincent Dole elenca le condizioni organizzative fondamentali per una buona gestione del trattamento: "... l'area di dispensazione del farmaco è adiacente ad una comoda sala d'attesa. La zona infermieristica dovrebbe essere *ben illuminata* e dovrebbe permettere una *facile comunicazione* tra infermiere e paziente anche in considerazione che questa relazione è il contatto più frequente che il paziente ha con l'équipe curante. I pazienti devono vivere gli ambulatori come luoghi differenti dall'*ambiente ostile* in cui consumano droghe. La somministrazione di metadone è un aspetto importante del trattamento complessivo e la relazione fra infermiere e paziente fa parte del processo terapeutico..." (Vincent Dole, 1999).

Ancora (Giannotti, 2003) "... La qualità di una prestazione terapeutica e, per estensione di un servizio di cura, dipende essenzialmente da almeno tre elementi: la capacità professionale degli operatori, le procedure adottate per erogare le prestazioni terapeutiche e il contesto e le condizioni in cui avvengono gli

atti terapeutici..." (Mc Lellan, 1997) "... l'alleanza fra operatore e paziente è un fattore determinante per predire la permanenza in trattamento e la sua efficacia..."

Relazioni significativamente positive sono state rintracciate tra compliance terapeutica, motivazione del paziente al cambiamento e riduzione dell'uso di droghe (Broome *et al.*, 1999).

Ancora relativamente all'ambiente è stato dimostrato come un'accorta gestione di luce e colori nell'architettura di strutture sanitarie migliora le performance terapeutiche (Meuser, 2011).

La qualità delle prestazioni erogate e del funzionamento complessivo dei servizi va intesa come frutto di un processo condizionale alla cui costruzione contribuiscono le competenze tecniche e le qualità umane degli operatori, le motivazioni individuali e la coesione del gruppo di lavoro, gli assetti organizzativi e i processi gestionali... (Consoli, 2014).

Evidentemente con l'introduzione di un nuovo ed importante strumento terapeutico, parlando della nuova formulazione di buprenorfina, stante le caratteristiche specifiche della somministrazione, l'ambiente dovrà a maggior ragione essere adeguato per tutelare la privacy del paziente, la sicurezza dello stesso e dell'intervento sanitario.

### Valutazione

La definizione di percorsi di cura e riabilitazione personalizzati, appropriati e coerenti con i bisogni della persona, richiede l'adozione di strumenti di valutazione del bisogno che consentano di diagnosticare e definire il livello di gravità complessivo attraverso una valutazione multidimensionale.

A tale scopo, la condizione di bisogno della persona viene valutata da una Equipe multidisciplinare, utilizzando strumenti riconosciuti e validati a livello nazionale ed internazionale, che permettono una diagnosi codificata da sistemi nosografici e che consentono di avere anche una valutazione multidimensionale delle diverse aree di salute (salute fisica e psichica, adattamento sociale, qualità delle relazioni familiari, ecc.).

In particolare nella valutazione multidimensionale del bisogno intervengono medico, infermiere, psicologo, assistente sociale ed educatore e le aree di valutazione sono le seguenti:

- Storia tossicologica: tipologia di sostanze, modalità di uso, significato, craving, perdita del controllo.
- La storia tossicologica è sempre allargata a tutte le sostanze psicoattive illegali e legali, tabacco compreso.
- Screening delle patologie correlate internistiche.
- Screening patologie correlate infettivologiche (epatiti, HIV, MTS).
- Screening delle patologie psichiatriche correlate.
- La presenza di disturbi del comportamento e dell'adattamento sociale.
- Il livello intellettuale.
- L'affettività ed emotività.
- Il livello di consapevolezza del sé, la capacità di fare esame di realtà.
- La presenza di sintomatologia psichica e di meccanismi di difesa.
- Il contesto socio-relazionale.
- Il contesto familiare e le dinamiche intra-familiari.
- Il livello di integrazione raggiunto e le capacità residue.
- La situazione legale (procedimenti amministrativi/penali).

### Trattamento

Nella gestione del trattamento la letteratura scientifica internazionale afferma che gli agonisti degli oppiacei sono il Gold Standard del trattamento ma che la loro efficacia è incrementata dall'associazione con un intervento psicosociale.

Ora questa definizione generica ed ambigua riassume però l'importanza di tutti quegli elementi interni ed esterni al paziente che necessitano di essere presi in considerazione, e gestiti, per migliorare l'efficacia del trattamento stesso.

*La relazione terapeutica:* il primo elemento rimane la relazione fra i terapeuti ed il paziente indispensabile per la creazione di un'alleanza terapeutica.

La presenza di messaggi confusi relativi alla terapia farmacologica (ipervalutazione o svalutazione) non facilitano l'aderenza del paziente al trattamento, già non semplice, soprattutto all'inizio del percorso, visto che assistiamo ad una divergenza di opinioni fra i terapeuti (necessità di un percorso lungo) ed i pazienti (aspettativa di un percorso terapeutico breve e definitivo).

*Le patologie correlate internistiche e/o psichiatriche:* possono incidere sul trattamento vuoi per la patologia in sé (alterazioni metaboliche indotte da quadri epatologici), vuoi per la presenza di altre terapie in corso con le conseguenti interazioni farmacologiche.

*Livello intellettuale, capacità cognitive, affettività ed emotività del paziente:* entrano in gioco in modo sostanziale nella relazione con i terapeuti e inevitabilmente incidono sull'efficacia del trattamento.

*Contesto socio relazionale, e familiare:* incidono sul quadro clinico del paziente determinandone ulteriori aggravamenti/miglioramenti ed incidendo quindi sull'efficacia del trattamento farmacologico.

È indispensabile una valutazione di queste aree e l'adozione di strategie di fronteggiamento che hanno la stessa rilevanza del trattamento farmacologico; un paziente che si ritrova in un contesto familiare espulsivo o critico sulla terapia tenderà ad abbandonare il piano terapeutico.

## Bibliografia

- D'Agnone O. (2019). The OAD Clinic, London, UK. *Successful Treatment of Opioid Dependence with Flexible Doses of Injectable Prolonged Release Buprenorphine*. Case Reports in Psychiatry, Article ID 9381346, 4 pages. <https://doi.org/10.1155/2019/9381346>.
- D'Egidio P.F., Lucchini A. (a cura di) (2012). *Uno sguardo sui Ser.T.: la parola agli operatori e ai pazienti. Lo studio nazionale DeMoS*. Milano: FrancoAngeli.
- D'Egidio P.F., Leonardi C. (a cura di) (2012). *La responsabilità dei professionisti nei Ser.T.* Milano: FrancoAngeli.
- Frost M., Bailey G.L., Lintzeris N., Strang J., Dunlop A., Nunes E.V., Jansen J.B., Frey L.C., Weber B., Haber P., Oosman S., Kim S., Tiberg F. (2019). Long-term safety of a weekly and monthly subcutaneous buprenorphine depot (CAM2038) in the treatment of adult outpatients with opioid use disorder. *Addiction*.
- Goldstein A. Addiction Research Foundation Palo Alto California NIDA Monograph Series, Research 34. Problems of Drug Dependence 1880 Published in February 1981.
- Goldstein A. (1997). *La neurobiologia dell'assuefazione all'eroina e del trattamento metadonico*. Chicago, aprile.
- Kalivas P.W., Volkow N.D. (2005). The Neural Basis of Addiction: A Pathology of Motivation and Choice. *Am J Psychiatry*, 162: 1403-1413.

- Ling W., Nadipelli V.R., Solem C.T., Ronquest N.A., Yeh Y.-C., Learned S.M., Mehra V., Heidbreder C. (2019). Patient-centered Outcomes in Participants of a Buprenorphine Monthly Depot (BUP-XR) Double-blind, Placebo-controlled, Multicenter, Phase 3 Study. *J Addict Med*, vol. 13, n. 6, November/December.
- Lintzeris N., Dunlop A., Masters D. (2019). *Clinical guidelines for use of depot buprenorphine (Buvidal® and Sublocade®) in the treatment of opioid dependence*. Sydney Australia: NSW Ministry of Health.
- Lofwall M.R., Walsh S.L., Nunes E.V., Bailey G.L., Sigmon S.C., Kampman K.M., Frost M., Tiberg F., Linden M., Sheldon B., Oosman S., Peterson S., Chen M., Kim S. (2018). Weekly and Monthly Subcutaneous Buprenorphine Depot Formulations vs Daily Sublingual Buprenorphine With Naloxone for Treatment of Opioid Use Disorder. *JAMA Internal Medicine*, May 14.
- Lofwall M.R. (2018). Weekly and Monthly Subcutaneous Buprenorphine Depot Formulations vs Daily Sublingual Buprenorphine With Naloxone for Treatment of Opioid Use Disorder A Randomized Clinical Trial. *JAMA Internal Medicine*.
- Lucchini A. (2014). In *Atlante delle Dipendenze*, a cura di Leopoldo Grosso e Francesca Rascazzo. Edizioni Gruppo Abele, Torino.
- Middleton L., Kelly J., Dargan S., Ritchie T. (2019). *Improved recovery outcomes with injectable prolonged-release buprenorphine in an opioid agonist therapy clinic in Glasgow*. Glasgow.
- Neale J., Tompkins C.N.E., Strang J. (2019). Depot buprenorphine injections for opioid use disorder: Patient information needs and preferences. *Drug and Alcohol Review*.
- Neale J., Tompkins C.N.E., Strang J. (2019). Prolonged-release opioid agonist therapy: qualitative study exploring patients' views of 1-week, 1-month, and 6-month buprenorphine formulations. *Harm Reduction Journal*: 16-25.
- Soyka M., Pogarell O. (2019). *Nervenarzt*, Sep, 90(9): 932-937. doi: 10.1007/s00115-019-0783-6. [New slow-release buprenorphine formulations for optimization of opioid substitution]. [Article in German].
- Tagliamonte A., Meloni D. (2004). *Le basi biologiche della dipendenza*.
- Tompkins C.N.E., Neale J., Strang J. (2019). Opioid users' willingness to receive prolonged-release buprenorphine depot injections for opioid use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 104: 64-71.
- Volkow N.D., Koob G.F., Mc Lellan T. (2016). Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. *N Engl J Med*, 374: 363-71. doi: 10.1056/NEJMra1511480.
- Vorspan F., Hjelmström P., Simon N., Benyamina A., Dervaux A., Brousse G., Jamain T., Kosim M., Rolland B. (2019). What place for prolonged-release buprenorphine depot-formulation Buvidal® in the treatment arsenal of opioid dependence? Insights from the French experience on buprenorphine. *Expert Opinion on Drug Delivery*, vol. 16, n. 9: 907-914.
- Walsh S.L., Comer S.D., Lofwall M.R., Vince B., Cooperman L., Kelsh D., Coe M.A., Jones J.D., Nuzzo P.A., Tiberg F., Sheldon B., Kim S. (2017). Effect of Buprenorphine Weekly Depot (CAM2038) and Hydromorphone Blockade in Individuals With Opioid Use Disorder A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, June 22.
- [www.federser.it](http://www.federser.it) per la raccolta del periodico scientifico "Mission" e del periodico scientifico FeDerSerD Informa, nonché per la sezione legislativa.
- Indagini FeDerSerD, sui pazienti in cura nei Ser.T. in Italia. [www.federser.it](http://www.federser.it)
- Relazione annuale al Parlamento sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia. [www.politicheantidroga.it](http://www.politicheantidroga.it)





Il 30 ottobre 2019, FeDerSerD è stata invitata, unica società scientifica del settore delle dipendenze, a relazionare in XII Commissione Permanente Affari Sociali della Camera dei Deputati.

Riportiamo il testo dell'intervento rimandando al sito [www.federserd.it](http://www.federserd.it) per le diapositive illustrative.

# Indagine conoscitiva parlamentare in materia di politiche di prevenzione ed eliminazione dell'Epatite C: il contributo di FeDerSerD

Guido Faillace\*, Felice Alfonso Nava\*\*

## 1. L'epatite C nei consumatori di sostanze: si può parlare di epidemia?

I dati epidemiologici basati sulla Relazione al Parlamento (2018) indicano che **soltanto circa il 14% dei soggetti in carico ai Ser.D. viene testato per HCV**, mentre uno studio epidemiologico ha messo in evidenza una **prevalenza di HCV del 60% fra i consumatori di sostanze nei Ser.D.** (Stroffolini *et al.*, 2012).

Secondo questo dato si può ipotizzare che in Italia dei 150.000 utenti già in trattamento nei Ser.D. almeno **90.000 siano i soggetti HCV+** (Nava *et al.*, 2018a; Nava *et al.*, 2018b).

Un dato che potrebbe arrivare anche a **270.000 soggetti** se si considera che circa 300.000 sono i consumatori patologici ancora non trattati nei Ser.D. (Nava *et al.*, 2018a; Nava *et al.*, 2018b).

L'HCV si può considerare epidemica fra i consumatori di sostanze per almeno 4 ragioni che sono:

- **l'alta prevalenza del virus fra i consumatori** che si può aggirare fino al 60% dei soggetti in carico nei Ser.D. (Stroffolini *et al.*, 2012);
- dal fatto che la popolazione tossicodipendente rappresenta il vero **"serbatoio" della malattia** anche in termini di diffusione della malattia (un consumatore di sostanze entro 3 anni dal contagio può infettare almeno altri 20 consumatori di sostanze) (Magiorkinis *et al.*, 2013);
- il **ridotto numero di consumatori di sostanze trattati con farmaci ad azione diretta (DAA)** (Nava, 2018; Nava *et al.*, 2018a; Nava *et al.*, 2018b).
- la **mancaza sul territorio nazionali dell'applicazione di azioni di riduzione del danno così come suggerite dall'OMS** (Nava, 2018; Nava *et al.*, 2018a; Nava *et al.*, 2018b).

\* M.D. Psichiatra, Presidente Nazionale FeDerSerD.

\*\* M.D., Ph.D. Tossicologo, Psicoterapeuta, Direttore Comitato Scientifico Nazionale FeDerSerD.

## 2. L'uso endovenoso di sostanze come fattore di rischio primario per l'infezione da HCV: una vera emergenza in termini di sanità pubblica

L'uso iniettivo di sostanze rappresenta il fattore di rischio più importante per la trasmissione dell'infezione.

Allo stato attuale non si conosce la percentuale esatta dei consumatori di sostanze che si iniettano droghe (People Who Inject Drugs - PWID) ma si stima che siano almeno 1 su 4.

L'OMS ha rilevato come l'uso per via parenterale delle sostanze sia responsabile del 23% delle nuove infezioni (WHO Global Hepatitis Report, 2017) e come ogni PWID con infezione da HCV sia in grado di infettare almeno 20 altri consumatori, entro i primi 3 anni dell'infezione dal contagio (Magiorkinis *et al.*, 2013).

Questi dati determinano almeno 2 considerazioni essenziali in termini di sanità pubblica:

- **i PWID rappresentano il target principale e prioritario dei soggetti da trattare;**
- **i farmaci a azione diretta (DAA) per l'epatite C insieme alle azioni di riduzione del danno devono essere forniti ai consumatori di sostanze infetti senza barriere o limiti.**

## 3. La cura dell'epatite C nei consumatori di sostanze: le barriere al trattamento

Esistono allo stato attuale importanti barriere al trattamento per i consumatori di sostanze con HCV che possono essere definite di tipo strutturale e operativo.

Le **barriere strutturali** sono strettamente legate alle politiche e alla programmazione sanitaria (Wolfe *et al.*, 2015) e sono rappresentate:

- dalla ridotta disponibilità di risorse e investimenti nei trattamenti;

- dalle politiche restrittive rispetto i consumi;
- dal ridotto accesso alle cure;
- dallo stigma.

Le **barriere operative** possono essere correlate al paziente, ai sanitari e ai sistemi organizzativi (Nava, 2018; Nava *et al.*, 2018a; Nava *et al.*, 2018b).

Le principali barriere legate al paziente sono:

- la non consapevolezza di malattia;
- la presenza di difficoltà economiche e sociali;
- la mancanza di una relazione efficace con il terapeuta;
- la ridotta motivazione al trattamento;
- lo stigma.

Le principali barriere legate ai sanitari sono:

- la non adeguata conoscenza delle potenzialità sulla malattia e sui trattamenti;
- l'eccessiva preoccupazione rispetto all'aderenza ai trattamenti con DAA e alla reinfezione;
- la mancanza di un efficace network clinico;

Le principali barriere legate al sistema sono:

- la distanza fra i diversi centri clinici;
- la non adeguata organizzazione dei centri specialistici per effettuare percorsi rapidi e efficaci (es. mancanza di un ambulatorio prelievo o di test rapidi nei Ser.D.);
- l'assenza di procedure e linee guida.

Una recente survey condotta in 8 Ser.D. italiani (Progetto Scudo) ha dimostrato come i maggiori ostacoli al trattamento sono rappresentati (Nava *et al.*, 2019a):

- **dalla ridotta percentuale di soggetti testati e riferiti per il trattamento;**
- **dalla ridotta percentuale di soggetti trattati con i DAA;**
- **dalla mancanza dell'offerta di azioni di riduzione del danno capaci di ridurre la diffusione della malattia e la reinfezione.**

Queste considerazioni sono state confermate da uno studio delphi condotto sui medici dei Ser.D. che ha dimostrato come i sanitari indicano come principali barriere al trattamento (Molinero *et al.*, 2019):

- **la mancanza di risorse e investimenti sul personale e sulle strutture;**
- **l'assenza di protocolli e raccomandazioni per il trattamento.**

#### 4. Il modello di trattamento efficace per i consumatori di sostanze: la via della semplificazione dei trattamenti attraverso lo sviluppo di reti cliniche e di percorsi test & treat (point of care)

Nel 2018 FeDerSerD in partnership con importanti Società Scientifiche del settore fra cui la SIMIT ha realizzato un **position paper** per la presa in carico del consumatore di sostanze con HCV definendo che gli step fondamentali per il trattamento che sono rappresentati:

- dal test per tutti i consumatori;
- dal referral per tutti i soggetti HCV RNA +;
- dal trattamento per i tutti i soggetti con infezione indipendentemente se consumatori attivi e meno;
- dall'applicazione delle azioni di riduzione del danno per tutti i consumatori indipendentemente dai fattori di rischio, così come suggerisce l'OMS.

Il position paper definisce inoltre l'**importanza delle reti cliniche** per la presa in carico del consumatore di sostanze con HCV e la necessità di sviluppare a livello regionale e aziendale la cultura dell'integrazione fra i diversi servizi specialistici (soprattutto fra

territorio-ospedale) in linea con le indicazioni del Piano Nazionale della Cronicità.

In questa ottica emerge chiara l'indicazione che il consumatore di sostanze con HCV deve essere trattato nel luogo dove è preso in carico (Ser.D., Carcere) e nei luoghi di prossimità (come la "strada") utilizzando percorsi **test & treat (point of care)** attrezzati con équipe multidisciplinari e una strumentazione adeguata (test rapidi e fibroscan mobili) per permettere l'inizio del trattamento in tempi brevi (Nava, 2018).

In questo senso FeDerSerD apprezza l'azione compiuta da AIFA nell'aggiungere il **cosiddetto 12° criterio** che elimina la necessità del fibroscan per gli utenti che hanno limitazioni al suo accesso per motivi socio-assistenziali, ma nello stesso tempo FeDerSerD pensa che questa azione non può bastare per semplificare i trattamenti.

Per far fronte alla necessità di eliminare il virus nei consumatori di sostanze secondo quanto anche indicato dall'OMS e per semplificare i trattamenti FeDerSerD è convinta che è necessario:

- **fornire test gratuiti soprattutto per le popolazioni speciali** (meglio se vengono utilizzati test rapidi);
- **abolire la necessità della genotipizzazione per l'inizio del trattamento;**
- **incrementare il numero dei centri prescrittori;**
- **facilitare l'accesso alla cure favorendo lo sviluppo di politiche del farmaco "non competitive"** (evitando le logiche di equivalenza che potrebbero ridurre la velocità del raggiungimento degli obiettivi di eliminazione);
- **preparare il sistema per l'allargamento in un prossimo futuro della prescrizione ai medici dei Ser.D.**

#### 5. Efficacia e sostenibilità del percorso di cura del consumatore di sostanze con HCV: un evidente ritorno di salute per i Sistemi Sanitari

Il percorso di cura del consumatore di sostanze con HCV è sostenibile ed è in grado di dare un evidente ritorno di salute.

Un recente studio di FeDerSerD condotto presso la ASST Melegnano Martesana della Regione Lombardia ha dimostrato che allo stato attuale (nel "real world") il percorso di trattamento di un consumatore di sostanze con HCV (patient's journey) costa circa € 1.200-1.500 in termini di prestazioni e di diagnostica (escluso il costo del farmaco) e che il costo annuale, sempre in termini di "consumo di sanità" per un paziente non trattato è di circa € 250 (Nava *et al.*, 2018c; Nava *et al.*, 2019b).

Poiché come indica la letteratura un PWID non trattato in tre anni dall'infezione ne può infettare almeno altri 20, le evidenze dimostrano che trattare un PWID determina un ritorno di costi per il sistema sanitario di circa € 30.000 (soltanto calcolando il risparmio del costo dei trattamenti) e di un risparmio enorme in termini di infezioni evitate (Nava *et al.*, 2018d; Nava *et al.*, 2019b).

Il percorso test & treat (point of care) è il modello più efficace e efficiente per il trattamento del consumatore di sostanze con HCV.

Ad esempio il point of care come pensato recentemente dalla Regione Veneto per essere applicato all'interno dei Ser.D. e delle Carceri riconosce un costo dell'intero processo di trattamento ancora più economico rispetto al precedente, corrispondendo a circa € 500 (Nava *et al.*, 2019, unpublished data).

Questo significa che in termini di gestione delle risorse un soggetto trattato costa in termini di "consumo di prestazioni" per il

sistema sanitario quanto 2 consumatori non in trattamento, a cui vanno aggiunti i risparmi dei costi diretti e indiretti conseguenti all'infezione.

## 6. Le considerazioni di FeDerSerD sulle finalità dell'indagine conoscitiva

### • Valutare l'insieme delle politiche di prevenzione ed eliminazione dell'epatite C elaborate dalle Istituzionali nazionali e locali, nonché le modalità di monitoraggio e rendicontazione delle stesse

FeDerSerD ritiene che sia a livello nazionale che regionale non si siano sviluppate azioni coordinate e sinergiche atte a agire in termini di prevenzione e di trattamento nell'ottica della possibile eliminazione di HCV entro il 2030 come suggerito dall'OMS.

In questo senso FeDerSerD auspica che:

- il **Ministero della Salute tracci un piano nazionale per l'eliminazione di HCV comprensivo delle cosiddette special population** (consumatori di sostanze, detenuti) e di tutte le azioni necessarie per raggiungere l'eliminazione del virus (comprese le azioni di riduzione del danno) e **istituisca una "cabina di regia"** costituita da esperti, dalle Società Scientifiche e dalle Associazioni di pazienti che verifichi e monitori l'andamento del piano di eliminazione;
  - **AIFA** attui strategie che facilitino ulteriormente l'accesso alle cure attraverso una **semplificazione dei trattamenti** (che preveda in aggiunta al cosiddetto 12 criterio anche l'eliminazione della genotipizzazione per l'inizio del trattamento) e un allargamento dei centri autorizzati per il trattamento;
  - le **Regioni** realizzino programmi di eliminazione inclusi di special population sui modelli **test & treat** e che sviluppino attività di monitoraggio epidemiologico della malattia e dei trattamenti e delle azioni compiute e da compiere.
- ### • Verificare l'efficacia della misura adottata con l'art. 1, comma 400, della legge 11 dicembre 2016, n. 232, anche in relazione al rapporto costi/benefici non solo al rispetto a trattamenti sanitari antecedenti alla costituzione del Fondo per i medicinali innovativi ma anche in relazione al miglior indice di guarigione, quindi sia al minor costo che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a sostenere per la continua presa in carico del paziente sia alla minore spesa sociale sostenuta dagli enti locali

Il fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi ha indubbiamente, con i circa 190.000 trattamenti avviati oggi in Italia, posto la nostra Nazione fra le più virtuose in termini di numero di trattamenti.

Ma ciò non può ancora bastare.

Rispetto ai minor costi per il SSN dovuti ai trattamenti gli studi compiuti sui consumatori di sostanze sono inequivocabili:

- il costo del trattamento dei consumatori di sostanze con epatite C (escluso il costo del farmaco) è nettamente inferiore ai costi diretti e indiretti dell'epatite C (Vietri *et al.*, 2013);
- un PWID trattato costa quanto 5 PWID in attesa di trattamento (costo riferito a un solo anno);
- un PWID non trattato infetta entro 3 anni almeno altri 20 soggetti, moltiplicando in maniera esponenziale per il SSN

il costo dei trattamenti e di quelli diretti e indiretti conseguenti alla malattia.

Poiché si stima che siano almeno 200.000 i soggetti ancora da trattare (fra questi soprattutto consumatori di sostanze e soggetti che appartengono alla categoria del sommerso) FeDerSerD. si auspica che:

- il **fondo degli innovativi venga rinnovato per i DAA o in alternativa si renda disponibile un fondo ad hoc** (supposto che i costi dei farmaci tenderanno a diminuire) in modo da poter completare il piano di eliminazione nei prossimi anni facendo sì che i costi dei trattamenti non gravino sulle Regioni.
- ### • Verificare eventuali effetti distorsivi e di disincentivo sulle performance sanitarie regionali, in materia di trattamenti anti-HCV, derivanti dal combinato disposto del comma 401-bis e dell'incertezza sulle modalità di rimborso delle spese sostenute dalle Regioni per l'acquisto dei relativi farmaci

FeDerSerD pensa che il sistema per raggiungere l'obiettivo dell'eradicazione di HCV nel 2030 abbia la necessità di almeno due elementi fondamentali:

- **una programmazione certa e appropriata sia a livello nazionale che regionale;**
- **la messa a disposizione di risorse certe per raggiungere gli obiettivi prefissati, sia a livello nazionale che regionale.**

Allo stato attuale il combinato disposto del comma 402-bis (che prevede per i fondi dell'innovatività una confluenza nella quota di finanziamento di fabbisogno del SSN se non utilizzati), insieme a una evidente debolezza nella programmazione sia nazionale che regionale, in aggiunta ad una incertezza sulle modalità di rimborso per le Regioni, **determina un circuito vizioso** che potrebbe portare inevitabilmente ad un ridotto investimento in termini di programmazione e di accesso alle cure da parte delle Regione, con un evidente riduzione dei trattamenti.

### • Valutare l'eventuale impatto dei precedenti punti rispetto alla disomogeneità nella distribuzione territoriale dei trattamenti

FeDerSerD valuta che l'impatto della situazione attuale se non corretta nel senso di una semplificazione dei trattamenti e dell'accesso alle cure attraverso adeguate e omogenee politiche di programmazione sia a livello nazionale che regionale e di assegnazione di risorse certe per le Regione determinerà in maniera inevitabile:

- **un mancato raggiungimento dell'obiettivo di eliminazione;**
  - **una enorme disparità di accesso alle cure fra le diverse Regioni.**
- ### • Valutare l'opportunità di un ulteriore intervento normativo in materia, anche in considerazione della cessione dell'operatività del Fondo di cui all'articolo 1, comma 440, della legge 11 dicembre 2016, n. 232
- FeDerSerD valuta come indispensabile la revisione normativa in materia prevedendo:
- **la realizzazione di un fondo ad hoc che assicuri alle Regioni la copertura dei trattamenti;**
  - **la semplificazione dei percorsi in particolare per la cosiddetta "popolazione speciale"** (costituita da consumatori di sostanze, detenuti, popolazione immigrata);
  - **la costituzione di una "cabina di regia" presso il Ministero della Salute che attui una azione di monitoraggio e di implementazione delle azioni programmatiche svolte a livello regionale per l'eliminazione di HCV.**

## Bibliografia

- Magiorkinis G., Sypsa V., Magiorkinis E. *et al.* (2013). Integrating phylodynamics and epidemiology to estimate transmission diversity in viral epidemics. *PLoS Comput. Biol.*, 9(1): e1002876.
- Molinari S., Resce G., Alberti A., Andreoni M., D'Egidio P.P.F., Leonardi C., Nava F.A., Pasqualetti P., Villa S. (2019). Barriers to effective management of hepatitis C virus in people who inject drugs: evidence from outpatient clinics. *Drug Alcohol Rev.*, 38(6): 644-655.
- Nava F.A. (2018). I Ser.D. come presidi sul territorio: il ruolo dei Servizi nell'eliminazione di HCV. *Quaderno di ReAdfiles*, Suppl. 1 Readfiles 1 marzo 2018, anno 19: 10-15.
- Nava F.A., Alberti A., Andreoni M., Babudieri S., Barbarini G., D'Egidio P.F., Leonardi C., Lucchini A. (2018a). Position paper. Per un programma di eliminazione della Epatite C nella popolazione a rischio dei consumatori di sostanze e dei detenuti. *Mission*, 49: 56-61.
- Nava F.A., Alberti A., Andreoni M., Babudieri S., Barbarini G., D'Egidio P.F., Leonardi C., Lucchini A. (2018b). For a program of eradication of hepatitis C in the population at risk (drug users and convicts). *Acta Biomed.*, 89, Suppl. 10: 33-41.
- Nava F.A., Lucchini A., Trevisi L. (2018c). Modello integrato di presa in carico del PWID con HCV: ritorno di salute e costi evitabili per il Sistema sanitario. *ReAd files* 19: 35-38.
- Nava F.A., Fasciani P., Cammarata L., Lucchini A., Manfredi A., Riglietta M., Taglianti G., Trotta P. (2019a). *Barriers in the treatment of HCV infection in drug users: inspiring solutions from SCUDO project*. Oral communication, Lisbon Addiction Conference 2019.
- Nava F.A., Chiesa A., Strepparola G., Pennisi G., Vitali R., Trevisi L., Lucchini A. (2019b). *The cost benefits for health system in treating PWIDs with chronic hepatitis C: evidence from real practice*. Poster, Lisbon Addiction Conference 2019.
- Relazione al Parlamento sulle Stato delle Tossicodipendenze: [www.politicheantidroga.gov.it/it/attivita-e-progetti/relazioni-annuali-al-parlamento/relazione-annuale-al-parlamento-sul-fenomeno-delle-tossicodipendenze-in-italia-anno-2018-dati-2017](http://www.politicheantidroga.gov.it/it/attivita-e-progetti/relazioni-annuali-al-parlamento/relazione-annuale-al-parlamento-sul-fenomeno-delle-tossicodipendenze-in-italia-anno-2018-dati-2017).
- Stroffolini T., D'Egidio P.F., Aceti A., Filippini P., Puoti M., Leonardi C., Almasio P.L., DAVIS drug Addicted (2012). HCV prevalence in Italy: an epidemiological, observational, cross-sectional, multicenter study participating centers. *J. Med. Virol.*, 84: 1608-1612.
- Vietri J., Prajapati G., El Khoury A.C. (2013). The burden of hepatitis C in Europe from the patients' perspective: a survey in 5 countries. *BMC Gastroenterol.*, 13: doi: 10.1186/1471-230X-13-16.
- WHO. Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246177/WHO-HIV-2016.06-eng.pdf;jsessionid=9D2B94EF276C56A25A92DB-7819BAF7C8?sequence=1>.
- Wolfe D., Luhmann N., Harris M., Momenghalibaf A., Albers E., Byrne J., Swan T. (2015). Human rights and access to hepatitis C treatment for people who inject drugs. *Int. J. Drug Policy*, 26(11): 1071-1080.

IX CONGRESSO NAZIONALE FEDERSERD



LA **CLINICA** DELLE  
**DIPENDENZE**

*Priorità per la salute e sviluppi futuri*

18 | 19 | 20 novembre 2020 – ROMA

SAVE THE DATE

**FeDerSerD**  
FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI  
DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

Per informazioni SEGRETERIA NAZIONALE FeDerSerD



Via Matteotti 3 - 22066 Mariano Comense - Co  
tel 031 748814 - fax 031 751525  
Email [federserd@expopoint.it](mailto:federserd@expopoint.it)  
[www.federserd.it](http://www.federserd.it) - [www.expopoint.it](http://www.expopoint.it)

FeDerSerD  
Provider ECM accreditato standard n. 908  
Ente Formatore Accreditato per Assistenti Sociali

*Topics*

- 1** COVID – 19 e ruolo dei Servizi
- 2** Organizzazione dei servizi
- 3** TU 309/90 e priorità di modifiche
- 4** Addiction e adolescenza
- 5** Addiction e psicopatologia
- 6** Addiction e comorbidità internistiche
- 7** Addiction: un approccio di genere
- 8** La farmacoterapia dell'addiction
- 9** Il Laboratorio nella clinica delle dipendenze
- 10** La residenzialità nell'addiction
- 11** Addiction e area penale
- 12** Addiction e attività certificativa
- 13** Addiction e prevenzione
- 14** Addiction ed intervento precoce.
- 15** Addiction e cronicità
- 16** Addiction e terapia del dolore
- 17** Addiction e PDTA
- 18** Il ruolo dei consumatori e dell'associazionismo nei percorsi terapeutici delle dipendenze



# ALCOVER®

sodio oxibato

175 mg/ml soluzione orale • flacone 140 ml corredato di misurino dosatore • 12 flaconi 10 ml



**CLASSE H:** Specialità con impiego limitato nell'ambito degli ospedali e di strutture assimilate. Dispensabile in farmacia non in regime di SSN - RNRL  
1 flacone 140 ml: €33,60 • 12 flaconi 10ml: €32,39

Depositato presso AIFA il 06/05/2019 MP2019/005



## NOTIZIE IN BREVE

Il presidente di FeDerSerD dott. Guido Faillace in Audizione il 29 gennaio alla Camera, XII Commissione Affari Sociali, sulle disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'ambito delle loro funzioni, sottolinea i rischi degli operatori dei Servizi delle Dipendenze Patologiche – Ser.D. – italiani e formula precise proposte in merito.

Gli operatori dei Servizi delle Dipendenze Patologiche, durante la loro attività, sono esposti al rischio di subire atti di violenza sia verbale che fisica da parte dei pazienti e degli utenti dei Servizi.

Tale rischio appare in tendenziale crescita negli ultimi anni e rappresenta uno degli elementi di maggior sensibilità degli operatori relativamente alle criticità inerenti la propria attività professionale.

Questi fenomeni oltre a rappresentare un problema di sicurezza per gli operatori nei luoghi di lavoro, sono suscettibili di avere ripercussioni anche sugli utenti dei servizi e richiedono quindi di essere presi in considerazione anche sotto il profilo della prevenzione del rischio delle attività clinico assistenziali e delle strutture sanitarie.

FeDerSerD, società scientifica primaria del settore, ritiene fondamentale che da parte delle Aziende Sanitarie vengano poste in essere diverse azioni sulla base della specificità della valutazione del rischio di aggressione orientata sia a favore degli Operatori che degli Utenti dei Servizi:

- Formazione degli Operatori sulla prevenzione degli episodi di violenza nell'ambito dei Servizi Dipendenze Patologiche (Ser.D.)
- Installazione di sistemi di allarme a pulsante o a chiamata presso i Ser.D.
- Installazione di sistemi di sicurezza
- Installazione di sistemi di controllo degli accessi in particolari fasce orarie
- Potenziamento di illuminazione nelle aree esterne
- Installazione o potenziamento dei sistemi di videosorveglianza
- Miglioramento dell'accoglienza nelle sale di attesa, tramite la collaborazione con Associazioni di Volontariato con progetti specifici (CCM, PSN)
- Progetti di comunicazione mirata ai cittadini sul tema della prevenzione della violenza sugli Operatori dei Servizi Sanitari (Ser.D.)
- Personale numericamente adeguato e multiprofessionale per soddisfare tempestivamente le esigenze degli utenti
- Potenziamento del servizio di Guardia Giurata
- Miglioramento della tutela legale dei lavoratori, nonché l'impegno da parte dell'Azienda ad un'azione efficace di supporto
- Sviluppo e applicazione di linee guida orientate alla prevenzione degli episodi di violenza ed alla effettuazione degli interventi di riduzione del rischio che impegnino le Direzioni Generali come obiettivi specifici



aderente a:



Sede legale: Via Giotto 3, 20144 Milano

### Consiglio Direttivo Nazionale

Guido Faillace (presidente)

Roberta Balestra (vicepresidente)

Concettina Varango (segretario esecutivo)

Giancarlo Ardissonne, Vincenza Ariano, Giulia Audino,

Stefano Burattini, Liborio Cammarata,

Rosalba Gialò, Alessandro Coacci (p.president),

Edoardo Cozzolino, Pietro Fausto D'Egidio (p.president),

Francesco De Matteis, Donato Donnoli,

Maurizio D'Orsi, Mara Gilioni, Maria Luisa Grech,

Vincenzo Lamartora, Alfio Lucchini (p.president),

Antonella Manfredi, Nicola Marrollo,

Bettina Meraner, Felice Nava, Giorgio Pannelli,

Daniele Pini, Marco Riglietta, Francesco Sanavio,

Giorgio Serio, Margherita Taddeo, Paola Trotta,

Elisabetta Villa

### Comitato Scientifico Nazionale

Felice Nava (direttore)

Marco Riglietta e Giulia Audino (vicedirettori)

Marianna Balestrieri, Antonella Bianco,

Piera Calamia, Edoardo Cozzolino, Vincenzo Caretti,

Matteo Giordano, Fernanda Magnelli, Lidia Ribilotta,

Giovanni Pistone

## RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Il versamento della quota associativa, pari a € 50,00 per i laureati e a € 30,00 per i non laureati, si può effettuare tramite:

- versamento sul Conto Corrente Bancario n. 000003417x16 intestato a **FeDerSerD** presso la **Banca Popolare di Sondrio - Agenzia di Carimate - CIN D ABI 05696 CAB 51090**
- versamento diretto ai referenti regionali con rilascio di ricevuta

L'accoglimento dell'istanza di iscrizione a FeDerSerD in qualità di Socio Ordinario avverrà nella prima riunione in calendario del Consiglio Direttivo e ne verrà data comunicazione e conferma con il rilascio e l'invio della Tessera Annuale.

## ANNO 2020 - RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Da trasmettere per posta a Expo Point - via Matteotti, 3 - Mariano Comense (Co)  
o tramite fax al numero 031/751525 o per e-mail federserd@expopoint.it

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

INDIRIZZO (personale) \_\_\_\_\_

CITTÀ \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_

E-MAIL (per invio news e comunicazioni) \_\_\_\_\_

TITOLO DI STUDIO \_\_\_\_\_

DATA CONSEGUIMENTO TITOLO DI STUDIO \_\_\_\_\_

SPECIALIZZAZIONE \_\_\_\_\_

POSIZIONE PROFESSIONALE ATTUALE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO (lavorativo) \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

PUBBLICAZIONI / ESPERIENZE CURRICOLARI DA SEGNALARE / PROGETTI SCIENTIFICI IN CORSO / AREE DI INTERESSE SCIENTIFICO / INTERESSI CULTURALI

### Chiedo

- Di essere iscritto in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2020
- Di rinnovare l'iscrizione in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2020
- a **FeDerSerD - Federazione degli Operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze**

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Si autorizzano FeDerSerD e la Segreteria Expopoint al trattamento dei dati inclusi nella presente scheda

**Versamento quota associativa di**  € 50,00 (laureati)  € 30,00 (non laureati)  
(allegare copia bonifico bancario o ricevuta versamento)

Visto il Segretario Esecutivo Nazionale \_\_\_\_\_

Visto per approvazione: Il Presidente \_\_\_\_\_