

Mission

ITALIAN QUARTERLY JOURNAL
OF ADDICTION

FeDerSerD e Recovery Fund: priorità e proposte operative per i Servizi delle Dipendenze

In questo periodo tutti stanno declinando le priorità di allocamento delle risorse del Recovery Fund chiedendo il massimo delle risorse per il settore di cui si occupano, a vario titolo; spesso senza inserire questa opportunità in un disegno più complessivo di aggiornamento e adeguamento alla realtà attuale dei capitoli trattati, delegando ai decisori politici il tema delle priorità complessive.

FeDerSerD, la Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze, intende dare un contributo per quanto attiene agli interventi di cura delle dipendenze che sia di sistema e che indichi le priorità.

Innanzitutto, il sistema di intervento sulle dipendenze in Italia è in grave crisi da molti lustri per la contrazione delle risorse.

Il personale che lavora nei Ser.D. ha in carico un gran numero di pazienti, circa 300.000, oggi di gran lunga troppo numerosi rispetto alle risorse disponibili; i servizi sono caratterizzati 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”.

La priorità assoluta è quella di ripristinare le risorse per le attività fondamentali, quelle correnti, già a lungo sperimentate e validate nella loro efficacia, evolute negli anni, considerate la parte fondamentale di un sistema di intervento in assoluto tra i migliori e i più efficaci in termini di costi/risultati del mondo.

Per i motivi su esposti la prima azione è quella di ripristinare gli organici dei Ser.D. e di adeguarli ai bisogni e alle richieste di salute della popolazione.

Deve trattarsi di una misura strutturale e non un intervento che si esaurisca in uno spazio temporale.

- **Servizi di Alcolologia. Le caratteristiche, gli operatori, i pazienti e i trattamenti in Italia**
Alfio Lucchini, Felice Nava

Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”, Anno VII, n. 30

54

Anno XIV - Novembre 2020

Sommario

Editoriale

FeDerSerD e Recovery Fund: priorità e proposte operative per i Servizi delle Dipendenze

Guido Faillace

1

SAGGI, STUDI E RICERCHE

Hepatitis C management and treatment among people who inject drugs in Italy: An exploratory pilot survey

Elisabetta Teti

7

Come si vive la dipendenza al tempo del Covid-19 in un ambito territoriale ad elevata incidenza. L'impatto sui consumatori e sui Servizi

Massimo Corti, Marco Riglietta, Ugo Calzolari, Paolo Donadoni, Guido Ferreri Ibbadu

16

Barriers for HCV treatment in Italian Drug Abuse Service: Data from a multicentric observational study (SCUDO Project)

Felice Alfonso Nava, Alfio Lucchini, Marco Riglietta, Liborio Cammarata, Paola Fasciani, Giovanni Tavanti, Paola Trotta, Lucia Trevisi

24

The earlier the better. The cost of health services in treating PWIDs with chronic hepatitis C: Results from a non-interventional study

Felice Alfonso Nava, Alberto Chiesa, Giovanni Strepparola, Giuseppe Pennisi, Rossano Giuseppe Vitali, Lucia Trevisi, Alfio Lucchini

44

CONTRIBUTI SCIENTIFICI

L'efficacia del trattamento comunitario delle dipendenze. Analisi di follow-up nella comunità “Casa di Giano” di Trento

Antonio Simula, Laura Lunese

50

L'impatto della infezione da SARS-CoV-2 nei setting operativi. La riformulazione di alcuni interventi al Ser.D. di Alcamo

Caterina Di Giovanni, Guido Faillace

57

La comorbidità nel Disturbo da Gioco d'Azzardo

Marco Riglietta

59

Approccio integrato per la gestione di pazienti con disturbi psichiatrici-tabagisti tra U.O. CSM Catanzaro e Centro Antifumo - S.S. Ser.D. Soverato

Giulia Audino, Felice Genco, Attilio Inسادà, Egidio Battaglia, Vincenzo Mellace, Franco Montesano, Rosa Macrina, Mariarita Notaro, Lia Codispoti, Anna Maria Macrina, Antonella Pascolo, M. Caterina Squillace

66

LE RUBRICHE

Contaminazioni

Chi ha paura del lupo cattivo?

Maurizio Fea

5

La Finestra

Luca di Sanseverino

43

RECENSIONI

3, 6, 69

FeDerSerD/ORGANIZZAZIONE

Audizione di FeDerSerD in materia di sostanze stupefacenti

56

Audizione di FeDerSerD alla Commissione parlamentare per l'infanzia e l'adolescenza

70

FeDerSerD/FORMAZIONE

Il futuro dei Servizi per le Dipendenze a trent'anni dal DPR 309/90

58

FrancoAngeli

Mission

Italian Quarterly Journal of Addiction

Periodico trimestrale della federazione italiana degli operatori
dei dipartimenti e dei servizi delle dipendenze

FrancoAngeli

ANNO XIV, 2020 - N. 54

Fe Der Ser D

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 Caviechi, Università La Sapienza e Tor Vergata, Roma; Massimo Clerici, Università Milano Bicocca; Massimo Diana, Cagliari; Pietro Fausto D'Egidio, Pescara; Riccardo C. Gatti, ASST Santi Carlo e Paolo Milano; Gilberto Gerra, Parma; 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 Lovastè (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

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 - DGB Milano Autorizzazione Tribunale di Milano n. 131 del 6 marzo 2002

Chiuso in redazione il 10/11/2020

Tiratura: 3.500 copie
ISSN 2037-4798

Seguici su:



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>



Il decreto "Cura Italia" dispone il potenziamento del personale sanitario in misura tale da incrementare del 30% l'attuale dotazione dei Ser.D. nelle Aziende Sanitarie.

Ulteriori definizioni si stanno orientando su un incremento del 35%.

Il costo previsto è di 150-180 milioni di euro per anno.

La seconda azione deve essere quella di adeguare, ove necessario, le strutture dove svolgere le attività dei Ser.D., per renderle funzionali agli interventi multidisciplinari e al contributo dei pazienti, dei famigliari e delle organizzazioni sociali.

Il costo previsto è di 60 milioni di euro.

La terza azione deve essere quella di garantire normativamente che in tutte le Regioni italiane il sistema pubblico dei Servizi per le Dipendenze sia organizzato in Dipartimenti, strutturali e autonomi, modello di gestione che garantisce il migliore governo clinico in sanità e il coordinamento delle azioni del sistema di intervento nel territorio di riferimento, e che siano riconosciuti come tali in tutti gli atti aziendali.

La quarta azione deve essere quella di garantire il pagamento delle prestazioni degli Enti Ausiliari accreditati nell'area delle dipendenze, rispettando la tempistica contrattuale e sanando i debiti che le ASL hanno accumulato con ritardi nel pagamento delle rette.

FeDerSerD è contraria a spendere le risorse del Recovery Fund trascurando gli elementi portanti del sistema attuale, per progetti sperimentali, comunque per progetti a termine, continuando ad alimentare in tal modo una linea di indirizzo tanto clientelare quanto inefficiente.

Al contempo è ormai indifferibile ripensare ai fondamentali che hanno sostenuto la Legge 309/90, per confermarli, ovvero aggiornarli, ove necessario cancellarli, e per introdurre eventuali nuove istanze maturate in questi 30 anni.

Questa azione, o almeno la indicazione degli elementi fondamentali su cui costruire un più moderno sistema di intervento, anche usando le competenze e le risorse maturate nel tempo, non può che essere preliminare alla individuazione delle risorse necessarie per costruire un Nuovo Sistema di Intervento sulle dipendenze.

Stiamo parlando di Sanità.

Quindi lasciamo fuori da questa riflessione temi pur importanti e sui quali abbiamo più volte espresso le nostre opinioni, quali la legalizzazione delle droghe, ovvero dei consumi, la punizione dei consumatori ecc.

È all'interno della riflessione che si sta facendo sull'importanza della Sanità Territoriale che FeDerSerD intende dare il suo contributo, individuando i temi fondamentali su cui concentrare una revisione legislativa.

Indichiamo di seguito i temi che riteniamo particolarmente sensibili.

In premessa ricordiamo che solo una parte di coloro che usano droghe o che hanno comportamenti "pericolosi" diventano dipendenti, cioè malati.

I servizi sanitari e sociosanitari del Paese si possono e debbono occupare dei malati, con azioni di cura, reinserimento e contribuendo alla promozione della salute e alla prevenzione, con interventi basati sulle evidenze.

Indichiamo quindi alcuni dei grandi temi da affrontare in un confronto serrato ma rapido, una analisi che FeDerSerD ha già avviato per un ampio dibattito nazionale.

- **La cura deve continuare ad essere volontaria, gratuita, ad accesso diretto.**
- **Il Sistema di Intervento deve essere in grado di generare una offerta dei servizi che miri ad una presa in carico precoce e che sia tanto ampia da soddisfare bisogni molteplici, tra i quali la necessaria continuità terapeutica.** Inoltre, gli interventi debbono differenziarsi per intensità e complessità di cura. In tal modo si realizza un intervento terapeutico personalizzato articolato in fasi, diverse per intensità, per attori del trattamento, per sedi operati-

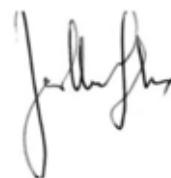
ve, coerenti tra loro in relazione agli obiettivi di cura da raggiungere.

- Un asse portante del nuovo Sistema di Intervento deve essere la **capacità di realizzare efficacemente la integrazione socio-sanitaria**, tenendo ben presente che a volte è necessario un accompagnamento continuativo per lunghi periodi.
- **È necessario**
 - definire le procedure e gli spazi per i trattamenti multidisciplinari e integrati;
 - rivedere il rapporto tra Enti Ausiliari, volontariato e sanità pubblica;
 - attivare posti letto di medicina delle dipendenze;
 - riconsiderare il lavoro delle Prefetture;
 - i Ser.D. debbono integrare la loro azione col sistema delle altre cure territoriali: va costruito questo percorso di collaborazione riconsiderando il ruolo dei distretti socio sanitari e dei MMG;
 - ristrutturare il rapporto con le strutture specialistiche aziendali e tra esse in special modo la psichiatria e le malattie infettive;
 - attivare centri a bassa soglia di accesso e organizzati in base alla fase evolutiva del paziente.
- **La disciplina delle dipendenze non è attualmente prevista nei percorsi formativi universitari e post laurea: è necessario un investimento specifico e l’inserimento:**
 - della disciplina di “clinica delle dipendenze” nel nostro ordinamento;

- della scuola di specializzazione in medicina di “clinica delle dipendenze”, tenendo ben presente che il tema delle dipendenze deve entrare a far parte dei contenuti curriculari, formativi e di aggiornamento di varie discipline non mediche;
- di un percorso di formazione continua per le diverse figure professionali che costituiscono le équipes dei Ser.D.

Questo documento è inviato al Presidente del Consiglio dei Ministri, al Ministro della Salute, al Vice-Ministro della Salute, ai Presidenti delle Regioni, agli Assessori della Salute Regionali, agli opinion leader del settore, a tutti i professionisti ed operatori dei Servizi delle Dipendenze italiani.

**Per il Consiglio Direttivo Nazionale FeDerSerD
Il Presidente Nazionale - Guido Faillace**



Milano, 15 ottobre 2020

RECENSIONE



Maurizio Fea

Avanti un altro
Alla ricerca di un paradigma nuovo per le dipendenze
Prefazione di Alfio Lucchini

Codice: 231.3.3

Collana: Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso/Quaderni
pp. 116 euro 17,00
Editore: FrancoAngeli

I quattro capitoli in cui si articola il volume individuano quattro aree problematiche: quella etica, che interroga sulle condizioni di esercizio della responsabilità e sulla autonomia dei soggetti; quella neurobiologica, che offre risposte non sempre convincenti ed esauritive sul rapporto tra droghe e capacità decisionale; quella culturale e politica, che a volte irrompe alterando i contesti di lavoro e di ricerca; quella dei linguaggi della malattia e del nostro modo di definirli, che mostra l’usura del tempo e riflette i limiti della ricerca attuale. Sullo sfondo aleggiano le dipendenze comportamentali, nodo critico recente che contribuisce in modo decisivo a mettere in crisi la nostra idea di dipendenza, così come intesa fino ad ora, imponendoci di ripensarla.

Maurizio Fea, psichiatra e clinico delle dipendenze, ha diretto il Dipartimento Dipendenze di Pavia fino al 2004. Ha insegnato all’Università degli Studi di Pavia e all’Università Cattolica di Milano dal 1994 al 2002. È autore di pubblicazioni scientifiche e di saggi, tra cui: *Riparatori di destini* (FrancoAngeli, 2008) sul senso della clinica; *Le abitudini da cui piace dipendere* (FrancoAngeli, 2017) e *Spegni quel cellulare* (Carocci, 2019) per un approccio critico alle dipendenze comportamentali.

Porre domande se le risposte che abbiamo non ci soddisfano è l’anima della curiosità del vivente. E così funziona anche la scienza. Gli interrogativi contenuti nel libro provengono da molte discipline (filosofia, biologia, etica, antropologia, psichiatria) e riguardano l’ontologia della dipendenza, che ancora ci sfugge. Sfugge perché si è cercato soprattutto nell’ambito della scienza medica. Il suggerimento è di cercare anche altrove, illuminando il sapere medico con altre luci senza sminuirlo.



MOLTENI[®]
FARMACEUTICI 1892 | 2017

125



**C'È UNA VITA
DA RISCOPRIRE.**

**LASCIATI
SORPRENDERE
ANCORA.**

Contaminazioni

Maurizio Fea

Chi ha paura del lupo cattivo?

Il *Corriere della Sera* ha pubblicato nel mese di settembre, a firma di Beppe Severgnini, un articolo nel quale si suggeriva l'idea di promuovere il biasimo sociale come deterrente e misura di contenimento dell'uso pervasivo e culturalmente spesso legittimato dell'uso di cocaina.

Le reazioni non sono mancate, a tutti i livelli, ma quelle sulle quali vorrei riflettere sono quelle prodotte dal mondo dei professionisti delle dipendenze.

Si possono riassumere in due tipi di reazioni, una fondata sulla affermazione che addiction è malattia pertanto non si possono biasimare i malati, l'altra fondata sui principi del rispetto della privacy e della libertà individuale.

Entrambe le categorie hanno visto ampie e diverse declinazioni dei principi di riferimento che è superfluo descrivere nei dettagli perché sono ben note da molto tempo e fanno parte del dibattito sulle droghe da molti anni.

Pur essendo diversi i principi di riferimento, entrambi i tipi di reazioni hanno un elemento comune: il sostanziale rifiuto implicito di prendere in considerazione criteri morali come strumenti di valutazione del comportamento di assunzione di droghe.

Esiste un timore non atavico ma che dura da mezzo secolo più o meno, nei confronti del giudizio morale nell'ambito delle dipendenze.

Timore storicamente comprensibile, frutto della lunga e faticosa battaglia contro la visione delle dipendenze come un vizio, una debolezza morale inaccettabile, per molto tempo ritenuta punibile e solo più recentemente correggibile.

La presa di distanza da questa visione delle dipendenze, gradualmente attenuata con il riconoscimento del principio di autonomia e progressivamente modificata con l'introduzione della cornice biologica di malattia, ha avuto come effetto collaterale per il mondo professionale delle dipendenze, la rinuncia nei fatti e nella episteme a considerare i comportamenti di dipendenza come comportamenti inquadrabili anche moralmente, diversamente da molti altri comportamenti che generano fatti e conseguenze positive o negative per sé e per altri.

Occorre fare una prima distinzione tra intuizione morale e giudizio morale, che non precede ma segue l'intuizione.

Illuminante e per certi aspetti decisivo il test di Marc Hauser sul treno senza controllo e il ciccone che può essere utilizzato per fermare la corsa del treno destinato a travolgere cinque ignare persone che si trovano sui binari, deviando lo scambio o scaraventando giù dal ponte il ciccone stesso. Hauser ha concluso che le intuizioni morali sono universali e innate, indipendenti da età, sesso, credenze religiose e fattori culturali, mentre le giustificazioni per tali intuizioni variano moltissimo.

Fattori psicologici, per così dire, di pura pelle e poco razionali (spingere giù contro azionare una leva) influenzano le nostre intuizioni morali, che ci piaccia o meno.

I giudizi morali però sono qualcosa di più della nostra prima e immediata valutazione istintiva, sono emozioni e reazioni viscerali che intervengono anche nel processo di giustificazione.

La connessione dell'uso di cocaina con fatti delittuosi e con la violenza è frequente, e proprio da un fatto del genere ha preso spunto Severgnini per suggerire l'opportunità del biasimo morale per contenere tali derive non tanto nei soggetti già propensi a delinquere quanto nelle persone che sotto effetto di cocaina allentano fino a perdere del tutto quei freni inibitori che normalmente impedirebbero loro di commettere gesti delittuosi.

Da questo punto di vista la posizione del giornalista è frutto non di un impulso ma di una riflessione che nasce da una intuizione morale che verosimilmente tutti condividiamo: usare droghe può fare male, a sé e agli altri.

Quello che sorprende osservando le reazioni del nostro mondo professionale è che dietro le due istanze, quella medica per intenderci e quella normativa, sembra esserci il rifiuto aprioristico di prendere in considerazione qualsiasi giudizio morale possa riguardare il comportamento di assunzione di droghe, come se fosse un porto franco nel quale vigono regole e condizioni normative totalmente diverse.

Entrando nel merito dei due principi di riferimento si palesa poi una contraddizione tra le due istanze: per la maggior parte dei professionisti, allo stato attuale delle conoscenze, la malattia ha le caratteristiche dell'ordine cronico e recidivante con conseguente riduzione delle capacità di giudizio e di decisione autonoma riguardo alla continuazione d'uso, elementi invece che appaiono essenziali per sostenere il diritto alla libertà di drogarsi e la difesa della privacy come elemento essenziale al mantenimento di tale pratica.

Entrambe però paradossalmente convergono verso la negazione/fuga dalla valutazione morale del comportamento.

Non entro nel merito delle ragioni dei sostenitori di nessuna di queste istanze né della proposta da cui sono scaturite le reazioni, tema troppo complesso per essere liquidato in poche righe, anche se credo che proprio per questa ragione andrebbe aperto un confronto serio, ricco e articolato sul concetto di malattia così come è stato applicato alle dipendenze e contestualmente su tutta quella serie di norme che col tempo hanno consolidato non solo il diritto ad usare droghe, nel senso più ampio, sottraendolo in parte al giudizio penale, ma anche al giudizio morale.

Concordo sul fatto che spesso viene fatto un uso improprio e distorto delle categorie morali, anche da parte di chi avrebbe il dovere di esercitare quella prudenza necessaria al ruolo che ricopre o peggio ancora alla funzione giudiziale che esercita.

Tuttavia questo pericolo non si esorcizza semplicemente negando epistemicamente che ci sia una questione morale aperta ed irrisolta nell'ambito delle dipendenze da sostanza e non solo, né rifiutando poi nei fatti ogni confronto che ponga la questione morale al centro della questione.

Voglio semplicemente sottolineare l'errore di rinunciare a priori alle intuizioni morali per non rischiare di essere contaminati o travolti dalla marea di coloro che pretendono di brandire giudizi morali liquidatori per evitare di porsi il problema di come proprio i comportamenti di cui si vuole giudicare siano anche il risultato di pretese normative di assicurazione spesso prive di fondamento morale.

Una comunità che si dice scientifica dovrebbe coltivare al suo interno gli spazi necessari e sufficienti per alimentare anche confronti di questo tipo che altrimenti si svolgono altrove con risultati quantomeno discutibili, soprattutto quando entra a gamba tesa la politica.

Arroccarsi dietro alcuni principi o farsi schermo dietro teorie utili per la clinica ma comunque provvisorie, come il modello biologico delle addiction, credo non porti alcun vantaggio né alle ragioni di chi la pensa in questo modo, né ai soggetti implicati rispetto ai quali si intende assumere una posizione di advocacy. Ritengo che dopo anni in cui l'impegno a prendere le distanze dagli aspetti morali implicati nella dipendenza da sostanze è apparso quasi un obbligo, sia giunto il momento di riappropriarsi di questa declinazione professionale a lungo negletta, accettando il confronto e la discussione con chi è portatore di istanze forse discutibili ma tuttavia legittime.

Penso inoltre che sia sbagliato, alla luce degli scarsissimi effetti prodotti nei lunghi anni di pervicace pratica, utilizzare solo l'argomentazione scientifica, non sempre corretta, per confutare opinioni condivise le cui basi fondano su storie di vita, narrazioni più o meno autentiche o manipolate, che tuttavia hanno il pregio e la capacità di connettere empaticamente la vita delle

persone con fatti che fortunatamente la maggior parte della gente non sperimenta direttamente.

Non illuda il fatto che la medicalizzazione delle addiction largamente adottata nel nostro come in altri paesi, sia l'effetto di un processo di cambiamento consapevole e competente nei riguardi degli assunti proposti dalla comunità scientifica e apparentemente adottati dal resto della società.

Penso che la medicalizzazione di molti comportamenti problematici tra i quali colloco l'uso di droghe, tacitamente approvata e resa praticabile nel sistema sanitario senza per altro che alla approvazione siano seguite politiche coerenti in materia, sia funzionale al distanziamento che questo approccio consente di prendere nei confronti di tutto ciò che è perturbante, delegando ai tecnici il compito almeno di contenere e ridurre il turbamento sociale se non di risolvere il problema.

Saremo sempre perdenti in questo confronto con i portatori di istanze normative, se non accettiamo di misurarci con i nostri interdetti per approdare ad un approccio che consideri anche le implicazioni morali dei comportamenti e non soltanto i determinanti biologici che li influenzano.

È necessario andare in questa direzione per evitare che vengano proposte e magari realizzate quando il clima politico è propizio, soluzioni normative inefficaci o sbagliate perché non sono in grado di rispondere a domande che non sono neanche state poste.

A conclusione segnalo che l'*incipit* di questo articolo è il titolo di un libro di Cesare Musatti che non teme di ricordare a tutti l'esistenza di fantasmi che agitano sia le storie personali che le vicende professionali collettive.

RECENSIONE



Massimo Corti, Emiliano Monzani
(a cura di)

Gioco d'azzardo e giocatori tra rete territoriale e sviluppo scientifico

Codice: 231.3.1

Collana: Clinica delle dipendenze e dei
comportamenti di abuso/Quaderni
pp. 252 euro 29,00

Editore: FrancoAngeli

La dimensione del disturbo da gioco d'azzardo (DGA) è estremamente significativa. Questi alcuni numeri: più di 106 miliardi di euro spesi nel 2018 (in crescita di oltre 4 miliardi rispetto al 2007 e di oltre 10 miliardi rispetto al 2016); 18 milioni gli italiani che hanno giocato d'azzardo nel 2017; più di un milione e mezzo i giocatori problematici e 20.000 i giocatori patologici in cura nei Servizi per le dipendenze.

Il disturbo da gioco d'azzardo è una vera e propria "dipendenza comportamentale", ovvero una modalità di gioco eccessiva e incontrollata mantenuta malgrado tentativi, infruttuosi, di controllo. Un quadro del tutto simile ad altri comportamenti "dedittivi" quali, ad esempio, il disturbo da uso di alcol o di stupefacenti. La persona

che si trova in questa situazione si sente come presa in un vortice, cerca di recuperare in tutti i modi le perdite economiche, spesso ingenti, anche mentendo ad amici e familiari.

Si assiste a una conseguente perdita importante dell'autostima e a significative ripercussioni sull'aspetto lavorativo e sociale.

Quando dobbiamo parlare di gioco d'azzardo e quando invece di ludopatia? Come fare una diagnosi? Quali sono gli interventi di cura? Quale ruolo possono avere i gruppi di auto mutuo aiuto? È possibile fare prevenzione?

Il volume cerca di dare risposte a queste e altre domande offrendo una visione d'insieme sul fenomeno gioco d'azzardo, sui giocatori e sui possibili disturbi, partendo da una narrazione storico-culturale e trattando i diversi aspetti con rigore scientifico e da differenti punti di osservazione, grazie alla presenza di autori eterogenei per appartenenze, professionalità ed esperienze.

Il libro vuole essere un utile strumento non solo per i professionisti del settore ma anche per quanti, interagendo nella più ampia rete territoriale, siano interessati al fenomeno in ambito preventivo, di ascolto o di cura.

Massimo Corti, specialista in Anestesia e Rianimazione e in Tossicologia, è direttore incaricato della Struttura Complessa delle Dipendenze dell'ASST Bergamo Ovest.

Emiliano Monzani, psichiatra e psicoterapeuta, è direttore del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze dell'ASST Bergamo Ovest.

🔍 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

Hepatitis C management and treatment among people who inject drugs in Italy: An exploratory pilot survey

Elisabetta Teti*

SUMMARY

■ Background

People Who Use Drugs (PWID) play a crucial role in the goal of eradicating hepatitis C and, despite the high efficacy and tolerability of Direct Acting Antivirals, many PWID still have to be treated and there are many barriers that slow down the process. An exploratory pilot survey was conducted to determine service providers' current condition and the barriers experienced by PWID in accessing HCV treatment.

Methods

Seven selected clinical centres completed a 27-item online survey addressing the current treatment situation in PWID hepatitis C treatment, related barriers and linkage to care.

Results

The survey mainly involved central-northern Italian clinical centres (71.4%), with less than 4 prescribers (71.4%) despite they are currently treating around 500-1000 patients for Hepatitis C (> 50% current or former PWID). In most cases, they carried out the necessary checks (100% blood sample, 85.7% fibroscan and 43% ultrasound) in few visits (85.7%) to deliver drugs in about one month (71.4%). They all agree on the need for fast-track for PWID and therefore they are all engaged in dedicated projects. The commitment to eradication is, in most cases, based on personal efforts, which despite the few prescribers, the lack of institutional support (85.7%) and the impossibility to use simplification scores since prescription and drug delivery portals (AIFA and regional) still require a lot of information. Although the centres questioned express the need for a simplification of the bureaucratic processes, however, they scrupulously follow PWID. For 57.4% of the centres, Linkage to Care remains the most problematic moment, to follow equally the lack of a correct epidemiological estimate and the implementation of the harm reduction policies. Finally, most of the centres don't find particular barriers related to PWID's features, but analysing them individually the main ones are: the difficult social background, the reinfection risk and the patient's poor motivation.

Conclusions

The needs emerged from this survey are: to work on PWID de-stigmatization, to simplify the prescription/drug delivery portals in order, to increase PWID social assistance network and institutions support in HCV eradication programs. ■

Keywords: PWID, Key population, HCV elimination, Hepatitis C virus, Injection drug use.

Parole chiave: PWID, popolazione target, eliminazione HCV, Virus dell'Epatite C, Uso di droghe iniettabili.

Introduction

In Europe, Hepatitis C virus (HCV) infection is very common among people who inject drugs (PWID) through the sharing of injection equipment, such as needles, syringes and other equipment (paraphernalia) (Palmateer et al., 2014).

* Department of System Medicine, Infectious Diseases Clinic, Tor Vergata University of Rome, Italy.

In 2017, anti-HCV prevalence among people who inject drugs varied from 15% to 82% and in eight out of the 14 countries with national data reported by the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), more than half of PWID have been infected with HCV.

In Italy there are no reliable and documented data on the extent of the phenomenon: in 2017 there were about 235,000 high-risk PWID and HCV seroprevalence was estimated 64.33% (EMCDDA, 2019).

To eliminate viral hepatitis as a public health threat, the WHO target aims for 50% of people with chronic hepatitis C to be diagnosed by 2020, and 75% of eligible patients to be receiving treatment. The WHO recommends offering treatment to all people with chronic hepatitis C infection (≥ 12 years of age or older, except for pregnant women), irrespective of hepatic disease stage, also stressing that treating PWID along with provision of harm reduction interventions is cost-effective (WHO, 2017).

Nevertheless, yet many PWID with chronic HCV infection are still (Wiessing *et al.*, 2014). Treatment rates in European PWID with HCV infection have been estimated to be between 10% and 30% (Maticic *et al.*, 2019).

According to the data recently available in Italy (February 2020), since 2015, over 200,000 thousand treatments with DAAs (Direct Acting Antivirals) for chronic hepatitis C started and in the majority already successfully concluded, but even in our country there are at least as many people who are not yet treated, even if access to care is guaranteed to all persons with HCV infection (AIFA, 2020).

Without finding and treating those “missing” patients (often among the most marginalized and vulnerable groups of population as PWID) all other efforts will have only marginal success. In this scenario it is therefore necessary to focus on the key populations, as PWID, in which the infection is found to circulate more and which act as a reservoir of the virus. Furthermore, globally, 23% of new HCV infections are attributable to injecting drug use (Grebely *et al.*, 2017).

Although, results from clinical trials (Foster *et al.*, 2019; Flamm *et al.*, 2019; Cunningham *et al.*, 2018; Kattakuzhy *et al.*, 2018; Dore *et al.*, 2016) showed high success of HCV treatment also in PWID, however, real world data on knowledge, attitudes, and practices, including barriers and facilitators, of HCV treatment among PWID are limited. Moreover, there are still health system, structural, social, patient-level and provider-level barriers that are hindering DAAs access to PWID (Grebely *et al.*, 2013).

The aim of this exploratory and descriptive analysis is to evaluate, through a questionnaire survey, the barriers perceived related to HCV management and treatment by physicians prescribing DAAs in Italy.

Methods

Seven selected clinical centres (Infectious Diseases Clinic of Tor Vergata University of Rome, Unit of Infectious Diseases University of Sassari, Villa Maraini Foundation in Rome, Infectious Diseases Clinic of Policlinico San Martino Hospital of Genoa, Infectious Diseases Unit of Pescara General Hospital, Penitentiary Infectious Diseases Unit of Santi Paolo and Carlo Hospital, Infectious Diseases Clinic of University of Foggia, Hepatology Unit of Sapienza University of Rome, Institute of Tropical and Infectious Diseases of University of Milan) engaged in the treatment of PWID with chronic hepatitis C, completed a 27-items online survey addressing the current DAAs treatment situation for PWID. All physicians involved in the survey were infectious diseases specialists.

The selection of questionnaire items took into account the following issues (see attached content):

1. characteristics of the clinical centers: evaluation of the prevalence of the PWID population affected by Chronic Liver Disease C in infectious disease clinics (pre-DAAs, post-DAAs and trends over the past four years) (n = 9 questions);

2. Linkage to Care: access modality of PWID to the infectious diseases clinics, analysis of the relationship between DAAs prescribers and public drug use disorders units (SerD – Servizi per le Dipendenze) and non-governmental organization (NGOs) otherwise associations engaged in harm reduction in out-of-hospital setting such as for example Needle Exchange Program, overdose treatment and prevention, drop-in activity, counseling, prevention activities (n = 7 questions);
3. management and treatment: tools for the assessment of liver disease, timing of start of therapy for PWID, visits and controls during and at the end of treatment (n = 7 questions);
4. barriers: evaluation of the barriers to treatment (n = 4 questions).

The survey consisted of multiple-choice questions, specifically n = 18 included only one choice between the answers, n = 7 included more than one choice between the answers and n = 2 were classification questions that allowed respondents to choose the order of answers options that most closely matched their experience.

Statistical analysis

Data are given as frequencies and percentages. Our complete data analysis is exploratory. Hence, no sample size calculation was performed. Data were analyzed using Excel.

Results

Characteristics of the clinical centers

The survey mainly involved central-northern clinical centers (3 centers from Central Italy, 2 centers from Northern Italy, 1 center from the Islands, 1 center from Southern Italy) with fewer than four AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) authorized Infectious Diseases specialist prescribers (71.4%) despite counting more than 500 chronic hepatitis C patients in over half of the cases (500-1000 patients 57.14%). The populations most represented in the seven clinical centers explored, are PWID (47%) and more precisely current PWID (24%) and former PWID (23%), following general population (26%), nephropatic patients (15%), liver transplanted/waiting list (12%) (Figure 1).

The era before the availability of DAAs is characterized by a reduced number of treated patients (<500) in 57.1% of clinical centers, and PWID represented, respectively, < 30% and > 50% of the whole treated population in 57.15% and 42.86% of the clinical centers.

Four years after the introduction of DAAs, 71.4% of the surveyed centers reports having treated 200-1000 patients with chronic hepatitis C, and 42.8% of the centers reports that they are PWID for over 50% (Table 1).

Planning and Linkage to Care

All the surveyed clinical centers expressed the need to dedicate a fast track (preferential and rapid) for the treatment with DAAs to PWID with chronic hepatitis C and all of them declare that they have ongoing HCV micro-elimination projects for this key population also because with the DAAs arrival, PWID access to the clinical centers has increased (so declares 87.51%). Specifici-

cally, these projects are to be referred to informal agreements with public drug dependency service units and organizations engaged in harm reduction programs (71.34%), regional institutional programs (42.86%), grants from pharmaceutical companies (14.29%), other nature (28.57%).

As regards projects with SerD and associations, 57.14% of clinical centers declare that the request to formulate a referral model by meeting the territorial services for drug use disorder and associations arose from themselves, the reverse is declared by 28.57% and in 42.86% of cases, clinical centers, SerD and associations were convened and brought together by an institutional technical committee.

The referral models that emerged from the survey are: 57.14% a direct call and give an appointment as soon as possible, 42.86% organize periodical visits going directly to SerD/associations, 14.29% receive a direct call and give an appointment in dedicated days (Table 2).

Management and treatment

The clinical centers report in the survey to have most of the main tools for the assessment of the liver disease, in particular: 100% (7/7) perform blood samples, 87.51% (6/7) use fibroscan, 42.86% (3/7) did liver ultrasound; and 42.86% (3/7) of them use also noninvasive scores for the liver fibrosis evaluation.

57.14% of the clinical center declares that PWID in charge has predominantly an F0-F1 liver fibrosis according to Metavir score (28.57% F2, 14.29% F3).

The average waiting time to start DAAs in PWID patients is one month for five clinical center, three months for one center, while one clinical center is able to guarantee liver disease assessment and start of treatment in a single visit.

Regarding the timing of treatment and follow-up visits, 57.14% of the involved centers visit PWID HCV patients and perform blood exams at baseline, every month during treatment, at 4, 12 and 24 weeks after the End of Treatment (EOT), 42.86% at baseline, 12 weeks after the EOT and 28.57% at baseline, EOT, 12 weeks after the EOT (Table 3).

Barriers to treatment

The majority (87.51%) of the centers involved in the study associated the lack of treatment with PWID DAAs, primarily, with the lack of interest from the institutions, while less than 50% (42.86%) reported difficulties in reaching this key population that is still highly stigmatized. When the survey explores the PWID Care Cascade, more than half of the clinical centers (57.14%) recognizes the most difficult step in Linkage to Care, while for other three centers lack of an accurate estimate of HCV seroprevalence among PWID, screening and prevention of HCV reinfection are problematic according to their experience (Table 4).

Most of the centres doesn't find particular barriers related to PWID's features (62%), but analysing them individually the main ones are: the difficult social background (88%), the reinfection risk (76%) and the patient's poor motivation (69%) (Figure 2).

Four out of seven centers agree with the need to make the prescription of DAAs accessible to general practitioners (GP) and physicians who work in public drug dependency service units.

Discussion

This pilot survey study made it possible to draw up a partial picture of the DAAs treatment of PWID with chronic hepatitis C subjects in seven Italian clinical centers. Compared to the interferon era, the introduction of DAAs in HCV infection therapy has led to an increase in treatments in both PWID and non-PWID patients: prior the DAAs availability, over half of the centers treated less than 500 patients, compared to 200-1000 patients in the DAAs era, and, if before DAAs, the number of PWID treated patients was less than 30% (57.1% of the clinical centers) currently they mainly represent more than half of the treated population (42.8% of the clinical centers). In addition, almost all of the clinical centers (87.51%) reports an overall increase of PWID among their patients since 2015 (introduction of DAAs). The increase of PWID access to DAAs prescribing clinical centers is certainly due to the availability of the interferon-free regimens, which are more effective, tolerable and with a shorter duration. Such innovative characteristics of DAAs facilitate the PWID population, until then excluded from interferon-based protocols for incompatibility between drug use disorder and interferon side effects. Even clinical trials included PWID patients and both dedicated and post-hoc analyses showed high sustained virologic response after 12 weeks (SVR12) and adherence rates (Foster *et al.*, 2019; Flamm *et al.*, 2019; Cunningham *et al.*, 2018; Kattakuzhy *et al.*, 2018; Dore *et al.*, 2016). The seven surveyed clinical centers demonstrate a significant commitment for the treatment of chronic hepatitis C in the key population of PWID: they all agree on the need for a fast-track for PWID and therefore they are all involved in dedicated projects.

The commitment to eradication is based, in most cases, on the efforts and personal initiatives of each individual center, materializing in the cooperation of infectious disease centers, SerD and organizations engaged in drug use disorders, in the discussion of the most difficult clinical/social cases in order to take charge in the shortest possible time. Integrated care networks are the key to improving HCV treatment of PWID. An integrated model of care, incorporating partnerships between hospital-based services prescribing DAAs and the drug use disorder services is recommended for the provision of HCV treatment to PWID (Harris *et al.*, 2012).

The hospital-based setting is one evidenced barrier to HCV treatment uptake among PWID and in order to counter this barrier, fast track and integrated care networks play a fundamental role. The integrated approach is certainly at the basis of the micro-elimination programs, which have demonstrated to be less daunting, less complex and less costly than full-scale, country-level initiatives to eliminate HCV, and it can build momentum by producing small victories that inspire more ambitious efforts. Furthermore, a micro-elimination approach, which entails pursuing elimination goal through integrated initiatives that tailor interventions to the need of specific populations such as PWID (Lazarus *et al.*, 2014).

If on the one hand different experiences and best practices demonstrate how the integrated collaboration between the different figures that revolve around PWID and the facilitated paths increase DAAs access for this key population, on the other hand the possibility of reaching them in out of hospital settings may prove a better intervention capillarity.

The efforts of each clinical center to increase access to treatment to PWID develop despite a) the small number of AIFA authorized prescribers (less than four in 71.4% of clinical centers); b) the

lack of support from the institutions (87.51% recognizes it as a major cause of unsatisfactory proposal of therapy to PWID); c) the impossibility of using simplification scores as the prescription and drug delivery online portals (AIFA and regional) still require a lot of information, though 42.86% already use noninvasive scores too.

In most cases, clinical centers have the possibility to carry out the necessary checks for the delivery of DAAs in single-visit, especially blood samples and fibroscan (100% and 87.51%) and, with some more difficulties, liver ultrasound (42.86%). However, it should be considered that over half of the clinical centers reports that PWID they follow has mainly an F0-F1 liver fibrosis according to Metavir score. Despite this, at the moment only one in seven clinical centers is potentially able to always guarantee diagnostic confirmation, staging and DAAs dispensing in single-visit mode; the average time for starting DAAs varies from one month to a maximum of three months.

If the clinical centers questioned express the need for simplification of the bureaucratic processes, on the other hand they follow their patients scrupulously with a complete baseline staging with samples/liver ultrasound/fibroscan and also blood examens at the end of treatment and to evaluate SVR12 (42.8%), and 57.1% also performs monthly blood examens during treatment and then for SVR4, SVR12 and SVR24.

Simplification process of HCV screening and management are fundamental for the DAA treatment scale-up, especially for a vulnerable population such as PWID. The importance of simplification is explicit in its primary goals, that are to better identify infected individuals, increase rates of retention and linkage to care and treatment, reduce the costs of diagnosis for patients and the healthcare system with the ultimate goal of reducing viral transmission at a population level (treatment as prevention), and progression of liver disease and hepatitis-related mortality at an individual level (Fourati *et al.*, 2018).

Although the aforementioned centers established preferential routes with great results in the growing access to the prescriber centers of PWID, chorally considered victims of stigmatization, the complex social background remains a consistent barrier and linkage to care is the most delicate moment of Continuum of Care.

It is known that many of the highest HCV prevalent populations (i.e., PWID, homeless and socioeconomically disadvantaged) often lack access to HCV testing and continuity of care. Case

management and regular sources of care attenuates social vulnerability, and robust support systems are needed in response to these complex and challenging demands (Franco *et al.*, 2018). Finally, despite several studies of task shifting treatment from specialists to primary care providers such as GPs and physicians working in the territorial dependency service units demonstrated its success in improving access to HCV care (Kattakuzhy *et al.*, 2017), among the clinical centers involved in the survey this topic remains an open question as it 42.86% doesn't agree.

Conclusions

To date, chronic hepatitis C remains a challenge in terms of elimination, which does not involve the rather proven efficacy and tolerability of antiviral drugs such as in the interferon era, but the analysis of barriers and facilitators of access to diagnosis and treatment in vulnerable population such as that of PWID.

Despite the well-known role of PWID in keeping the pandemic of chronic hepatitis C active and despite the literature and guidelines ask health care providers to care for these patients with professional and non-judgmental attitude, the survey confirms that this key population remains today highly stigmatized.

As a key population, that of PWID presents numerous vulnerable points, but certainly the most delicate and comprehensive one of the others is the difficult socio-economic background. In this regard, institutions should assist healthcare professionals in this difficult task of welcoming PWID in the continuum of care, from diagnosis to treatment, for example by intensifying the social care network and facilitating the work of prescribers by promoting micro-elimination programs and simplifying the DAAs online prescription portals.

The active collaboration between SerDs and NGOs engaged in the territory with PWID and hospitals represents a valid tool to overcome the main barriers, allowing to reach a quota of PWID otherwise excluded from screening programs and difficult to reach by the health system.

It is essential to create or, where already in place, intensify a diffused screening models in the territory thanks to the NGOs and SerDs and a fast track in hospital for PWID as simple as possible and free from bureaucracy, to pave the way for decentralization of treatment (out-of-hospital setting) which is certainly the most effective strategy to increase access to care for PWID.

Tab. 1 - Characteristics of the clinical centers which participated to the survey
 PWID: People Who Inject Drugs; DAAs: Direct Acting Antivirals

<i>Characteristics of the clinical centers</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Provenience</i>		
Northern Italy	2	28.57
Central Italy	3	42.86
Southern Italy	1	14.29
Islands	1	14.29
<i>Patients currently in charge</i>		
<500	2	28.57
500-1000	4	57.14
1000-1500	–	–
>1500	1	14.29
<i>Number of prescribers per clinical center</i>		
1	1	14.29
2	2	28.57
3	2	28.57
>4	2	28.57
<i>Patients treated in pre-DAAs era</i>		
<500	4	57.14
500-1000	2	28.57
1000-1500	1	14.29
>1500	–	–
<i>PWID among patients treated in pre-DAAs era</i>		
<10%	3	42.86
10-30%	1	14.29
30-50%	–	–
>50%	3	42.86
<i>Patients treated in DAAs era</i>		
<200	1	14.29
200-500	3	42.86
500-1000	2	28.57
>1000	1	14.29
<i>PWID among patients treated in DAAs era</i>		
<10%	1	14.29
10-30%	2	28.57
30-50%	1	14.29
>50%	3	42.86

Tab. 2 - Planning and Linkage to Care models

PWID: People Who Inject Drugs; SerD: Servizi per le Dipendenze, otherwise local services for drug use disorders; DAAs: Direct Acting Antivirals; HR: Harm Reduction

<i>Planning and Linkage to Care</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>HCV microelimination programs for PWID</i>		
Yes	7	100
No	–	–
<i>Type of HCV microelimination programs for PWID</i>		
Informal agreement with SerD/associations engaged in HR programs	5	71.43
Regional institutional program	4	42.86
Grant by pharmaceutical company	1	14.29
Other	2	28.57
<i>Increased access of more PWID with the arrival of DAAs</i>		
Yes	6	87.51
No	1	14.29
<i>PWID access the clinical center via</i>		
Regional booking system	1	14.29
SerD of belonging with which arrangements have been made	6	85.71
Associations engaged in HR programs	3	42.86
Already followed by the center for some time	2	28.57

Tab. 2 - Continued

<i>Planning and Linkage to Care</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>First contact with SerD/associations</i>		
The clinical center asked to meet to establish a referral model	4	57.14
SerD/associations asked to meet to establish a referral model	2	28.57
By institutional technical committee	3	42.86
There were no contacts	1	14.29
<i>Referral model</i>		
Direct call to the clinical center and appointment the first day available	4	57.14
Direct call to the clinical center and appointment in dedicated days	1	14.29
The staff of the clinical center periodically visits SerD/associations	3	42.86

Tab. 3 - Management and treatment

*DAA*s: Direct Acting Antivirals; *PWID*: People Who Inject Drugs; *EOT*: End of Treatment; *SerD*: Servizi per le Dipendenze, otherwise local services for drug use disorders

<i>Management and Treatment</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Use of noninvasive scores for the evaluation of liver fibrosis</i>		
Yes	3	42.86
No	4	57.14
<i>Assessment tools liver disease available by center</i>		
Blood samples	7	100
Fibroscan	6	87.51
Liver ultrasound	3	42.86
<i>Average waiting time for the start of DAAs for PWID</i>		
Single visit	1	14.29
1 month	5	71.43
3 months	1	14.29
>3 months	–	–
<i>PWID liver fibrosis (Metavir score)</i>		
F0-F1	4	57.14
F2	2	28.57
F3	1	14.29
F4	–	–
<i>Timing of visits for treatment and follow up</i>		
Baseline, every month during treatment, 4-12-24 weeks after the EOT	4	57.14
Baseline, EOT, 12 weeks after the EOT	2	28.57
Baseline, 12 weeks after the EOT	3	42.86

Tab. 4 - Barriers to treatment

PWID: People Who Inject Drug; *DAA*s: Direct Acting Antivirals; *GP*: General Practitioner

<i>Barriers</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Reasons why the treatment proposal remains unsatisfactory</i>		
Lack of interest from institutions	6	87.51
<i>PWID</i> are hard to reach	3	42.86
<i>PWID</i> are still stigmatized	3	42.86
Don't know	1	14.29
<i>The most difficult step of the Care Cascade for PWID</i>		
Lack of an accurate estimate of HCV seroprevalence among <i>PWID</i>	1	14.29
Screening	1	14.29
Linkage to Care	4	57.14
Diagnostic confirmation (HCV-RNA)	–	–
Staging	–	–
Engagement in Care	–	–
Prevention of reinfection	1	14.29
<i>Need to make the prescription of DAAs accessible to GP and physicians who work in drug use disorders services</i>		
Yes	4	57.14
No	3	42.86
Not sure	–	–

Fig. 1 - Patient populations most represented in the clinical centers that participated to the survey

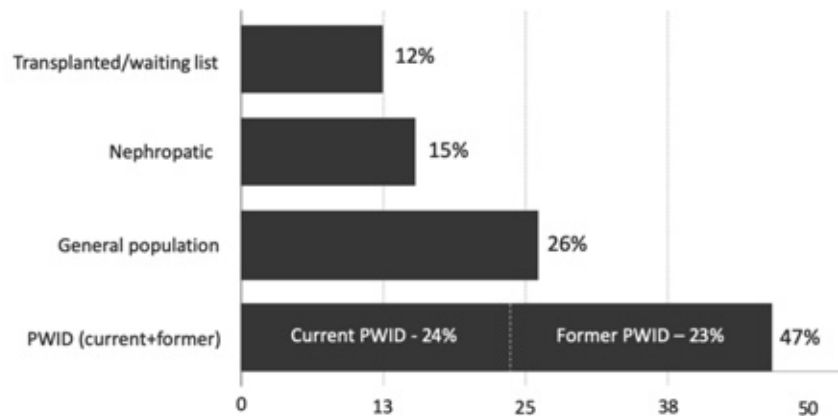
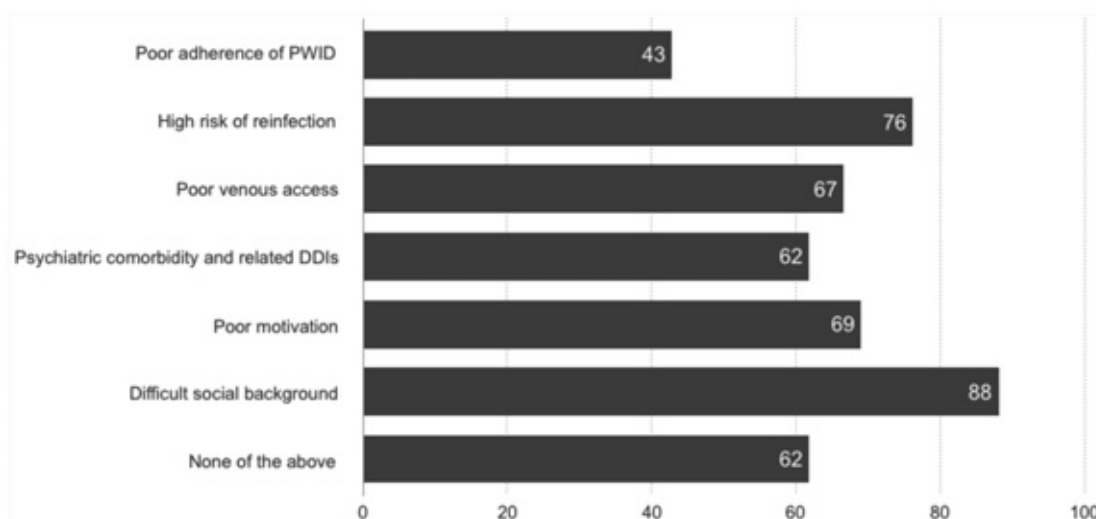


Fig. 2 - Most relevant barriers reported by the clinical centers that participated to the survey



Attached content. The 27-items questionnaire used for the online survey

1. What is your specialization?
 - a) Infectious Diseases specialist
 - b) Hepatology specialist
 - c) Internal Medicine specialist
 - d) Other
2. Can you report the area of belonging to your clinical center?
 - a) North
 - b) Center
 - c) South
 - d) Islands
3. How many patients affected by HCV Chronic Hepatitis are currently in charge at your clinical center?
 - a) <500
 - b) 500-1000
 - c) 1000-1500
 - d) >1500
4. How many DAAs prescribers does your clinical center provide?
 - a) 1
 - b) 2
 - c) 3
 - d) >4
5. Indicate the current composition of the population of your clinical center: (in descending order, where 1 is the least represented and 5 the most represented)
 - a) Nephropathic
 - b) Liver transplanted/waiting list
 - c) PWID
 - d) Former PWID
 - e) Other
6. How many patients did your clinical center treated in the pre-DAA's era?
 - a) <500
 - b) 500-1000
 - c) 1000-1500
 - d) 1500
7. Of these, how many were current PWID?
 - a) <10%
 - b) 10-30%
 - c) 30-50%
 - d) >50%
8. How many patients did your clinical center treated with Direct Acting Antivirals:
 - a) <200
 - b) 200-500
 - c) 500-1000
 - d) >1000
9. Of these, how many were current PWID?
 - a) <10%
 - b) 10-30%
 - c) 30-50%
 - d) >50%

10. Do you believe it is necessary to dedicate a fast track path (preferential and rapid) for PWID affected by Chronic Liver Disease C?
 - a) Yes
 - b) No
11. Does your clinical center have any plans for HCV eradication dedicated to PWID?
 - a) Yes
 - b) No
 - c) Don't know
12. If you answered Yes, please specify:
 - a) Informal convention with public drug use disorders units (SerD - Servizi per le Dipendenze) or NGOs engaged in harm reduction in out-of-hospital setting
 - b) Institutional regional program
 - c) Project financed by a pharmaceutical company
 - d) Other
13. Did you noticed an increase in access to your clinical center for more PWID?
 - a) Yes
 - b) No
 - c) Don't know
14. PWID affected by HCV Chronic Hepatitis access your center (multiple answers can be selected):
 - a) Using regional booking system
 - b) Through the public drug use disorders units (SerD- Servizi per le Dipendenze) to which they belong
 - c) Though NGOs engaged in harm reduction in out-of-hospital setting
 - d) These are patients who have already been followed by my clinical center for some time
15. In case of answer B, C: how did you get in touch with them? (multiple answers can be selected)
 - a) They organize a meeting with my clinical center to define a referral model
 - b) We organize a meeting with them to define a referral model
 - c) We met at an institutional technical meeting to organize referral model
 - d) There were no contacts
16. How do you plan appointments for PWID?
 - a) SerD or NGOs call my clinical center directly which gives them an appointment the first day available
 - b) SerD or NGOs call my clinical center directly which gives them an appointment on dedicated days
 - c) The staff of my clinical center goes periodically to SerD
17. Do you use scores to simplify the evaluation of the PWID with HCV Chronic Hepatitis to start treatment quickly?
 - a) Yes
 - b) No
18. Does your clinical center have the possibility to perform blood samples, fibroscan and liver ultrasound in a single visit?
 - a) Blood sample: Yes/No
 - b) Fibroscan: Yes/No
 - c) Liver ultrasound: Yes/No
19. What it the average time to star treatment for PWID?
 - a) Single-visit
 - b) One month
 - c) Three months
 - d) More than three months
20. If you answered more than 3 months, please specify why:
 - a) It is the time necessary to carry out all the clinical investigations
 - b) The patient is asked to start therapy only after detoxification from drugs and/or Opioid Substitution Therapy (OST)
 - c) Waiting lists are long due to the small number of staff
21. On average, PWID at your clinical center have liver fibrosis (according to Metavir score):
 - a) F0-F1
 - b) F2
 - c) F3
 - d) F4
22. How many visits do PWID at you clinical center during and after treatment:
 - a) Baseline, every 4 weeks during treatment and 4-12-24 weeks after the end of treatment
 - b) Baseline, end of treatment, 12 weeks after the end of treatment
 - c) Baseline, 12 weeks after the end of treatment
23. Do you contact SerD/NGOS colleagues to discuss the patient's clinical case?
 - a) Yes
 - b) No
24. Although it is known that PWID are a reservoir of HCV infection, the treatment proposal remains unsatisfactory. Why do you think? (multiple answers can be selected)
 - a) There is little interest from the institutions
 - b) It is part of the psychopathology of the patient who has difficulty taking care of himself PWID are still stigmatized
 - c) Don't know
25. Barriers to treatment are numerous, numbers from 1 (the most important) to 6 (the least important) according to the experience of you clinical center:
 - a) Poor adherence of PWID
 - b) High risk of reinfection of PWID
 - c) PWID poor venous access
 - d) PWID psychiatric comorbidity and related Drug Drug Interactions
 - e) Poor motivation of PWID
 - f) PWID difficult social background
 - g) None of the above
26. Which step of the care cascade do you think is most problematic in your area?
 - a) Accurate evaluation of PWID HCV prevalence
 - b) Screening
 - c) Linkage to Care
 - d) HCV-RNA diagnostic confirmation
 - e) Liver evaluation (ultrasound, fibroscan, ...)
 - f) Engagement in care
 - g) Reinfection prevention (Harm Reduction)
27. Do you think it is necessary to make the prescription of DAAs accessible to GP (General Practitioner) and doctors who work in drug use disorders services?
 - a) Yes
 - b) No
 - c) I'm not sure

References

Agenzia Italiana del Farmaco. Registri AIFA DAAs – Epatite C cronica, uffici registri di monitoraggio, 03/02/2020. www.aifa.gov.it/documents/20142/847506/Aggiornamento_dati_Registri_AIFA_DAA-s-03-02-2020.pdf/a2474474-bf00-e737-23a0-58fe11eb7143.

AASLD, IDSA (2020). Key Populations: Identification and Management of HCV in People Who Inject Drugs. www.HCVGuidance.org on January 30.

Cunningham E.B., Amin J., Feld J.J., Bruneau J., Dalgard O., Powis J., Hellard M., Cooper C., Read P., Conway B., Dunlop A.J., Norton B., Litwin A.H., Hajarizadeh B., Thurnheer M.C., Dillon J.F., Weltman

- M., Shaw D., Bruggmann P., Gane E., Fraser C., Marks P., Applegate T.L., Quiene S., Siriragavan S., Matthews G.V., Dore G.J., Grebely J., SIMPLIFY study group (2018). Adherence to sofosbuvir and velpatasvir among people with chronic HCV infection and recent injection drug use: The SIMPLIFY study. *Int J Drug Policy*, Dec, 62: 14-23. doi: 10.1016/j.drugpo.2018.08.013.
- Dillon J.F., Lazarus J.V., Razavi H.A. (2016). Urgent action to fight hepatitis C in people who inject drugs in Europe. *Hepatol Med Policy*, Jun 30, 1: 2. doi: 10.1186/s41124-016-0011-y.
- Dore G.J., Altice F., Litwin A.H., Dalgard O., Gane E.J., Shibolet O., Luetkemeyer A., Nahass R., Peng C.Y., Conway B., Grebely J., Howe A.Y., Gendrano I.N., Chen E., Huang H.C., Dutko F.J., Nickle D.C., Nguyen B.Y., Wahl J., Barr E., Robertson M.N., Platt H.L., C-EDGE CO-STAR Study Group (2016). Elbasvir-Grazoprevir to Treat Hepatitis C Virus Infection in Persons Receiving Opioid Agonist Therapy: A Randomized Trial. *Ann Intern Med.*, Nov 1, 165(9): 625-634. doi: 10.7326/M16-0816.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2019). Hepatitis C: models of care for drug services in Europe. www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/11482/Hepatitis-C-new-models-of-care-for-drugs-services_WEB.pdf.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2019). Monitoring the elimination of viral hepatitis as a public health threat among people who inject drugs in Europe. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11796/Technical%20report_The%20elimination%20barometer%20for%20viral%20hepatitis%20among%20PWID%20in%20Europe_0.pdf.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European drug report 2019, trends and developments. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001E_NN_PDF.pdf.
- Flamm S., Mutimer D., Asatryan A., Wang S., Rockstroh J., Horsmans Y., Kwo P.Y., Weiland O., Villa E., Heo J., Gane E., Ryder S.D., Welzel T.M., Ruane P.J., Agarwal K., Ng T.I., Xue Z., Lovell S.S., Krishnan P., Kopecky-Bromberg S., Trinh R., Mensa F.J., Wyles D.L. (2019). Glecaprevir/Pibrentasvir in patients with chronic HCV genotype 3 infection: An integrated phase 2/3 analysis. *J Viral Hepat.*, Mar., 26(3): 337-349. doi: 10.1111/jvh.13038.
- Fourati S., Feld J.J., Chevaliez S., Luhmann N. (2018). Approaches for simplified HCV diagnostic algorithms. *J Int AIDS Soc.*, Apr, 21(Suppl. Suppl. 2): e25058. doi: 10.1002/jia2.25058.
- Franco R.A., Galbraith J.W., Overton E.T. (2018). Saag MS. Direct-acting antivirals and chronic hepatitis C: towards elimination. *Hepatome Res*, 4: 74. doi: 10.20517/2394-5079.2018.94.
- Grebely J., Sherman K.E., Baumgarten A., Conway B., Jackson D., Asselah T., Gschwandler M., Tomasiewicz K., Aguilar H., Asatryan A., Hu Y., Mensa F.J. (2019). Glecaprevir/pibrentasvir in patients with chronic HCV and recent drug use: An integrated analysis of 7 phase III studies. *Drug Alcohol Depend.*, Jan 1, 194: 487-494. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2018.11.007.
- Grebely J., Dore G.J., Morin S., Rockstroh J.K., Klein M.B. (2017). Elimination of HCV as a public health concern among people who inject drugs by 2030 – What will it take to get there? *J Int AIDS Soc.*, 20(1): 22146. doi: 10.7448/IAS.20.1.22146.
- Grebely J., Oser M., Taylor L.E., Dore G.J. (2013). Breaking down the barriers to hepatitis C virus (HCV) treatment among individuals with HCV/HIV coinfection: action required at the system, provider, and patient levels. *J Infect Dis.*, Mar, 207(Suppl. 1): S19-25. doi: 10.1093/infdis/jis928.
- Grebely J., Haire B., Taylor L.E., Macneill P., Litwin A.H., Swan T. *et al.* (2015). Excluding people who use drugs or alcohol from access to hepatitis C treatments – is this fair, given the available data? *J Hepatol.*, 63: 779-82.
- Grebely J., Dore G.J., Zeuzem S. *et al.* (2016). Efficacy and safety of sofosbuvir/velpatasvir in patients with chronic hepatitis C virus infection receiving opioid substitution therapy: analysis of phase 3 ASTRAL trials. *Clin Infect Dis.*, 63(11): 1479-1481.
- Grebely J., Hajarizadeh B., Dore G.J. (2017). Direct-acting antiviral agents for HCV infection affecting people who inject drugs. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.*, 14(11): 641-651.
- Harris M., Jolly E., Martin A., Wells H., Rhodes T. (2012). Barriers and facilitators to Hepatitis C treatment for People who inject drugs A qualitative study. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/179750/Barriers-and-facilitators-to-hepatitis-C-treatment-for-PWID-A-qualitative-study-June-2012-rev-5.pdf.
- Kattakuzhy S., Mathur P., Gross C. *et al.* (2018). High SVR in PWID with HCV despite imperfect medication adherence: data from the anchor study. *Hepatology*, 68(S1). doi: 10.1002/hep.30256.
- Kattakuzhy S., Gross C., Emmanuel B., Teferi G., Jenkins V., Silk R., Akoth E., Thomas A., Ahmed C., Espinosa M., Price A., Rosenthal E., Tang L., Wilson E., Bentzen S., Masur H., Kottlil S. (2017). Expansion of Treatment for Hepatitis C Virus Infection by Task Shifting to Community-Based Nonspecialist Providers: A Nonrandomized Clinical Trial. *Ann Intern Med.*, Sep 5, 167(5): 311-318. doi: 10.7326/M17-0118.
- Lazarus J.V., Sperle I., Maticic M., Wiessing L. (2014). A systematic review of Hepatitis C virus treatment uptake among people who inject drugs in the European Region. *BMC Infect Dis.*, 14(Suppl. 6): S16. doi: 10.1186/1471-2334-14-S6-S16.
- Lazarus J.V., Safreed-Harmon K., Thursz M.R., Dillon J.F., El-Sayed M.H., Elsharkawy A.M., Hatzakis A., Jadoul M., Prestileo T., Razavi H., Rockstroh J.K., Wiktor S.Z., Colombo M. (2018). The Micro-Elimination Approach to Eliminating Hepatitis C: Strategic and Operational Considerations. *Semin Liver Dis.*, Aug, 38(3): 181-192. doi: 10.1055/s-0038-1666841.
- Litwin A.H., Drolet M., Nwankwo C., Torrens M., Kastelic A., Walcher S., Somaini L., Mulvihill E., Ertl J., Grebely J. (2019). Perceived barriers related to testing, management and treatment of HCV infection among physicians prescribing opioid agonist therapy: The C-SCOPE Study. *J Viral Hepat.*, Sep, 26(9): 1094-1104. doi: 10.1111/jvh.13119. Epub 2019 Jun 11.
- Marinho R.T., Barreira D.P. (2013). Hepatitis C, stigma and cure. *World J Gastroenterol*, 19: 6703-9.
- Stein J.A., Nyamathi A. (2004). Correlates of hepatitis C virus infection in homeless men: a latent variable approach. *Drug Alcohol Depend*, 75: 89-95.
- Maticic M., Videcnik Zorman J., Gregorcic S., Schatz E., Lazarus J.V. (2019). Changes to the national strategies, plans and guidelines for the treatment of hepatitis C in people who inject drugs between 2013 and 2016: a cross-sectional survey of 34 European countries. *Harm Reduct Journal*, May, 9, 16(1): 32. doi: 10.1186/s12954-019-0303-9.
- Molinario 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.*, Sep, 38(6): 644-655. doi: 10.1111/dar.12978.
- Murdock M., Brizzi M.B., Perez O., Badowski M.E. (2019). Public Health Considerations among People who Inject Drugs with HIV/HCV Co-Infection: A Review. *Infect Dis Ther*, 8: 23-32. doi: 10.1007/s40121-018-0228-8.
- Norton B.L., Fleming J., Bachhuber M.A., Steinman M., DeLuca J., Cunningham C.O., Johnson N., Laraque F., Litwin A.H. (2017). *Int J Drug Policy*, 47: 196-201.
- Palmateer N., Hutchinson S., McAllister G., Munro A., Cameron S., Goldberg D., Taylor A. (2014). Risk of transmission associated with sharing drug injecting paraphernalia: analysis of recent hepatitis C virus (HCV) infection using cross-sectional survey data. *J Viral Hepat*, Jan, 21(1): 25-32. doi: 10.1111/jvh.12117.
- Stein J.A., Andersen R.M., Robertson M., Gelberg L. (2012). Impact of hepatitis B and C infection on health services utilization in homeless adults: a test of the Gelberg-Andersen behavioral model for vulnerable populations. *Health Psychol*, 31: 20-30.
- Terrault N.A. (2019). Hepatitis C elimination: challenges with under-diagnosis and under-treatment. *F1000Res.*, Jan 14, 8, pii: F1000 Faculty Rev-54. doi: 10.12688/f1000research.15892.1.
- World Health Organization Europe (2017). Action plan for the health sector response to viral hepatitis in the WHO European region. www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/357236/Hepatitis-9789289052870-eng.pdf.
- Wiessing L., Ferri M., Grady B., Kantzanou M., Sperle I., Cullen K.J., EMCDDA DRID group, Hatzakis A., Prins M., Vickerman P., Lazarus J.V., Hope V.D., Matheï C. (2014). Hepatitis C Virus Infection Epidemiology among People Who Inject Drugs in Europe: A Systematic Review of Data for Scaling Up Treatment and Prevention. *PLoS One*, 9(7): e103345. doi: 10.1371/journal.pone.0103345.

🔍 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

Come si vive la dipendenza al tempo del Covid-19 in un ambito territoriale ad elevata incidenza. L'impatto sui consumatori e sui Servizi

Massimo Corti*, Marco Riglietta**, Ugo Calzolari***, Paolo Donadoni****, Guido Ferreri Ibbadu°

SUMMARY

■ *In Italy, the SARS-CoV-2 viral pandemic impacts on a territorial organization of addictions widespread throughout the country. In the province of Bergamo there are 6 territorial services for addiction. National and regional regulations have defined the performance of addiction services as ESSENTIAL and, for this reason, during the most dramatic phase of the infection the services remained open, guaranteeing performance with an inevitable reorganization process. The work describes the organizational changes that the services had to implement, the impact of the infection on patients, what changes occurred in patients' access to services and how drug treatments with opioid agonists were managed. ■*

Keywords: Ser.D., Covid-19, Drug Addiction, Alcohol Addiction, Gambling, Drug Addiction Center.
Parole chiave: Ser.D., Covid-19, Tossicodipendenza, Alcolodipendenza, Gioco d'azzardo.

Introduzione

Il 30 aprile 2020 la situazione epidemiologia in provincia di Bergamo, riferita all'infezione da SARS-CoV-2, era messa in evidenza dalla drammaticità della situazione: nella tabella 1 vengono riportati i dati tratti da European Center for Disease Control e del Ministero della salute Italiano per quanto riguarda Regione Lombardia e Provincia di Bergamo.

Appare evidente come il quadro fosse caratterizzato da una drammaticità senza paragoni nel panorama europeo.

Si stima che in questi mesi il numero di morti nella Provincia di Bergamo sia aumentata del 568% rispetto alla media degli anni precedenti.

La provincia di Bergamo è un territorio di 1.000.000 di abitanti, i Ser.D. sono 6 e confluiscono in tre Aziende Socio Sanitarie Territoriali (Bergamo Ovest, Bergamo Est e Papa Giovanni XXIII).

* Direttore ff UOC Servizio territoriale delle Dipendenze ASST Bergamo Ovest.

** Direttore UOC Dipendenze ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo.

*** Responsabile UOSD Servizio delle Dipendenze ASST Bergamo Est.

**** Responsabile UOS Ser.D. Bergamo

° Dirigente medico UOS Ser.D. di Martinengo.

Tab. 1 - COVID DATA - From ECDC and Italian Ministry of Health 28/4/2020

EU/EEA and the UK	Cases	Deaths	Percentage
Bergamo	10.788	2.821	26,15%
Lombardia	67.931	12.579	18,52%
France	114.657	20.265	17,67%
Belgium	39.983	5.828	14,58%
Italy	181.228	24.114	13,31%
United Kingdom	124.743	16.509	13,23%
Netherlands	33.405	3.751	11,23%
Sweden	14.777	1.580	10,69%
Spain	200.210	20.852	10,42%
Hungary	2.098	213	10,15%

Dati analizzati

Nel nostro lavoro abbiamo analizzato i dati di confronto fra il periodo 1 marzo - 30 aprile 2020 (picco dell'infezione in Regione Lombardia) e l'analogo periodo del 2019.

In particolare abbiamo analizzato:

- l'impatto dell'infezione sul personale dipendente;
- l'impatto dell'infezione sui pazienti;
- le modalità organizzative introdotte nel periodo critico;
- alcuni dati relativi ai pazienti (prestazioni erogate, nuovi accessi, affidamento delle terapie farmacologiche, aderenza al trattamento con farmaci agonisti).

Impatto dell'infezione sul personale dipendente

ASST Bergamo Ovest:

Nel territorio di riferimento sono attivi tre centri Ser.D. (Treviglio, Martinengo e Ponte San Pietro) con un organico complessivo di 6 medici, 3 psicologi, 3 amministrativi, 11 infermieri, un coordinatore infermieristico, 5 assistenti sociali e 4 educatori.

Durante la pandemia hanno contratto infezione Covid-19 4 medici (66%), 3 infermieri (40%), 1 psicologo (33%) e 1 assistente sociale (20%).

ASST Bergamo Est:

Nel territorio di riferimento sono attive due sedi Ser.D., una a Gazzaniga ed una a Lovere con un organico totale di 4 medici, 1 coordinatore infermieristico, 7 infermieri, 2 psicologi, 5 assistenti sociali, 2 educatori ed 1 amministrativo; durante la pandemia ha contratto l'infezione Covid-19 tutto il personale di Gazzaniga: 2 medici (1 asintomatico, diagnosi a posteriori), 4 infermieri (3 asintomatici, diagnosi a posteriori), 1 psicologo, 1 educatore, 4 assistenti sociali (1 asintomatica, diagnosi a posteriori), 1 amministrativa; nella sede di Lovere hanno contratto l'infezione l'infermiera responsabile del comparto ed una infermiera, due infermiere di Lovere e un infermiere di Gazzaniga hanno prestato servizio temporaneo al PS degli Ospedali di Seriate e di Lovere.

ASST Papa Giovanni XXIII

L'ASST Papa Giovanni ha una sede territoriale (Ser.D. Bergamo) e un servizio in carcere.

Il personale in servizio, prima del lockdown a causa dell'epidemia Covid-19, era così composto:

Ser.D. Bergamo: 9 medici, 7 psicologi, 7 assistenti sociali, 1 educatore, 9 infermieri e 5 amministrativi.

Nel corso della pandemia sono stati certificati numero 2 tamponi Covid-19 positivi (due assistenti sociali).

Ci sono poi stati i casi di malattia sintomatica suggestiva per l'infezione (3 medici, 2 assistenti sociali) e diverse malattie probabilmente non correlate al virus.

Alcuni test sierologici hanno poi confermato l'avvenuto contatto di alcuni operatori (ad esempio i due assistenti sociali con sintomi suggestivi) tra i quali anche qualche persona del tutto asintomatica o paucisintomatica.

Alcuni dipendenti (un infermiere ed un medico) sono stati lasciati a casa per il rischio elevato di malattia sintomatica se esposti al virus.

Una amministrativa è stata lasciata a casa in quarantena per contatto certo con familiare positivo al virus: questa persona è poi risultata positiva al test sierologico.

Tre medici (due del Ser.D. di Bergamo ed il libero professionista del Ser.D. Carcere) sono stati assegnati ai reparti Covid-19 in ospedale, dall'inizio di marzo e fino a Pasqua (12 aprile) con turnazioni sulle 24 ore giornaliere.

Impatto dell'infezione sui pazienti

Come descritto da molti colleghi di diversi servizi italiani, apparentemente sembra che i pazienti in carico ai servizi siano stati meno suscettibili all'infezione da SARS-CoV-2.

Dati preliminari nella provincia di Bergamo mettono in evidenza come nel periodo considerato (marzo-aprile 2020) siano pochi i pazienti con infezione verificata: **38 pazienti con ricerca per SARS-CoV-2 PCR positivi (tampone), 8 rico-**

veri con malattia conclamata e 4 in terapia intensiva. Tutti con risoluzione del quadro.

Riorganizzazione dei servizi (ASST Bergamo Ovest)

Da fine febbraio con l'apparire del problema infettivo e con la diffusione delle prime patologie virali che hanno colpito gli stessi operatori, in particolare i medici, sono state introdotte progressivamente delle misure organizzative atte a tutelare utenti, operatori nonché la funzionalità stessa dei servizi.

La prima misura riorganizzativa è stata quella di collaborare con le farmacie per ottenere una elevata scorta (almeno per 2 mesi) di farmaci sostitutivi (metadone, levometadone, buprenorfina, buprenorfina-naloxone).

Inoltre, per ridurre gli accessi al servizio, si è valutato di concedere agli utenti un affidamento prolungato, almeno quindicinale (da rivalutare eventualmente in specifiche situazioni in cui si sono riscontrate delle controindicazioni), senza esecuzione di accertamenti tossicologici urinari, al fine di ridurre il tempo di presenza dei pazienti al servizio evitando assembramenti nella sala d'attesa.

Si sono altresì predisposte confezioni individuali, imbustate e intestate, con il farmaco già preparato mediante erogatore computerizzato, per ridurre ulteriormente il tempo di presenza.

Tale affidamento è stato accompagnato da un momento iniziale di counselling, riguardo alla conservazione in sicurezza e soprattutto dalla fornitura, già iniziata nel mese di novembre, a tutti i pazienti in trattamento sostitutivo, di un kit con due confezioni di naloxone spray nasale e informazioni sull'utilizzo e sulle modalità di prevenzione del rischio overdose.

Si è chiesto a pazienti ed operatori di accedere al servizio con mascherine e guanti, fornendole/i loro in casi di necessità.

Ci si è attivati per la disinfezione periodica degli ambienti di lavoro. Prima di accedere a visite e colloqui si è effettuato un triage, anche telefonico, sulle condizioni di salute dei pazienti.

Una prassi che da subito è stata introdotta con finalità di prevenzione e di promozione di comportamenti sicuri è stata il mantenimento della distanza di sicurezza di almeno 150 cm tra gli utenti e nelle occasioni di colloqui individuali.

Si è cercato di evitare la presenza in ambulatorio (e quando possibile in sala d'aspetto) di familiari preferendo quando necessario un incontro individuale con il familiare stesso.

In aggiunta, sono stati sospesi gli accertamenti mediante espirato (spirometria) e quelli tossicologici urinari e tricologici sono stati mantenuti solo per le situazioni assolutamente necessarie, evitando monitoraggi di routine a frequenza settimanale o quindicinale.

Tali disposizioni sono state con il tempo rafforzate imponendo l'utilizzo della mascherina anche nei momenti d'incontro tra gli operatori; sono state sospese l'équipe di servizio, mantenendo solamente mini équipe sui singoli casi; i colloqui con i pazienti sono stati fatti, quando possibile, per via telefonica ed è stata attivata una stanza per la terapia familiare (con vetro divisorio) per effettuare colloqui in presenza.

È stata successivamente introdotta la rilevazione della temperatura agli operatori e ai pazienti, seguita dall'igienizzazione delle mani.

Sono state significativamente allungate le fasce di apertura dell'ambulatorio di somministrazione farmacologica, per evitare la compresenza di più persone.

Non si è ritenuto utile per la sola somministrazione l'utilizzo di termoscan ma si sono predisposte confezioni imbustate personali con il farmaco già preparato mediante erogatore computerizzato, per ridurre ulteriormente il tempo di presenza.

Si è data precedenza in accesso alle domande di valutazione per presa in carico, riducendo anche in questo caso gli accertamenti solitamente effettuati, per cercare di dare inizio al più presto al programma farmacologico.

In particolare, per i colloqui "successivi" psicologici, educativi e sociali si è cercato di favorire le modalità a distanza (telefoniche o mediante pc) ovvero, quando in presenza, si è utilizzato in modo bidirezionale la stanza di colloqui per terapia familiare che è provvista di vetro e microfono.

Riorganizzazione dei servizi nella ASST Bergamo Est

Il 23 febbraio è stato creato un gruppo utilizzando l'applicativo WhatsApp al fine di mantenere un collegamento diretto tra tutti gli operatori anche nel fine settimana, dare indicazioni sui comportamenti da tenere, scambiarsi informazioni e documenti sulla situazione in atto; il gruppo, successivamente, è stato utile anche per avere informazioni sulle condizioni di salute dei colleghi in quarantena e per non lasciarli soli.

Sono state prese immediatamente le seguenti misure: verifica delle scorte di DPI e contatti con la farmacia interna al fine di ottenere in tempi brevi (e mantenere nel tempo) la fornitura dei DPI necessari (mascherine 4 strati, guanti e camici, gel antisettico); gli operatori sono stati invitati ad indossare la mascherina e guanti nei contatti diretti con i pazienti, in somministrazione e non (anche il camice usa e getta nei colloqui e nella valutazione multidimensionale); oltre a ciò, mascherina e guanti sono stati indossati anche nei contatti tra operatori, compresa l'équipe, che non è stata mai interrotta a Lovere, mantenendo la distanza di almeno un metro tra gli operatori; agli utenti è stato consentito solo l'accesso individuale ed a quelli che ne fossero eventualmente sprovvisti, sono stati forniti mascherina e guanti (o igienizzazione delle mani); anche a Lovere come, già a Gazzaniga, è stata introdotta una barriera supplementare in sede di somministrazione farmaci; quotidianamente, anche più di una volta, gli spazi comuni agli utenti sono stati disinfettati con soluzione apposite; gli utenti che segnalavano disturbi suggestivi per Covid-19 sono stati invitati a non presentarsi al servizio; il termometro e, non appena disponibile, il termoscan, è stato impiegato per operatori (misurazione quotidiana) e per utenti; queste misure immediate hanno evitato la diffusione dell'infezione a Lovere (i due operatori infettati hanno contratto l'infezione altrove), mentre la situazione della sede di Gazzaniga si è evoluta altrimenti; questa sede è situata nel territorio più colpito dall'infezione in fase iniziale (i comuni di Alzano e Nembro sono di competenza di tale servizio) e si è verificato, appena prima che venissero introdotte le misure cautelative, il maggior numero di infezioni tra gli operatori; a causa del dimezzamento dell'organico e per la presenza di un numero di pazienti provenienti dai territori della bassa Valle Seriana, si è deciso di estendere il più possibile il numero e il tempo di affido (fino a quattro settimane), anche perché si temeva l'istituzione della "zona rossa" da parte del governo centrale.

Sono state ampliate le fasce orarie di somministrazione nei giorni di affidamento. Sono stati mantenuti contatti diretti con gli utenti, non solo per somministrazione e per l'affidamento dei

farmaci, ma anche per l'accoglienza e l'accettazione di nuovi utenti e di persone in particolari situazioni di rischio e/o fragilità, a discrezione degli operatori di riferimento; con altri utenti sono stati mantenuti contatti telefonici o via mail (abbiamo voluto che sia riuscito a mantenere il contatto con circa il 90% dell'utenza in carico).

Riorganizzazione ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo

Si è immediatamente cercato di ridurre l'assembramento dei pazienti, specialmente nelle sale d'attesa sia dell'ambulatorio delle terapie farmacologiche che in quella generica del servizio. Per ottenere questo sono stati ridotti i posti a sedere nella sala d'attesa generica del servizio onde ottenere un distanziamento di almeno un metro tra questi.

Si sono pertanto incrementati i giorni di affidamento farmacologico a tutti i pazienti: chi aveva affidamenti quindicinali è stato passato immediatamente a quello ogni 28 giorni, chi aveva il settimanale è stato passato al quindicinale e così via. Sono stati sospesi molti controlli tossicologici su matrice urinaria per evitare la sosta eccessiva dei pazienti negli ambulatori di somministrazione ed nella sala d'attesa del servizio.

Molti colloqui e visite sono state rimandate a periodi successivi il lockdown ed alcuni colloqui sono stati condotti telefonicamente o con modalità di videochiamata (sono stati forniti all'uopo alcuni tablet al personale del servizio).

Vista la riduzione del personale in attività si è deciso di sospendere momentaneamente la somministrazione farmacologica la domenica, lasciandola invece nei giorni festivi come ad esempio il 25 aprile o il primo maggio.

Sono stati anche ridefiniti gli orari delle somministrazioni stesse per evitare le parcellizzazioni antecedenti, lasciando una sola fascia di somministrazione, anche ampia, nella giornata, posizionando le stesse a "scacchiera" nei diversi giorni della settimana.

Analisi delle prestazioni erogate dai servizi

Tab. 2 - Periodo 1 marzo - 30 aprile

	2019	2020	Variazione percentuale
Prestazioni	41.093	24.604	-40%
Pazienti in carico	4.119	4.062	-1%
Rapporto prestazioni/paziente	9,97	6,05	-39%

Nella tabella 2 è riportato il dato cumulativo delle prestazioni erogate dai Se.D. nel periodo considerato.

La riduzione delle prestazioni complessive è stata del 40% dato che non è legato alla riduzione dell'utenza in carico (-0.01% rispetto allo stesso periodo del 2019) ma determinato dalla riduzione del personale in servizio per periodi variabili (da un minimo di 15 giorni per isolamento preventivo ad oltre un mese per il personale ammalato), e dalle modifiche organizzative.

Un'analisi più dettagliata della riduzione delle prestazioni spiega meglio quanto successo.

Tab. 3

6.21 - L - test con etilometro	1.339	34	-97%
10.5 - L - psicoterapia di gruppo (per seduta e per partecipante)	40	3	-93%
6.4 - L - raccolta urine per esame	7.768	2.867	-63%
5.4 - L - colloquio di consulenza ai familiari	210	86	-59%
8.1 - L - psicoterapia individuale (per seduta)	112	51	-54%
4.10 - L - colloquio psicologico-clinico (1° colloquio)	126	60	-52%
11.8 - L - interviste strutturate e semistrutturate	94	46	-51%
7.1 - somministrazione orale di farmaci (terapia sostitutiva, antagonista, altra terapia)	8.018	4.067	-49%
5.12 - L - terapia di sostegno psicologico (per seduta)	530	285	-46%
2.4 - L - certificazione successiva (di TD e non TD, esenzione ticket, patente, invalidità, anche su richiesta di paziente)	128	74	-42%
4.4 - L - visita medica specialistica (controllo)	1.402	759	-46%
7.2 - consegna / affidamento terapia orale	8.347	5.121	-39%
6.22 - raccolta campione per esame capello	687	441	-36%
4.1 - L - visita medica specialistica (prima visita)	221	145	-34%
2.1 - L - relazioni scritte sul singolo caso clinico: per affido ad altra struttura, per avvio pratiche pensionistiche, ai fini giudiziari, ecc.	420	287	-32%
6.1 - L - prelievo venoso in ambulatorio	287	201	-30%
4.5 - L - valutazione IP (assessment/triage)	623	451	-28%
2.3 - L - prima certificazione (di TD e non TD, esenzione ticket, patente, invalidità, anche su richiesta di paziente)	99	73	-26%
4.14 - L - colloquio socio-educativo (successivi)	201	151	-25%
4.11 - L - colloquio socio-educativo (1° colloquio)	104	80	-23%
5.11 - L - counselling medico	382	348	-9%

La riduzione di alcune prestazioni (test con etilometro, raccolta urine, somministrazioni farmacologiche) sono evidentemente collegate a scelte strategiche per ridurre i rischi di una potenziale diffusione infettiva.

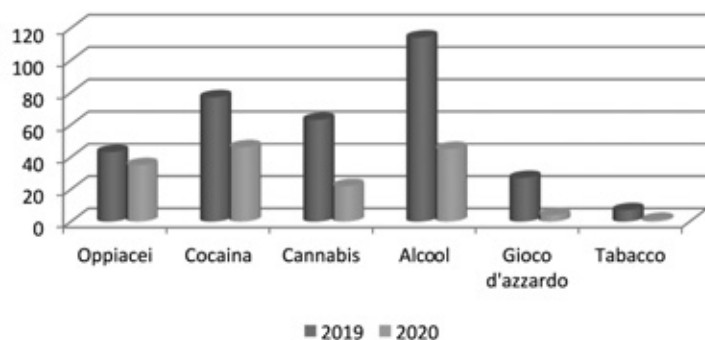
La riduzione invece di alcune prestazioni (visite e colloqui) è soprattutto dovuta alla riduzione di tempo lavoro del personale assente per malattia (isolamento preventivo ecc.).

Analisi dei nuovi accessi per tipologia di addiction

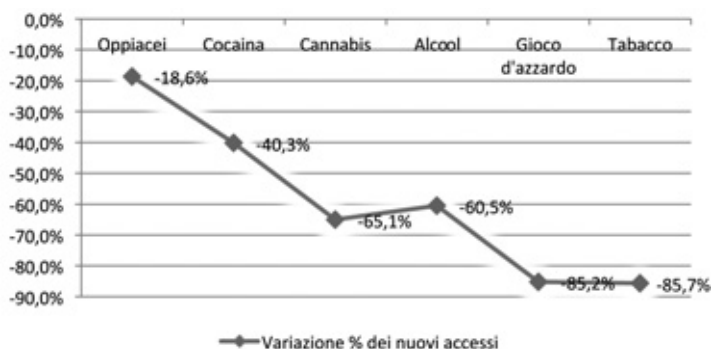
I grafici 1 e 2, mostrano molto bene la riduzione, anche in percentuale, degli accessi dei nuovi pazienti ai servizi, comparando il dato dal primo marzo al 30 aprile dei due anni presi in considerazione, 2019 e, per l'appunto, il 2020.

Per tutte le categorie di pazienti si è assistito ad un decremento dei nuovi accessi nel periodo considerato anche se i pazienti con disturbo da uso di oppiacei è quella che ha avuto una riduzione minore. Dato che potevamo aspettarci per motivi differenti:

Graf. 1 - Nuovi accessi 2019-2020



Graf. 2 - Variazione percentuale dei nuovi accessi



- molti dei soggetti in via di guarigione, soprattutto l'area di controllo (Prefettura, Tribunali etc), ha interrotto qualunque attività andando ad incidere sull'accesso di pazienti con consumo di cocaina o cannabis e alcool;
- spontanea riduzione dell'accesso per tabagisti, per un'oggettiva paura di contagio, per una riduzione della motivazione a smettere nel periodo e per l'assenza di ostacoli nel reperimento del tabacco;
- marcata riduzione anche per i giocatori d'azzardo per la paura del rischio di contagio ma anche perché la chiusura delle sale ha evidentemente annullato la sintomatologia correlata;
- anche per l'alcol una marcata riduzione dovuta a diversi motivi: oltre alla riduzione dell'attività di controllo, indubbiamente la facilità di reperire l'alcol a domicilio e sedare l'ansia o la deflessione del tono dell'umore correlata al lockdown, ha ridotto le motivazioni a chiedere una terapia;
- un altro motivo è da ricondurre alla riduzione del personale con un aumento dei tempi d'attesa per le prime visite/colloqui.

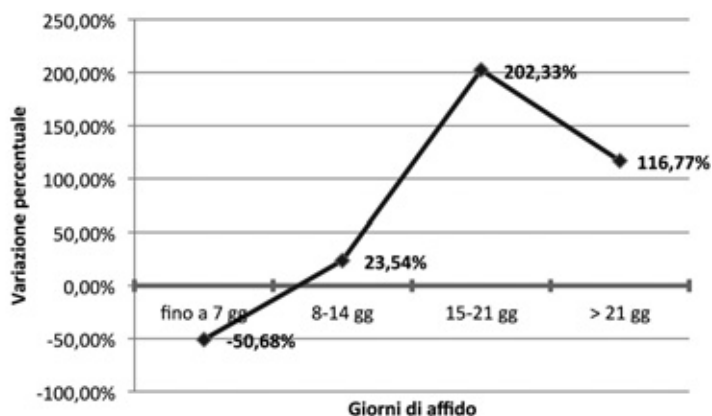
Analisi dei trattamenti farmacologici con farmaci agonisti per il disturbo da uso di oppiacei

Una delle prime modifiche organizzative adottata al fine di ridurre l'assembramento dei pazienti è stata quella di prolungare l'affidamento dei farmaci.

Il grafico 3 descrive la variazione nel bimestre del 2020 rispetto all'analogo periodo del 2019; appare evidente come ci sia stata una modifica del prolungamento degli affidi rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente.

Vi è una riduzione del 50% negli affidi inferiori ad 1 settimana e un netto incremento rispettivamente del 200% e del 100% negli affidi di 3 e 4 settimane.

Graf. 3



A seguito del prolungamento del periodo di affidamento del farmaco, abbiamo voluto analizzare due fenomeni importanti nella gestione dei trattamenti farmacologici sostitutivi: il "missing", cioè la mancata assunzione del farmaco perché il paziente non si presenta correttamente all'ambulatorio delle terapie farmacologiche ed il misuso/diversione, fenomeno letto attraverso un indicatore indiretto quale l'integrazione del dosaggio.

È evidente che i fenomeni di misuso e diversione sono molto differenti fra loro: mentre il primo può indicare un'inadeguata prescrizione, la seconda rappresenta un rischio clinico importante della gestione dei trattamenti.

È altrettanto evidente che l'indicatore scelto non sia elemento di certezza rispetto ai due fenomeni ma rappresentiamo un buon compromesso.

Abbiamo considerato tutti i trattamenti considerati "sostitutivi" (metadone cloridrato, levometadone, buprenorfina, buprenorfina/naloxone, sodio oxibato).

Nella tabella 4 è riportata l'analisi delle giornate prescritte, delle giornate erogate e delle giornate non erogate nel periodo 1 marzo 30 aprile dei due anni considerati.

Il prolungamento del periodo di affidamento del farmaco ha permesso la riduzione delle giornate "missing" ed il dato risulta statisticamente significativo.

La tabella 5 riporta invece il numero di giornate con integrazioni del dosaggio rispetto a quelle senza integrazione.

Pur non essendo statisticamente significativo, riteniamo questo dato estremamente soddisfacente; innanzitutto perché le giornate di integrazione sono comunque inferiori all'1% di quelle erogate, dato che ci sembra decisamente positivo, in secondo luogo perché il prolungamento dell'affidamento del farmaco non pare aver inciso con un incremento della diversione/misuso dello stesso.

Tab. 4 - Terapie farmacologiche "sostitutive"

	2019	2020
Giornate di prescrizione	86.929	85.365
Giornate erogate	79.334	79.322
Giornate non erogate*	7.595	6.043
Percentuale di giornate non erogate su prescritte	8,74%	7,08%

* The p-value is < 0.00001. Significant at $p < .05$.

Tab. 5 - Terapie farmacologiche "sostitutive"

	2019	2020
Giornate erogate	79.334	79.322
Giornate erogate senza integrazione	78.644	78.610
Giornate erogate con integrazione*	690	712
Percentuale giornate con integrazione sulle erogate	0,87%	0,90%

* The p-value is .553172. Not significant at $p < .05$.

L'attivazione di programmi in Comunità Terapeutiche si sono resi necessari soprattutto per pazienti senza fissa dimora.

Le difficoltà sorte sono state perché tale accesso veniva subordinato, oltre che dalla presenza di posti disponibili, dall'effettuazione di tamponi per intercettare eventuali infezioni Covid-19 o dalla possibilità della comunità di collocare l'utente in una stanza di isolamento precauzionale per 15 giorni.

Considerazioni

Nel giugno 2020 l'osservatorio europeo sulle droghe e le tossicodipendenze (EMCDDA) ha pubblicato i risultati di un lavoro articolato di indagine sull'impatto della pandemia da SARS-CoV-2, sui consumatori di sostanze, il mercato illegale e l'offerta di cura in Europa (7).

Dati preliminari suggeriscono una complessiva riduzione nell'uso di droghe in Europa durante i primi tre mesi della pandemia, in particolare:

- l'uso di **cocaina e MDMA** appare essere quello maggiormente ridotto, molto probabilmente legato alla chiusura del divertimento notturno e alle misure di restrizioni della vita sociale;
- la riduzione dell'uso di queste sostanze è stato confermato dagli studi sulle acque reflue in varie città europee;
- per quanto concerne la **cannabis** il quadro è invece molto più variabile con aree di incremento e aree di riduzione;
- aree di marcata riduzione della fornitura di **eroina** è stato riportato e in alcuni casi ha avuto come risultato l'incremento dei trattamenti sostitutivi;
- generalmente si è avuto un incremento del consumo di **alcol** e contestualmente anche quello di farmaci prescritti, principalmente benzodiazepine.

Un'indagine web based condotta da EMCDDA, "The European Web Survey on Drugs – impact of Covid-19 on patterns of use" ha visto la partecipazione di 10.600 persone che hanno completato il questionario online (circa 30 domande) in una delle 21 lingue disponibili tra 8 April e 25 May 2020.

La riduzione del consumo è imputata principalmente a tre cause:

- poche opportunità di utilizzare droghe;
- ridotta disponibilità di sostanze;
- ridotta capacità di recuperare le sostanze.

Il 50% del campione ha risposto da Estonia, Spagna, Italia e Finlandia.

Dal punto di osservazione del mercato illegale di droga (8), emerge quanto segue:

- le restrizioni globali sui viaggi **hanno temporaneamente avuto un impatto perturbativo sul mercato** della droga portando in alcuni paesi a carenze ed incremento del prezzo, ma la situazione è soggetta a rapidi cambiamenti;
- in alcuni paesi è riportato un **aumento dei prezzi ed una riduzione della purezza** a livello del consumo, indicativo di una difficoltà di rifornimento;
- **le organizzazioni criminali danno prova di grande resilienza** adattando il “modus operandi” alla situazione attuale e ad eventuali variazioni;
- l’ambiente “volatile” del business criminale nella catena di distribuzione in Europa **sembra aver incrementato il livello di violenza** a livello della media e bassa distribuzione;
- la consegna a domicilio, la minor necessità del contatto faccia a faccia, la minor dipendenza dal contante, sembra essere aumentato a livello individuale ipotizzando che queste modifiche comportamentali persisteranno a lungo;
- la produzione di droghe sintetiche in Europa continua come evidenziato dai sequestri e dalla scoperta di laboratori in Olanda e Belgio.

Tuttavia in Europa e globalmente, la domanda di droghe sintetiche si è clamorosamente ridotta come diretta conseguenza del blocco del divertimento notturno.

Infine, per quanto riguarda l’offerta di trattamento in UE e Norvegia la pandemia ha avuto un impatto importante:

- in 15 paesi vi è stata una riduzione dell’offerta di trattamento;
- in 5 nessuna variazione;
- in 2 un lieve incremento;
- nel 60% dei paesi vi è stata una chiusura o riduzione netta dei trattamenti ambulatoriali psicosociali;
- in oltre il 40% i trattamenti sostitutivi nei centri specializzati;
- in oltre il 50% i trattamenti in centri non specialistici (MAP);
- in oltre il 60% i trattamenti in ospedale;
- in oltre il 40% i trattamenti residenziali.

Gestire la propria dipendenza in questa situazione è risultato essere anche molto complesso; sui giornali sono apparse notizie da varie provincie dalle quali si è appreso che persone hanno violato la quarantena per procurarsi sostanze stupefacenti illegali; complessivamente possiamo dire che, avendo ben compreso la situazione, il comportamento dei pazienti è stato diffusamente attento alle regole, sia formali, che relazionali.

Non è sopraggiunta nessuna segnalazione di intossicazioni da farmaci sostitutivi o di denunce per cessione illegale.

Solo in pochissimi casi, gestiti positivamente dal personale medico ed infermieristico, vi sono state contestazioni relative alle misure di sicurezza attuate, quali uso di mascherine, accessi singoli e distanziamento in attesa.

Nel nostro ambito possiamo dire che la solidarietà tra colleghi ed il rispetto verso i pazienti si è rivelata una modalità di cura “reciproca” che ha permesso di mantenere il servizio attivo malgrado le molte assenze per malattie (in gran parte dovute al Covid).

La criticità riscontrata riguardo a colloqui a distanza è che non sempre i pazienti hanno riferito di possedere la possibilità di collegarsi attraverso internet o con telefoni idonei per effettuare le videochiamate.

La stessa soppressione di numerose corse di mezzi pubblici (soprattutto autobus) ha talvolta reso difficile l’accesso al servizio.

Dalla parte degli utenti

Alcuni pazienti hanno manifestato stati ansioso-depressivi, causati, oltre che dal timore relativo alla situazione, dai numerosi lutti che hanno colpito i loro familiari (padre e/o madre, fratelli e o sorelle, parenti), amici e colleghi di lavoro, anche giovani; ciò, a volte, ha comportato una ricaduta nel consumo, spesso però estemporaneo; alcuni hanno pagato il conto anche sul piano strettamente fisico (inappetenza, dimagrimento); gli alcolisti hanno vissuto meglio l’isolamento, perché nonostante la chiusura dei bar, non è mancata la reperibilità nei negozi e supermercati; alcuni utenti, soprattutto se impegnati nell’assistenza domiciliare di familiari contagiati, ma non ricoverati, o causa l’allentamento del controllo tossicologico, hanno segnalato un incremento del potus; alcuni hanno approfittato per provare a sperimentare una riduzione del consumo, così come eroinomani e cocainomani, che hanno avuto qualche difficoltà in più a reperire la sostanza; in ogni caso, i canali di rifornimento non si sono estinti, ma sembra che sia peggiorata la qualità delle sostanze reperite e che sia aumentato il mercato grigio dei sostituti, dato questo apparentemente in contraddizione con quanto riportato in precedenza sul non apparente incremento delle diversioni; negli utenti abbiamo potuto osservare svariati comportamenti ed anche specifici meccanismi di difesa slatentizzati dall’emergenza sanitaria e dal relativo lockdown: chi ha tratto beneficio ed ha utilizzato l’isolamento forzato come scusa per astenersi, facendo i conti con lo “stare senza”, chi invece si è dato il permesso di astenersi e di sentire il sapore delle emozioni sottese e dell’arousal ritrovato, chi ha non ha avuto remore ad uscire e proseguire invincibilmente il consumo “tout court”, chi ha sofferto la perdita temporanea dell’unico contesto relazionale ancora disposto ad accoglierlo ed ascoltarlo, chi ha manifestato riconoscimento perché il Servizio “comunque c’era”, chi ci ha marciato, adottando la scusa del Covid-19 come madre di tutte le giustificazioni, per diradare o annullare il programma concordato, chi da lupo solitario schizoide, avendo una sacrosanta giustificazione, si è crogiolato in un bozzolo di compiaciuta solitudine, chi dapprima ha gioito per lo stop lavorativo, ma poi si è trovato apatico, appesantito e preoccupato per le possibili conseguenze, chi stava per iniziare un lavoro ed è rimasto a bocca asciutta, orfano del riscatto sociale tanto atteso, chi ha reagito in maniera igienicamente ossessiva, chi ha scoperto un inaspettato attaccamento alla vita, chi ha aggiunto un’altra tacca ad una vita già provata da traumi e lutti, chi si è barricato in una sua dimensione, distaccandosi e disinteressandosi delle questioni familiari, chi ha inaspettatamente riannodato relazioni familiari smarrite o assopite e, infine, chi ha dovuto fare i conti con dinamiche familiari obbligate, divenute via via insostenibili.

Dalla parte degli operatori

“Inizialmente mi sembrava una delle tante notizie mediatiche; quando poi è scoppiata l’emergenza mi sono seriamente preoccupata e sono andata totalmente in burn-out poiché non sapevo come affrontarla, cosa aspettarmi, cosa fare. Mi sembrava tutto surreale. Non capivo inoltre se il problema fosse solo in Lombardia o potesse realmente arrivare anche in, visto che sentendo i miei genitori, amici e parenti la situazione li appariva molto più calma e pacata. Avevo paura che succedesse qualcosa ai miei genitori e non potessi raggiungerli. Al lavoro mi hanno dato forza i colleghi, l’équipe. Ho capito che un’équipe

solida fa la differenza; credo che questo sarà un periodo difficile da dimenticare; i riflessi dello stress accumulato continuo a portarli addosso; con il tempo passeranno, ma il ricordo di questa guerra silenziosa non credo passerà”.

“Ho vissuto costantemente in bilico tra un forte senso di etica professionale e l’ansia e la preoccupazione di ammalarmi e lasciare i miei bambini senza mamma o di contagiare loro e mio marito”.

Così scrivono operatrici Ser.D., che probabilmente interpretano sentimenti comuni agli altri, soprattutto i più giovani, ma non solo, perché tutti, anche chi per dovere, posizione o anzianità, ha ostentato più sicurezza ha dovuto fare i conti con tensioni, paure, stress provocate dalla situazione, evoluta in maniera talmente veloce da non consentire un adattamento graduale; in alcuni casi, sono state prese decisioni autonome perché non c’era il tempo di attendere indicazioni top down, abbiamo dovuto sostituirci ai colleghi assenti, preoccupati per le loro condizioni di salute, attivarci per tutelare, ancora una volta, la salute dei nostri utenti, garantendo loro, per quanto possibile cure e terapie, attivando canali di comunicazione alternativi, e, ove necessario, facendoci carico di contenere lutti e timori; inoltre, come possibili portatori di contagio, abbiamo dovuto prendere provvedimenti, anche di isolamento post-lavorativo, per tutelare la salute delle nostre famiglie, perdendo, proprio in un momento di particolare bisogno, il conforto di un abbraccio familiare, ciò che ha colpito, in particolare modo, operatrici/tori con figli in età infantile o preadolescenziale.

Le nuove modalità di lavoro sono state attivate abbastanza rapidamente e tutti si sono adeguati senza remore; il gruppo di whatsapp è stato utilissimo, sia per scambiarsi informazioni, notizie e stati d’animo, sia per cercare di confortare a distanza i colleghi in quarantena, che, se in condizioni di salute poco compromesse, hanno anche collaborato ad alcune attività in corso; lasciamo una considerazione finale ad un’altra operatrice: “Infine, ho capito che non è quanto grande possa essere la tragedia che la rende tale, ma è la nostra percezione e la nostra reazione a definirne l’entità, che sta a noi andare a letto guardando la conta dei morti o quella dei vivi, che sta a noi recuperare lo stimolo per lavorare in altro modo con i pazienti, che sta a noi decidere se lamentarci per guanti e mascherina o essere contenti di avere dei dispositivi di protezione”.

Cosa ha evidenziato la situazione

I pazienti con problematiche di addictions sembrano aver avuto elevate capacità di adattamento ad una situazione che è cambiata improvvisamente.

Il lockdown imposto dall’Italia ha sicuramente reso più difficile l’accesso a sostanze stupefacenti (mentre non ha significativamente influito sull’acquisto di alcol e sigarette).

Con la gente obbligata a stare in casa e le forze dell’ordine a controllare chi circola, è diventato più difficile non essere notati.

Sembra si siano interrotti anche altri canali di spaccio come la fornitura di stupefacenti a domicilio. Non si è avuto quello che si temeva maggiormente, ovvero un elevato accesso di pazienti eroinomani in astinenza o che avevano bisogno dell’attivazione rapida di interventi farmacologici. L’affido prolungato si è dimostrata una strategia vincente, sia per ridurre gli spostamenti dei pazienti, che per supplire a problemi organizzativi dei servizi che improvvisamente si sono trovati con un numero significativamente ridotto di professionisti.

Tale affido naturalmente è stato accompagnato da un momento iniziale di counselling, riguardo alla conservazione in sicurezza e soprattutto dalla fornitura, già fatta nel mese di novembre, a tutti i pazienti in trattamento sostitutivo, di un kit con due confezioni di naloxone spray nasale e informazioni sull’utilizzo e sulle modalità di prevenzione del rischio overdose.

In merito all’overdose involontaria da oppiacei è uscito anche interessante articolo (Carlson, Daniulaityte, Silversteing, Nahhas & Martins, 2020) in cui l’uso di buprenorfina non prescritta è associata comunque a minor rischio di sovradosaggio; quindi una potenziale conseguenza di riduzione del danno derivante dalla diversione.

La soluzione dell’affido prolungato è stata ben accolta dai pazienti oltre che per ragioni di ridotti spostamenti anche, riportando una osservazione, perché “meno vado al Ser.D. meglio è”. In un caso un paziente con affido mensile, cogliendo l’occasione del lockdown, ha effettuato autonomamente una riduzione del dosaggio fino a 10 mg di metadone cloridrato sciroppo senza riportare problematiche astinenziali o di craving verso la sostanza illegale.

Uno scenario prefigurato dal NIDA è l’ipotesi che i consumatori di sostanze stupefacenti si stiano rivolgendo al mercato illecito presente nel dark web.

Questo però non è stato riportato dai pazienti seguiti nelle valutazioni effettuate.

Viene invece raccontato da vari organi di stampa che nel solo mese di marzo la vendita legale on-line di cannabis light (livello massimo di THC tollerato sino allo 0,6%) in Italia abbia superato la vendita di tutto il 2019.

Si ritiene che questo aumento del consumo sia in parte dovuto agli effetti rilassanti del cannabidiolo-CBD (presente in quantità significativa che può raggiungere anche il 35% in alcune preparazioni), ma, soprattutto, ai consumatori abituali di cannabis illegale che a causa della quarantena hanno difficoltà ad acquistare tale prodotto sul mercato illegale.

I pazienti cocainomani, da alcuni colloqui effettuati, hanno riferito significativa riduzione, talvolta anche cessazione, dell’uso, riportando anche diminuzione del craving.

In una intervista un paziente riferiva di un mercato più difficile e rischioso, stante i numerosi controlli da parte della polizia, e quindi con maggiore difficoltà a acquistare cocaina, ma che nel suo vissuto era un po’ come quando andava in vacanza.

Lui, importante tabagista, riusciva a resistere alle diverse ore di aereo senza fumare lamentando un craving basso; così come quando arrivava nella località scelta, a volte trovava la cocaina e a volte no, questo lo sapeva e lo accettava.

Non è come a casa quando la cocaina la puoi usare sempre, avendo facilità di acquisto e quindi il livello di craving è elevato.

In particolare quando l’utilizzo è associato a momenti di socializzazione in ambienti ricreazionali (bar, pub, discoteche)

I pazienti con problematiche di addiction spesso riportano di aver vissuto eventi traumatici (Cottler, Compton & Mager, 1992; Farley, Golding, Young, Mulligan & Minkoff, 2004; Norman, Tate, Anderson & Brown, 2007).

Nelle donne i traumi più diffusi sono fisici e sessuali, invece gli uomini riferiscono eventi traumatici di origine non sessuale (Ouimette, Kimerling, Shaw & Moss, 2000; Teegen & Zumbek, 2000).

Ciò può far ipotizzare che siano una popolazione vulnerabile, particolarmente sensibile a situazione stressanti e più predisposta a rispondere a in modo disfunzionale agli eventi avversi della vita. L’emergenza Covid-19 è l’esempio di come un pensiero

lineare sia riduzionista e poco rappresentativo della complessità dell'esperienza umana.

Tossicodipendenti e alcolisti durante la fase pandemica hanno dimostrato di essere capaci di adattarsi al cambiamento, mettendo in atto velocemente comportamenti funzionali alla situazione. Ciò non si è dimostrato essere un tratto caratteristico della popolazione generale, basti pensare all'iniziale boicottaggio dei divieti e all'aumento esponenziale di disturbi d'ansia, di stati depressivi e di disturbi del sonno (Banerjee, 2020; Duan & Zhu, 2020; Rubin & Wessely, 2020).

La risposta adattiva dei pazienti con una dipendenza, ad una prima analisi, si può ricollegare a diversi fattori.

In primis, le loro vite spesso caratterizzate da traumi, stress e relazionali disfunzionali li hanno resi resilienti, capaci di cambiare e di vivere sul filo di un rasoio (Breslau, Kessler, Chilcoat, Shultz, Glenn, Davis, Andreski, 2008; Rosenheck & Fontana, 2003; Werner & Smith, 1982).

In secondo luogo i SerD non sono mai stati chiusi e gli specialisti della salute mentale (medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali, educatori) sono, anche se spesso in numero ridotto, sempre stati presenti e rimasti un punto di riferimento stabile a cui rivolgersi, sia personalmente, che per via telefonica.

In quest'ottica la relazione tra paziente e operatore si può ipotizzare abbia svolto una funzione protettiva.

Nel resto del mondo, i servizi per le dipendenze non sono distribuiti capillarmente come accade in Italia e spesso sono a pagamento.

La letteratura internazionale avanza preoccupazione rispetto alla gestione della quarantena per i tossicodipendenti, ma questo timore è probabilmente influenzato dal quadro di servizi a loro disposizione (Kumar Kar, Yasir Arafat, Sharma, Dixit, Marthoenis & Kabir, 2020; Russel, 2010). Ovviamente, questa epidemia avrà importanti ripercussioni sulla società, ma può essere un momento per ripensare alla salute mentale in un'ottica complessa, che non consideri solo il danno, ma anche le risorse e riscopra il valore della relazione terapeutica (Safran & Muran, 2003; Ugazio, 2018).

Le modalità introdotte, come il dare maggiore fiducia ai pazienti nella gestione della terapia e tecniche sempre più allargate di teleassistenza potrebbero nel tempo cambiare la modalità di approccio al problema dell'addictions.

Una chiave, un approccio anche in senso trasformativo e terapeutico, in grado di riservare piacevoli e un po' inaspettate sorprese.

Bibliografia

- Banerjee D. (2020). The COVID-19 outbreak: crucial role the psychiatrist can play. *Asian Journal of Psychiatry*, 20.
- Breslau N., Kessler R.C., Chilcoat H.D., Schultz L.R., Davis G.C. Andreski M.A. (1998). Trauma and Posttraumatic Stress Disorders in the Community. *Archive of General Psychiatry*, 55: 626-632.

- Carlson R.G., Daniulaityte R., Silversteing S.M., Nahhas R.W., Martin S.S. (2020). Unintentional Drug Overdose: Is More Frequent Use of Non-Prescribed Buprenorphine Associated With Lower Risk of Overdose? *International Journal of Drug*, 79.
- Cottler L.B., Compton W.M., Mager D. (1992). Posttraumatic stress disorder among substance users from the general population. *American Journal of Psychiatry*, 149, 664-670.
- Duan L., Zhu G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*. doi: .1016/S2215-0366(20)30073-0.
- ECDC www.ecdc.europa.eu/en/cases-2019-ncov-eueea.
- EMCDDA Trendspotter briefing: impact of COVID-19 on patterns of drug use and drug-related harms in Europe. www.emcdda.europa.eu/publications/ad-hoc-publication/impact-covid-19-patterns-drug-use-and-harms_en.
- EMCDDA Resources on COVID-19 and drug markets. www.emcdda.europa.eu/publications/ad-hoc-publication/covid-19-and-drug-markets-resources/html_en.
- Farley M., Goldring J., Young G., Mulligan M. & Minkoff J.R. (2004). Trauma Story and relapse probability among patients seeking substance abuse treatment. *Journal of Substance abuse treatment*, 27: 161-167.
- Kumar Kar S., Yasir Arafat S.M, Sharma P., Dixit A., Marthoenis M., Kabir R. (2020). *Asian Journal of Psychiatry*, 51.
- Ministero della Salute. www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus.
- NIDA-National Institute on Drug Abuse. Accessed Aprile, 6, 2020. www.drugabuse.gov/about-nida/noras-blog/2020/04/covid-19-potential-implications-individuals-substance-use-disorders.
- Norman S.B., Tate S.R., Anderson K.G., Brown S.A. (2007). Do trauma history and PTSD symptom influence addiction relapse context? *Drug and Alcohol Dependence*, 90: 89-96.
- Quimette P.C., Kimerling R., Shaw J., Moos R.H. (2000). Physical and sexual abuse among women and men with substance use disorders. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 18: 7-17.
- Rosenheck R., Fontana A. (2003). Use of mental health services by veterans with PTSD after the terrorist attack of September 11. *American Journal of Psychiatry*, 160: 1684-1690.
- Rubin G.J., & Wessely S. (2020). Coronavirus the psychological effects pf quarantining a city. *The BMJ Opinion*. <http://blogs.bmj.com/2020/01/24/coronavirus-the-psychological-effects-of-quarantining-a-city>.
- Russel B. (2010). Influenza Pandemic, Mental Illness, Addiction. *Journal of Etichs in Mental Health*, 5(1): 1-5.
- Safran J.D., Muran, J.C. (2003). *Teoria e pratica dell'allenza terapeutica*. Roma: Laterza.
- Starting Finance. Accessed April, 16, 2020. Cannabis light: in Italia solo a marzo più vendite on-line di tutto il 2019. www.startingfinance.com/news/cannabis-light-italia-vendite-marzo.
- Teegen F., Zumbek S. (2000). Prevalence of traumatic experiences and posttraumatic stress disorders in substance dependent person: A exploratory study. *Psychotherapeutics*, 45: 44-49.
- Ugazio V. (2018). *Storie permesse, storie proibite. Polarità semantiche e psicopatologia*. Torino: Bollati Boringhieri
- Werner E.E., Smith R.S. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York: McGraw-Hill.

🔍 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

Barriers for HCV treatment in Italian Drug Abuse Service: Data from a multicentric observational study (SCUDO Project)

Felice Alfonso Nava*, Alfio Lucchini**, Marco Riglietta***, Liborio Cammarata****, Paola Fasciani^o, Giovanni Tavanti^{oo}, Paola Trotta^{oo}, Lucia Trevisi^{ooo}

SUMMARY

■ *The epidemiological data suggests that people who use drugs (PWUDs) are the most important “reservoir” for the spread of HCV infection. For this reason PWUDs should be included in all HCV elimination plan as priority target for treatment.*

We performed an observational study in 5 Italian Drug Abuse Services (SerDs) with the main aims to determine: 1) the prevalence of HCV infection in PWUDs; 2) the most important barriers to HCV treatment.

Of the about 4,000 drug users included in the study only about the 36% was tested and of them the 20% were anti HCV positive; only about the 60% of the HCV RNA positive patients were treated.

The study showed several important barriers to the screening, especially when cannot used rapid tests and/or if test is not proposed periodically, and to the linkage to care, in particular when the HCV treatment cannot be given inside the SerDs.

The study has also revealed as the harm reduction measures as suggested by WHO are not offered to all PWUDs. In conclusion the study suggests how inside the SerDs the barriers for HCV treatment that can be overcome with a simpler model of treatment as represented by the point of care. ■

Keywords: HCV, PWUDs, Point of care, DAAs, Harm reduction.

Parole chiave: Epatite C, Persone che utilizzano sostanze, Point of care, Farmaci antivirali ad azione diretta, Riduzione del danno.

Introduction

The epidemiological data suggests that in the developed countries about 20 millions of people who use drugs (PWUD) are HCV positive (WHO, 2017). Between drug users the most important risk factor is represented by intravenous drug use (Nelson *et al.*, 2011). In Europe the epidemiological data suggests that there are about 3 millions of people who inject drugs (PWIDs), corresponding to

about 67% of HCV positive subjects (Nelson *et al.*, 2011). The majority of infected PWIDs are unaware of their status (Heimbach *et al.*, 2017; WHO, 2017). The clinical evidence has also shown that the drug users are the most important “reservoir” of the infection and they may contribute to the maintenance of HCV infection in the general population (Taherkhab, Farshadpour, 2017).

PWIDs are a key population in the global HCV control and they, independently of their disease severity, should be treated as priority target (Grebely, Dore, 2017; Martin *et al.*, 2013). Fortunately, the Direct Antiviral Agents (DAAs) have shown to be efficacy and well tolerated in drug users and their use, together the harm reduction measures, are “powerful weapons” able to contribute to eliminate HCV in drug users (Alimohammadi *et al.*, 2018).

In Italy there is one of the most elevated prevalence of HCV. The data estimates that up to 60% of drug users are HCV positive and that about of 90,000 people that use drugs live with HCV (Nava *et al.*, 2018a). The most of them are not yet tested, diagnosed and/or treated (Nava *et al.*, 2018a) due to existence of important barriers for the treatment (Grebely *et al.*, 2017).

* Public Health Service, Penitentiary Medicine and Drug Abuse Service Padua.

** Department of Mental Health and Addiction Medicine, ASST Melegnano-Martesana, Milano.

*** Drug Abuse Service, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo.

**** Department of Addiction Medicine, ASL di Novara.

^o Drug Abuse Service, ASL n. 2 Abruzzo.

^{oo} Drug Abuse Service Sud Est 1 Firenze, USL Toscana Centro.

^{ooo} Department of Pharmaceutical and Pharmacological Sciences, University of Padua.

The main aim of this study is to determine the prevalence of HCV in the PWUDs treated in the Italian Drug Abuse Services (SerDs) and to identify the most important barriers for treatment in order to remove them and make simpler the HCV treatment in drug users.

Methods

Between January and December 2017 was conducted an observational study in 5 representative Italian Drug Services (SerDs) of North and Centre Italy.

The main aims of the study were: 1) to collect the HCV cascade data inside the SerDs at 31 December 2017 (pre-intervention period); 2) to align the clinical procedures of the SerDs to Italian

best practice for HCV treatment in drug users; 3) to collect the HCV cascade data inside the SerD at 31 December 2018 (post-intervention period); 4) to identify inside SerDs the main barriers to treatment in order to develop specific actions able to remove them. The alignment on the best practice inside the SerDs was conducted during the 2018 through three periodic prospective audits conducted by clinical experts and the principal investigators of the study. As gold standard were considered the best clinical practices for HCV treatment approved by the Italian Societies of Addiction Medicine (FeDerSerD), Infection Diseases (SIMIT) and Penitentiary Medicine (SIMSPE) (Nava *et al.*, 2018a) (Table 1). The statistical analysis was performed using the Graph Pad vers. 8.4.3. Continuous variables were summarized as mean and stan-

Tab. 1 - Patient's journey of HCV infected drug users according an integrated and multidisciplinary management as suggested by the Italian best practices (Nava et al., 2018a)

<i>Who</i>	<i>Action</i>	<i>Description</i>	<i>Frequency</i>	<i>When</i>
<i>Screening</i>				
Addiction Specialists	Screening test	Test proposal (HCV-Ab) to the patient for the screening of HCV infection	Periodical	At entry and if negative every 6 months
	Counseling (Harm reduction)	Information about disease, the methods of transmission, ecc.	Periodical	At entry and at every test
	Diagnostic analysis	Diagnosis confirmation (HCV RNA test, genotype, ALT, etc.)	One time	After a positive test
<i>Referral</i>				
Addiction Specialists	Motivational counseling to treatment (Harm reduction)	Motivates the patient to undertake the treatment, illustrating to the patient the advantages of DAAs therapy	One time	At the end of the diagnostic evaluation process
	Referral to specialist	Send the patient to the specialists of infection disease/hepatologists for treatment start	One time	When the patient is ready from the motivational point of view
<i>Treatment, Monitoring, Follow up</i>				
Specialists of Infection Diseases/Hepatologists	Treatment's eligibility criteria evaluation	Evaluate the patient requisites to access to DAAs treatment (e.g. Fibroscan® analysis)	One time	When the patient is sent by the SerD
	Counseling (Harm reduction)	Inform the patients how DAA act and how to prevent re-infection	One time	Before the start of treatment
	DAAs treatment	Treatment choice on the bases of clinical need	One time	After patient consent of treatment
	Treatment monitoring	Evaluate treatment compliance and the presence of eventual comorbidities	Periodical	During the treatment
	Treatment monitoring	Evaluate the SVR (HCV RNA test)	One time	12 weeks after starting treatment
	Follow up (in cirrhotic and complex patients)	Serological control (HCV RNA test) and clinical evaluation	Periodical	3 and 6 months after the end of the treatment

Tab. 1 - Continued

Who	Action	Description	Frequency	When
Addiction Specialists	Treatment monitoring	Evaluate the presence of psychiatric, behavioral and substance abuse co-morbidities	Periodical	During the treatment
	Follow up (in not cirrhotic patients)	Serological control (HCV RNA test)	Periodical	3 and 6 months after the end of the treatment
	Screening monitoring and harm reduction measures	Control of re-infection (HCV RNA test) and re-infection prevention	Periodical	Every 6 months

dard deviation, and categorial variables as absolute and relative frequencies. For continuous variables, the differences were evaluated by t test; categorical variables were compared by the chi-square test, as appropriate. Comparison between group was made using the paired t test. Differences were considered statistically significant at $P < .05$.

The study was conducted in accordance with the international guidelines and with the Helsinki Declaration. All patients signed an informed consent for the collection and storage of their data for research purpose.

Results

The subjects followed up at the SerDs in the pre-intervention and post-intervention period were 4,486 and 5,579, respectively, and their demographic characteristics are shown in Table 2.

Only some SerDs took in treatment the “vulnerable people” (i.e. subjected that show individual, familiar and/or environmental

vulnerable factors that induce to use drugs of abuse) and/or “occasional users” (i.e. persons with risk behaviors that use sometimes drugs) (Table 3).

Fig. 1 shows the HCV cascade in the two periods considering all the PWUD population evaluated. Compared with the pre-intervention period, the number of subjects tested for anti-HCV, referred and treated was similar, although the HCV cascade was higher in the post-intervention period.

The main barriers detected in the SerDs in the pre-intervention and post-intervention periods are shown in Table 4. The data indicate that the most important barriers are correlated with the screening (lacking of rapid tests and of the test-retest procedures), the referral (lacking specific inter-professional collaboration procedures between specialists), the treatment (lacking HCV specialist inside SerDs), and the harm reduction measures (that are not fully applied inside the SerDs). As shown in Table 2 the audit sessions made inside the SerDs in order to develop the best practices for HCV treatment were able to improve the actions only in some areas, such as the counseling interventions and to increase of the points for blood-samples collection inside the SerDs.

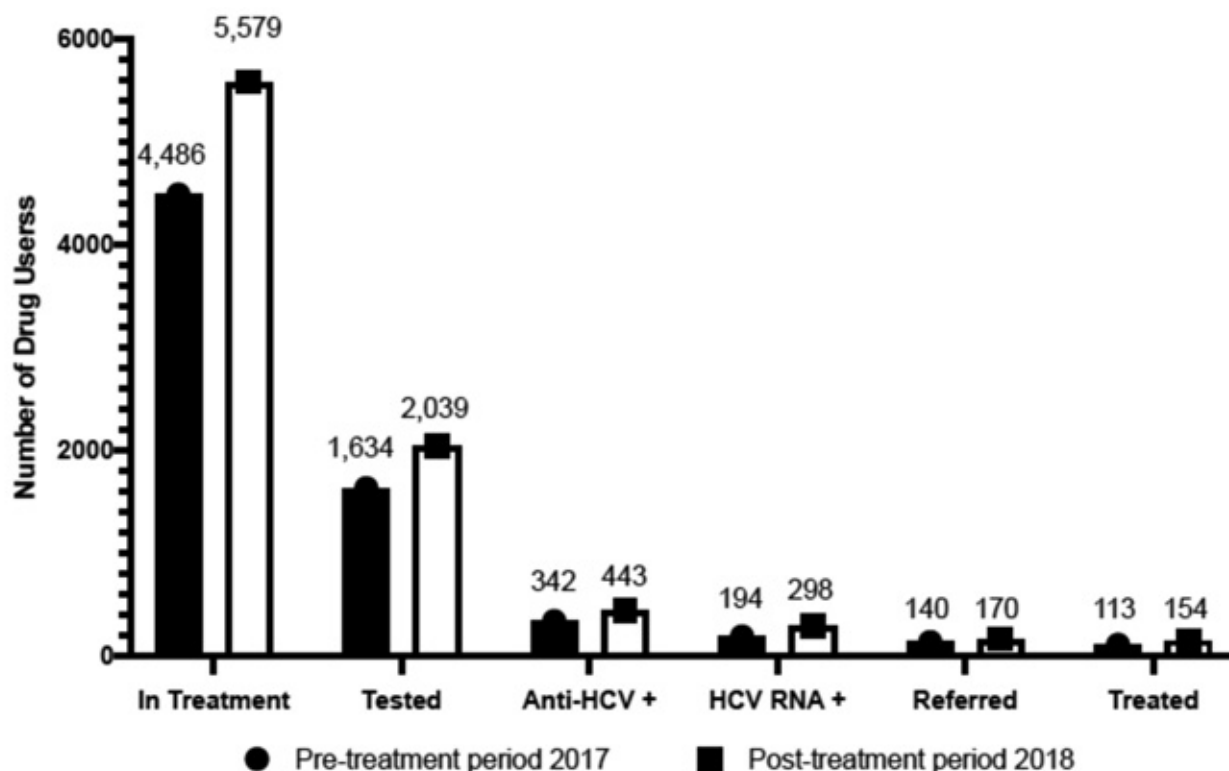
Tab. 2 - Characteristics of subjects follow up at the SerDs in the pre-intervention (2017) and post-intervention period (2018)

	2017	2018
N. subjects	4,486	5,579
Male (%)	89	92
Age (mean + S.D.)	41.2 + 8.5	42.4 + 6.9
Years of drug uses (mean + S.D.)	15.5 + 3.2	16.7 + 2.5
OST (%)	84	87
PWIDs (%)	55	58
Non-PWIDs (%)	45	42

Tab. 3 - Typologies of people take in treatment at the SerDs in the pre-intervention and post-intervention period

	SerD ASST Melegnano-Martisana		SerD Bergamo		SerD Novara		SerD Chieti		SerD Sud Est Firenze	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
People take in treatment										
Vulnerable people	No	Yes	Yes	Yes	No	No	No	Yes	Yes	Yes
Occasional drug users	No	Yes	Yes	Yes	No	Yes	No	Yes	No	No

Fig. 1 - HCV cascade in the PWUDs in the pre-intervention (2017) and post-intervention (2018) periods (Paired t test $p < 0.14$)



Tab. 4 - Main barriers for HCV treatment inside the SerDs in the pre-intervention (2017) and pos-intervention period (2018)

	SerD ASST Melegnano-Martisana		SerD Bergamo		SerD Novara		SerD Chieti		SerD Sud Est Firenze	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Screening										
Rapid test	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Test – Re-test	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes
Counseling	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	No	No
Blood sample collection point	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	No	Yes	Yes
Referral										
Referral per all HCV positive	No	Yes	No	Yes	No	No	No	No	No	Yes
Treatment										
Trattamento inside SerDs	Yes	Yes	No	No	No	No	No	No	No	No
Drug treatment monitoring	Yes	Yes	No	No	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Harm reduction										
All HR actions	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Some HR actions	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes

Discussion

The study shows that only the 36% of people in treatment inside the SerDs are tested for anti HCV both in 2017 and in 2018. Of the tested people the 20% and 21% were resulted anti-HCV positive, respectively at 2017 and 2018. These data does not fit completely with last national epidemiological report (Relazione al Parlamento, 2019) that show that only the 22% of people treated

inside the SerDs are tested and of them the 41% are anti-HCV positive. This discrepancy may be due to the well know methodological bias contained in the annual national report (that does not include in the data all Italian Regions and does not provide a quality control of the data collection).

A previous epidemiological study conducted in 25 Italian SerDs have shown that the prevalence of HCV positive drug users is about 60% (Stroffolini *et al.*, 2012), confirming that the sero-

prevalence of HCV may be varying inside the SerDs by different variables such as age of the patients, the years of drug use, the typologies of the drugs used and their route of administration. In any case the above data confirm that the prevalence of HCV infection in Italian drug users is very high with a range varying of 20-60%.

On the other hand the study confirms that only a very few percentage of drug users are tested inside the SerDs. This is due to the several reasons including the lacking of rapid test, points of blood-collection and by the fact that often the SerDs do not test the subjects at higher risks (such as PWIDs) or the “hidden” at risk population that is represented by vulnerable people and/or occasional users.

The study shows also that another important barrier for HCV treatment is represented by referral that is not offered to all HCV positive patients for several reasons; the most important are the well-known difficulty of the HCV specialist to go inside the SerDs to treat the patients and the lack of inter-collaboration procedures able to facilitate the contact of the patients with the external specialized centers.

Another important limit for HCV treatment is represented by the harm reduction measures that are only partially offered at the drug abusers (Nava *et al.*, 2018a; 2018b). A lack of harm reduction measures may extremely increase the number of re-infection. The literature shows that the re-infection rate in drug users is low (0-5 cases per 100 subjects-year) only if associated with effective harm reduction measures (Cunningham *et al.*, 2015). At this regard the data indicate that the drug users that receive the Opiate substitutive therapy (OST) have a lower rate of re-infection (Rossi *et al.*, 2018).

The study reveals also that several barriers may block the HCV treatment inside of SerDs. The evidence that even an evident effort to align the SerDs to the best practices may not improve the HCV cascade underlines how the main important barriers are due to “structural” (e.g. lacking of rapid tests) and “organizational” limitations (e.g. lacking of HCV specialists inside the SerDs) (Nava, 2019).

The evidence of the present study suggest that only a model of point of care may overcome the barriers for HCV treatment in drug users. The point of care is a model of treatment able to test and treat the drug users inside the SerDs in few and rapid steps. Moreover, the point of care may be included in the outreach programs and may be able to test and treat also the “hidden” drug users that are not yet in treatment in the SerDs.

Another important point raised by the study is the DAAs together the harm reduction measures must be proposed to all drug users independently to the severity of their drug use disorder. Several important study have indicated that harm reduction measures are synergic to DAAs treatment to contribute to HCV elimination (Valencia La rosa *et al.*, 2018). Only the ability of DAAs to cure the HCV infection together to the capacity of the harm reduction measures to reduce the re-infection rate may contribute to the “eradication” of HCV infection in drug users.

The barriers to HCV treatment in drug users may be also overcoming from the elimination of the Italian Drug Agency (AIFA) criteria (AIFA, 2019) that actually require for DAAs treatment of drug users (independently if with a mild and middle severity of the disease - F0-F2) the need of the genotyping and reserve the DAAs prescription only to the HCV specialists.

Finally the study have permitted to identify the main barriers of treatment inside the SerDs suggesting how the point of care may be the most effective model to test and treat the drug users and may contribute to HCV elimination programs.

Notes

This study was financially supported by Gilead Sciences fellowship 2018.

References

- AIFA criteria for HCV treatment (2019). Available from: www.aifa.gov.it/aggiornamento-epatite-c.
- Alimohammadi A., Holrksa J., Thiam A., Truong D., Conway B. (2018). Real-world efficacy of direct-acting antiviral therapy for HCV infection affecting people who inject drugs delivered in a multidisciplinary setting. *Open Forum Infect Dis.*, 5/6: ofy120. doi: 1.1093/ofid/ofy120.eCollection 2018 Jun.
- Cunningham E.B., Applegate T.L., Lloyd A.R., Dore G.J., Grebely J. (2015). Mixed HCV infection and reinfection in people who inject drugs – impact on therapy. *Nat. Rev. Gastroenterol Hepatol.*, 12(4): 218-230.
- Grebely J., Dore G.J. (2017). Treatment of HCV in persons who inject drugs: Treatment as prevention. *Clin. Liver Dis.*, 9(4): 77-80.
- Grebely J., Dore G.J., Morin S., Rockstroh J.K., Klein M.B. (2017). Elimination of HCV as a public health concern among people who inject drugs by 2030 – what will it take to get there? *Journal of the International AIDS Society*, 20: 22146.
- Heimbach J.K. (2017). Overview of the updated AASLD guidelines for the management of HCC. *Gastroenterol. Hepatol. (NY)*, 13(12): 751-753.
- Martin N.K., Vickerman P., Grebely J. *et al.* (2013). Hepatitis C virus treatment for prevention among people who inject drugs: modeling treatment scale-up in the age of direct-acting antivirals. *Hepatology*, 58(5): 1598-1609.
- Nava F.A. (2019). I Ser.D. come presidi sul territorio: il ruolo dei Servizi nell'eliminazione di HCV. *Quaderno di ReAdfiles*, 20(Suppl. 2): 10-15.
- Nava F.A., Alberti A., Andreoni M., Babudieri S., Barbarini G., D'Egidio P.F., Leonardi C., Lucchini A. (2018a). 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., Alberti A., Andreoni M., Babudieri S., Barbarini G., D'Egidio P.F., Leonardi C., Lucchini A. (2018b). Position paper. Per un programma di eliminazione dell'epatite C nella popolazione a rischio dei consumatori di sostanze e dei detenuti. *Mission - Italian Quarterly Journal of Addiction*, 49: 56-61.
- Nelson PK, Mathers B.M., Cowie B., Hagan H., Des Jarlais D., Horyniak D., Degenhardt L. (2011). Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic review. *Lancet*, 378: 571-583.
- Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze (2019). Available from: www.politicheantidroga.gov.it/it/dpa-in-sintesi/relazioni-annuali-al-parlamento/relazione-annuale-al-parlamento-sul-fenomeno-delle-tossicodipendenze-in-italia-anno-2019-dati-2018.
- Rossi C., Butt Z.A., Wong S., Buxton J.A., Islam N., Yu A., Darvishian M., Gilbert M., Wong J., Chapinal N., Binka M., Alvarez M., Tyndall M.W., Krajden M., Janjua N.Z., BC Hepatitis Testers Cohort Team. *J. Hepatol.*, 69(5): 1007-1014.
- Stroffolini T., D'Egidio P.F., Aceti A., Filippini P., Puoti M., Leonardi C., Almasio P.L., DAVIS drug Addictd, HCV prevalence in Italy and epidemiological observational, cross-sectional, multicenter study participating centers. *J. Med. Vir.*, 84(10): 1608-1612.
- Taherkhani R., Farshadpour F. (2017). Global elimination of hepatitis C virus infection: progress and the remaining challenges. *World J. Hepatol.*, 9(33): 1239-1252. doi: 10.4254/wjh.v9.i33.1239.
- Valencia La Rosa J,m Ryan P., Alvaro-Meca A., Troya J., Cuevas G., Gutiérrez J., Moreno S. (2018). HCV seroconversion in a cohort of people who use drugs followed in a mobile harm reduction unit in Madrid: breaking barriers fo HCV elimination. *PLoS One*, 13(10): e0204795. doi: 1.1371/journal.pone.0204795.
- WHO (2017). Global Hepatitis Report 2017. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 2017. Available from: <https://doi.org/10.1149/2.030203jes>.

Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno VII, n. 30

MISSION n. 54

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

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

Servizi di Alcolologia. Le caratteristiche, gli operatori, i pazienti e i trattamenti in Italia

Alfio Lucchini, Felice Nava***

La malattia alcolica rappresenta una delle patologie più impattanti sui sistemi sanitari, sia per le sue conseguenze sulla salute che sociali. L'epidemiologia dell'alcolismo evidenzia dati in costante crescita e interessa molte centinaia di migliaia di italiani.

I Servizi per le Dipendenze (Ser.D.) sono i presidi del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) che hanno il compito istituzionale e le capacità professionali per accogliere e curare in maniera appropriata gli alcolisti, eppure – ancora oggi – poco sappiamo sulle principali modalità di organizzazione clinica, trattamento e valutazione dei soggetti alcolisti che sono presi in carico dai Ser.D.

Molti sono poi i problemi connessi al trattamento dell'alcolismo, fra cui possiamo ricordare: l'accesso alle cure, le modalità di valutazione e di trattamento, l'integrazione dei programmi terapeutici e riabilitativi.

Per questa ragione FeDerSerD e il Centro studi e ricerche CeRCo hanno pensato di proporre circa 20 semplici domande ai clinici dei Ser.D. e Servizi Alcolologici italiani per capire come attualmente gli alcolisti vengono presi in carico territorialmente, quali sono le caratteristiche dei servizi, degli operatori e dei pazienti che sono in trattamento e quali sono gli approcci terapeutici maggiormente utilizzati.

L'obiettivo è facilitare il lavoro di tutti i professionisti dei Ser.D. e soprattutto aiutare i nostri utenti per ricevere dei trattamenti sempre più efficaci e orientati alle best-practices.

* *Psichiatra, past president di FeDerSerD, Milano.*

** *Farmacologo e tossicologo clinico, direttore del comitato scientifico nazionale di FeDerSerD, Padova.*

Premessa metodologica

La survey nazionale è stata curata da FeDerSerD e dal Centro Studi e Ricerche Consumi e Dipendenze – CeRCo, di Milano, e si è svolta nel periodo dal 3 marzo al 4 giugno 2020, 3 mesi quindi.

URL del sondaggio: www.surveio.com/survey/d/I3B3E609S3C304R2K

Ci siamo rivolti ai professionisti dei Servizi delle Dipendenze e di Alcolologia censiti. Ci si è avvalsi del data base FeDerSerD, allargato al data base della rivista scientifica *MISSION – Italian Quarterly Journal of Addiction*.

Il compito di organizzazione e coordinamento è stato assegnato ad Expopoint, segreteria organizzativa di FeDerSerD e di CeRCo.

Considerando le finalità della survey in prima istanza ci siamo rivolti con la piattaforma dedicata a sottoporre i quesiti ai responsabili dei Servizi.

Dopo 7 giorni si è proceduto all'invio a tutti i medici censiti dei Ser.D. e Servizi alcolologici, nel caso di strutture ambulatoriali separate dai Ser.D.

Le visite al sondaggio come visualizzazione del questionario sono state 845.

Il questionario è stato completato da 255 professionisti, pari al 31% del campione attivo.

Le domande, le risposte, i commenti

Seguiamo la presentazione avvenuta con un webinar che FeDerSerD ha dedicato a “Alcol e Servizi” il 27 agosto scorso, nel format FeDerSerD FORMA/INFORMA.

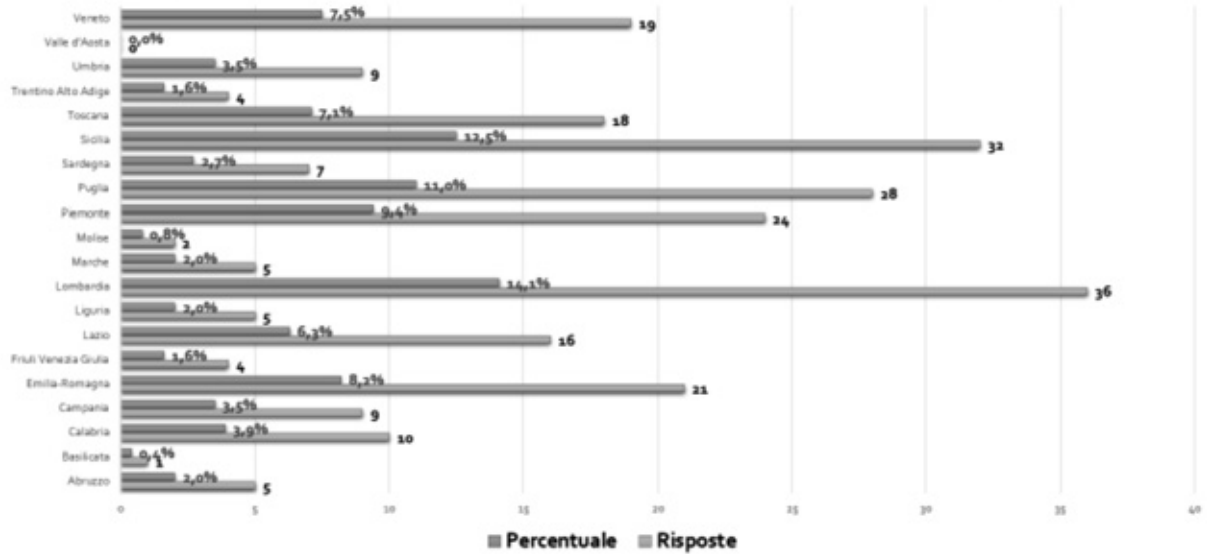
Al webinar ECM si sono iscritti circa 450 operatori.

1- Seleziona la regione di appartenenza:

Risposte 255x, Non risposto 0x

4 27 AGOSTO 2020

Alcol e servizi



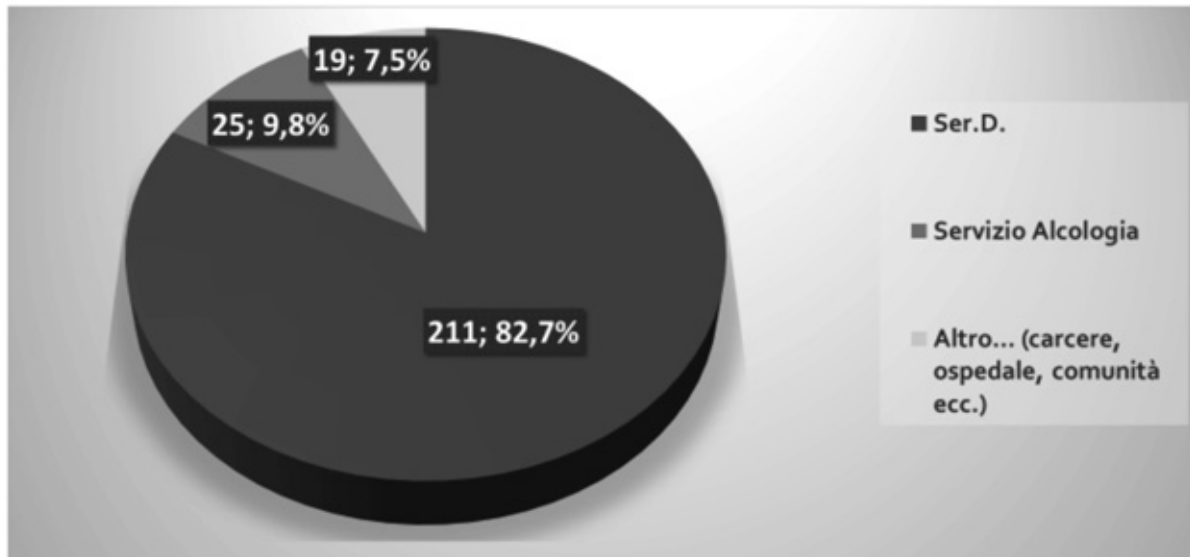
Ad eccezione della Valle d'Aosta tutte le Regioni sono rappresentate con range di sovra e sotto rappresentazione non significativi.

2 - Dove lavori?

Scelta singola, Risposte 255x, Non risposto 0x

4 27 AGOSTO 2020

Alcol e servizi



A questa domanda una percentuale in linea con le rilevazioni nazionali risponde Ser.D. (82,7%).

Questo elemento deve essere valorizzato e merita una definitiva considerazione anche a livello ministeriale e istituzionale in genere. Oltre 4 quinti dei pazienti e delle strutture per alcolisti ambulatoriali fanno capo ai Servizi delle Dipendenze.

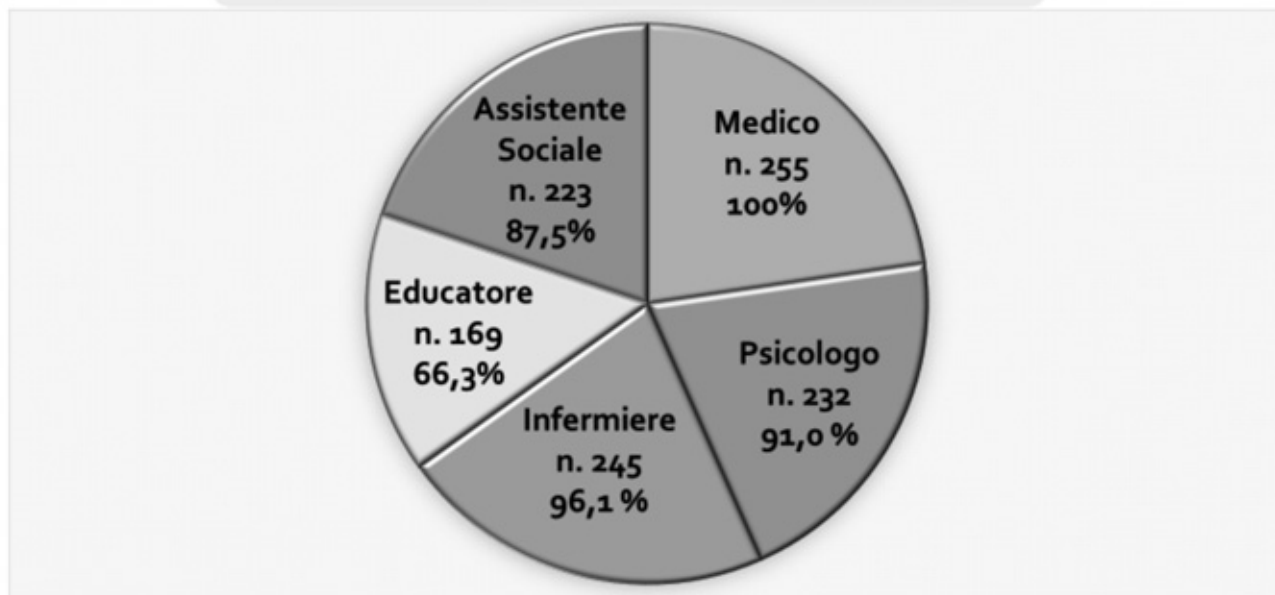
Il 9,8% sono Servizi di Alcologia dotati di una loro autonomia. Sono presenti anche Servizi alcolologici nelle carceri, nelle strutture riabilitative o strutturati in ambito ospedaliero, per un totale del 7,5%.

3 - Come è composta l'Equipe del tuo Servizio?

Scelta multipla, Risposte 255x, Non risposto 0x

4 27 AGOSTO 2020

Alcol e servizi



Con questa domanda entriamo nel merito organizzativo. Le 5 figure professionali classiche, medico, psicologo, infermiere, assistente sociale, educatore sono riconosciute e rappresentate.

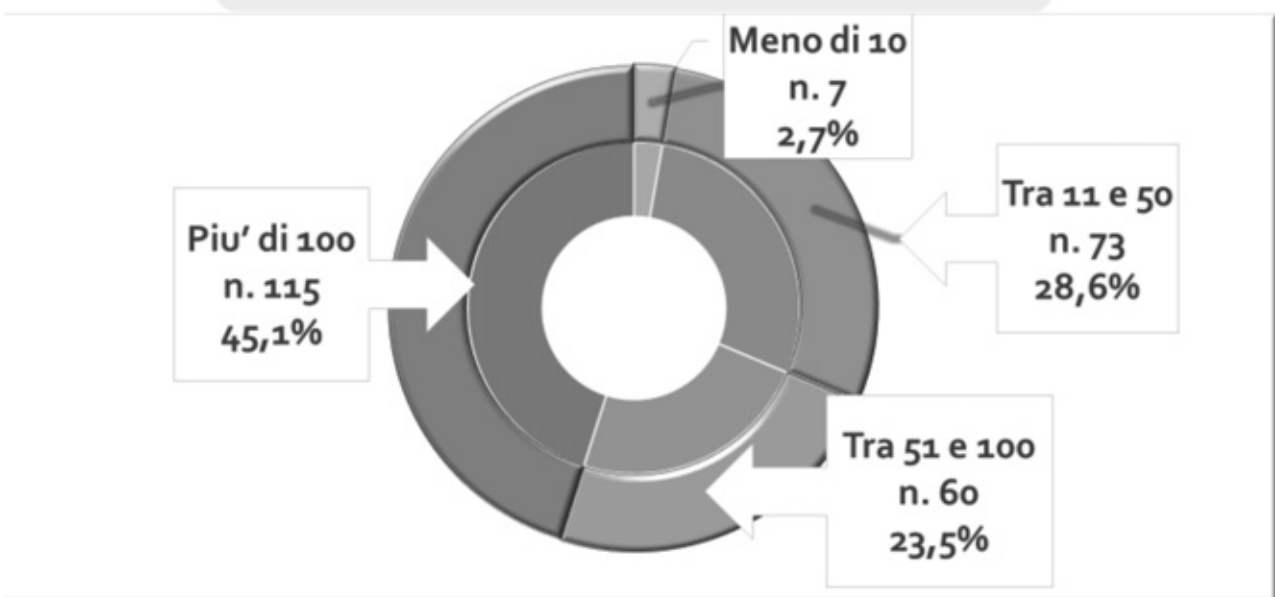
Come rilevato in ambito nazionale più volte la figura dell'educatore è assente in un terzo dei servizi. In uno su 8 manca l'assistente sociale.

4 - Quanti pazienti alcolisti ha in carico il tuo servizio?

Scelta singola, Risposte 255x, Non risposto 0x

4 27 AGOSTO 2020

Alcol e servizi



La varietà nelle risposte è notevole. Se quasi la metà dei Servizi cura più di 100 pazienti, oltre un quarto ne ha in carico meno di 50.

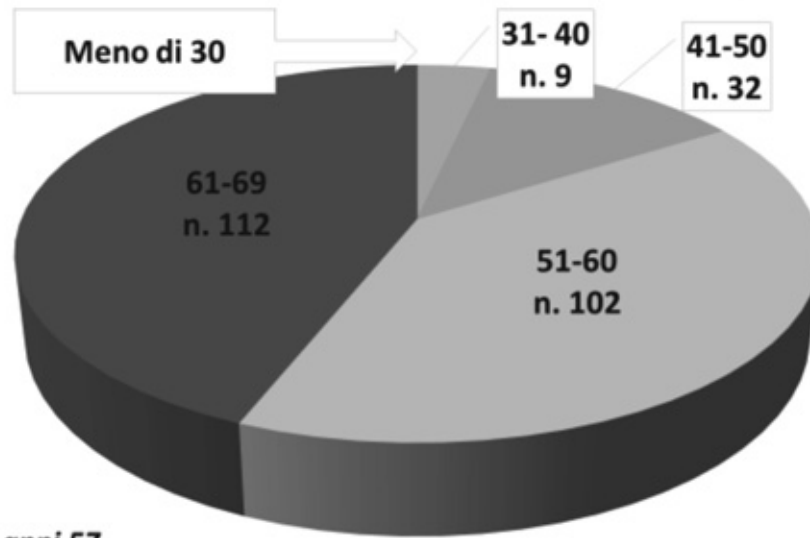
Queste risposte richiamano la necessità di alcuni ineroici che in seguito la survey affronta.

5 - Quanti anni hai?

Testo della risposta, Risposte 255x, Non risposto 0x

4 27 AGOSTO 2020

Alcol e servizi



Range 33-69 MEDIA anni 57

Questa domanda diretta offre risposte chiare e fondamentali. Su 255 professionisti 9 sono under 40. Pur tenendo conto delle caratteristiche del campione (medici in massima parte, molti con responsabilità di servizio) il dato è allarmante. L'età media del campione è di 57 anni, ma ancora vediamo che oltre l'80% ha più di 50 anni e oltre il 40% ha più di 60 anni.

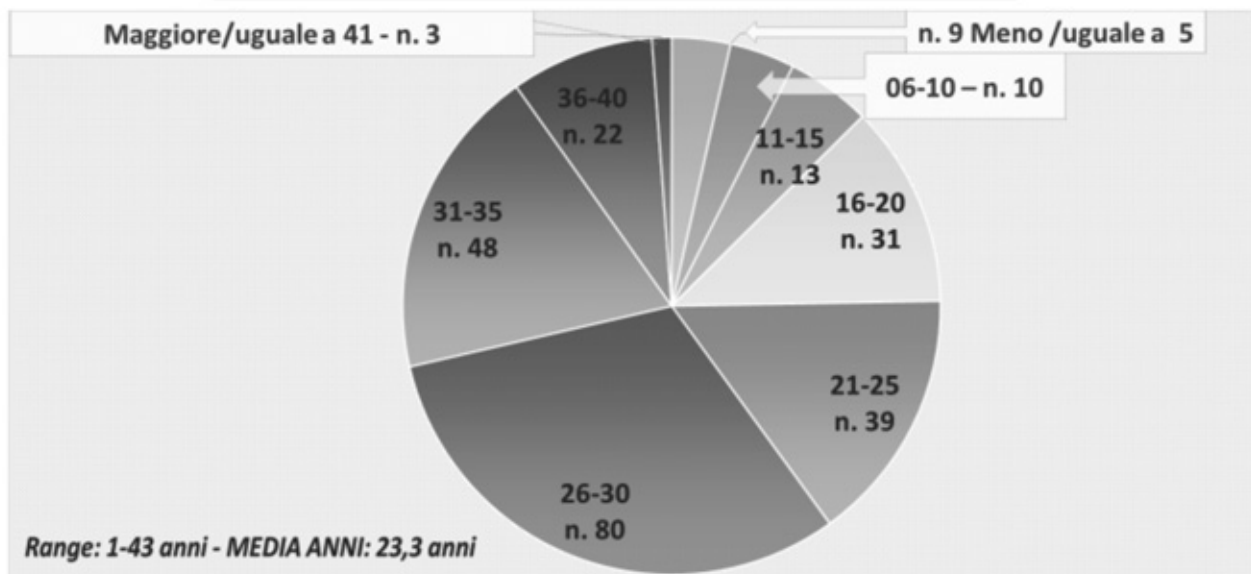
Il dato è superiore ad ogni altra rilevazione, che poneva a 54 anni l'età media dei medici. In tempi di possibile attenzione allo sviluppo dei servizi territoriali una situazione di tale drammaticità offre spunti centrali. Viene chiamato in causa tutto il sistema della formazione a partire dalla disciplina professionale e dalle specialità.

6 - Quanti anni di servizio hai?

Risposte 255x, Non risposto 0x

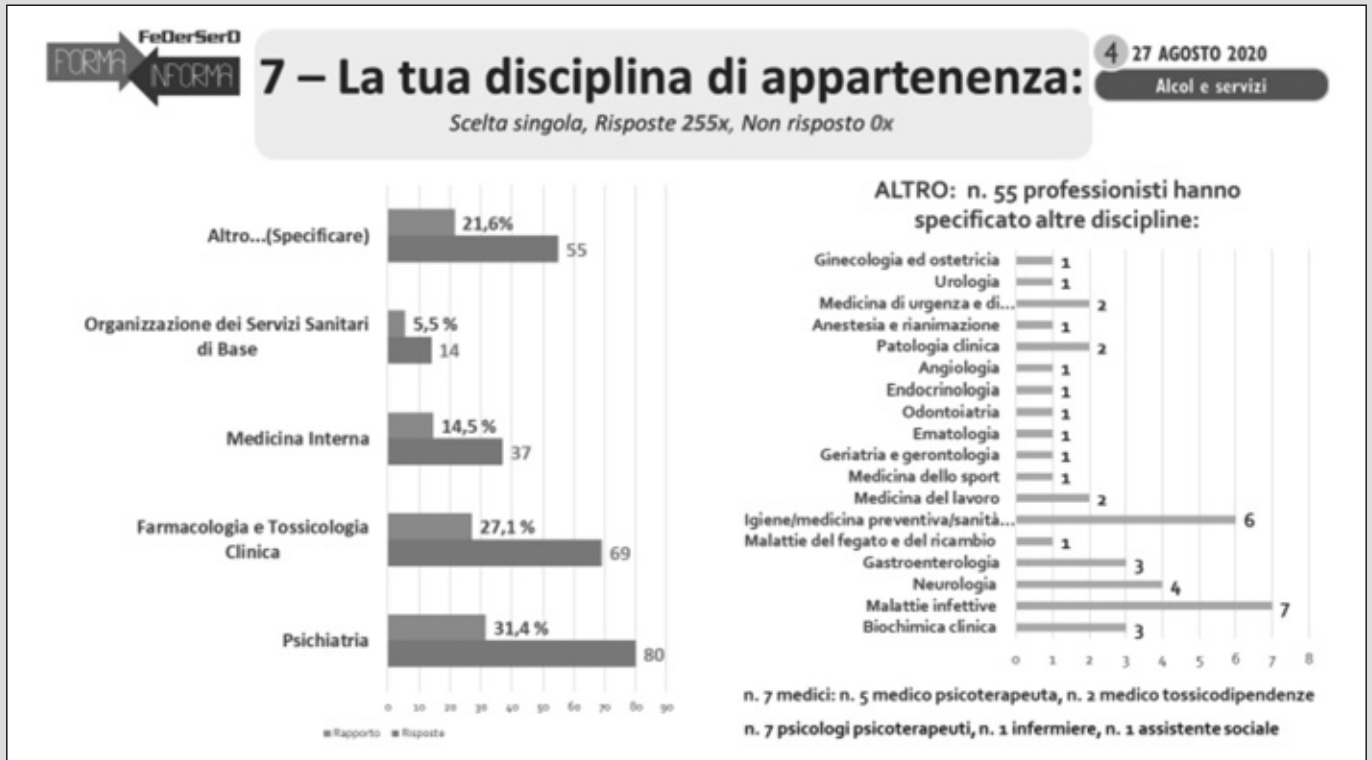
4 27 AGOSTO 2020

Alcol e servizi



Range: 1-43 anni - MEDIA ANNI: 23,3 anni

La media è oltre 23 anni e si arriva fino a 41. Certo una garanzia importante di esperienza per i pazienti. Tra i 26 e i 30 anni di esperienza si concentra la maggiore classe di professionisti.



Questa domanda è cruciale e le risposte devono essere fonte di supporto a interventi istituzionali.

Si notano molti aspetti.

Prima di tutto le 4 discipline base della vecchia disciplina di Medicina delle Farmacotossicodipendenze, decretata nel 1991 e poi fatta morire pur senza mai abrogarla esplicitamente secondo la migliore tradizione della burocrazia e del potere in Italia.

Diciamo subito che 4 colleghi su 5 si collocano in queste 4 discipline ad oggi. In particolare Psichiatria e Farmacologia e Tossicologia Clinica sono preminenti.

Importante anche Medicina Interna, limitata Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base, disciplina che soffre l'assenza di una specialità specifica. Ma colpisce la ricchezza

di altre specializzazioni e discipline che sono presenti tra i colleghi.

Bisogna ricordare che l'alcologia e le patologie alcol correlate favoriscono da sempre la formazione in specialità quali Neurologia, Gastroenterologia, Malattie Infettive, Psicoterapia e molte altre.

Nel campione apprendiamo che 9 colleghi non sono medici, tra questi 7 sono psicologi. 1 infermiere e 1 assistente sociale, probabilmente tutti con compiti di direzione. Questa cruciale domanda quindi richiama la necessità di pervenire in tempi brevi ad una disciplina e relativa specializzazione di Clinica delle Dipendenze, e non solo per i medici.

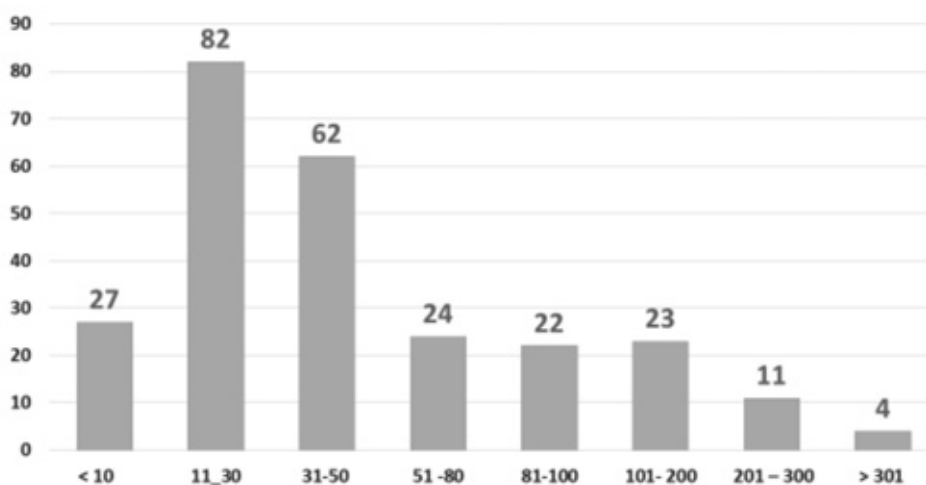
L'emergenza COVID ha dimostrato che sono possibili deroghe europee, vedi la recente istituzione della specialità in Cure palliative.

8 - Quanti alcolisti hai in carico diretto?

4 27 AGOSTO 2020

Alcol e servizi

Risposte 255x, Non risposto 0x



Range: 2 - 547 - MEDIA: 62

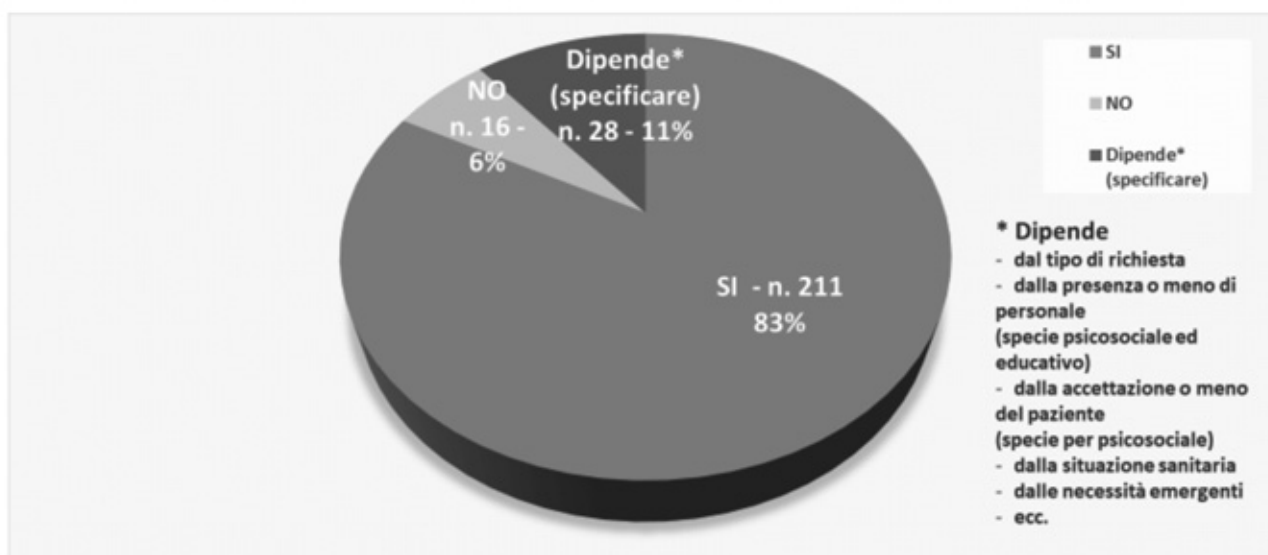
La media è pari a 62, ma con ampio range. L'11% ha in cura meno di 10 pazienti, il 15% più di 100.

9 - Il paziente alcolista viene sempre valutato da una équipe multi-professionale?

4 27 AGOSTO 2020

Alcol e servizi

Scelta singola, Risposte 255x, Non risposto 0x



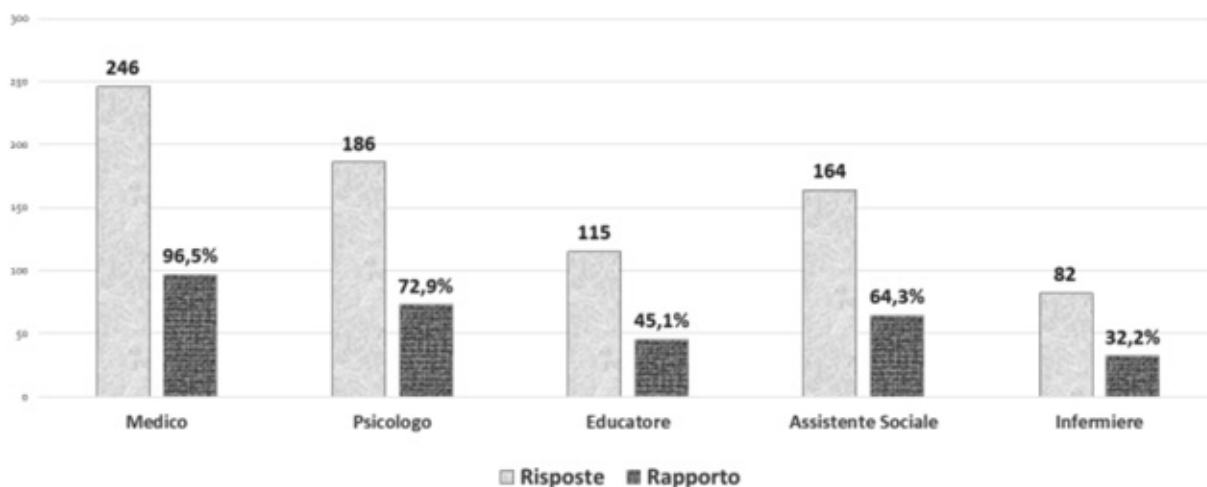
Per più di 4 realtà su 5 è sempre così. Quando il coinvolgimento della équipe multiprofessionale viene messo in valutazione o non si procede in tal senso in primis la ragione è det-

tata dalla carenza di personale e in qualche caso dallo specifico problema presentato.

10 – Fatta cento la totalità dei pazienti alcolisti in carico al Servizio quale è la percentuale che ha come case manager?

4 27 AGOSTO 2020
Alcol e servizi

Scelta multipla, Risposte 255x, Non risposto 0x



Emerge la presenza di piu' figure di riferimento per ogni paziente – Il medico è garantito

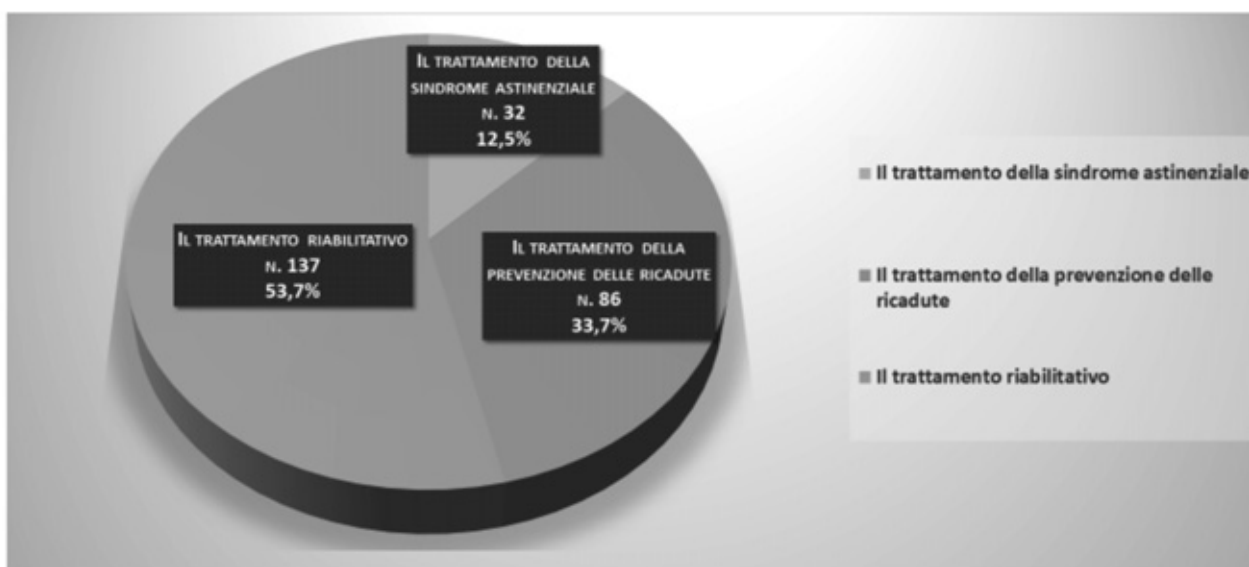
La domanda affronta un tema cruciale. La figura è garantita, con una tendenza ad individuare più figure professionali

dedicate. Comunque il medico è sempre garantito. Solo in un caso su 3 si ricorre all'infermiere.

11 – Quale è l'obiettivo principale della presa in carico di questi pazienti?

4 27 AGOSTO 2020
Alcol e servizi

Scelta singola, Risposte 255x, Non risposto 0x



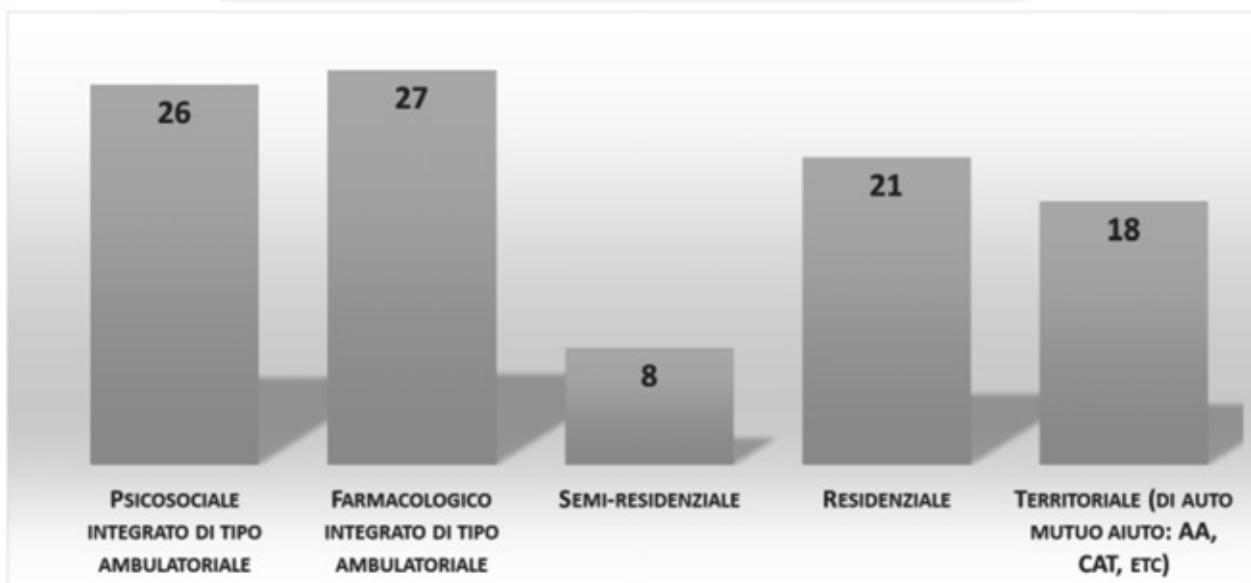
Prevale il trattamento riabilitativo, che viene inteso in senso ampio. Una garanzia nello spirito territoriale.

12 - Fatta cento la totalità dei programmi terapeutico riabilitativi nel tuo servizio, qual è la percentuale per ognuno dei seguenti:

4 27 AGOSTO 2020

Alcol e servizi

Scelta multipla, Risposte 255x, Non risposto 0x



Ampia la casistica affrontata. Si conferma la tendenza in algebra a costruire reti territoriali col terzo settore e il volontariato. Comunque più del 50% dei Servizi pratica trattamenti

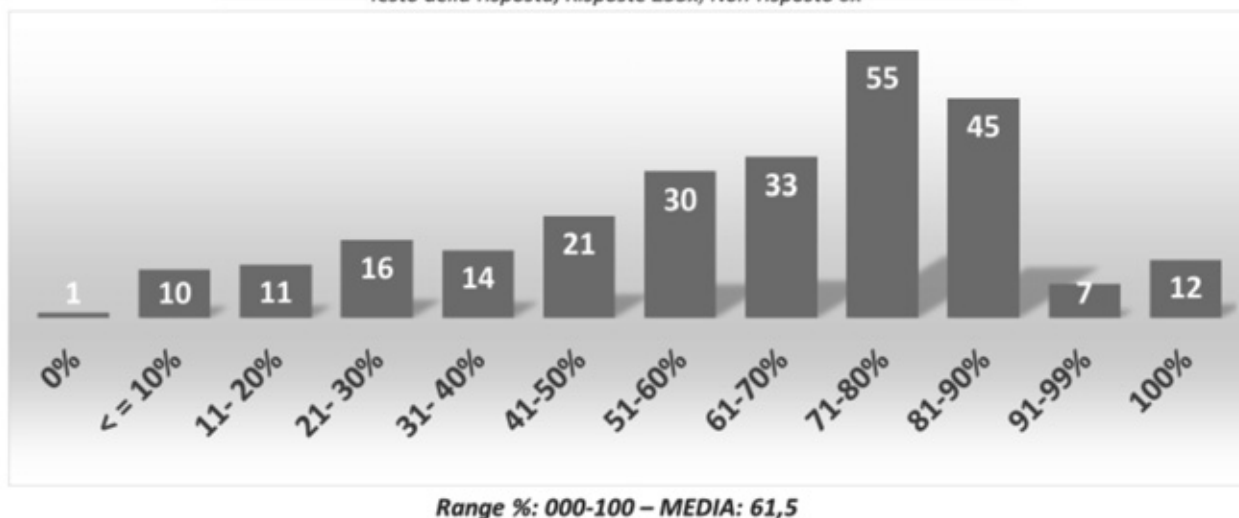
ambulatoriali integrati a prevalenza vuoi farmacologica vuoi psicosociale.

13 - Fatta cento la totalità dei pazienti alcolisti in carico al servizio, qual è la percentuale dei pazienti che riceve un trattamento farmacologico:

4 27 AGOSTO 2020

Alcol e servizi

Testo della risposta, Risposte 255x, Non risposto 0x



La media è il 61,5% ma con ampio range. Il range tra il 71 e l'80% è il più presente. Pochi i Servizi che escludono o quasi un trattamento farmacologico. Questo campione mostra in tal

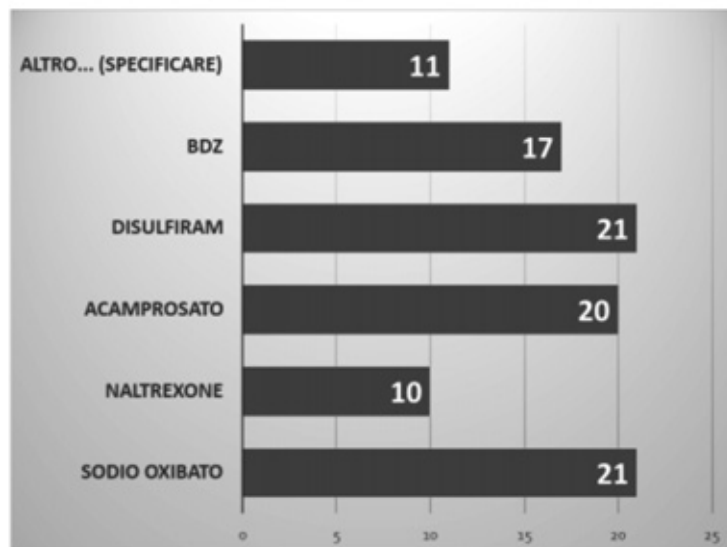
senso una differenza rispetto alla realtà storica di una quota di Servizi di Alcolologia refrattari al farmaco.

14 - Fatto cento i pazienti che ricevono una terapia farmacologica, quanti di questi percentualmente vengono trattati con i seguenti farmaci:

4 27 AGOSTO 2020

Alcol e servizi

Scelta multipla, Risposte 255x, Non risposto 0x



ALTRO (SPECIFICARE)

AL DI LÀ DELLE COMBINAZIONI TRA FARMACI SEGNALATE, MA QUI NON QUANTIFICATE, SONO SEGNALATE:

FARMACI NEUROLETICI	4
FARMACI ANTIDEPRESSIVI	5
BACLOFENE	1
SODIO VALPROATO / GABAPENTIN/ PREGABALIN	1

Disulfiram, Sodio Oxibato e Acamprosato sono i farmaci più utilizzati, e di gran lunga, nei Servizi italiani per l'alcolismo. Uno spazio ha il Naltrexone e molto usate sono le Benzodiazepine. Neurolettici e Antidepressivi trovano utilizzo per indi-

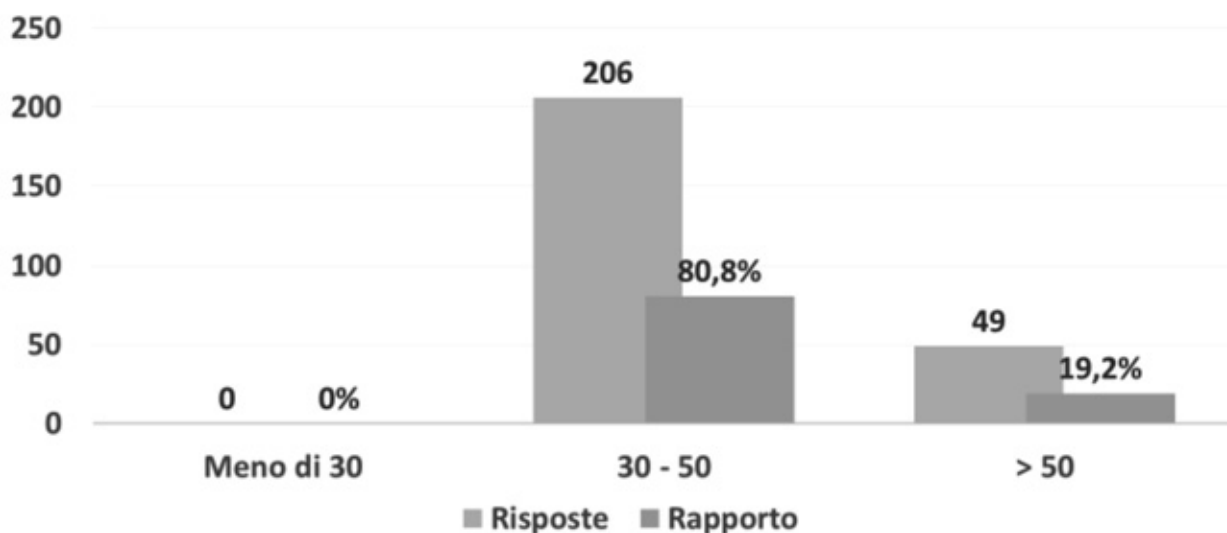
cazioni specifiche. Utilizzate associazioni di farmaci. Le risposte confermano il limitato bagaglio terapeutico che abbiamo nella cura dell'alcolismo da un punto di vista specifico, nelle varie fasi e situazioni cliniche della malattia.

15 - L'età media dei tuoi pazienti:

4 27 AGOSTO 2020

Alcol e servizi

Scelta singola, Risposte 255x, Non risposto 0x



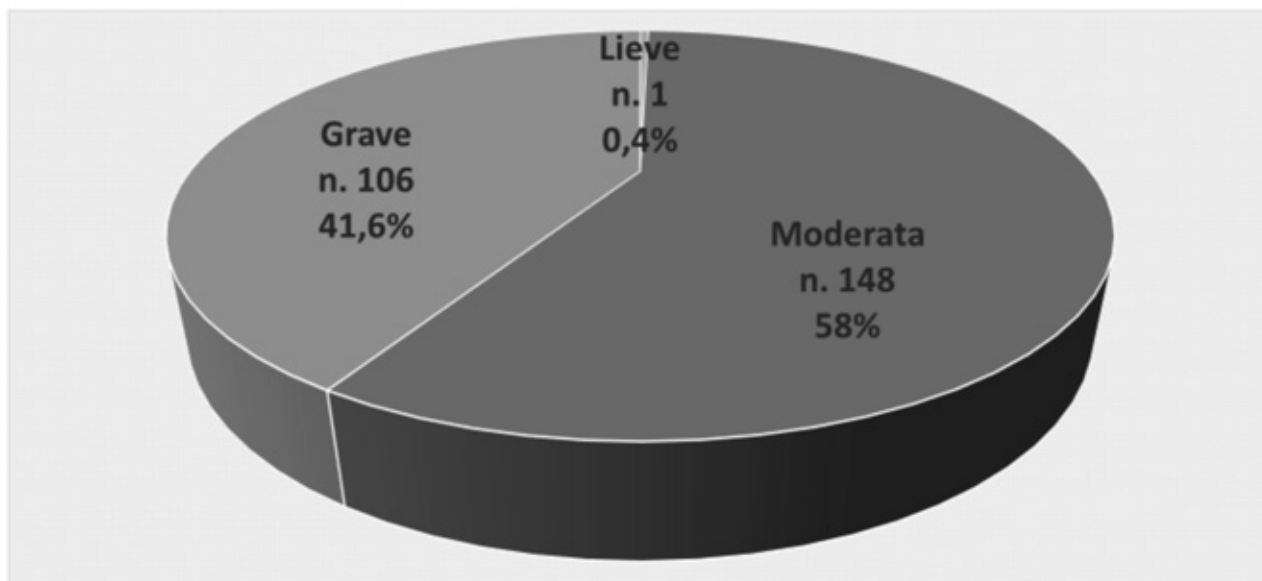
Nessun paziente ha meno di 30 anni. L'81% tra i 30 e i 50, il 19% oltre i 50. Esito atteso ma fonte di riflessione. Senz'altro in linea con l'epidemiologia generale, anche se teniamo conto che la rileva-

zione si riferisce a pazienti in trattamento con un programma. In campo alcolico afferiscono ai Servizi molti giovani per motivi di controllo, amministrativi, certificazioni, consulenze.

16 – Come definiresti in media la gravità della dipendenza dei tuoi pazienti secondo DSM 5?

4 27 AGOSTO 2020
Alcol e servizi

Scelta singola, Risposte 255x, Non risposto 0x



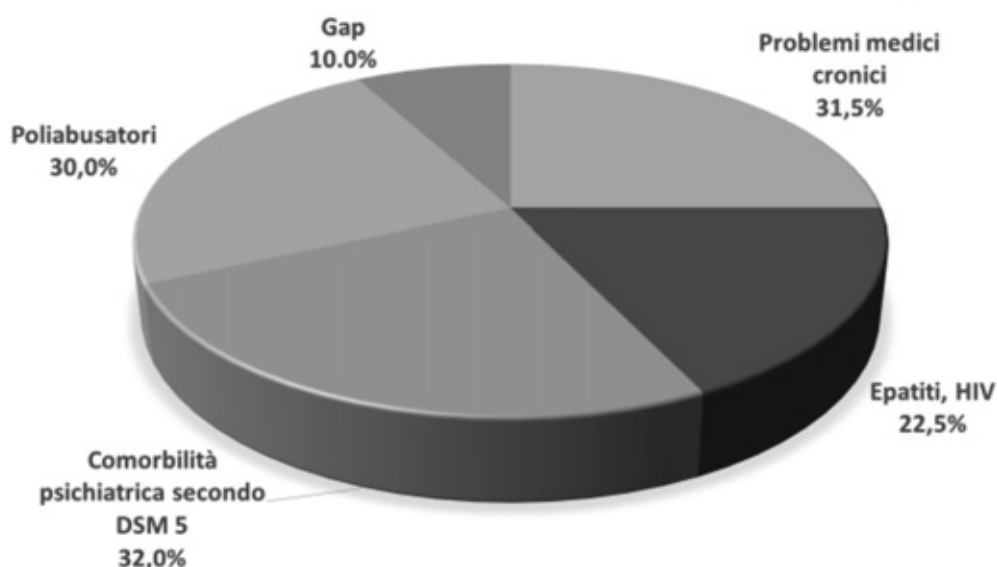
Assenti le situazioni lievi, 58% moderata e 42% grave. Ai Servizi si presentano persone con situazioni impegnative. Questo richiama varie necessità: da quella di una attenta valutazione,

alla capacità di costruire reti territoriali valide, alla disponibilità e al buon utilizzo dei farmaci indicati.

17 - Caratteristiche di consumo?

4 27 AGOSTO 2020
Alcol e servizi

Scelta multipla, Risposte 255x, Non risposto 0x



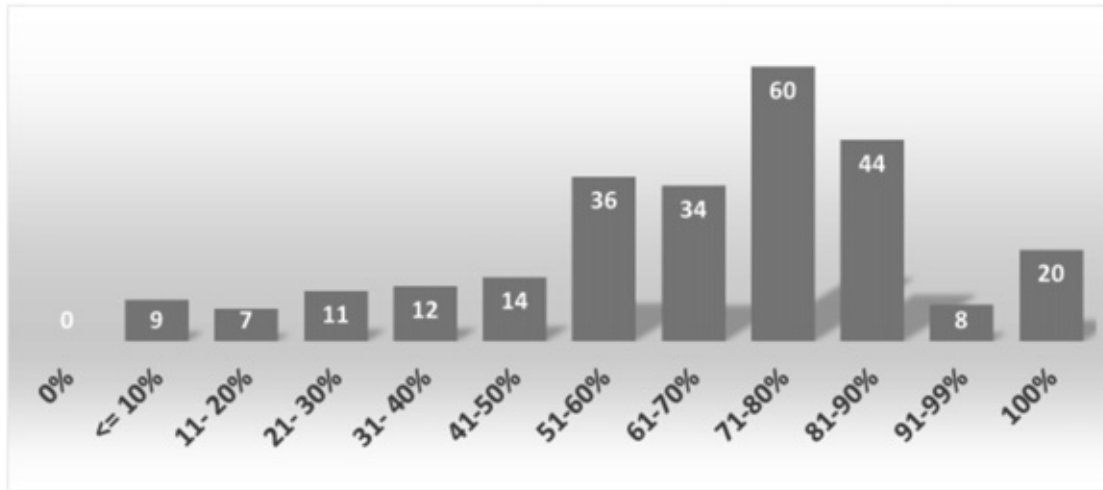
Poliabuso, problemi medici cronici e comorbidità psichiatrica sono le situazioni più rappresentate nel nostro campione. Annotata anche una casistica GAP e importante è la pre-

senza di patologie quali Epatiti e infezione da HIV. Un quadro serio in linea con la gravità del campione.

18 - Fatta cento la totalità dei tuoi pazienti alcolisti, qual è la percentuale dei pazienti che riceve un trattamento farmacologico:

4 27 AGOSTO 2020
Alcol e servizi

Testo della risposta, Risposte 255x, Non risposto 0x



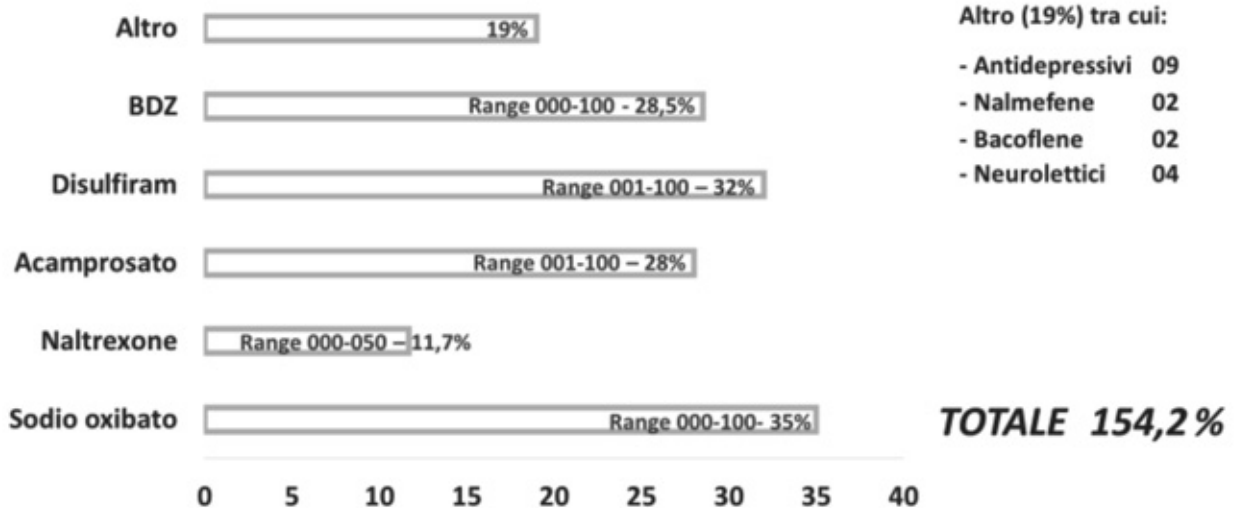
Range %: 001-100 – MEDIA: 72,3

Range ampio e media di 72,3%. Sotto il 40% di utilizzo dei farmaci si pongono il 15% dei curanti. Tra il 71 e l'80% il range più rappresentato.

19 - Fatta cento la percentuale dei pazienti che hai in trattamento farmacologico quanti in percentuale ricevono il seguente farmaco:

4 27 AGOSTO 2020
Alcol e servizi

Scelta multipla, Risposte 255x, Non risposto 0x



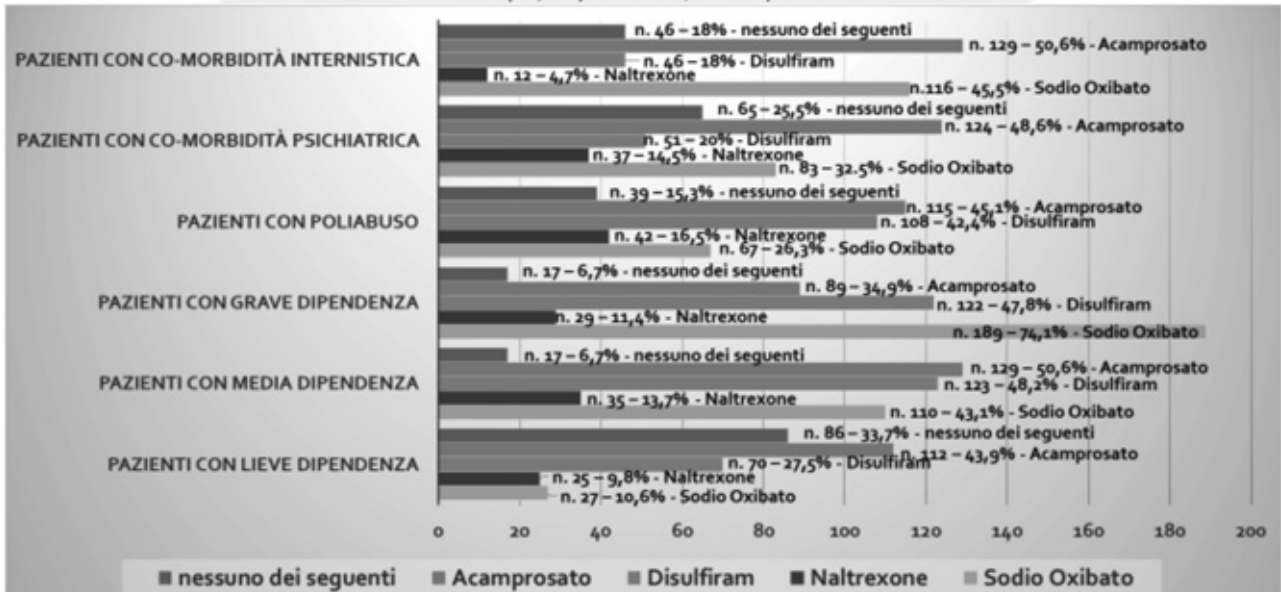
Molto alti i range. Sodio Oxibato, Disulfiram, Benzodiazepine, Acamprosato sono ancora una volta i 4 farmaci di gran lunga più rappresentati e nell'ordine elencati. Abbastanza

utilizzati gli Antidepressivi, presenti i Neurolettici. Qualche esperienza con Baclofene e Nalmefene.

20 – In base alle caratteristiche dei pazienti quali FARMACI prescriviti in via prevalente:

4 27 AGOSTO 2020
Alcol e servizi

Scelta multipla, Risposte 255x, Non risposto 0x



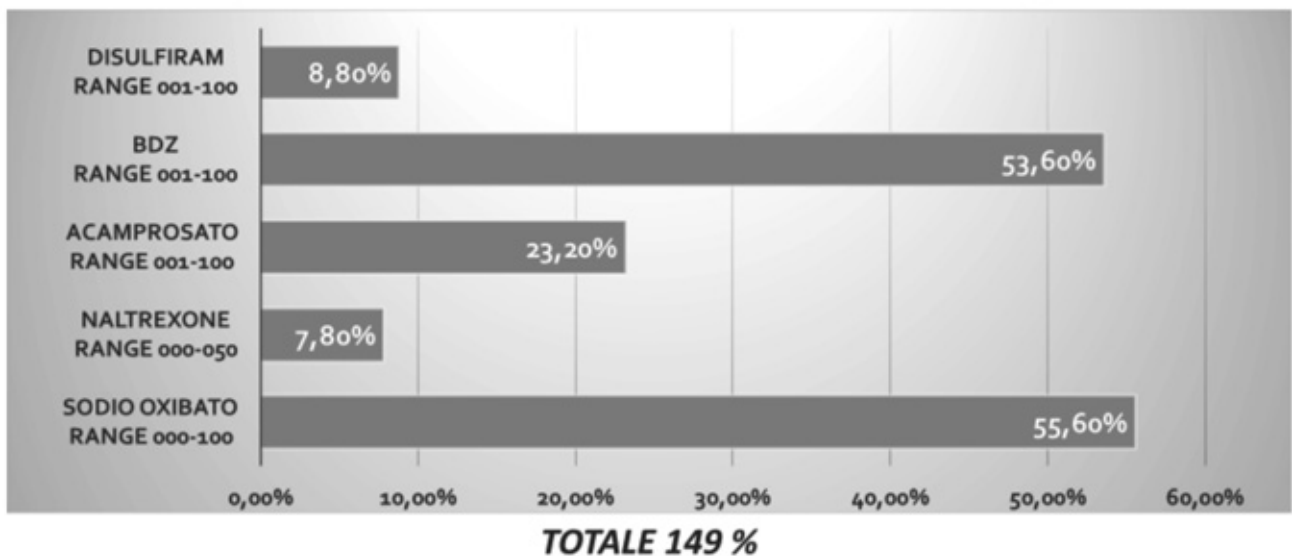
Domanda di una certa complessità e di grande interesse. Il Sodio Oxibato presenta indicazione principe per la dipendenza grave e a seguire per la media. L'Acamprosato per la dipendenza media e lieve. Il Disulfiram per la dipendenza

grave e media. Nelle comorbilità vuoi psichiatrica vuoi internistica buon utilizzo di Acamprosato e Sodio Oxibato. Nel poliabuso Disulfiram e Acamprosato sono i farmaci più usati.

21 - Come è diviso in percentuale il trattamento della Sindrome di Astinenza Alcolica (SAA) tra i seguenti farmaci:

4 27 AGOSTO 2020
Alcol e servizi

Scelta multipla, Risposte 255x, Non risposto 0x



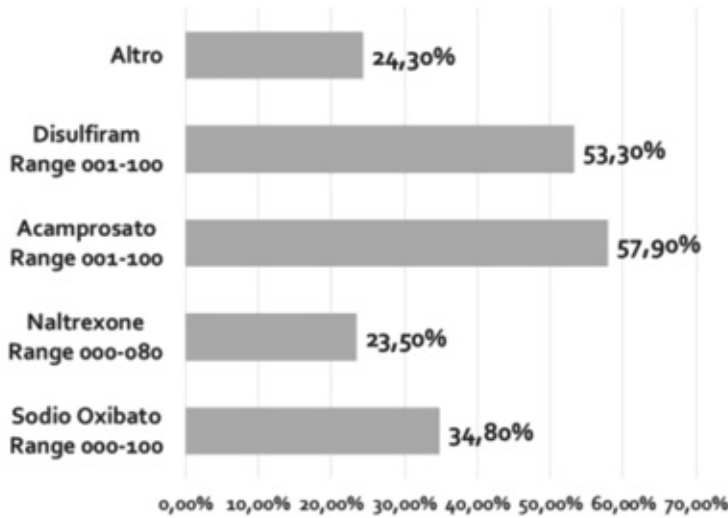
Sodio Oxibato e Benzodiazepine sono di gran lunga i farmaci più utilizzati nella sindrome da astinenza alcolica. A grande distanza l'Acamprosato. Range ampi.

22 - Come è diviso in percentuale il trattamento della prevenzione della ricaduta tra i seguenti farmaci:

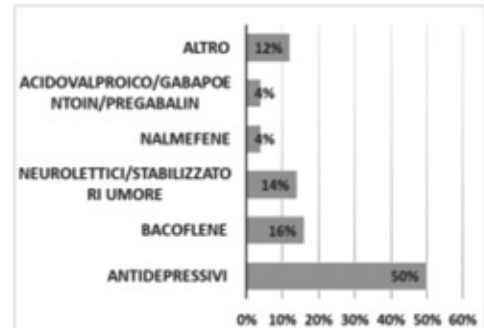
Scelta multipla, Risposte 255x, Non risposto 0x

4 27 AGOSTO 2020

Alcol e servizi



ALTRO 24,30% di cui:



Più risposte come strumenti utilizzati

193,8%

Acamprosato e Disulfiram sono i farmaci più usati nella prevenzione delle ricadute. Segue il Sodio Oxibato. Ben rappre-

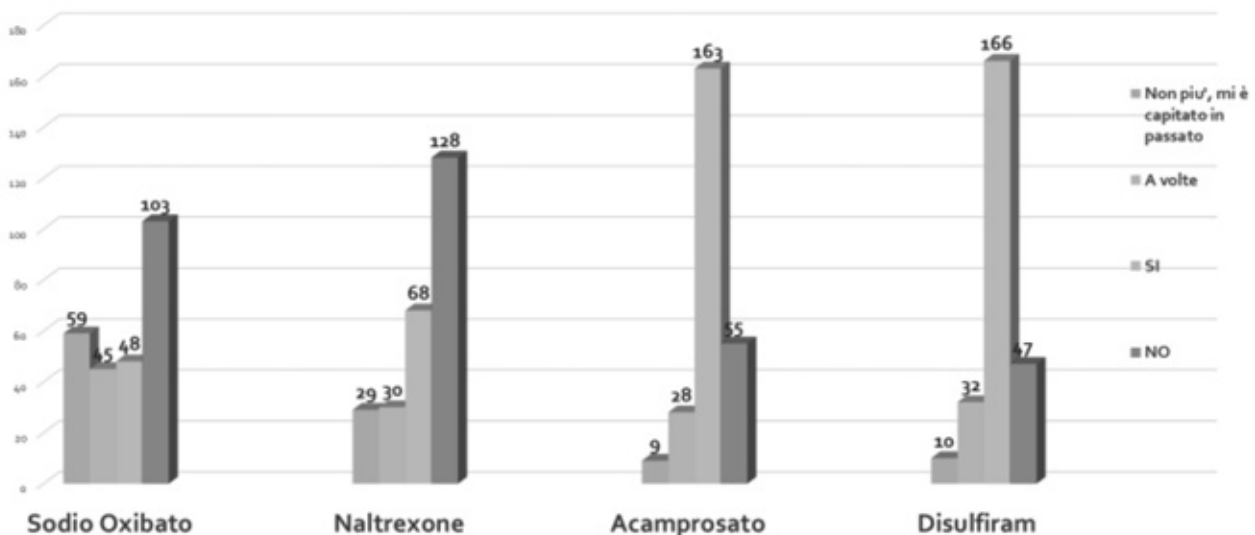
sentati il Naltrexone e gli Antidepressivi. Così come Baclofene e Neurolettici. Range ampi.

23 - Prescrivi nei pazienti che hai in carico per un periodo superiore ai 90 giorni i seguenti farmaci?

Scelta singola, Risposte 255x, Non risposto 0x

4 27 AGOSTO 2020

Alcol e servizi

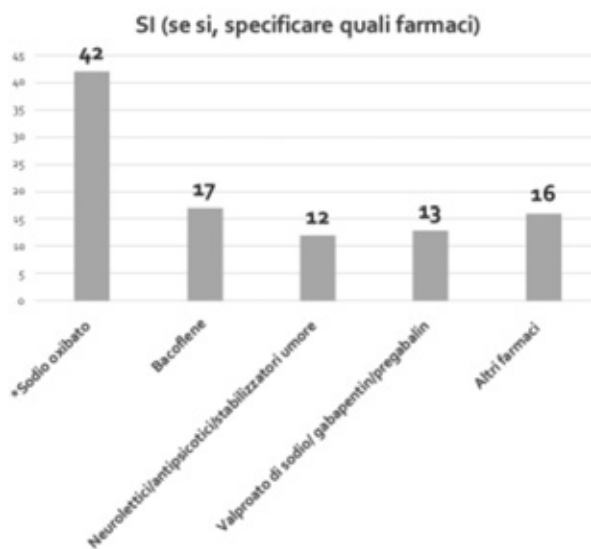
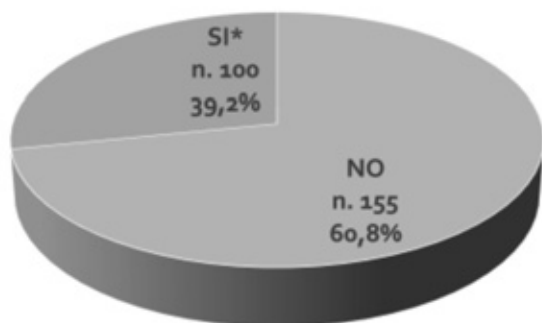


Acamprosato e Disulfiram presentano ampio utilizzo oltre 90 giorni di trattamento. Il Sodio Oxibato è utilizzato nel 19% dei casi e in un altro 17% in qualche occasione; risente espli-

citamente delle recenti limitazioni di indicazione per un altro buon 23% di utilizzo.

24 – Nel tuo Servizio avviene un utilizzo secondo la modalità off label?

Scelta singola, Risposte 255x, Non risposto 0x



Il 39% dei professionisti utilizza la modalità off-label. Quattro volte su dieci riguarda il Sodio Oxibato, quasi due volte su 10 il Baclofene, seguono particolari neurolettici e antiepiletti-

ci. Risposte in linea con la situazione prima illustrata di fruibilità dei farmaci.

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



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.

Ammantarsi di esistenza

E lei si ricoprì di empirica evidenza
E lui si spogliò della distanza.

Le più alte frequenze vocali
come un bisturi gli spezzarono l'anima in due parti.

Ma le parti si distaccarono
solo per poter meglio assaporare
il divino e molteplice ricongiungimento.

E tutto questo non avvenne in un solo istante.
Ma furono necessarie parole.

Furono necessarie estensioni temporali.
Furono necessarie sequenze di sì, di no, di perché.
Furono necessari passi di silenzio.

Poche ma indispensabili immagini
dovettero ritornare dal passato.

Remote luci dimenticate dovettero
nuovamente lampeggiare.

Dovettero diluire il grigio.
Dovettero lacerare il nero.

Anche se avessero voluto astenersi dal farlo
dovettero farlo.

Ci sono comandi cui non si può disobbedire.
Ci sono apparenti inesistenze che debbono ammantarsi di realtà.

Perché non sono vere inesistenze,
ma soltanto vili renitenze.

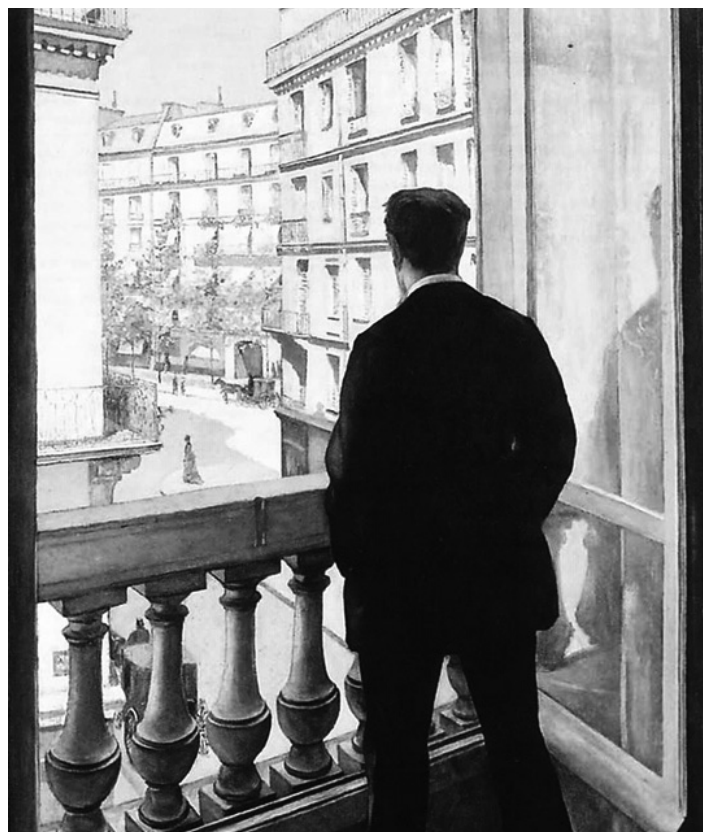
Perché non sono silenzi ma mere reticenze.
Perché non potevano non essere non accolte tutte le istanze.

Perché un giudice invisibile aveva già scritto tutte le sentenze.
Perché un dio crudele aveva già perpetrato il gesto irrevocabile.

Non guardarmi!
non toccarmi!

Non accarezzarmi.
Sono terrorizzato!

Allontana da me il tuo corpo.
Non sono abituato alla felicità.



Non ti chiedo

Non ti chiedo di negare i piaceri del vino.

Non ti chiedo di negare la fascinosa ebbrezza e il dolce illusorio oblio
che può donarci dalle affezioni dei giorni.

Solo ti dico che la capziosa consuetudine all'antica bevanda può alienarti dal tuo essere più profondo, può strapparti la tua anima e la tua coscienza: i tuoi beni più grandi.

GPS

Sono il GPS e in ogni momento so dove tu sei, ma non so cosa stai facendo.

Sono il GPS e in ogni momento so se stai ferma o ti muovi, ma non so come sei vestita e truccata.

Sono il GPS e in ogni momento posso conoscere il nome della strada ove cammini, ma non so se procedi dritta e fiera o con il capo un po' reclinato.

Sono il GPS e potrei sapere se sei in ufficio, in casa o in un negozio ma non so che cosa stai scrivendo o comprando o leggendo.

Sono il GPS e in ogni momento so dove ti trovi, ma non so che cosa pensi.

Sono il GPS e in ogni momento so dove sei, ma non so se stai piangendo o stai ridendo o sei del tutto indifferente a ciò che ti circonda.

Sono il GPS, ma i miei satelliti geostazionari.
Non sanno dirmi dove si trova la tua anima.

Sono il GPS, ma i miei ricetrasmittitori.
Non sanno dirmi la sola cosa che mi interessa di te.

🔍 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

The earlier the better. The cost of health services in treating PWIDs with chronic hepatitis C: Results from a non-interventional study

Felice Alfonso Nava*, Alberto Chiesa**, Giovanni Strepparola**, Giuseppe Pennisi**, Rossano Giuseppe Vitali**, Lucia Trevisi***, Alfio Lucchini**

SUMMARY

■ *The World Health Organization (WHO) has set up the elimination of hepatitis C virus (HCV) worldwide by 2030. The main aims of this study were to evaluate in HCV positive PWIDs: 1) the cost of patient's journey of treated subjects; 2) the cost saving induced by HCV treatment for the public health system; 3) the potential cost for a national HCV elimination plan in drug users.*

We performed a non-interventional study including 1,333 PWIDs attending the Drug Abuse Units of the Public Health Service ASST Melegnano-Martesana (Milan, Italy), over one year (January-December 2017). The direct cost for the health services received by each patient during HCV treatment (excluding the cost of drug treatment) was collected using the electronic clinical database of the public health service.

In the cohort of 1,333 patients we found 257 RNA HCV-positive PWIDs, 65 of which were treated. The mean health direct cost per each treated patient was € 1,418, while the mean the annual cost for each patient in waiting list for treatment was € 214. Considering that a HCV-positive PWID may infect within 3 years from infection at least 20 other new subjects, we may suppose that a HCV treatment may save about € 30,000 for the public health system.

The study shows that HCV treatment in PWIDs can significantly reduce both individual and community health costs and that HCV elimination plans may be sustainable for the public health system by avoiding the enormous costs of the disease burden. ■

Keywords: HCV, Health Cost, PWIDs, DAAs, Patient's journey.

Parole chiave: Epatite C, Costi sanitari, Persone che usano sostanze in vena, Farmaci a azione diretta, percorso del paziente.

Introduction

Hepatitis C virus (HCV) infection is an important cause of morbidity and mortality in the world and affects millions of people, with a high prevalence in West Africa, Eastern Europe and Central Asia. The disease is the most common indication for liver transplantation (Ponziani *et al.*, 2011; Ponziani *et al.*, 2017). The introduction into clinical practice of direct-acting antiviral (DAA) drugs has revolutionized the treatment of HCV infection, reducing the health-care costs (Axelrod *et al.*, 2018).

* Public Health Service, Penitentiary Medicine and Drug Abuse Service Padua.

** Public Health Service ASST Melegnano Martesana, Drug Abuse Unit, Milan.

*** Department of Pharmaceutical and Pharmacological Sciences, University of Padua.

In May 2016, the World Health Organization (WHO) developed a series of actions aimed at reducing new infections and deaths and achieving global HCV elimination by 2030 (WHO, 2016). For this reason, DAA therapy is currently included among the essential drugs, i.e. those that “meet the health priorities for the world's population”. The elimination of HCV has become for the governments one of the most important public health priorities, in particular for countries that have a public health system. In this context, modern health-care systems are encouraged to implement HCV elimination plans able of combining both effectiveness and saving costs (AIFA, 2019; Grebely *et al.*, 2017; Lazarus *et al.*, 2014). Italy belongs to the group of countries where access to antiviral treatment is guaranteed to all HCV-infected patients, regardless of the severity of the disease (AIFA, 2019). Despite this, DAA drugs are still denied to many HCV positive subjects belonging to “special populations” (Grebely *et al.*, 2017; Lazarus *et al.*, 2014; Molinaro *et al.*, 2019).

Today, the main barrier for the treatment of People Who Inject Drugs (PWIDs) with HCV infection is the lack of an effective multidisciplinary model of care (Konerman, Lok, 2016; Molinaro *et al.*, 2019; Nava *et al.*, 2018).

Since one of the primary objectives of public health systems is to treat the largest number of infected individuals with risky behaviors, the treatment of PWIDs represents one of the most important public health priorities of the next years (Grebely *et al.*, 2017; Lazarus *et al.*, 2014; WHO, 2017).

HCV is a disease with high health and social costs (Stanaway *et al.*, 2013; WHO, 2017). This is due to at least three factors: 1) HCV is often asymptomatic and in most cases the disease is treated only in the advanced stages (Stanaway *et al.*, 2016); 2) the disease affects between 130 and 210 million people in the world and represents the seventh cause of death globally (Fagiuoli *et al.*, 2015; Lee *et al.*, 2014); 3) HCV has significant hepatic manifestations, causing cirrhosis, hepatocellular carcinoma, and liver failure (requiring liver transplant), as well as important systemic consequences that may impact infected patients (Lee *et al.*, 2014; Stanaway *et al.*, 2016).

Italy has the highest number of HCV positive patients in Western Europe and the highest rate of deaths due to cirrhosis and hepatocellular carcinoma (EASL, 2014; WHO, 2017). Today, in Italy it is estimated that HCV positive subjects eligible for treatment are about 300,000 and most of them are drug users (Gardini *et al.*, 2016).

The literature shows that the cost of the disease is very relevant. An Italian study estimated that the costs of the disease amount to more than 1 billion of euros of which € 418 million for direct costs (e.g. medical examinations, first aid items, hospitalizations, etc.) and € 643 million for indirect costs (e.g. loss of productivity and days of work) (Marcellusi *et al.*, 2015). Another study evaluated the direct and indirect costs of the disease on a sample of 286 HCV positive patients from five European countries (Italy, France, Germany, United Kingdom and Spain) compared to a homogeneous control group for socio-demographic characteristics (Vietri *et al.*, 2013). The study showed that in Italy the indirect costs are higher than in other countries. In particular, indirect costs per patient were € 7,532.54 in HCV positive patients and € 4,576.43 in the control group, while direct costs for HCV positive and HCV negative subjects were € 1,147.06 and € 652.07, respectively (Vietri *et al.*, 2013).

An interesting Italian pharmacoeconomic study based on the costs of first generation of DAA drugs assessed the potential economic consequences of HCV infection on the public health system, in the next 30 years (Mennini *et al.*, 2014). The authors estimated a reduction, due to the treatment, of more than 156,000 critical events related to the disease and a costs reduction of € 13,000 and € 18,000 per patient over a time horizon of 10 and 30 years, respectively. Also, a recent study has shown that the full access to DAA therapy can induce, over a 20-year time horizon, a cost saving corresponding to 50 millions of euros for 1,000 patients treated (Marcellusi *et al.*, 2019). Comparable cost saving is expected also for the patients in the early-stage fibrosis (Ruggeri *et al.*, 2018), which are the majority of the drug users with HCV infection.

Moreover, several studies have also shown that HCV treatment in PWIDs is cost-effective and that an early-treatment could prevent a significant number of liver-related death (Scott *et al.*, 2016; van Santen *et al.*, 2016). In addition, treatment associated with harm reduction policies can help to reduce HCV spread and to improve the quality of life of drug users (Gountas *et al.*, 2017; Hellard *et al.*, 2018).

The main aims of this study were: 1) to evaluate the direct health cost of HCV treatment in drug users; 2) to establish if the HCV

treatment in PWIDs may be cost-saving for the public health system; 3) to determine the cost of a potential national HCV elimination plan in drug users.

Methods

We performed a non interventional study involving the drug users attending the four Drug Abuse Units of the Public Health Service ASST Melegnano-Martesana (Milan), over one year (January-December 2017).

Patients' data were collected through an online system and only physicians who had patients in care had access to patient's personal information. In particular, the data were collected using the electronic clinical database able to register every medical service correlated with HCV infection received by each patient during the year.

The patients with HCV were matched to control drug users (those without evidence of HCV) on demographic and clinical characteristics.

The costs considered in the study refer only to the direct cost covered by Italian National Health System (NHS) for the health services correlated with HCV treatment. The costs were calculated for the patient's journey (excluding the cost of drug treatment) and included specialist examinations, hospital admissions, screening, diagnosis and follow-up processes. The HCV screening was performed using an HCV-Ab test, while test confirmation was obtained with an RNA test. Follow up and re-infection tests were carried out using an RNA test. The cost of the real patient's journey was also evaluated for "health care silos", considering the costs of diagnostics (e.g. laboratory analysis, fibroscan® evaluation, etc.), specialist examinations, and health personnel.

To estimate direct costs, a bottom-up approach was followed (Bai *et al.*, 2012; Marcellusi *et al.*, 2016). This method measures the direct cost of the patient's management, obtained by multiplying the average cost by the disease prevalence.

In order to verify the uncertainty of the model results, a probabilistic sensitivity analysis (PSA) was performed (Briggs, 1999). The analysis consists in using the differences found in the examined data indicating a minimum and maximum value of the uncertainty distribution of each parameter. The probabilistic distribution was prepared applying what is normally reported for the development of probabilistic models in economic evaluations, distinguishing between costs (gamma distribution) and epidemiological parameters (beta distribution) (Briggs *et al.*, 2007; Taylor, 2009).

Data on patient populations are expressed as number, percentage, or mean \pm S.D. To determine whether the group of patients analyzed were different in terms of demographic and clinical characteristics we performed a One-Way ANOVA test for continuous variables and a Chi-square test for categorical variables. Significant levels were set at $p < 0.05$. Data were analyzed using GraphPad Prism v. 8.2.0.

The study was conducted according to the principles of Helsinki declaration, the good clinical practice consolidated guidelines and the Italian law on privacy of personal data. The study was approved by director board of the clinical studies of the Public Health Service ASST Melegnano-Martesana and by the scientific and ethical board of the Italian Society of Addiction Medicine (FeDerSerD). The data accessed were freely available by clinicians and they were taken from administrative reports which, by their nature, to be used in a clinical research are not subjected to approval by the ethics committee of the experimental studies.

Results

The three groups considered in the study (HCV negative, HCV positive treated and HCV positive not treated patients) did not differ in demographic and clinical characteristics (Table 1). Of the 1,333 PWIDs attending the Drug Abuse Units during 2019, 257 (19%) were HCV-positive PWIDs (19%); and 65 (25%) were treated (Fig. 1).

Of the treated patients 44 (68%) reached a complete sustained viral response (SVR) (Table 2).

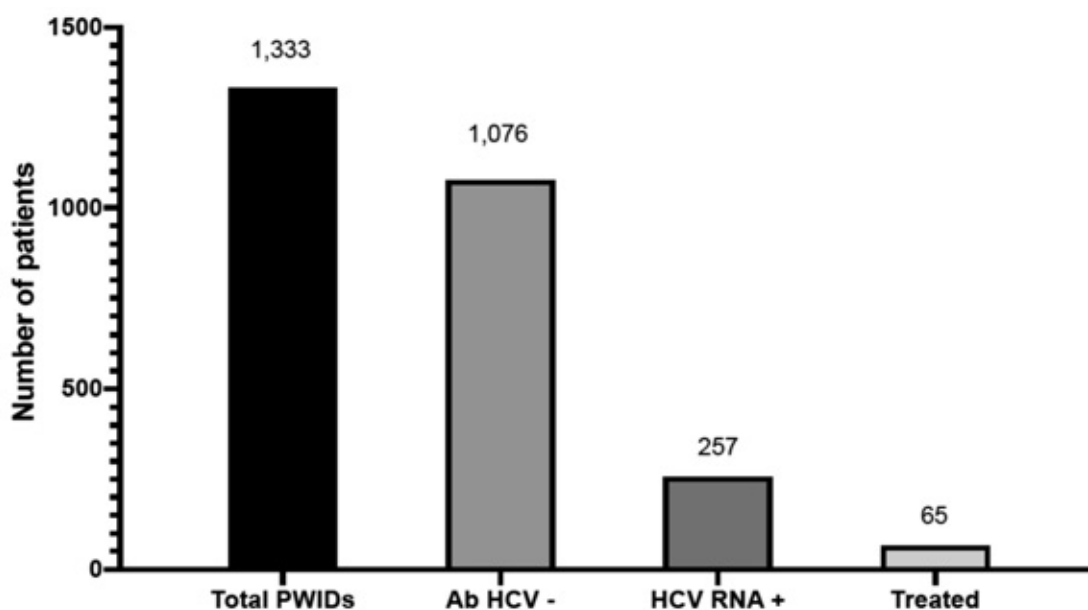
Achievement of SVR was not higher, as expected, because not all patients were treated with DAAs (some of them were yet treated with interferon + ribavirin), not being all medical doctors inside the Drug Abuse Units authorized to prescribe the DAA therapy. Moreover, the low rate of HCV treatment was also due to the existence of some important barriers limiting the cure of PWIDs

Tab. 1 - Comparison between groups in terms of demographic and clinical characteristics

		PWIDs HCV negative (n = 1,076)	PWIDs HCV RNA positivenot treated (n = 257)	PWIDs HCV RNA positive treated (n = 65)
Sex (%)				
Male	78%	76%	81%	Chi2 = 0.74; p = 0.68
Female	22%	24%	19%	
Age	37.88 + 6.57	38.93 + 8.66	38.40 + 7.33	F = 2.37; p = 0.09
Duration of Addiction (Years)	12.4 + 2.5	14.3 + 5.3	15.8 + 2.8	F = 2.03; p = 0.13
Dual Diagnosis (%)				
Yes	26%	30%	29%	Chi2 = 0.42; p = 0.80
No	74%	70%	71%	
Severe and chronic internal diseases (%) (e.g. diabetes, severe cardiovascular diseases, cirrhosis, etc.)				
Yes	13%	16%	21%	Chi2 = 2.35; p = 0.30
No	87%	84%	79%	
Opiate Substitution Treatment (OST) (%)				
Yes	77%	82%	85%	Chi2 = 2.15; p = 0.34
No	23%	18%	15%	

Data analysis using One-Way ANOVA for continuous variables (age, duration of addiction) or Chi-square test (Chi2) for categorical variables (sex, dual diagnosis, severe and chronic internal diseases, OST) showed that the differences among groups were not statistically significant ($p > 0.05$).

Fig. 1 - Treatment cascade for People Who Inject Drugs (PWIDs) with chronic HCV infection attending the Drug Abuse Units of Public Health Service ASST Melegnano-Martesana during 2017



Tab. 2 - Therapy outcomes of the HCV treated patients

	N	%
Therapy Outcomes:	65	100%
SVR	44*	68%
No SVR	11	17%
Ongoing	4	6%
NN	6	9%

NN: Not determined; SVR: Sustained Viral Response. * Data analysis using Chi-square test showed that SVR response was statistically significant (Chi2 = 44.33; p < 0.001).

inside the Drug Abuse Units, such as the impossibility to make the fibroscan® analysis and the difficulty for the patients to reach the specialized centers.

The mean direct cost per treated patients, excluding the cost of the drug, was € 1,418, including the cost of the harm reduction activities corresponding to € 171 (12% of the entire cost of the patient’s journey) (Table 3). In particular, the data suggest that diagnostics represent the greatest cost, followed by the costs for specialists and other healthcare personnel (Table 3).

The mean of the annual cost for patient in waiting list for HCV treatment was € 214, considering that these patients need of periodic visits to monitor the disease and its complications. In

other words, in one year a HCV treated patient costed as about 5 not treated drug users.

Moreover, considering that literature shows that a drug user is able to infect, within 3 years from the time of infection, other 20 subjects (Magiorkinis *et al.*, 2013), the HCV treatment of a single infected PWID may save about € 30.000 of direct health cost.

On the basis of the costs of the HCV-positive patient’s journey, we can hypothesize the value of an effective national plan for HCV elimination in PWIDs, on the time horizon 2020-2030 (excluding the cost of the drug). Since the Italian epidemiological data suggest that there are about 450,000 high-risk drug users, but only about 150,000 are in care in the Drug Abuse Units (Nava *et al.*, 2018) and, considering that the prevalence of HCV in drug users can be around 60% (Stroffolini *et al.*, 2012), we may assume that the costs of HCV treatment for the entire high-risk drug users may correspond to about 380 million euros (excluding the cost of the drug), including a cost of about 46 millions of euros for harm reduction measures (Table 4).

Given the costs of management of HCV positive PWIDs described above, in order to achieve the elimination target by 2030 established by the WHO (i.e. the treatment of the 80% of HCV positive patients), we may assume that the annual resources required – in the period 2020-2030 – for the treatment of HCV infected high-risk drug users may amount to about 30 million euros per year (Table 5).

Tab. 3 - Costs of the patient’s journey of HCV treated drug users

Management of PWID with Chronic Hepatitis C	Costs for “health care silos” (€)				Costs of the harm reduction activities (included in the total cost per capita) (€)		
	Min	Max	Mean	%	Min	Max	Mean
Patient’s journey:	1,297	1,540	1,418	100	84	258	171
Diagnostics	376	571	620	43			
Specialists	531	579	521	37			
Other healthcare personnel (nurses, pharmacists, etc.)	390	390	390	23			

Tab. 4 - Costs for the management of PWIDs with hepatitis C in Italy (excluding the cost of the drug treatment) – time horizon 2020-2030

In care in the SerDs:		
90,000	127,620,000	15,390,000
Not in care in the SerDs:		
180,000	255,240,000	30,780,000
Total:		
270,000	382,860,000	46,170,000

Tab. 5 - Annual investments required to reach the WHO HCV elimination target among drug users in Italy – time horizon 2019-2030

High-risk drug users (number) (mean)	Annual Cost (€)
In care in the SerDs:	
90,000	10,209,600
Not in care in the SerDs:	
180,000	20,419,200
Total:	
270,000	30,628,800

Discussion

Currently, there are many barriers that limit the access for treatment of HCV infected PWIDs (Konerman, Lok, 2016; Nava *et al.*, 2018). The most important are due to the lack of an organized health-care system based on a multidisciplinary, and cooperative model of work, able to make an effective linkage to care. This evidence is well proven by our study, showing that Drug Abuse Units are able to treat, over one year, only 24% of HCV positive patients. The main priority for the public health system is to include PWIDs in HCV elimination plans, in order to reduce new infections (treatment as prevention), contributing to eliminate the spread of the infection also in general population (Cousien *et al.*, 2016; Hickman *et al.*, 2019; Grebely & Dore, 2017; Grebely *et al.*, 2017).

To our knowledge, this is the first study that determines the cost of the patient's journey of the HCV positive patients in Italian Drug Abuse Units and that shows how it may be cost-saving for the public health system.

This study is also the first that makes a cost analysis for "health-care silos", permitting to evaluate the cost of each step of the patient's journey.

Moreover, our study is the first that defines, based on available epidemiological data, the potential cost (excluding the cost of the drug) for an HCV elimination plan in Italian drug users. Interestingly, our data show that the cost for HCV elimination plan in drug users (corresponding to about 380 million euros) is lower than the cost of disease burden (corresponding to 1 billion euros) (Marcellusi *et al.*, 2015). Moreover, over a time horizon 2020-2030, the annual cost of HCV elimination plan may correspond to about 30 million euros, making the eradication program in PWIDs suitable for the public health system.

The harm reduction actions are essential measures in order to reduce reinfection rate in PWIDs. Recent studies have shown that the reinfection rate in PWIDs is low and it corresponds to 3.1/100 per person-year, if associated with harm reduction measures like opioid agonist therapy (Metzig *et al.*, 2017; Rossi *et al.*, 2018). On the other hand, some recent studies have shown that DAA treatment is also cost-effectiveness when associated with a syringe exchange programs and a medication assisted therapy for opioid use disorders (Barbosa *et al.*, 2019; Stevens *et al.*, 2019). At this regard our study demonstrates that the cost of harm reduction measures (including OST) associated with HCV treatment may be sustainable for the health-care system, corresponding to the 12% of the entire cost of the patient's journey.

This study has some limitations. The first is that the data are extracted from a single public health service. The second is the impossibility to estimate in PWIDs the indirect costs associated with the disease, such as the loss of productivity and competitiveness, as well as the costs incurred directly by patients (out-of-pocket costs). The third is that the cost of the drug treatment was not included in our cost analysis because there is a high variability of the reimbursed prices that constantly changed over the years and that depend by a dedicated fund of the Ministry of Economy (Italian Budget Law, 2019).

Considering all the above issues, we may assume that the HCV treatment of PWIDs can produce a substantial reduction of the incidence of new infections and the decrease of disease burden, with a significant impact for the public health system.

In conclusion, the HCV treatment in PWIDs is a priority in term of public health and it may be cost-saving for the public health systems.

Our study shows that the treatment of drug users with HCV infection determines a return of health and avoidable costs for the public health system. To our knowledge our study is the first that fix the direct health costs for the patient's journey of HCV-positive PWIDs and the cost-benefits for the public health system.

Today, we have limited data on the epidemiology of HCV in PWIDs and we have no information on the disease stages in drug users affected by HCV. However, since HCV is a "disease that induces disease", specially in drug users, and PWIDs are the reservoir of the disease we may assume that the investment in HCV treatment for drug users may be certainly cost-saving for the health-care system.

Finally, this study can be of reference for the health authorities and policy decision-makers who will be able to carry out more realistic hypothesis about costs and investments on the HCV elimination plans including drug users.

Notes

The authors declare no conflicts of interest.

References

- AIFA (2019). *Registri AIFA per il monitoraggio dei farmaci anti-HCV*. www.aifa.gov.it/aggiornamento-epatite-c.
- Axelrod D.A., Schnitzler M.A., Alhamad T., Gordon F., Bloom R.D., Hess G.P., Xiao H., Nazzal M., Segev D.L., Dharnidharka V.R., Naik A.S., Lam N.N., Ouseph R., Kasiske B.L., Durand C.M., Lentine K.L. (2018). The impact of direct-acting antiviral agents on liver and kidney transplant costs and outcomes. *Am. J. Transplant*, 18(10): 2473-2482. doi: 10.1111/ajt.14895.
- Bai O.G., Capone A., Marcellusi A., Mennini F.S., Favato G. (2012). Economic burden of human papillomavirus-related diseases in Italy. *PLoS One*, 7: e49699.
- Barbosa C., Fraser H., Hoeger T.J., Leib A., Havens J.R., Young A., Kral A., Page K., Evans J., Zibell J., Hariri S., Vellozzi C., Nerlander L., Ward J.W., Vickerman P. (2019). Cost-effectiveness of scaling-up HCV prevention and treatment in the United States for people who inject drugs. *Addiction*, 114(2): 2267-2278. doi: 10.1111/add.14731.
- Briggs A. (1999). Economics notes: handling uncertainty in economic evaluation. *BMJ*, 319(7202): 120
- Briggs A., Claxton K., Sculpher M. (2007). *Decision modeling for health economic evaluation*. New York: Oxford University Press Inc.
- Cousien A., Train V.C., Deuffic-Burban S., Jauffret-Roustide M., Dhersin J.S., Yazdanpanah Y. (2016). Hepatitis C treatment as prevention of viral transmission and liver-related morbidity in persons who inject drugs. *Hepatology*, 63(4): 1090-1101. doi: 10.1002/hep.28227.
- European Association of the Study of the Liver (2014). *EASL Clinical Practice Guidelines: management of hepatitis C virus infection*. *J. Hepatol.*, 60(2): 392-420. doi: 10.1016/j.jhep.2013.11.003.
- Fagioli S., Ravasio R., Lucà M.G., Baldan A., Pecere S., Vitale A., Pasulo L. (2015). Management of hepatitis C infection before and after liver transplantation. *World J. Gastroenterol.*, 21(15): 4447-4456. doi: 10.3748/wjg.v21.i15.4447.
- Gardini I., Bartoli M., Conforti M., Mennini F.S., Marcellusi A., Lanati E. (2016). HCV - estimation of the number of diagnosed patients eligible for the new anti-HCV therapies in Italy. *Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci.*, 20(Suppl. 1): 7-10.
- Gountas I., Sypsa V., Anagnostou O., Martin N., Vickerman P., Kafetzopoulos E., Hatzakis A. (2017). Treatment and primary prevention in people who inject drugs for chronic hepatitis C infection: is elimination possible in a high-prevalence setting? *Addiction*, 112(7):1290-1299. doi: 10.1111/add.13764.
- Grebely J., Dore G.J. (2017). Treatment of HCV in persons who inject drugs: treatment as prevention. *Clin. Liver Dis.*, 9(4): 77-80.

- Grebely J., Dore G.J., Morin S., Rockstroh J.K., Klein M.B. (2017). Elimination of HCV as a public health concern among people who inject drugs by 2030 - What will it take to get there? *J. Int. AIDS Soc.*, 20(1): 22146. doi: 10.7448/IAS.20.1.22146.
- Hellard M., Scott N., Sacks-Davis R., Pedrana A. (2018). Achieving hepatitis C elimination in Europe - To treatment scale-up and beyond. *J. Hepatol.*, 68(3): 383-385. doi: 10.1016/j.jhep.2017.12.004.
- Italian Budget Law (2019). Law n. 145, 30 December 2018, art. 1, c. 291. Official Gazette. 31 December 2018.
- Hickman M., Dillon J.F., Elliot L., De Angelis D., Vickerman P., Foster G., Donna P., Eriksen A., Flowers P., Golberg D., Hollingworth W., Ijaz S., Liddell D., Mandal S., Martin N., Beer L.S.Z., Drysdale K., Fraser H., Glass R., Graham L., Gunson R.N., Hamilton E., Harris H., Harris M., Harris R., Heinsbroek E., Hope V., Horwood J., Inglis S.K., Inees H., Lan A., Meadows J., McAlley A., Metcalfe C., Migchelsen S., Murray A., Myring G., Palmateer N.E., Presanis A., Radley A., Ramsay M., Samartsidis P., Simmons R., Sinka K., Vost G., Ward Z., Whiteley D., Yeung A., Hutchinson S.J. (2019). Evaluating the population impact of hepatitis C direct acting antiviral treatment as prevention for people who inject drug (EPIToPE). A natural experiment (protocol). *BMJ Open*, 29, 9(9): e029538. doi: 10.1136/bmjopen-2019-029538.
- Konerman M.A., Lok A.S. (2016). Hepatitis C treatment and barriers to eradication. *Clin. Transl. Gastroenterol.*, 7(9): e193. doi: 10.1038/ctg.2016.50.
- Lazarus J.V., Sperle I., Maticic M., Wiessing L. (2014). A systematic review of Hepatitis C virus treatment uptake among people who inject drugs in the European Region. *BMC Infect. Dis.*, 14(Suppl. 6): S16. doi: 10.1186/1471-2334-14-S6-S16.
- Lee M.H., Yang H.I., Yuan Y., L'Italien G., Chen C.J. (2014). Epidemiology and Natural History of Hepatitis C virus infection. *World J. Gastroenterol.*, 20(28): 9270-9280. doi: 10.3748/wjg.v20.i28.9270.
- Magiorkinis G., Sypsa V., Magiorkinis E., Paraskevis D., Katsoulidou A., Belshaw R., Fraser C., Pybus O.G., Hatzakis A. (2013). Integrating phylodynamics and epidemiology to estimate transmission diversity in viral epidemics. *PLoS Comput. Biol.*, 9(1): e1002876. doi: 10.1371/journal.pcbi.1002876.
- Marcellusi A., Viti R., Capone A., Mennini F.S. (2015). The economic burden of HCV-induced diseases in Italy. A probabilistic cost of illness model. *Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci.*, 19(9): 1610-1620.
- Marcellusi A., Viti R., Kondili L.A., Rosato S., Vella S., Mennini F.S., PITER Collaborating group available at www.progettopiter.it (2019). Economic consequences of investing in anti-hcv antiviral treatment from the Italian NHS perspective: a real world-based analysis of PITER data. *Pharmacoeconomics*, 37(2): 255-266.
- Marcellusi A., Viti R., Mecozzi A., Mennini F.S. (2016). The direct and indirect cost of diabetes in Italy: a prevalence probabilistic approach. *Eur. J. Health Econ.*, 17(2): 139-147. doi: 10.1007/s10198-014.0660-y.
- Mennini F.S., Marcellusi A., Andreoni M., Gasbarrini A., Salomone S., Craxi A. (2014). Health policy model: long-term predictive results associated with the management of hepatitis C virus-induced diseases in Italy. *Clinicoecon. Outcomes Res.*, 6: 303-310. doi: 10.2147/CEOR.S62092.
- Metzig C., Surey J., Francis M., Conneely J., Abubakar I., White P.J. (2017). Impact of hepatitis C treatment as prevention for people who inject drugs is sensitive to contact network structure. *Sci Rep*, 7(1): 1833.
- Molinaro S., Resce G., Alberti A., Andreoni M., D'Egidio P.P.F., Leonardi C., Nava F.A., Pasqualetti P., Villa S. (2019). *Drug Alcohol Rev.*, 38(6): 644-655. doi: 10.1111/dar.12978.
- Nava F.A., Alberti A., Andreoni M., Babudieri M., Barbarini G., D'Egidio P.F., Leonardi C., Lucchini A. (2018). For a program of eradication of hepatitis C in the population at risk (drug users and convicts). *Acta Biomed.*, 89(Suppl. 10): 33-41. doi: 10.23750/abm.v89i10-S.7968.
- Ponziani F.R., Gasbarrini A., Pompili M., Burra P., Fagioli S. (2011). Management of hepatitis C virus infection recurrence after liver transplantation: an overview. *Transplant Proc.*, 43(1): 291-295. doi: 10.1016/j.transproceed.2010.09.102.
- Ponziani F.R., Mangiola F., Binda C., Zocco M.A., Gasbarrini A., Flore R. (2017). Future of liver disease in the era of directing antivirals for the treatment of hepatitis C. *World J. Hepatol.*, 9(7): 352-367. doi: 10.4254/wjh.v9.i7.352.
- Rossi C., Butt Z.A., Wong S., Buxton J.A., Islam N., Darvishian M., Gilbert M., Wong J., Chapinal N., Binka M., Alvarez M., Tyndall M.W., Kraiden M., Janjua N.Z. (2018). BC Hepatitis Testers Cohort Team. *J. Hepatol.*, 69(5): 1007-1014.
- Ruggeri M., Coretti S., Romano F., Kondili L.A., Vella S., Cicchetti A. (2018). Economic evaluation of the hepatitis C virus treatment extension to early-stage fibrosis patients: evidence from the PITER real-world cohort. *Value Health*, 21(7): 783-791.
- Scott N., Iser D.M., Thompson A.J., Doyle J.S., Hellard M.E. (2016). Cost-effectiveness of treating chronic hepatitis C virus direct-acting antivirals in people who inject drugs in Australia. *J. Gastroenterol. Hepatol.*, 31(4): 872-882. doi: 10.1111/jgh.13223.
- Stanaway J.D., Flaxman A.D., Naghavi M., Fitzmaurice C., Vos T., Abubakar I., Abu-Raddad L.J., Assadi R., Bhala N., Cowie B., Forouzanfar M.H., Groeger J., Hanafiah K.M., Jacobsen K.H., James S.L., MacLachlan J., Malekzadeh R., Martin N.K., Mokdad A.A., Mokdad A.H., Murray C.J.L., Plass D., Rana S., Rein D.B., Richardus J.H., Sanabria J., Saylan M., Shahraz S., So S., Vlassov V.V., Weiderpass E., Wiersma S.T., Younis M., Yu C., El Sayed Zaki M., Cooke G.S. (2016). The global burden of viral hepatitis from 1990 to 2013: findings from the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 388(10049): 1081-1088. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30579-7.
- Stevens E.R., Nucifora K.A., Hagan H., Jordan A.E., Uyei J., Khan B., Dombrowski K., des Jarlais D., Braithwaite R.S. (2019). Cost-effectiveness and a combined intervention of syringe access and medication assisted therapy for opioid use disorders in an injection drug use population. *Clin. Infect. Dis.*, 11 pliciz 726. doi: 10.1093/cid/ciz726 [Epubahead of print].
- Stroffolini T., D'Egidio P.F., Aceti A., Filippini P., Puoti M., Leonardi C., Almasio P.L., DAVIS Drug Addicted, HCV Prevalence in Italy an Epidemiological, Observational, Cross-Sectional, Multicenter Study Participating Centers (2012). Hepatitis C virus infection among drug addicts in Italy. *J. Med. Virol.*, 84(10): 1608-1612. doi: 10.1002/jmv.23370.
- Taylor M. (2019). What is sensitivity analysis? Newmarket, UK: Hayward Medical Communications. Available from: www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/painres/download/whatis/What_is_sens_analy.pdf. Accessed April 14, 2014.
- van Santen D.K., de Vos A.S., Matser A., Willemse S.B., Lindenburg K., Kretzschmar M.E., Prins M., de Wit G.A. (2016). Cost-effectiveness of hepatitis C treatment for people who inject drugs and the impact of the type of epidemic; extrapolating from Amsterdam, the Netherlands. *PLoS One*; 11(10): 0163488. doi: 10.1371/journal.pone.0163488.
- 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: 16. doi: 10.1186 / 1471-230X-13-16.
- WHO (2016). Global report on access to hepatitis C treatment - Focus on overcoming barriers. www.who.int/hepatitis/publications/hep-c-access-report/en.
- WHO (2017). Global Hepatitis Report. www.who.int/hepatitis/publications/global-hepatitis-report2017/en.

L'efficacia del trattamento comunitario delle dipendenze. Analisi di follow-up nella comunità "Casa di Giano" di Trento

Antonio Simula*, Laura Lunesu**

SUMMARY

■ **Introduction.** *The issue of assessing effectiveness is attracting more and more interest in those who work in the addiction field. From an economic point of view, there is now a need to keep public expenditure as low as possible. All states need to find the best possible treatment in terms of maximum effectiveness at a minimum cost, which means spending the money allocated in the best possible way. In order to make this possible, it seems necessary to think of an effective type of intervention defined as such when it reaches the objective for which it was implemented.*

Materials and method. *The purpose of the study is to evaluate the effectiveness of therapeutic programs activated at the therapeutic community "Casa di Giano" of a sample of 48 subjects who have carried out a therapeutic path in the period between 2014 and 2018. To carry out the follow-up, a structured questionnaire has been developed, consisting of 44 questions, administered by telephone interview.*

Results. *The majority of the subjects who have carried out a therapeutic path in "Casa di Giano" are mostly males and in almost three-quarters of cases, the sending to "Casa di Giano" by the local services was requested for a problem related to an alcohol addiction. Those who enter the community have a low level of education, are unemployed and have no stable relationship. Age differences are observed in genders with a male population tending to be younger than the female population.*

Conclusions. *The results of the study made it possible to clearly outline the characteristics of the respondents and to investigate their condition of well-being in the period following the conclusion of the therapeutic program at "Casa di Giano" highlighting that the maintenance of abstinence in the post-community period is associated with the completion of residential treatment, the duration of treatment and participation in another therapeutic program of recovery from addiction (e.g. Ser.D., A.A., C.A.T. etc.).* ■

Keywords: *Addiction, Follow-up, Quality of life, Effectiveness, Recovery.*

Parole chiave: *Dipendenze, Follow-up, Qualità della vita, Efficacia, Recovery.*

In questo studio vengono presentati i risultati del follow-up realizzato a "Casa di Giano", una comunità terapeutica con sede a Santa Massenza nella Valle dei Laghi (TN), gestita dal Centro Trentino di Solidarietà Onlus, rivolta a soggetti con disturbi psichici coesistenti con disturbi correlati a sostanze.

Sono proposti due percorsi di cura: il modulo "Doppia Diagnosi" caratterizzato da una forte impronta terapeutica in senso clinico, in cui è possibile accedere previa diagnosi di disturbo da uso di sostanze e concomitante disturbo psichico primario o secondario all'uso di sostanze; il modulo "Sobrietà" un modulo specifico per persone con diagnosi di disturbo alcol-correlato, cocainismo e gioco d'azzardo.

* *Sociologo responsabile organizzativo del Centro "Ricerca & Studio" del Centro Trentino di Solidarietà.*

** *Laureata in Metodologia, Organizzazione e Valutazione dei Servizi Sociali presso l'Università degli Studi di Trento. Collabora con il Centro Ricerca & Studio del Centro Trentino di Solidarietà.*

Nel primo modulo il progetto riabilitativo prevede un percorso della durata massima di 18 mesi, il secondo invece ha una durata media di 6 mesi prorogabili a seconda delle esigenze valutate caso per caso.

L'intervento terapeutico si diversifica a seconda delle problematiche diagnosticate: utenza che necessita di un intervento contenitivo ad indirizzo emotivo-comportamentale, utenza che necessita prevalentemente di trattamenti supportivi.

L'accesso al trattamento avviene attivando l'UVM (unità di valutazione multidisciplinare) per la valutazione del paziente e la successiva presa in carico.

In sede di UVM se la valutazione e la diagnosi effettuata identifica la Comunità di Giano quale comunità appropriata rispetto alle problematiche e gli obiettivi per una presa in carico, il paziente accede al percorso terapeutico residenziale.

Questa fase, della durata approssimativa di circa due mesi, è la cosiddetta fase conoscitiva (anamnesi).

Si tratta di acquisire tutte le informazioni relative al paziente che inizia un percorso riabilitativo: situazione familiare, storia del

sintomo, terapia farmacologica assunta, i bisogni espressi, le difficoltà ma anche le risorse.

L'obiettivo è quello di individuare la risposta terapeutica più efficace ed adeguata ad ognuno, come definito insieme all'équipe multidisciplinare.

Successivamente alla fase conoscitiva segue la valutazione psicodiagnostica in cui vengono attualmente somministrati i seguenti test:

- SCL 90-R entro sette giorni dall'ingresso;
- MMPI entro dieci giorni dall'ingresso;
- Batteria ENB, Matrici Progressive di Raven, TIB;
- eventuali altri test ritenuti utili (disegno della Famiglia, disegno dell'Albero, disegno della Figura Umana, test di Rorschach).

Tutti i test vengono somministrati e refertati da uno psicologo abilitato.

La presa in carico comporta la definizione e l'avvio di un progetto terapeutico coerente con la valutazione diagnostica effettuata nella fase di accoglienza e rispondente alla domanda di aiuto della persona.

Sia nel modulo "Doppia Diagnosi" che nel modulo "Sobrietà", sono previsti la disintossicazione "drug free", i colloqui individuali motivazionali e gruppi di sostegno ai familiari, i colloqui di sostegno psicologico e psicoterapia individuale, le attività comunitarie ergoterapiche e laboratoriali e i gruppi terapeutici, incontri informativi e culturali, attività di trekking terapia e attività fisica e sportiva, l'educazione sanitaria, l'assistenza sociale e l'accompagnamento al reinserimento sociale e lavorativo ove ci siano le condizioni.

Il solo modulo "Sobrietà" invece, prevede anche l'accompagnamento ai gruppi alcolici territoriali (CAT) o gruppi territoriali di Ecologia Familiare (CEF) e il coinvolgimento familiare durante tutto il trattamento residenziale nei gruppi multifamiliari per la condivisione e il sostegno della persona.

Tali gruppi vedono la partecipazione sia dell'utente direttamente interessato che dei familiari e delle persone significative.

La ricerca prende in esame un campione di 48 soggetti che hanno svolto un percorso terapeutico a "Casa di Giano" nel periodo compreso tra il 2014 e il 2018 e che vi sono rimaste per un periodo di almeno tre mesi.

Lo studio effettuato sulla valutazione dei programmi terapeutici attivati a "Casa di Giano", ha l'obiettivo generale di valutare l'efficacia dei vari processi terapeutico-riabilitativi, mettendola in relazione con le condizioni cliniche di partenza dei soggetti.

La valutazione ha inoltre permesso al Centro Trentino di Solidarietà Onlus di individuare la presenza di eventuali punti deboli dei propri programmi terapeutici, allo scopo di implementare il proprio lavoro, nello specifico con riferimento alle aree in cui è emersa una scarsa efficacia e di migliorare la qualità dell'offerta terapeutica.

Introduzione

In Italia i notevoli cambiamenti intervenuti nell'area del consumo hanno portato alla nascita delle comunità terapeutiche, quale modello di intervento per contenere il problema della tossicodipendenza (Peroni e Clerici, 2015).

Nel corso del tempo il sistema di cura delle dipendenze infatti ha visto una crescita sostanziale di possibilità, di modelli, di tipologia di servizi, mettendo in discussione quelli che erano i tradizionali strumenti e modelli di cura delle dipendenze (Sollini, 2018).

La dipendenza da sostanze comporta un notevole onere economico alla società dal punto di vista dei costi sanitari (servizi di

prevenzione, trattamenti specifici e prestazioni sanitarie) e dei bilanci di spesa (di assistenza previdenziale e di natura legale).

Per combattere gli sprechi appare necessario impiegare le risorse nel modo migliore, coniugando efficacia ed economicità attraverso dispositivi trattamentali e organizzativi sostenibili (Selle, 2014).

La sfida è quella di migliorare il livello di soddisfazione dell'utente in presenza di una contrazione di risorse finanziarie disponibili.

Per rendere possibile ciò risulta necessario esaminare il benessere e la qualità della vita dopo il trattamento in CT valutando le misure di esito, l'astensione e il ruolo del supporto continuativo (Dekkers *et al.*, 2020).

Le CT infatti, hanno meriti significativi nella promozione del *recovery*, del reinserimento e dell'integrazione sociale.

È indispensabile considerare la guarigione come un processo di lunga durata, in cui il supporto continuativo è fondamentale (Vanderplasschen *et al.*, 2013).

Il *recovery* non si limita all'astensione o all'assenza di sintomi, ma consiste in un processo di cambiamento personale delle proprie attitudini, valori, sentimenti, obiettivi, capacità e/o ruoli (Anthony, 1993).

È un modo di vivere una vita produttiva anche con i limiti che l'uso di sostanze comporta.

Il termine *recovery* infatti, può essere tradotto con "guarigione funzionale", ovvero, il raggiungimento di una condizione di equilibrio con la malattia, che si integra con il concetto di "guarigione clinica" centrato sulla assenza di sintomi.

Come scrivono Coletti e Grosso (2011, p. 405) "una comunità non alimentata e non continuamente orientata da un pensiero critico e comune, periodicamente verificato anche da 'occhi esterni' è una comunità molto a rischio, per i pazienti e anche per gli operatori. La valutazione costante di quanto si fa è una necessità imprescindibile, un must professionale, un dovere morale".

Nella valutazione dei progetti terapeutici rivolti a persone con una o più dipendenze, è fondamentale tenere presente che non sempre è possibile identificare un rapporto diretto e di semplice lettura fra trattamento effettuato e risultati ottenuti: spesso quest'ultimo si somma a una serie di interventi antecedenti e dipende da diverse variabili (Di Clemente, 1993); è dunque evidente come, nella valutazione dell'efficacia del trattamento delle dipendenze, non sia possibile applicare lo stesso metodo che si utilizza per dimostrare l'efficacia di un farmaco, in cui la correlazione di causa-effetto è chiara ed epurata dalla eventuale presenza di fattori confondenti (Hansen *et al.*, 2002).

L'obiettivo dell'indagine è pertanto quello di monitorare l'evoluzione dello stato clinico di ciascun ospite e valutare l'efficacia stessa del trattamento in essere.

Purtroppo nel nostro Paese la ricerca valutativa dei processi di erogazione dei servizi nell'ambito delle tossicodipendenze e degli esiti di trattamento è ancora molto limitata, mentre negli Stati Uniti d'America da oltre trent'anni sono state realizzate ricerche valutative su scala nazionale (De Angeli e Serpelloni, 2005).

A partire dalla revisione della letteratura, l'indagine di follow-up realizzata dal Centro Trentino di Solidarietà Onlus si pone l'obiettivo di confrontare la condizione di vita rilevata prima dell'ingresso a "Casa di Giano" con quella osservata dopo l'uscita dalla comunità terapeutica.

Nonostante i risultati suggeriscano significativi miglioramenti nell'uso di sostanze tra i soggetti che hanno seguito un trattamento terapeutico a "Casa di Giano", lo studio non è in grado di dimo-

strare l'efficacia del trattamento in CT dal momento che si sono riscontrati situazioni di ricaduta e tassi di recidiva notevoli.

È chiaro che si tratta di un primo tentativo di fare una valutazione, ma che di per sé risulta essere ancora molto lontano da tale concezione.

Materiale e metodo

Lo strumento a cui si è ricorsi è il questionario strutturato, elaborato grazie alla collaborazione del Ser.D. e del Servizio di Alcolologia di Trento, e del Centro Ricerca & Studi del Centro Trentino di Solidarietà Onlus.

Il questionario si struttura in due parti:

- Nella prima parte vengono raccolte tutte le informazioni relative alle caratteristiche sociali e demografiche degli intervistati.
- La seconda parte, invece, riguarda alcune dimensioni, quali:
 - stato di benessere, misurato con sette domande: una riferita alla salute fisica, una allo stato emotivo e cinque al benessere psico-fisico. Per effettuare la valutazione del benessere, ci si è avvalsi dello strumento WHO – 5 (*Who – Five – Well – Being – Index*), un breve questionario che misura il benessere psicologico con riferimento alle due settimane precedenti.
 - Assunzione di sostanze, misurata con due domande: la prima riferita all'assunzione di sostanze nel periodo seguente al percorso in comunità terapeutica e la seconda riferita al momento dell'intervista.
 - Condizione lavorativa misurata con una domanda che fa riferimento allo stato occupazionale attuale, ovvero al momento dell'intervista.
 - Condizione abitativa misurata con una domanda relativa al vivere da soli o con qualcuno nella fase successiva alle dimissioni.
 - Relazioni sentimentali, indagata con una domanda riferita alla presenza/assenza di un compagno/a stabile al momento dell'intervista.

Il questionario è stato elaborato dopo aver esaminato e valutato strumenti analoghi già impiegati da altre realtà impegnate nel settore delle dipendenze patologiche, allo scopo di rendere la ricerca confrontabile con altre situazioni, ad esempio è stata prestata particolare attenzione all'ultima versione disponibile in Italia dell'*Addiction Severity Index* (ASI).

La somministrazione del questionario è avvenuta tramite intervista telefonica (CATI: *Computer – Assisted Telephone Interviewing*) nel periodo compreso tra marzo e ottobre 2018.

La popolazione di riferimento qui considerata è costituita dai pazienti che hanno fatto ingresso a "Casa di Giano" nel periodo 2013-2017 e sono rimasti presso la comunità per un periodo di almeno tre mesi.

Rispetto alla popolazione descritta, sono 48 le persone che hanno portato a termine l'intervista, pari al 46,2% del totale e il tasso di caduta, calcolato come il rapporto tra i soggetti che per qualsiasi motivo non è stato possibile intervistare e la popolazione di riferimento, è pari al 53,8%.

Risultati

Al momento della somministrazione del questionario il gruppo degli intervistati era composto da 40 maschi di 43,6 anni e 8 femmine di 44,5 anni.

Nel complesso la maggior parte dei soggetti ha un'età media inferiore a 51 anni (N: 37-77,1%).

Dalla raccolta dei dati è emerso come la maggioranza dei soggetti abbia un livello di scolarità medio-basso.

Infatti, su 48 persone (tot.), 30 (62,5%) hanno una "scolarità bassa", mentre 17 (35,4%) ne hanno una "alta" e di questi solo uno afferma di aver conseguito la laurea e nel restante caso il dato non è noto.

Trentaquattro soggetti (70,8%) (29 m e 5 f) erano celibi o nubili, 6 (12,5%) erano coniugati, 7 (14,6%) erano divorziati, 1 (2,1%) era vedovo.

Dall'analisi inoltre emerge come soltanto una minoranza di rispondenti (N: 4) sia uscita dal nucleo familiare di origine, mentre una quota consistente (N: 14) afferma di vivere ancora con i propri genitori.

Oltre la metà delle persone assistite asserisce che la sostanza primaria per cui è stato richiesto il trattamento in CT è l'alcol (N: 33; 68,7%), seguita da eroina (N: 8; 16,7%), cocaina (N: 3; 6,2%) e cannabis (N: 3; 6,2%).

Una sola persona (2,1%) riporta di avere problemi legati al gioco d'azzardo patologico (GAP).

Dall'analisi è emerso che 10 persone (20,8%) hanno una dipendenza da 1-5 anni, seguite da coloro che fanno uso da 6-10 anni (N: 6; 12,5%).

La maggioranza delle persone (N: 11-22,9%), invece, ha una problematica da 11-15 anni, 9 soggetti da 16-20 anni (18,7%), 8 individui da 26 anni e più (16,7%) e 1 persona (2,1%) da 21-25 anni.

Nei restanti 3 casi (6,3%) il dato non è presente.

Ai fini del follow-up è, inoltre, importante capire quante di queste 48 persone hanno avuto altre precedenti esperienze a "Casa di Giano" e viceversa.

A tale proposito, da un'osservazione dei percorsi terapeutici è possibile rilevare che 31 intervistati (64,6%) hanno seguito un solo percorso in comunità, mentre i restanti 17 (35,4%) due o più percorsi.

Bisogna inoltre tenere presente che non esiste un trattamento universale valido per la cura della tossicodipendenza, ma è necessario combinare tra loro diversi trattamenti nel corso del tempo. Prima dell'inizio del percorso terapeutico a "Casa di Giano" 16 (33,3%) delle persone intervistate (tot. 48) non avevano mai avuto precedenti esperienze di altri programmi terapeutici di recupero dalla dipendenza, 12 (25,0%) frequentavano il Ser.D., 11 (22,9%) avevano fatto esperienze in altre comunità terapeutiche, 4 (8,3%) frequentavano i club alcolologici territoriali, 2 (4,2%) i programmi ospedalieri, 1 (2,1%) gli Alcolisti Anonimi e in 2 casi (4,2%) non è stato possibile rilevare il dato poiché non presente.

Dal confronto tra situazione lavorativa prima di iniziare il percorso in comunità e il momento attuale, nella maggior parte dei casi (N: 29) la situazione è rimasta invariata: più specificamente 22 persone hanno mantenuto la condizione di disoccupazione o sottoccupazione, 6 continuano ad avere un lavoro stabile e 1 sta proseguendo con gli studi.

Rispetto ai 48 intervistati complessivi, 9 hanno trovato un nuovo lavoro mentre 8 l'hanno perso e in 2 casi i soggetti hanno preferito non dare una risposta.

Si è inoltre deciso di confrontare la condizione abitativa antecedente l'ingresso a "Casa di Giano" con quella attuale.

Dai dati raccolti è emerso come in 36 casi (75,0%) la condizione abitativa sia rimasta invariata: più nel dettaglio, 19 intervistati (52,7%) continuano a coabitare con qualcuno, viceversa 17 (47,2%) continuano a vivere soli.

Per indagare la condizione di astinenza dei rispondenti, si è deciso di formulare due items specifici e di confrontarli con due periodi temporali differenti: il periodo seguente la conclusione del programma terapeutico e il momento dell'intervista.

Rispetto al primo periodo, più della metà delle persone (N: 30) afferma di non essere tornata a fare uso di sostanze dopo la conclusione del programma a "Casa di Giano", le restanti 18 (37,5%) dichiarano, invece, di avere avuto una o più ricadute. La sostanza assunta più frequentemente è l'alcol, a cui seguono cocaina ed eroina.

Con riferimento al momento dell'intervista 24 persone hanno mantenuto la condizione di astinenza, 15 intervistati hanno ridotto progressivamente il consumo di sostanze fino ad eliminarlo completamente, dichiarando di essere attualmente astinenti (miglioramento), nonostante 6 soggetti dichiarino di essere rimasti astinenti dopo il percorso in comunità ma di non esserlo attualmente (peggioramento).

In merito alla condizione di benessere nelle ultime due settimane, si è ricorsi all'utilizzo dell'indice di benessere dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ottenuto sommando il punteggio dato a ciascuna domanda, ricavando dei punteggi complessivi totalizzati sulle 5 domande inerenti al benessere degli intervistati (punteggio da 0 a 25).

Se il punteggio grezzo è inferiore a 13 o se il/la paziente ha risposto con 0-1 a una delle cinque domande, l'Organizzazione Mondiale della Sanità consiglia di somministrare un questionario diagnostico della depressione (ad es. il Major Depression (ICD-10) Inventory), poiché un punteggio inferiore a 13 indica uno scarso stato di benessere.

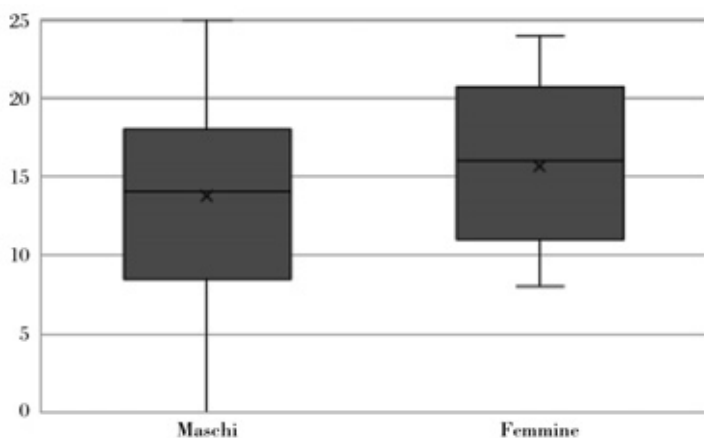
Rispetto al benessere secondo il genere, nel box plot (graf. 1) si nota come il livello di benessere delle donne sia tendenzialmente maggiore rispetto a quello degli uomini.

Il valore mediano, ossia quello che divide a metà la distribuzione, infatti, è superiore nella scatola di destra rispetto a quella di sinistra.

Da un'attenta osservazione, inoltre, è possibile notare come nel genere femminile la scatola sia più simmetrica rispetto a quella del genere maschile e ciò sta a significare che i maschi assegnano punteggi più eterogenei rispetto alle femmine.

Con riferimento alla lunghezza dei baffi, dal grafico è possibile dedurre come nel caso dei maschi ci sia una maggiore dispersione dei dati, dovuta all'eterogeneità dei punteggi assegnati da questi.

Graf. 1 - Benessere e genere a confronto ("Doppia Diagnosi" e "Progetto Sobrietà")

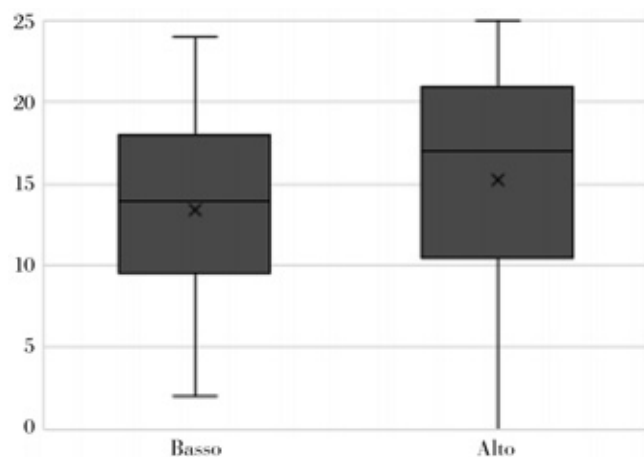


Dalla rappresentazione grafica a seguire (graf. 2), è possibile notare come ad un alto livello di scolarizzazione corrisponda una migliore condizione di benessere, e viceversa, ad un basso livello una peggiore condizione di benessere.

Considerando il valore che divide la distribuzione in due metà uguali (mediana), esso è superiore nelle persone con una scolarità maggiore rispetto a quelle con un livello di istruzione minore.

La grandezza delle scatole, inoltre, appare differente nella rappresentazione di sinistra rispetto a quella di destra: è infatti possibile dedurre come il 50% degli intervistati con un'alta scolarizzazione assegni un punteggio superiore (compreso tra 10,5 e 21), mentre il 50% dei pazienti con un basso livello di istruzione ne assegni uno inferiore (compreso tra 9,5 e 18).

Graf. 2 - Benessere e titolo di studio ("Doppia Diagnosi" e "Progetto Sobrietà")



Dal grafico (graf. 3) è possibile notare che gli intervistati che sono coniugati stiano meglio rispetto a quelli che sono celibi/nubili o divorziati.

Nel primo caso infatti, il valore della mediana è nettamente superiore rispetto agli altri due casi e in ragione a ciò è possibile dedurre come il 50% degli ex pazienti assegni un punteggio più elevato al proprio benessere, compreso tra 12,5 e 22,75.

Con riferimento alla lunghezza dei baffi, inoltre, è possibile comprendere che ci sono delle differenze tra i tre gruppi.

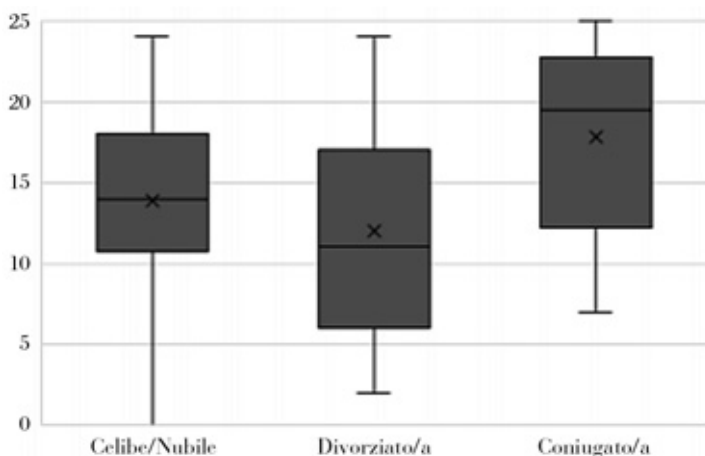
Mentre nel gruppo dei celibi/nubili e dei divorziati i baffi sono più lunghi e pertanto le risposte più eterogenee (da valore minimo a valore massimo), in quello dei coniugati i baffi sono più corti e di conseguenza le risposte si concentrano maggiormente (punteggio che va da 7 a 25).

Questo dato conferma quanto emerge dalla letteratura: le relazioni interpersonali rivestono un importante fattore di gratificazione e ricoprono una fondamentale funzione evolutiva nell'uomo.

In merito al confronto tra benessere e percorso terapeutico intrapreso, il box plot (graf. 4) mostra che il livello di benessere degli intervistati che hanno seguito un percorso in "Doppia Diagnosi" è tendenzialmente superiore rispetto a quello riferito dagli utenti del "Progetto Sobrietà".

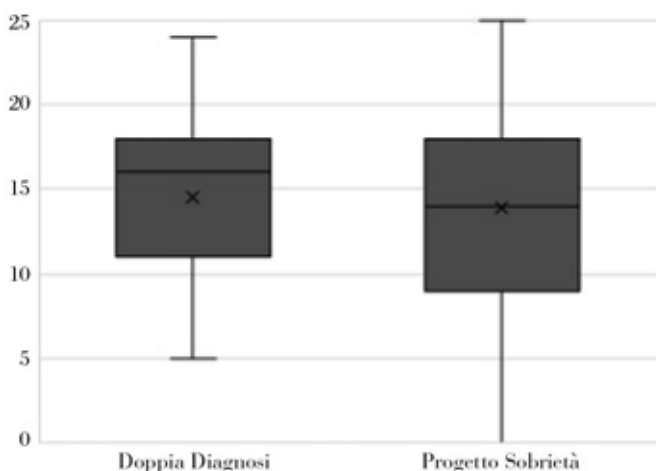
Il valore mediano è infatti superiore nei primi rispetto ai secondi: se si osservano le grandezze delle "scatole", si può inoltre comprendere che il 50% degli intervistati di "Doppia Diagnosi" riferisce un benessere compreso tra i valori 11 e 18 mentre per gli utenti del "Progetto Sobrietà" il 50% si colloca tra i valori 9 e 18.

Graf. 3 - Benessere e stato civile (“Doppia Diagnosi” e “Progetto Sobrietà”)



Infine, anche la lunghezza dei baffi è differente nei due gruppi, segnalando che nel “Progetto Sobrietà” le risposte sono più eterogenee (arrivano infatti fino ai valori minimo e massimo previsti) mentre nei pazienti in “Doppia Diagnosi” le risposte sono maggiormente concentrate.

Graf. 4 - Benessere e percorso terapeutico: il programma “Doppia Diagnosi” e il programma “Progetto Sobrietà” a confronto



Come ben documentato in letteratura la condizione di astinenza/ricaduta è correlata alla condizione di benessere generale (Cibin *et al.*, 2018).

Le persone che hanno deciso di autodimmettersi infatti assegnano un punteggio più basso alla propria condizione di benessere rispetto a quelle che sono state dimesse, le quali ne assegnano uno più alto.

Sempre con riferimento all’uso di sostanze nel periodo successivo al programma residenziale, gli intervistati che hanno riiniziato ad assumerle percepiscono una peggiore condizione di benessere (N: 14).

In merito, invece, alle persone che dichiarano di aver mantenuto una condizione di astinenza nel periodo post “Casa di Giano” e che hanno dato una valutazione positiva al proprio benessere, esse sono complessivamente 24.

Si è scelto di mettere in relazione anche il benessere con la presenza di eventuali altri trattamenti terapeutici di recupero dalla dipendenza.

Dal confronto è emerso che gli intervistati che hanno scelto di sottoporsi ad altri programmi dopo l’uscita da “Casa di Giano” affermano di stare meglio, rispetto a coloro che invece hanno deciso di non frequentare nessun altro programma, che invece asseriscono di stare peggio.

Conclusioni

In conclusione, dal follow-up sono emersi alcuni dati significativi, grazie ai quali è stato possibile offrire una prima misura, seppur semplice, dell’efficacia dei trattamenti terapeutici (“Doppia Diagnosi” e “Progetto Sobrietà”) attivati dal Centro Trentino di Solidarietà Onlus a “Casa di Giano”, i quali sono stati sintetizzati in una serie di punti.

Per valutare l’efficacia dei due programmi si è ricorsi a due macro aree:

- la sospensione prolungata o la riduzione del consumo di sostanze psicoattive;
- il miglioramento complessivo della qualità della vita del soggetto sottoposto al trattamento (De Angeli e Serpelloni, 2002; Gianotti, 2003; OMS, OEDT, UNDCP, 2006; Serpelloni e Simeoni, 2003; Ugolini, 2005; Broekaert *et al.*, 2017).

Si è deciso di analizzare i possibili fattori predittivi determinanti tali percentuali di successo e tentare di individuare così le variabili che possono influenzare il raggiungimento di un esito favorevole del trattamento.

A tale proposito, è stato possibile formulare le seguenti valutazioni:

1. il completamento del trattamento residenziale è un fattore predittivo di astinenza: la conclusione positiva del programma terapeutico (dimissione) è correlata ad una sospensione dell’uso di sostanze (astinenza), nonché ad un miglioramento della qualità di vita dopo il trattamento. Dai dati è emerso che gli intervistati che decidono di autodimmettersi dopo l’uscita da “Casa di Giano” ritornano a fare uso di sostanze più frequentemente rispetto, invece, a quelli che vengono dimessi, i quali rimangono perlopiù astinenti.

2. La durata del trattamento rappresenta uno dei fattori in grado di predire un esito post-cura favorevole.

Secondo alcune recenti revisioni della letteratura internazionale (Malivert *et al.*, 2011; Vanderplasschen *et al.*, 2013) numerosi studi mostrano come vi sia una correlazione positiva fra il tempo trascorso in trattamento e il mantenimento della condizione di astinenza (Molin *et al.*, 2015).

Appare evidente che rimanere aderenti al trattamento presso una comunità è segno di consapevolezza.

Anche nel follow-up effettuato emerge come periodi più lunghi in trattamento siano connessi a risultati migliori in termini di astinenza.

L’esito del programma incide sul ritorno all’uso di sostanze: dall’indagine infatti è stato possibile dedurre che le persone che riiniziano a fare uso di sostanze sono per la maggior parte quelle che hanno concluso il percorso in modo insoddisfacente (insuccesso), mentre quelle che rimangono astinenti sono quelle che lo hanno portato a termine in modo discreto o buono (successo parziale e successo).

3. La correlazione tra astinenza e partecipazione ad un altro programma terapeutico di recupero dalla dipendenza nel periodo post “Casa di Giano” appare significativa.

Gli intervistati che dopo il termine del programma terapeutico si sono sottoposti ad un altro trattamento di recupero dalla dipendenza hanno mantenuto una condizione di astinenza,

al contrario, gli intervistati che affermano di non aver intrapreso alcun percorso terapeutico dopo il programma a "Casa di Giano", dichiarano di essere tornati a fare uso delle sostanze. Dallo studio sono emersi risultati interessanti, nonostante siano emersi alcuni limiti.

Tra le criticità emerse dallo studio vi sono:

- il problema della rispondenza, ancora decisamente scarsa e tale da impedire generalizzazioni dei risultati.
- L'impossibilità di distinguere il percorso "Doppia Diagnosi" da "Progetto Sobrietà", vista la scarsità di soggetti che hanno deciso di partecipare al follow-up, analisi che si sarebbe rivelata interessante con una popolazione di riferimento più numerosa per operare un confronto tra le caratteristiche dei pazienti che intraprendono il programma "Doppia Diagnosi" e quelli che intraprendono "Progetto Sobrietà".
- L'alta percentuale di rifiuti al follow-up, dovuta probabilmente ad una difficoltà da parte degli ex-pazienti a ripensare all'esperienza in comunità o ad una mancata risoluzione della problematica iniziale, non ha permesso di indagare la condizione di benessere di tutti i pazienti individuati inizialmente e quindi di doversi limitare ai soli rispondenti, senza comprendere fino in fondo quanto il trattamento a "Casa di Giano" incida su una migliore qualità di vita.

I risultati dello studio oltre che confermare ricerche precedenti hanno permesso di delineare le caratteristiche dei pazienti che accedono a "Casa di Giano", individuando in maniera più specifica la dimensione psicologica e lo stato di benessere nel periodo successivo alla conclusione del programma terapeutico. Tale affermazione è confermata dalla letteratura stessa, secondo cui "la dimensione psicologica del tossicodipendente è associata a particolari tratti di personalità preesistenti oltre che ad uno stile cognitivo orientato internamente tendente ad amplificare le sensazioni ed incapace di esprimere le proprie emozioni" (Savron *et al.*, 2001, p. 86).

Attraverso puntuali ricerche di *follow-up* le Comunità terapeutiche possono riformulare i propri programmi riabilitativi per far fronte alle problematiche derivanti dalla cronicizzazione e dalla disabilità, rivestendo un ruolo di primo piano non solo gestionale ma anche progettuale rispetto al paziente e ai Servizi inviati.

Bibliografia

Anthony W.A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabil Journal*, 16: 11-23.

Broekaert E., De Maeyer J., Vandeveld S. *et al.* (2017). Quality of life in therapeutic communities for addictions: a positive search for wellbeing and happiness. *Journal Groups Addict Recover*, 12: 207-221.

Chiamulera C., Cibir M. (2019). *Aftercare e post-prevention nelle addiction. Verso il benessere*. Edizioni Publiedit.

Cibir M., Sgualdini E., Hinnenthal I.M. (2018). Il trattamento residenziale dei Disturbi da Uso di Sostanze. In: Lugoboni F., Zamboni L. (a cura di), *In Sostanza. Manuale sulle dipendenze patologiche*. Verona: Edizioni CLAD-Onlus, pp. 244-250.

Coletti M., Grosso L. (2011). *La comunità terapeutica per persone tossicodipendenti*. Torino: Gruppo Abele.

Davoli M., Amato L. (2011). La valutazione dell'outcome come strumento per migliorare la qualità delle cure. *Medicina delle Dipendenze*, 4: 32-37.

De Angeli M., Serpelloni G. (2002). I progetti di ricerca sulla valutazione dell'outcome e del processo di trattamento nell'ambito delle tossicodipendenze: una revisione della letteratura scientifica. In: Serpelloni G., De Angeli M., Rampazzo L. (a cura di), *La valutazione dell'outcome nei trattamenti della tossicodipendenza*, Regione Veneto, pp. 113-152.

De Angeli M., Serpelloni G. (2005). La valutazione dell'efficacia dei trattamenti nelle tossicodipendenze: una revisione internazionale della letteratura scientifica. In: Ugolini P. (a cura di), *op. cit.*, pp. 83-95.

Dekkers A., De Ruyscher C., Vanderplasschen W. (2020). Perspectives on addiction recovery: focus groups with individuals in recovery and family members. In: *Addict Res Theory* (early online).

Di Clemente C. (1993). Changing Addictive Behaviours: a process perspective. *Psychological Science*, 2: 101-106.

Gianotti C. (2003). *Dipendenze: la qualità della cura dei Servizi*. Milano: FrancoAngeli.

Hansen N.B., Lambert M.J., Forman E.M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9: 329-343.

Malivert M., Fateséas M., Denis C., Langlois E., Auriacombe M. (2011). Effectiveness of therapeutic communities: a systematic review. *European Addiction Research*, 18(1): 1-11.

Molin V., Pellegrini G., Ferrucci R., Lovaste R. (2015). La recidiva tossicomane post comunitaria. Analisi di follow up degli inserimenti in C.T. 2004-2014 di pazienti con diagnosi di dipendenza da sostanze noti ai Ser.D. trentini. *Mission (FederSerd)*, 44: 63-72.

OMS, OEDT, UNDCP (2006). Linee guida internazionali per la valutazione dei servizi e dei sistemi per il trattamento dei disturbi da uso di sostanze psicoattive.

Serpelloni G., Macchia T., Mariani F. (a cura di). *Outcome. La valutazione dei risultati e l'analisi dei costi nella pratica clinica nelle tossicodipendenze*. National Outcome Project del Ministero della Solidarietà Sociale, pp. 21-52.

Peroni D., Clerici M. (2015). *Doppie diagnosi in comunità terapeutica*. Milano: FrancoAngeli.

Savron G., Tranquilli S., Bartolucci G. (2001). Caratteristiche psicopatologiche in un campione di tossicodipendenti ospiti in comunità terapeutiche. *Rivista di psichiatria*, 36(2).

Selle P. (2014). Definizione dei concetti e delle tematiche riguardanti l'outcome da un'ottica aziendalistica. In: Bignamini E., Andreatta D., Liborio M., Carnino C., Faro G., Ferrari L., Gatti R., Manassero P., Somaini L., Teta E. (a cura di), *Outcome nelle dipendenze. Esiti della patologia esiti del trattamento*. Milano: CE.R.CO Edizioni.

Serpelloni G., Simeoni E. (2003). La valutazione dell'outcome nei trattamenti delle tossicodipendenze nella pratica clinica. In: Serpelloni G., De Angeli M., Rampazzo L. (a cura di), *La valutazione dell'outcome nei trattamenti della tossicodipendenza*. Regione Veneto, pp. 19-62.

Sollini R. (2018). Il futuro della comunità terapeutica. In: Lugoboni F., Zamboni L. (a cura di), *In Sostanza. Manuale sulle dipendenze patologiche*. Verona: Edizioni CLAD-Onlus.

Ugolini P. (2005). *Qualità e outcome nelle dipendenze. Dibattito europeo e italiano, esperienze in Emilia Romagna*. Milano: FrancoAngeli.

Vanderplasschen W., Colapert K., Autrique M., Rapp R.C., Pearce S., Broekaert E., Vandeveld S. (2013). Therapeutic communities for addictions: a review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective. *The Scientific World Journal*: 1-22.



Audizione di FeDerSerD in materia di sostanze stupefacenti

Commissione Giustizia - Camera dei Deputati, 9 giugno 2020

Si ringraziano gli onorevoli membri della Commissione per l'invito.

I due disegni di legge oggetto della audizione propongono modifiche all'attuale normativa di segno opposto, concentrandosi su un aspetto molto specifico dell'art. 73.

FeDerSerD ritiene che il DPR n. 309/90 andrebbe riformato in molti punti, perché a distanza di 30 anni risulta ormai inadeguato ad affrontare il contesto del consumo di sostanze, sia dal punto di vista della prevenzione e del contrasto dell'offerta, che da quello della risposta al bisogno di cura delle persone con problemi di dipendenza.

A questo riguardo, rileviamo che la parte del dettato normativo riservata ai compiti degli Enti Locali (Titolo X - Attribuzioni regionali, provinciali e locali. Servizi per le tossicodipendenze - Artt. 113-119) e quella più specificamente dedicata a descrivere gli interventi dei servizi per le dipendenze (Titolo XI - Interventi preventivi, curativi e riabilitativi - Artt. 120-126) risultano anacronistiche e del tutto marginali rispetto all'impianto complessivo (a titolo puramente esemplificativo, dal punto di vista organizzativo si fa ancora riferimento alle Unità Sanitarie locali anziché alle Aziende Sanitarie). Se esaminiamo le ultime Relazioni a Parlamento sia sulle droghe illegali che sull'alcol, se consideriamo i report nazionali con i dati relativi ad altre attività specialistiche di competenza dei Servizi per le dipendenze (tabagismo, gioco d'azzardo patologico, altre dipendenze comportamentali, accertamenti alcol e guida e droghe e guida, accertamenti per lavoratori a rischio, programmi con le Prefetture ex artt. 75 e 121 del DPR 309/90), vediamo che il flusso annuo di persone che si rivolgono ai SerD si avvicina ormai alle 300.000 unità.

La situazione organizzativa del sistema territoriale dei servizi è molto critica, come è stato evidenziato in questi mesi dall'epidemia di Covid-19, che ha visto anche i Se.D. impegnati a fronteggiare le drammatiche conseguenze dell'infezione e del lock down sulle persone più vulnerabili.

Quindi riteniamo che sia scorretto, anzi rischioso, affrontare l'ampia e complessa tematica dei consumi di sostanze psicoattive in modo disorganico e frammentario, concentrandosi solo sull'aspetto repressivo dello spaccio.

Dall'osservatorio privilegiato degli operatori dei servizi per le dipendenze, vediamo che in questi anni:

- sono aumentati gli utenti in carico ai Ser.D. con problemi di giustizia che richiedono programmi specifici, all'interno del carcere o in esecuzione penale esterna (per misure alternative alla detenzione e di messa alla prova).

Spesso le condanne arrivano molti anni dopo la commissione del reato, per la mole di processi arretrati dei Tribunali, restando ancora più complesso il percorso terapeutico-riabilitativo;

- sono aumentate le dipendenze giovanili, ma mancano i servizi dedicati a questo target di popolazione, in grado di affron-

tare i bisogni peculiari dell'età evolutiva e i percorsi di reinserimento in caso di reati col Tribunale dei Minorenni;

- sono aumentate le patologie croniche correlate alla dipendenza e le situazioni di non autonomia e di marginalità, che richiedono soluzioni innovative sul piano della residenzialità;
- rimane molto preoccupante il dato del "bisogno sommerso", attribuibile a molteplici fattori, tra cui la paura delle persone di chiedere aiuto e l'attuale impossibilità da parte dei servizi di assicurare adeguati interventi territoriali di prevenzione e di riconoscimento precoce del disagio;
- il ritardo nella richiesta di aiuto peggiora la situazione clinica e di conseguenza la prognosi;
- il ritardo nella richiesta di aiuto, nel caso di patologie infettive, può favorire la trasmissione a terzi, con gravi problemi di sanità pubblica (es. epatiti virali, HIV, coronavirus).

Non senza preoccupazione i professionisti del settore notano come, nel tempo, le modifiche di legge relative alle pene comminate per la commissione di reati legati allo spaccio di sostanze e/o alla condizione di spacciatore/consumatore delle stesse, oscillino su posizioni più o meno sanzionatorie anche in funzione degli orientamenti politici prevalenti nei vari momenti, il tutto in modo poco coordinato rispetto alle reali esigenze di cura e riabilitazione di cui sono portatori i soggetti incriminati/condannati per tali reati.

Questo ha avuto in più occasioni ricadute molto complesse sia sul sistema carcerario e della giustizia (sovraffollamento delle carceri, potenziali sanzioni europee, indulti) che sui sistemi di cura sia territoriali che interni agli istituti penitenziari (incremento drammatico e costante di soggetti da prendere in carico per programmi terapeutici alternativi alla pena detentiva).

Queste oscillazioni nuocciono pesantemente sull'attività dei professionisti del settore e sull'organizzazione e gestione dei trattamenti che, per essere validi ed efficaci, devono potersi realizzare in contesti stabili, meditati e sostenuti a qualunque livello (politico, legislativo, tecnico-clinico del SSN).

Si ritiene che l'esigenza di aggiornamento della legislazione specifica debba essere affrontata in modo complessivo, non cogliendo solo alcuni aspetti lasciandone intoccati altri e sulla scorta dell'essenziale e irrinunciabile contributo della Conferenza Nazionale Triennale sulle Droghe che risulta non convocata dal 2009.

Per quanto sopra esposto, FeDerSerD ritiene in sintesi che il DPR n. 309/90 debba essere riformato, ma che un approccio settoriale e frammentario, che insiste esclusivamente sulla logica repressiva, non sia adeguato ad affrontare gli attuali problemi prioritari del settore.

Il Presidente Nazionale FeDerSerD - Dott. Guido Faillace

L'impatto della infezione da SARS-CoV-2 nei setting operativi. La riformulazione di alcuni interventi al Ser.D. di Alcamo

Caterina Di Giovanni*, Guido Faillace**

SUMMARY

■ *The arrival of the Covid-19 pandemic has significantly changed the approach to various intervention modalities in the Ser.D. and with the arrival of the lockdown, many projects and operational paths that were not of an urgent nature were postponed, including above all the prevention and health promotion activities.*

Group activities were also blocked, consequently the final meetings of the experiential groups aimed at restoring personal well-being were canceled.

These paths were stopped, precisely, in a final phase of verification and restitution, leaving the members of the groups and the operators in a temporary state of suspension.

Are illustrated the alternative strategies adopted and the adhesion and the experiences of patients. ■

Keywords: Covid-19 pandemic, Ser.D., Group activities, Lockdown and alternative strategies.

Parole chiave: Pandemia Covid-19, Ser.D., Attività di gruppo, Lockdown e strategie alternative.

L'arrivo della pandemia da Covid-19 ha cambiato notevolmente l'approccio a varie modalità di intervento nel Ser.D. e con l'arrivo del lockdown sono stati rinviati tanti progetti e percorsi operativi che non avevano carattere d'urgenza, fra cui soprattutto le attività di prevenzione e di promozione della salute.

Bloccate anche le attività di gruppo, di conseguenza sono stati annullati gli incontri finali dei gruppi Forza e Gioia, gruppi esperienziali rivolti al ripristino del benessere personale, con maggiore attenzione alla riapertura nel primo della Forza Calma, della Consistenza, e Determinazione individuale, e nel secondo al recupero di altri aspetti dello stare bene: quali il saper vivere con Gioia, Vitalità e Piacere la propria esistenza.

Questi percorsi sono stati fermati, proprio, in una fase conclusiva di verifica e restituzione, lasciando i componenti dei gruppi e la stessa conduttrice in uno stato temporaneo di *sospensione*.

Nel primo periodo di chiusura si è cercato di dare continuità all'operatività lavorativa con i singoli utenti.

Il primo approccio, subito ben accolto, è stato quello telefonico, con la finalità di dare consulenza e sostegno ai pazienti, i quali hanno potuto parlare delle loro preoccupazioni ed hanno accettato di mantenere un contatto periodico con gli operatori.

Inizialmente si è attraversata una fase di accoglienza della configurazione emotiva degli utenti, in cui si è cercato di dare un aiuto per una rielaborazione di quanto stava accadendo a tutti ed in particolare a ciascuno di loro.

Successivamente, si è notato che se, in un primo momento, la telefonata poteva essere utile per richiamare la loro capacità di gestione dello stato di allarme, che la situazione contestuale provocava, dopo non bastava più.

Infatti come ha evidenziato Rispoli "Con l'inizio della pandemia e dell'isolamento, c'è stata una prima reazione di stress, con allarme, preoccupazione. Una reazione abbastanza normale (ben nota), abbastanza sana. Ma poi la crisi è andata avanti, e avanti, ed è successo qualcosa di nuovo: non c'era più il classico pericolo momentaneo che bisogna fuggire o affrontare, c'è stato, invece, un vero e proprio sconvolgimento: abbiamo dovuto cambiare completamente lo stile di vita, abitudini, modi di essere nel sociale, rinchiusi nelle nostre case. E da qui lo shock, qualcosa che non si sarebbe mai potuto neanche immaginare. Ma il virus ci ha posto davanti alla verità, alla condizione reale di tutti noi. Le persone che stavano già male prima, che stavano in condizioni alterate in vari modi, con malesseri e disarmonie (non necessariamente patologie evidenti) si sono sentite peggio: destabilizzate, arrabbiate, impaurite, a seconda dei casi" (Rispoli, 2020).

Anche nei nostri utenti abbiamo riscontrato cambiamenti di stati d'animo, a poco a poco, abbiamo visto prevalere uno scoraggiamento e un malessere su più fronti, che la telefonata settimanale non fronteggiava più, quindi occorreva aiutarli con altre strategie. Così, in modalità on line, abbiamo iniziato ad attuare percorsi secondo la Metodologia Funzionale, adoperata all'interno del Servizio, dalla coautrice, da oltre 20 anni sia in attività individuali, che di gruppo.

Non tutti gli utenti hanno accettato la possibilità di continuare il percorso, qualcuno perché aveva i bambini in casa che non gli permettevano la possibilità di *staccare mentalmente* per un'ora di collegamento on line, altri perché, vivendo con familiari ignari della loro presa in carico al Ser.D., non volevano esporsi.

Di fatto ha accettato la nuova modalità di trattamento soprattutto chi da un po' di tempo era *in carico* al servizio, aveva già potuto notare dei miglioramenti, che voleva velocemente recuperare.

* Dirigente Pedagogista Ser.D. Alcamo.

** Direttore UOC Dipendenze Patologiche.

Quasi tutti gli altri hanno mantenuto, comunque, la possibilità di avere contatti telefonici periodici.

Supportati da seminari, svolti su piattaforma telematica, sulla fattibilità di un percorso on line di tipo Funzionale a distanza; dopo uno studio attento su quali tecniche potevano essere idonee a questa nuova modalità operativa; si sono programmati i nuovi interventi.

La possibilità, per i pazienti, di *vedere* l'operatrice è stata accolta positivamente, con gioia, molti si sono addirittura commossi nel vederla in videochiamata; adattandosi velocemente, per bisogno, alla nuova realtà.

Gli utenti abituati ad un percorso che era stato centrato sul contatto, i massaggi, la respirazione, la vicinanza all'altro sino alla fusionalità, si sono dovuti *accontentare* di un *contatto solo oculare*, di una *voce che porta*, di una *vicinanza affettiva a distanza*. Ma l'affidarsi ad un sostegno già riconosciuto come *sicuro*, ha permesso l'abbandonarsi alla *voce che porta*, una voce che rendeva possibile l'accesso a quelle Esperienze Basilarie del Sé utili al ripristino di una condizione di Benessere. Il desiderio di trovare nuove e valide modalità d'intervento possibile, ha dato spazio alla creatività operativa, permettendo la conduzione di interventi settimanali non solo di sostegno e consulenza, ma anche riabilitativi.

Così, si sono potuti attivare percorsi finalizzati al recupero del Benessere, che hanno favorito l'allentamento dello stato di allarme, che la pandemia aveva provocato; hanno permesso la riapertura di sensazioni ed emozioni, favorendo una maggiore consapevolezza di sé e della realtà; hanno stimolato il raggiungimento di una maggiore consistenza ed il potenziamento della capacità di resilienza. Fermato lo stato di allarme, si è continua-

to a lavorare secondo le indicazioni programmate in precedenza (prima del lockdown) per ciascuno paziente.

Ciò ha permesso nel tempo di continuare un percorso che era stato reso impossibile dagli eventi.

Gli utenti che hanno aderito all'esperienza sono stati sempre presenti e puntuali agli appuntamenti, mostrando grande impegno ed interesse per la continuazione di un percorso già sentito e conosciuto come fortemente positivo.

I risultati nel tempo sono stati visibili.

La rivalutazione effettuata recentemente (Scheda di valutazione adulti - Rispoli, 2011) ha evidenziato un cambiamento in positivo di tutti i pazienti trattati e, per alcuni di loro, ha prospettato anche l'opportunità di dimissione dal Servizio, che sono state programmate per fine anno e accettate con consapevolezza dagli utenti, con il desiderio e la promessa, *appena sarà consentito* di rincontrarci in presenza, per un ultimo abbraccio, un *contatto vero, pieno e intenso* che, oggi, grazie al lavoro svolto al Ser.D., per loro è nuovamente possibile.

Bibliografia e sitografia

- Di Giovanni C. (2014). Funzionalismo, Stress e Benessere nei servizi sanitari. *Neo-Funzionalismo e Scienze integrate. Nuove frontiere di cura, prevenzione e benessere, S.E.F. Rivista Telematica*, 2 settembre.
- Rispoli L. (2004). *Esperienze di Base e sviluppo del Sé*. Milano: Franco Angeli.
- Rispoli L., Di Nuovo S. (2011). *L'Analisi Funzionale dello Stress*. Milano: FrancoAngeli.
- Rispoli L. (2016). *Il corpo in psicoterapia oggi. Neo-Funzionalismo e Sistemi integrati*. Milano: FrancoAngeli.
- Rispoli L. (2020). *Virus, vita e potenzialità*. 20 luglio, luc@admin.

FeDerSerD/FORMAZIONE



Il futuro dei Servizi per le Dipendenze a trent'anni dal DPR 309/90

Importante evento virtuale formativo tematico nazionale di FeDerSerD il 4 e 5 novembre 2020, curato dalla federazione campana della società scientifica, sul tema "Il futuro dei Servizi per le Dipendenze a trent'anni dal DPR 309/90".

Le due giornate sono state dedicate la prima agli aspetti istituzionali e la seconda a quelli scientifici.

Presenti, oltre a centinaia di operatori, deputati, consiglieri regionali, direttori di ASL, presidenti delle società scientifiche di settore, presidenti dei network delle strutture del privato sociale più significative.

Un parterre di eccezione e una discussione ampia e orientata alle proposte di innovazione del DPR 309/90, di cui tutti dopo trent'anni dalla promulgazione e a fronte della evoluzione della realtà dei fenomeni di addiction invocano robusti cambiamenti.

Ci si è mossi, in linea con il lavoro in corso da parte del rappresentativo coordinamento nazionale attivo dal 2019, su quattro punti fondamentali:

- una rinnovata e qualificata governance del Sistema sia politica che tecnica;
- la affermazione della centralità dei Servizi nei vari ambiti di intervento;
- il sostegno e la qualificazione delle professioni in campo;
- un piano di risorse economiche per personale, formazione, progetti e strutture per il Sistema di intervento.

Motivo centrale delle due giornate formative ECM è stato l'impegno per lo sviluppo del **processo integrato di presa in carico globale** nella complessità del nostro comune lavoro. (A.L.)

La comorbidità nel Disturbo da Gioco d'Azzardo

Marco Riglietta*

SUMMARY

■ *Although Gambling Disorder has been recognized in disease classification systems as an addictive behaviour with the V edition of the DSM (2015), addiction services have long since highlighted the presence of Gambling disorder as an additional diagnosis in patients with substance use disorder.*

Many services have begun to treat the DGA even before it was included in the essential levels of assistance (LEA) based on the request of the same patients who recognized themselves in the characteristics of patients with drug, alcohol or tobacco addiction and therefore accessed the SerDs recognizing them as appropriate services.

Comorbidity rates have been established as significant, particularly with substance use, personality disorders, mood disorders, and anxiety disorders as the most common concomitant disorders with gambling. Evaluation of the effects of gambling symptoms on other psychiatric conditions is also extensive, concluding that in both cases, the co-presence of multiple disorders exacerbates any existing pathology, worsens treatment outcomes, and compromises overall functioning. This effect appears to positively correlate with the number of associated disorders. ■

Keywords: *Gambling disorder, Comorbidity, Addiction, Personality, Post traumatic disorder.*

Parole chiave: *Disturbo da gioco d'azzardo, Comorbidità, Dipendenze, Personalità, Disturbo post traumatico da stress.*

Introduzione

La ricerca sulla comorbidità nel gioco d'azzardo patologico è moderatamente disponibile e sta lentamente progredendo lungo una traiettoria simile a quella della ricerca sull'uso di sostanze. I tassi di comorbidità sono stati stabiliti come significativi, in particolare con l'uso di sostanze, i disturbi di personalità, i disturbi dell'umore e i disturbi d'ansia come i più comuni disturbi concomitanti con il gioco d'azzardo.

Anche la valutazione degli effetti dei sintomi del gioco d'azzardo su altre condizioni psichiatriche è ampia, concludendo che in entrambi i casi, la co-presenza di più disturbi esacerbano qualsiasi patologia esistente, peggiorano gli esiti del trattamento e compromettono il funzionamento generale. Questo effetto sembra correlare positivamente con il numero di disturbi associati.

Nonostante i progressi di cui sopra, rimane una grave mancanza di ipotesi pratiche e verificabili basate su risultati esistenti con la maggior parte degli autori che relegano le conclusioni dello studio individuale a riconoscimenti di elevata ricorrenza tra i disturbi.

Questo modello ha provocato una sorta di stagnazione, per cui esistono pochi studi su programmi terapeutici, sui meccanismi di azione e l'eziologia della comorbidità con il DGA.

Tuttavia, basta guardare alla letteratura sull'uso delle sostanze per vedere un modello di fruttuosi esempi di progetti di ricerca e studi futuri per integrare la ricerca esistente e migliorare la compren-

sione di questo fenomeno anche nel disturbo da gioco d'azzardo ed essere in linea con le aree più mature della dipendenza.

Un confronto di entrambe le letterature fornisce diverse conclusioni per gli attuali ricercatori del gioco d'azzardo: la comorbidità nel DGA è comune e i risultati possono essere migliorati quando si offrono in combinazione modalità di trattamento separate per questi disturbi; non è chiaro quanto questa integrazione possa funzionare per tutti i pazienti, e in tutti i sistemi organizzativi ma le prove di ricerca attuali giustificano l'implementazione di servizi integrati e finanziamenti aggiuntivi per il loro sviluppo.

I Sistemi nosografici possono cambiare lo scenario?

Con la creazione della categoria dei disturbi correlati all'uso di sostanze nella quinta edizione del Manuale diagnostico e statistico DSM-5 (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, 5ª edizione, American Psychiatric Association) sono state apportate modifiche sostanziali, inclusa l'aggiunta del disturbo da gioco d'azzardo e una riduzione della soglia minima dei criteri diagnostici richiesti per la sua diagnosi.

Poiché il gioco d'azzardo condivide molte somiglianze con i disturbi dell'uso di sostanze, ragionare sui tassi di comorbidità di altri disturbi psichiatrici è importante e ci si potrebbe aspettare che i tassi di comorbidità possano essere sovrapponibili ai disturbi da uso di sostanze.

Uno studio recente di Ryan Nicholson *et al.* (2) pubblicato nel 2019, ha verificato se i cambiamenti dei criteri diagnostici di disturbo da gioco d'azzardo intercorso con il passaggio dal

* Direttore UOC Dipendenze ASST Papa Giovanni XXIII - Bergamo.
Presidente FeDerSerD Lombardia.

DSM-IV al DSM-5 corrispondessero a cambiamenti di prevalenza di comorbidità con altri disturbi psichiatrici con una prevalenza simile a quelli osservati nei disturbi da alcol e cannabis.

L'analisi dei dati del National Epidemiological Survey for Alcohol and Related Conditions (NESARC) ha suggerito che la prevalenza di qualsiasi disturbo mentale nel DGA erano simili a prescindere dal sistema nosografico di classificazione dal DSM-IV (56,7%) al DSM-5 (53,7%).

Il confronto con altri disturbi da uso di sostanze era notevolmente più elevato rispetto al disturbo da uso di alcol (25,3%) e di cannabis (37,7%), con tendenze simili nella maggior parte dei disturbi/raggruppamenti di comorbidità esaminati.

I risultati suggeriscono che abbassare la soglia per la diagnosi minima del disturbo del gioco d'azzardo ha comportato una leggera riduzione dei tassi di comorbidità sebbene permangano differenze sostanziali tra i dati relativi al DGA e i DUS analizzati.

Il suggerimento ulteriore è che le future edizioni potrebbero prendere in considerazione un'ulteriore riduzione della soglia diagnostica e che questo potrebbe comportare un avvicinamento nei tassi di comorbidità ai disturbi da uso di sostanze.

I dati più recenti

In uno studio australiano del 2015 (1) è stata condotta una ricerca sistematica di studi peer-reviewed che hanno fornito stime di prevalenza dei disturbi psichiatrici dell'Asse I in soggetti con richiesta di trattamento (sia psicologico che farmacologiche) per il gioco d'azzardo problematico (incluso il disturbo da gioco d'azzardo patologico).

Sono state eseguite tecniche meta-analitiche per stimare la dimensione media ponderata dell'effetto e l'eterogeneità tra gli studi.

I risultati di 36 studi hanno identificato alti tassi di attuale comorbidità (74,8%, IC 95% 36,5-93,9) e durata (75,5%, IC 95% 46,5-91,8) per disturbi di asse I.

Ci sono stati alti tassi di disturbi dell'umore attuali (23,1%, IC 95% 14,9-34,0), disturbi dell'uso di alcol (21,2%, IC 95% 15,6-28,1), disturbi d'ansia (17,6%, IC 95% 10,8-27,3) e disturbi da uso di sostanze (non alcolici) (7,0%, IC 95% 1,7-24,9).

In particolare, la prevalenza media più alta degli attuali disturbi psichiatrici era per la dipendenza da nicotina (56,4%, IC 95% 35,7-75,2) e il disturbo depressivo maggiore (29,9%, IC 95% 20,5-41,3), con stime minori per l'abuso di alcol (18,2%, IC 95% 13,4-24,2), dipendenza da alcol (15,2%, IC 95% 10,2-22,0), fobia sociale (14,9%, IC 95% 2,0-59,8), disturbo d'ansia generalizzato (14,4%, IC 95% 3,9-40,8), disturbo di panico (13,7%, IC 95% 6,7-26,0), disturbo post traumatico da stress (12,3%, IC 95% 3,4-35,7), disturbo da uso di cannabis (11,5%, IC 95% 4,8-25,0), il disturbo da deficit dell'attenzione con iperattività (9,3%, IC 95% 4,1-19,6), il disturbo dell'adattamento (9,2%, IC 95% 4,8-17,2), il disturbo bipolare (8,8%, IC 95% 4,4-17,1) e il disturbo ossessivo-compulsivo (8,2%, IC 95% 3,4-18,6).

Non ci sono stati modelli coerenti in base alla gravità del problema di gioco, al tipo di struttura di trattamento e al quadro istituzionale dei servizi.

Sebbene queste stime siano robuste per l'inclusione di studi con errori di campionamento non rappresentativi, dovrebbero essere interpretate con cautela in quanto altamente variabili tra gli studi. I risultati evidenziano la necessità che i servizi di trattamento del gioco d'azzardo intraprendano lo screening e la valutazione di routine della comorbidità psichiatrica e forniscano approcci terapeutici che gestiscano adeguatamente questi disturbi morbosi.

Sono necessarie ulteriori ricerche per esplorare le ragioni della variabilità osservata nelle stime di prevalenza.

È nato prima l'uovo o la gallina?

È noto che molti giocatori problematici soffrono anche di altre condizioni psichiatriche, tuttavia, manca la conoscenza del "sequenziamento" temporale delle condizioni nonché approfondimenti su possibili modelli specifici di genere.

Uno studio svedese pubblicato nel 2019 sul *Journal of Gambling Studies* (3) ha provato ad analizzare il rischio di comorbidità psichiatrica tra i giocatori problematici rispetto a quelli non problematici nella popolazione svedese generale, nonché l'età di insorgenza e il "sequenziamento temporale" del gioco d'azzardo problematico e di altre condizioni psichiatriche nella vita.

È stato utilizzato uno studio caso-controllo

Per entrambi, femmine e maschi, giocatori d'azzardo problematici, il rischio di avere avuto un disturbo psichico lifetime era doppia o più che doppia rispetto ai controlli.

La presenza di un pregresso disturbo d'ansia o depressivo costituivano un rischio per lo sviluppo di un problema di gioco d'azzardo per le donne ma non per gli uomini.

I casi femminili di disturbo da gioco d'azzardo avevano iniziato il gioco dopo la comparsa di un disturbo d'ansia, depressivo o di uso di sostanze.

Differente il quadro maschile in cui i pazienti avevano iniziato il gioco d'azzardo prima che si evolessero gli altri disturbi.

Nelle donne vi sono anche grandi differenze nell'età media di insorgenza tra i casi e i loro controlli, cosa che non succede nella popolazione maschile.

Modelli specifici di genere evidentemente devono essere considerati: l'associazione tra problematica del gioco d'azzardo e comorbidità psichiatrica.

Nello studio svedese sia per gli uomini che per le donne, l'associazione disturbi psichici lifetime e il gioco d'azzardo problematico era statisticamente significativo.

Rispetto ai controlli, il rischio per i casi era raddoppiato o più che raddoppiato.

Tutte le condizioni erano più comuni tra le donne e, inoltre, l'associazione tra disturbo psichico e gioco problematico era leggermente più forti per le donne.

Il disturbo da uso di alcol era fortemente associato al problema del gioco d'azzardo sia per gli uomini che per le donne, con un rischio 3 volte superiore per i casi rispetto ai controlli.

Le donne che avevano sperimentato l'ansia o la depressione prima dell'inizio del gioco avevano un rischio di sviluppare problemi di gioco 2,6-3,1 volte superiore, rispetto ai controlli.

Per gli uomini, invece, soffrire di altri disturbi psichici prima dell'inizio del gioco non costituiva un rischio statisticamente significativo.

Quando si esamina l'età di esordio medio per tutte le condizioni tra le donne intervistate, il gioco d'azzardo aveva un'insorgenza successiva (media = 19,3) rispetto all'insorgenza di tutte le altre condizioni psichiatriche, ad eccezione dell'evento suicidio. Tra le donne, il problema del gioco d'azzardo era l'ultima condizione a svilupparsi a un'età media di 22,6 anni.

Gli intervistati di sesso maschile avevano iniziato a giocare d'azzardo mediamente 16,0 anni prima l'insorgenza di qualsiasi altra condizione.

Questo è in linea con precedenti studi di comunità che avevano trovato la presenza di disturbi dell'umore o dell'ansia precedenti al problema del gioco d'azzardo per le donne ma non per gli uomini (Blanco *et al.*, 2006; Desai e Potenza, 2008).

Una possibile spiegazione di ciò è che non solo l'ansia e i disturbi affettivi sono più comuni tra le donne rispetto agli uomini nella popolazione generale (Piccinelli e Wilkinson, 2000; OMS,

2001), ma anche come fosse maggiore il peso della malattia rispetto agli uomini (McLean *et al.*, 2011).

Per le donne, l'ansia precedeva il problema il gioco d'azzardo in quasi tutti i casi mentre il DUS da alcol o sostanze era riferito a poco più della metà dei casi.

Per gli uomini, l'ansia era il disturbo più comune a precedere il problema il gioco d'azzardo (67%) mentre la depressione era il meno comune (52%).

Ciò è in linea con lo studio di Kessler *et al.* (2008), dove l'ansia era la più alta il disturbo comune per precedere il gioco d'azzardo problematico (82%) e i disturbi da uso di sostanze era il disturbo meno comune che precede il problema del gioco d'azzardo (57%).

Ciò suggerisce, come dimostra anche nelle analisi di regressione, che le donne, ma non gli uomini, con malattia mentale siano un gruppo vulnerabile per lo sviluppo di problemi di gioco d'azzardo.

Se per le donne il gioco d'azzardo problematico sembra essere una conseguenza della malattia mentale, per gli uomini, il gioco d'azzardo problematico fa parte di un processo che porta poi verso la depressione e gli eventi suicidari.

Nel campo della ricerca sull'alcol è stato sostenuto che il legame tra depressione, uso di sostanze e danno può essere più forte tra le donne rispetto agli uomini a causa di una maggiore tendenza tra le donne a usare sostanze psicoattive come strategia di coping (Conner *et al.*, 2009).

Il disturbo post traumatico da stress

Il disturbo da gioco d'azzardo e il disturbo da stress post-traumatico sono altamente comorbili.

Numerosi studi suggeriscono che la presenza di uno (gioco d'azzardo patologico o stress post-traumatico) aumenta sostanzialmente le probabilità di sviluppare successivamente l'altro.

Tuttavia, poco è noto sui legami eziologici tra questi due domini o sulle sfumature della comorbidità.

Ricerche precedenti hanno suggerito che i sintomi dello stress post-traumatico potrebbero essere correlati a motivazioni uniche e credenze sul gioco d'azzardo.

Un lavoro di Grubbs e Chapman (4) del 2019 ha cercato di esaminare se o meno i sintomi dello stress post-traumatico potrebbero anche essere correlati a specifiche vulnerabilità situazionali a comportamenti di gioco d'azzardo.

Usando un grande campione trasversale di adulti che usano Internet negli Stati Uniti che erano principalmente giocatori (N = 743; 46% uomini, età media = 36,0, SD = 11.1), e un campione ospedaliero di veterani delle forze armate statunitensi con richiesta di trattamento per il disturbo del gioco (N = 332, 80% uomini, età media = 53,5, SD = 11.5), il lavoro ha testato se i sintomi dello stress post-traumatico fossero unicamente correlati a una varietà di situazioni di gioco.

I risultati di entrambi i campioni hanno rivelato che anche quando si controllano variabili potenzialmente confondenti (ad es. uso di sostanze e tratto impulsivo), i sintomi dello stress post-traumatico erano univocamente correlati al gioco d'azzardo in risposta a influenze negative, o in risposta alla pressione sociale, o alla ricerca di eccitazione.

Questi risultati sono coerenti con altri lavori che suggeriscono che le persone con sintomi da stress post-traumatico hanno maggiori probabilità di impegnarsi in comportamenti di gioco per ragioni che differiscono dai giocatori senza tali sintomi.

Nonostante i collegamenti eziologici poco chiari tra PTSD e DGA (e le loro manifestazioni sub-diagnostiche), alcune lavori

hanno coerentemente osservato che la presentazione di questa comorbidità è particolarmente grave.

Ad esempio, i soggetti con PTSD e GD tendono ad essere fortemente angosciati in generale, più inclini alla suicidalità, e sono alti utilizzatori di servizi di trattamento della salute mentale.

Allo stesso modo, l'evidenza suggerisce che le persone con entrambi i disturbi riportano livelli generalmente più alti di affettività negativa e maggiore motivazione a utilizzare il gioco d'azzardo per far fronte a regolazioni emotive negative.

I risultati dello studio suggeriscono che gli individui con PTSD e GD siano un sottoinsieme considerevole e particolarmente vulnerabile di giocatori patologici, e che siano a rischio per problemi più complessi e una sostanziale diminuzione del benessere generale.

La comorbidità di DGA e PTSD è un'area di maggiore attenzione nella recente ricerca; diverse analisi hanno collegato tra loro anche i livelli subclinici di entrambi i disturbi (ad es. sintomi di stress post-traumatico e sintomi di gioco problematici) che suggeriscono come PTSS/PTSD siano legati con motivazioni uniche e vulnerabilità ai comportamenti di gioco.

In particolare sarebbero chiaramente associati a maggiori rischi di gioco d'azzardo in risposta a emozioni negative.

Tratti di personalità e Disturbo da Gioco d'Azzardo (Big Five)

È evidente che l'inserimento del DSM-5 del disturbo da gioco d'azzardo all'interno del capitolo di disturbi di addiction porta a sviluppare studi di collegamento fra le diverse tipologie di addiction sempre più frequente.

Un confronto fra i differenti disturbi di addiction in relazione ai tratti di personalità (Big Five) è stato portato avanti da un gruppo australiano (5) che in particolare ha voluto verificare alcune condizioni:

- le associazioni dei "Big Five" dimensioni della personalità (l'estroversione-introversione, gradevolezza-sgradevolezza, coscienziosità-negligenza, nevroticismo-stabilità emotiva, apertura mentale-chiusura mentale) con i disturbi da uso di alcol, nicotina, cannabis e disturbi del gioco d'azzardo;
- la comorbidità tra questi disturbi;
- la misura in cui le basi della personalità comune spiegano la comorbidità;
- se i risultati differivano per uomini e donne;
- l'entità delle differenze di personalità corrispondente ai 4 disturbi.

I partecipanti erano 3.785 gemelli e fratelli (1.365 uomini, 2.420 donne; Mago 32 anni, range 21-46 anni) dall'Australian Twin Registry.

Coerente con l'ipotesi di un contributo dei tratti di personalità comune a queste comorbidità, tre delle dimensioni della personalità, alto nevroticismo, bassa gradevolezza e bassa coscienziosità erano significativamente associati a tutti e quattro questi disturbi.

In particolare bassa estroversione era associata a Nicotine Dependence e Cannabis Use Disorder (CUD) mentre apertura mentale è stata unicamente associata al CUD.

Già Kotov *et al.*, 2010, avevano sottolineato la probabile associazione fra tratti di personalità e patologia; "Riflette le radici condivise e forse la sovrapposizione concettuale" tra i domini di personalità e i disturbi, tali che la manifestazione comportamentale del disturbo può essere un'esacerbazione di un tratto stabile esistente.

Ad esempio, individui con elevati livelli di nevroticismo sono più inclini ad utilizzare le sostanze psicoattive come metodo per

alleviare gli effetti negativi (Cooper, 1994; Simons, Correia, Carey e Borsari, 1998).

Individui con bassi livelli di coscienziosità tendono ad essere più impulsivi e meno attenti a comportamenti che promuovono la salute e di conseguenza quindi più propensi a comportamenti rischiosi come l'uso di sostanze (Raynor & Levine, 2009).

Tuttavia, questa spiegazione presenta alcune falle e non tiene in considerazione la complessità delle iterazioni (Kotov *et al.*, 2010). È stato anche suggerito che l'associazione di alcuni tratti di personalità con il funzionamento sociale, e gli stati affettivo-emozionali (ad es. associazione del nevroticismo con affettività negativa), e l'autoregolazione (ad es. associazione a bassa coscienziosità con l'impulsività) può spiegare il ruolo della personalità nello sviluppo dei DUS.

Seguendo questo filone di pensiero, si potrebbe spiegare l'associazione del disturbo da uso di cannabis con il tratto di maggior apertura mentale: questa caratteristica renderebbe più facile la ricerca di potenziamento delle esperienze percettive e cognitive indotta dalla cannabis (Simons *et al.*, 1998).

Queste persone sono propense a cercare nuove esperienze in una ricerca introspettiva, che le proprietà psichedeliche di cannabis tendono a facilitare.

Questa motivazione vale per l'utilizzo di cannabis e non è applicabile alle altre sostanze esaminate dallo studio.

I quattro disturbi che creano dipendenza di disturbo da uso di alcol (AUD), dipendenza da nicotina (ND), disturbo da uso di cannabis (CUD) e disturbo da gioco d'azzardo (DGA) erano tutti caratterizzati da alto nevroticismo, bassa gradevolezza e bassa coscienziosità.

Anche se questi i risultati potrebbero indicare una propensione generale a sviluppare un disturbo da addiction, i risultati di uno studio che ha incluso 11 diversi disturbi psichiatrici ha mostrato che questi tre tratti erano associati con una propensione più generale anche per altri disturbi psichiatrici (Caspi *et al.*, 2014). D'altra parte, un'elevata "apertura mentale" sembra essere un correlato specifico del CUD.

Sebbene esistessero solide associazioni tra i disturbi di addiction e i tratti di personalità, solo in modesta parte si possono spiegare le differenze con i tratti di personalità, in particolare lo studio riporta il 7% per AUD; 4% per ND; 5% per CUD; 2% per GD. Questo indica l'importanza di costrutti diversi dalla personalità nel manifestazione di disturbi che creano dipendenza.

È per altro stato suggerito di influenze genetiche sovrapposte tra tratti di personalità e disturbi di dipendenza possono spiegare parzialmente le associazioni tra loro (Lahey, 2009).

La differenza principale tra i quattro disturbi sembrava essere dato delle loro dimensioni di effetto. I profili per AUD e ND erano relativamente piatti, seguito da CUD e poi DGA (usando entrambi DSM-IV e DSM-5 criteri).

La questione dei criteri diagnostici impatta anche sui risultati dello studio: per il DGA si sono avute più discrepanze ed un profilo più elevato.

Questo confronto all'interno dello studio sulle differenze di personalità corrispondenti fornisce informazioni sulla gravità relativa dei disturbi per come sono attualmente diagnosticati (Kotov *et al.*, 2010).

Nello studio si sono trovati profili di personalità simili se vengono equiparati il numero dei sintomi necessari per una diagnosi tra i disturbi; cioè allineando i criteri diagnostici per DGA con quelli per la dipendenza da sostanze, che notoriamente richiedono da due a tre sintomi per un lieve disturbo, da quattro a cinque per un disturbo moderato e sei o più per un disturbo grave. Un lavoro di ricerca ha evidenziato che il DGA subclinico (sostenendo da due a tre criteri) era associato con un livello di

disfunzione psicosociale comparabile con quello del DUS lieve (approvando da due a tre sintomi; Weinstock *et al.*, 2017).

Ora che il DGA è stato inserito nei disturbi di addiction è indispensabile calibrare la gravità della diagnosi in modo che sia più in linea con gli altri disturbi.

Il lavoro sui tratti di personalità oltre ai suoi potenziali contributi come strumento per approfondire la diagnosi allineando i disturbi "additivi" mostra risultati promettenti da una prospettiva traslazionale, clinica (Costa *et al.*, 1992a).

Prevalenza di comorbidità nel disturbo da gioco d'azzardo

Un grosso lavoro di metanalisi (6) ha evidenziato che tutti gli articoli sono incentrati principalmente sulla segnalazione dei tassi di prevalenza di comorbidità tra disturbo da gioco d'azzardo e altri disturbi.

I risultati hanno rivelato che una grande parte degli studi ha riportato solo tassi di prevalenza senza altre analisi al di là di quelle minime statistiche.

Il 15% degli studi inclusi è stato classificato come indagine di prevalenza di comorbidità nelle popolazioni cliniche (ad es. giocatori patologici con richiesta di trattamento).

Il 13% è stato classificato come analisi su popolazioni generali (ad es. sondaggi nazionali) e il 7% che studia popolazioni speciali di interesse (ad es. studenti delle scuole superiori, adulti più anziani). La maggior parte degli studi si è concentrata sulle comorbidità del disturbo da uso di sostanze e alcol.

Altri disturbi identificati sono stati i disturbi dell'umore e d'ansia, i disturbi di personalità e il disturbo da deficit di attenzione con iperattività (ADHD).

Una minoranza di studi ha esaminato la comorbidità con disturbi del controllo degli impulsi (ad es. Acquisti compulsivi), dipendenze comportamentali (ad es. giochi su Internet) e disturbi dello spettro psicotico.

Le stime di prevalenza sono state condotte in una vasta gamma di località geografiche tra cui Stati Uniti, Canada, Hong Kong, Australia, Francia, Germania, Norvegia, Spagna e Svezia.

Le dimensioni dei campioni variavano da 50 a oltre 40.000 partecipanti, fornendo stime statistiche generalmente affidabili e solide. Le popolazioni intervistate erano relativamente ristrette con la maggioranza costituita da popolazione generale o persone con richiesta di trattamento.

Come riportato da Lorains *et al.* (2011) in una revisione sistematica, i risultati di tali studi convergono sul fatto che il disturbo da gioco d'azzardo coesiste frequentemente con disturbi da uso di sostanze, vari disturbi della personalità, disturbi dell'umore e d'ansia.

In particolare, nei risultati erano più rappresentati il disturbo da uso di alcol, il disturbo depressivo maggiore, il disturbo d'ansia generalizzato e il disturbo ossessivo-compulsivo.

I tassi di comorbidità variavano dal 6% al 94% del campione, con popolazioni cliniche che riportavano tassi di comorbidità tipici nell'intervallo 30-60%.

Alcuni autori hanno tentato di identificare le variazioni di prevalenza in base a caratteristiche demografiche come genere ed etnia.

Tuttavia, questi risultati erano incoerenti e non hanno fornito alcun chiaro consenso sulle fluttuazioni della comorbidità tra le sottopopolazioni.

È interessante notare che un numero limitato di studi ha esaminato gli adulti più anziani e gli studenti delle scuole superiori, rilevando che entrambe le popolazioni hanno registrato tassi di

co-morbilità del gioco d'azzardo superiori a quanto si pensasse in precedenza.

Ad esempio, McCready e colleghi (2008) hanno riferito che il 6,8% degli adulti di età superiore ai 55 anni, in un campione canadese, ha avuto problemi legati al gioco d'azzardo.

Avere un disturbo da uso di sostanze in comorbilità ha aumentato di quasi quattro volte le probabilità di una diagnosi di DGA. Allo stesso modo, Cook e colleghi (2015) hanno concluso che gli studenti delle scuole superiori dell'Ontario, in Canada, che riferiscono problemi di gioco d'azzardo, mostrano tassi più elevati di dipendenza da sostanze e altri problemi di salute mentale, alla pari con quelli degli adulti.

La maggior parte degli studi non va oltre alla segnalazione di un'associazione statistiche tra disturbi.

Un numero relativamente piccolo di studi ha studiato sottopopolazioni particolari evidenziando come esista una vulnerabilità sottovalutata in popolazioni come gli anziani, gli adolescenti e le minoranze etniche.

Il trattamento integrato del disturbo da gioco d'azzardo e dei disturbi comorbili

Gli studi che affrontano il trattamento congiunto del DGA e di altri disturbi psichiatrici sono minimi e la stragrande maggioranza include semplicemente una o più variabili di comorbilità come moderatore o predittore del risultato.

Risulta però sorprendente, tuttavia, il fatto che nella maggior parte degli studi che esaminano l'effetto della comorbilità sui risultati, si sia riscontrato che gli individui con un problema comorbile hanno esiti simili a quelli senza comorbilità.

In una sua recensione Dowling, ad esempio, ha trovato che dei 12 studi che hanno esaminato la depressione come un predittore di esito, solo 2 hanno scoperto che era associato a risultati peggiori. Lo stesso risultato è stato ottenuto per altri disturbi comorbili: 1 sui 12 studi che hanno esaminato l'ansia, 3 su 11 che hanno valutato la copresenza di DUS da alcol.

Dato che la comorbilità è associata a problemi di gioco più gravi nei campioni di comunità, una possibile spiegazione per questi sorprendenti risultati è che esiste un'auto-selezione in questi campioni di trattamento.

Forse le persone che scelgono il trattamento del gioco d'azzardo sanno gestire i problemi di comorbilità (ad es., problema di alcol) ragionevolmente bene.

Un altro rilievo importante è che pochi degli studi identificati si sono concentrati sulla comorbilità come obiettivi espliciti per il trattamento.

In effetti, solo cinque degli studi inclusi nella metanalisi analizzano trattamenti specifici per i disturbi comorbili e il gioco d'azzardo: in particolare includevano il trattamento di gruppo con terapia cognitivo-comportamentale (CBT), CBT per soggetti con DGA e schizofrenia, uno studio sul naltrexone per l'alcol in soggetti con il doppio disturbo e il trattamento del gioco d'azzardo nei consumatori di cocaina.

La maggior parte della letteratura terapeutica sulla comorbilità del gioco d'azzardo disordinata consiste in singoli casi studio, che intrinsecamente portano una generalizzabilità limitata dei risultati e richiedono ulteriori ricerche con campioni più grandi per accertare i risultati.

Tuttavia la letteratura di case study pubblicata esamina una vasta gamma di trattamenti tentati, tra cui interventi psicofarmacologici per disturbi dell'umore e dell'ansia comorbili, terapia cognitiva basata sulla consapevolezza e la terapia cognitivo comportamentale.

I risultati riportati sono generalmente favorevoli con un sostanziale miglioramento sia dei sintomi del gioco d'azzardo che di altre psicopatologie fino a un follow-up di un anno.

Studi di coorte prospettici

Un altro importante modello osservato è il numero di studi prospettici per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo (4% degli studi).

I risultati, limitati, concordano sul fatto che la sintomatologia del gioco d'azzardo è esacerbata nel tempo da condizioni di comorbilità e viceversa.

Inoltre, i risultati del trattamento come i tassi di abbandono sono aggravati negativamente dallo sviluppo di comorbilità nel tempo. In generale, si può dire che manca la ricerca di intervento sul trattamento integrato dei disturbi comorbili e del DGA.

Nonostante la carenza osservata della letteratura terapeutica, i risultati di casi clinici e gli studi prospettici limitati giustificano la continua ricerca di trattamenti su misura per combinazioni specifiche di disturbi con il gioco d'azzardo poiché sono stati riportati miglioramenti in entrambi i disturbi con consegne cliniche appropriate.

L'eziologia del gioco d'azzardo e dei disturbi comorbili

Anche per quanto riguarda l'eziologia del disturbo da gioco d'azzardo e dei disturbi comorbili manca una letteratura significativa che analizzi i meccanismi comuni sottostanti.

Uno studio piuttosto vecchio (Hollander *et al.*, 2008) ha analizzato l'effetto degli inibitori del reuptake della serotonina e del litio: entrambi hanno qualche effetto nel ridurre la sintomatologia del DGA, soprattutto sul tono dell'umore, ma hanno effetti diversi ed opposti sul metabolismo a livello di corteccia prefrontale.

Il litio sembrava abbassare i tassi metabolici mentre gli SSRI li normalizzavano.

Gli autori hanno concluso che sono necessarie ulteriori ricerche per comprendere meglio la diversa fisiopatologia alla base di questi trattamenti, nonostante risultati comportamentali simili.

Un altro studio ha esaminato 7869 persone nel registro gemellare del Vietnam al fine di accertare l'ambiente relativo e i contributi genetici alla ricorrenza del DGA e della comorbilità.

I risultati hanno rivelato che potenzialmente metà del rischio di depressione maggiore nei giocatori potrebbe essere attribuibile alla presenza di altri disturbi psichiatrici.

Tuttavia, c'era anche una sostanziale sovrapposizione genetica tra gioco d'azzardo patologico e depressione maggiore.

Da tali studi non sono emersi schemi chiari, ma i primi risultati sembrano indicare un contributo condiviso di geni e ambiente allo sviluppo di comorbilità e problemi di gioco.

Questi studi rappresentano importanti esempi delle possibili future fasi nella progressione della ricerca oltre le stime di prevalenza della comorbilità.

L'identificazione di geni specifici o contributi ambientali nello sviluppo di patologie che si verificano contemporaneamente potrebbe aiutare a guidare anche lo sviluppo del trattamento.

Le ricerche pubblicate sull'eziologia offrono anche un'indicazione sui meccanismi d'azione potenzialmente molto diversi nonostante effetti osservati simili.

In particolare, è fondamentale comprendere l'effetto fisiopatologico dei farmaci poiché potrebbero esserci effetti iatrogeni, non osservabili, nel cervello nonostante il sollievo a breve termine dei sintomi.

Allo stesso modo, la scoperta di percorsi sottostanti comuni tra comportamenti di dipendenza ed elementi comorbili può aumentare l'efficienza del trattamento prendendo di mira le variabili eziologiche comuni.

Le implicazione dei disturbi comorbili sugli esiti del disturbo da gioco d'azzardo

Una grande parte della letteratura analizzata (20%) è costituita da studi trasversali, che hanno esaminato la comorbidità per DGA utilizzando una qualche forma di analisi trasversale, tipicamente come fattore di controllo o variabile di risultato.

Gli studi includevano analisi di dati secondari provenienti da ricerche di comunità, campioni di giocatori d'azzardo patologici e non nella popolazione generale, e pazienti di servizi di trattamento.

Il prodotto principale di questo corpus di lavori era la solida documentazione degli effetti del gioco d'azzardo patologico sui disturbi comorbili e viceversa evidenziando l'influenza bidirezionale tra i due disturbi.

Il modello principale di risultati supporta la conclusione che la comorbidità, indipendentemente dal tipo di disturbo, aggrava la sintomatologia del gioco patologico e i risultati funzionali associati come spese e frequenza di gioco, qualità della vita e attività della vita quotidiana.

Rispetto ai giocatori patologici senza comorbidità, quelli con disturbi comorbili tendono a iniziare con valori di base inferiori e peggiorano nel tempo come misurato dalla compromissione funzionale alla fine del trattamento, nonché dalle misure di successo del trattamento.

Fatseas e colleghi (2016) hanno concluso che i giocatori d'azzardo patologici con disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) co-morboso presentavano una maggiore gravità del gioco d'azzardo e tassi di disoccupazione superiori rispetto a quelli senza ADHD.

Cunningham-Williams (2000) e colleghi hanno dimostrato una relazione simile nella direzione opposta all'effetto.

Nel loro campione di tossicodipendenti da strada, quelli con associato DGA presentavano livelli maggiori di problemi di salute mentale e funzionamento sociale peggiore rispetto a quelli senza gioco d'azzardo patologico con comorbidità.

È interessante notare che gli effetti avversi della comorbidità sembrano essere aggravati da più disturbi ricorrenti.

Potenza e colleghi (2005) hanno dimostrato che nei giocatori d'azzardo patologici, quando vengono valutate altre comorbidità, hanno aumentato il rischio di depressione data la presenza di giochi d'azzardo rispetto ad avere solo depressione o solo problemi di gioco.

I risultati suggeriscono una correlazione positiva tra numero di comorbidità e gravità dei sintomi di gioco esistenti e compromissione generale.

Inoltre, l'influenza tra i disturbi non differisce in modo significativo per quanto riguarda la direzione dell'effetto: il gioco d'azzardo aggrava altri sintomi di salute mentale esistenti e i disturbi della salute mentale comorbili aggravano i problemi di gioco esistenti.

Le ricerche condotte nei servizi di salute mentale sembra supportare la conclusione che coloro che lavorano in questi servizi sono consapevoli di queste comorbidità e tendono ad essere relativamente precisi riguardo alla loro valutazione (Haw, Holdsworth e Nisbet, 2012).

Vi è un consenso generale sul fatto che i disturbi più comuni erano depressione, disturbi d'ansia, disturbi da sostanze (dipen-

denza da nicotina, alcol e altre sostanze) e disturbi della personalità. Mentre alcuni partecipanti hanno espresso opinioni precise sul sequenziamento temporale dei disturbi, il consenso generale era che dipendeva in gran parte dall'individuo.

Queste conclusioni riflettono un modello simile ai risultati precedentemente discussi, in cui è presente l'identificazione dei disturbi, ma esiste un piccolo consenso o comprensione sui meccanismi di comorbidità o sui tentativi di modificare il trattamento per renderli conto.

Il rapporto con altri disturbi di addiction

Una considerazione importante della revisione dei lavori sul DGA è come questa si confronti alla ricerca sui disturbi da uso di sostanze.

Poiché il gioco d'azzardo patologico è un nuovo comportamento di addiction, ci si aspetterebbe che la letteratura sull'uso di sostanze sia in grado di fornire un punto di riferimento su come portare avanti la ricerca sulla comorbidità nel gioco d'azzardo.

L'analisi della letteratura sull'abuso di alcol e droghe rivela molti degli stessi schemi.

L'epidemiologia della co-ricorrenza sembra essere una forma comune di studio: la comorbidità dei disturbi da uso di sostanze e di altri disturbi psichiatrici è comune sia nelle popolazioni generali che cliniche in più aree geografiche del mondo (Kessler *et al.*, 2005; SAMHSA, 2013).

Proprio come nel gioco d'azzardo patologico, anche gli individui con disturbi comorbili tendono a peggiorare i risultati di funzionamento e trattamento (Cleary *et al.*, 2008).

Tuttavia, mentre i ricercatori del gioco d'azzardo continuano a concentrarsi sulle stime di prevalenza, la letteratura sull'uso di sostanze ha portato avanti la ricerca ulteriormente identificando gli effetti dell'epidemiologia sui disturbi comorbili, sul decorso della malattia, inclusi gli effetti dell'insorgenza precoce dei disturbi concomitanti.

Per quanto riguarda la ricerca sull'eziologia e sui meccanismi, anche la letteratura sull'uso di sostanze fa un ulteriore passo avanti.

Una varietà molto più ampia di studi è stata pubblicata esaminando i meccanismi causali sottostanti tra la ricorrenza dell'uso di sostanze e altri disturbi tra cui la sovrapposizione genetica, la neurobiologia, i progetti prospettici che esaminano il cambiamento temporale e la ricerca qualitativa che guardano al cambiamento comportamentale (Tomasson & Vaglum, 1996, Szerman *et al.*, 2013, Whitley & Crawford, 2005).

Inoltre, studi di trattamento in quest'area hanno tentato di verificare se il trattamento di un disturbo porta alla remissione dell'altro, concludendo che ciò non è necessariamente vero e può variare a seconda di disturbi specifici e presentazione individuale (Kalina, 2013; Rigg, 2003).

Al contrario, gli studi sul gioco d'azzardo patologico devono ancora differenziare gli effetti della comorbidità sul decorso della malattia per tipo di disturbo.

Un simile approccio è stato adottato anche per quanto riguarda l'esame degli effetti di comorbidità multiple.

I ricercatori sul disturbo da gioco d'azzardo, come abbiamo visto precedentemente, si sono avventurati in questo campo.

Nell'ambito dei disturbi da uso di sostanze, i ricercatori hanno tentato di verificare se gli effetti del controllo di un singolo disturbo modifica la comorbidità e se questo varia a seconda del tipo di comorbidità.

Ad esempio, Hasin e colleghi (2007) hanno scoperto che quando altri disturbi sono controllati, l'associazione tra depressione e

uso di sostanze si riduce, ma l'associazione tra disturbo bipolare e uso di sostanze rimane significativa.

Per quanto riguarda il trattamento, i ricercatori sull'uso di sostanze hanno fatto passi da gigante rispetto ai ricercatori sui disturbi del gioco d'azzardo.

È generalmente riconosciuto, negli Stati Uniti e in alcune parti d'Europa, che i disturbi comorbili possano richiedere approcci assistenziali integrati (Carra *et al.*, 2016).

Sebbene questo tipo di approccio terapeutico sia ancora frammentato e non accettato universalmente, sono in corso studi e ricerche per valutare il trattamento integrato rispetto ai modelli di trattamento tradizionali per l'abuso di sostanze (Cleary *et al.*, 2008).

Ciò include studi multicentrici e valutazioni della fattibilità, della disponibilità e dell'efficacia dei programmi di doppia diagnosi (Baldacchino *et al.*, 2011).

Da questo punto di vista la ricerca sul gioco d'azzardo è più indietro quando si tratta di trattamenti integrati; non solo ci sono solo pochi studi che valutano il trattamento progettato specificamente per la comorbidità, ma c'è anche uno scarso consenso da parte di grandi agenzie di finanziamento per finanziare le rigorose valutazioni multicentriche necessarie per stabilire l'efficacia relativa di tali programmi rispetto a quelli esistenti.

Riepilogo delle lacune e delle raccomandazioni della letteratura

1. Pochi studi esaminano i meccanismi o l'eziologia della comorbidità nel gioco d'azzardo.

Una parte sostanziale della letteratura esaminata non va oltre le misure di associazione e le statistiche di prevalenza relative al gioco d'azzardo e ad altri disturbi psichiatrici.

Dato il vasto corpus di letteratura che replica questi risultati in differenti contesti geografici, culturali e di popolazioni, è importante andare oltre la prevalenza.

Un esempio di ciò è una meta-analisi condotta da Meng e colleghi (2014) sulla risposta funzionale del cervello ai compiti cognitivi nel disturbo del gioco.

Questa recensione ha identificato 13 studi relativi al disturbo del gioco d'azzardo che indicano nella disfunzione della via corticale fronto-striatale il punto nodale del disturbo.

2. Pochi studi riportano sul sequenziamento temporale.

Un numero molto limitato di studi ha tentato di stabilire se il gioco d'azzardo patologico ha preceduto l'insorgenza della condizione comorbile o viceversa.

Comprendere come i disturbi concomitanti interagiscono nel tempo è vitale per l'erogazione del trattamento.

Ad esempio, se i sintomi del DGA sono secondari quando si presenta con un disturbo depressivo maggiore può consentire un approccio più mirato trattando la sintomatologia depressiva come obiettivo primario del trattamento.

3. È necessario un approccio più "sottile" sugli effetti bidirezionali della comorbidità.

Sebbene esista un corpus significativo di letteratura che valuta gli effetti del gioco d'azzardo patologico su altri disturbi psichiatrici e viceversa, un importante passo successivo è iniziare a districare tali effetti per tipo di disturbo.

Ciò comporta il confronto dei risultati dei trattamenti, i livelli di funzionamento, l'insorgenza temporale e la gravità dei sintomi tra i disturbi con l'obiettivo di capire se determinate combinazioni di disturbi richiedono considerazioni uniche. In altre parole, una domanda importante è chiedersi se molteplici comorbidità peggiorino i risultati indipendentemente dal disturbo o se le traiettorie siano uniche.

4. Vi è una mancanza di valutazione del trattamento per gli individui con doppia diagnosi.

La letteratura fornisce un ampio supporto per concludere che la comorbidità aggrava la gravità dei sintomi.

Tuttavia, il suo impatto sull'esito dei trattamenti e sui risultati funzionali è meno chiaro. L'esame della comorbidità come moderatore o mediatore dell'esito dovrebbe essere di routine in tutti gli studi di trattamento del gioco d'azzardo controllati e non controllati.

Conclusioni

La ricerca sul disturbo da gioco d'azzardo e la sua comorbidità è moderatamente disponibile e sta lentamente progredendo lungo traiettorie simili a quella della ricerca sull'uso di sostanze.

I tassi di comorbidità sono stati evidenziati come significativi soprattutto con l'uso di sostanze, la personalità, l'umore e i disturbi d'ansia.

Anche l'analisi degli effetti dei sintomi del gioco d'azzardo su altre condizioni psichiatriche e viceversa sono ampi, concludendo che in entrambi i casi, gli effetti di comorbidità esacerbano qualsiasi patologia esistente, peggiorano gli esiti del trattamento, compromettendo il corso del trattamento ed il funzionamento in generale. Questo effetto sembra essere correlato positivamente con il numero di disturbi comorbili.

Nonostante questi progressi vi è una grave mancanza di ipotesi pratiche e verificabili basate su risultati esistenti

Importante guardare alla letteratura dei disturbi da uso di sostanze dove ci sono esempi significativi di studi che evidenziano come la combinazione di trattamenti migliora l'esito dei trattamenti sui singoli disturbi, anche se non è ancora chiaro quanto questa integrazione possa funzionare per tutti i pazienti, ed in tutti i contesti. Gli studi disponibili oggi, giustificano l'organizzazione di servizi integrati e di finanziamenti aggiuntivi per la loro implementazione.

Come primo livello di azione vi è sicuramente la necessità che i servizi di trattamento per il gioco d'azzardo effettuino sempre lo screening e la valutazione di routine della comorbidità psichiatrica e forniscano approcci terapeutici che gestiscano adeguatamente questi disturbi morbosi.

Bibliografia

- (1) Dowling N.A., Cowlshaw S., Jackson A.C., Merkouris S.S., Francis K.L., Christensen D.R. (2015). Prevalence of psychiatric comorbidity in treatment-seeking problem gamblers: A systematic review and meta-analysis. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 49: 519-539.
- (2) Nicholson R. *et al.* (2019). An Examination of Comorbid Psychiatric Disorders in Disordered Gamblers Versus Other Substance Related Disorders. *Journal of Gambling Studies*, 35: 829-847.
- (3) Sundqvist K., Rosendahl I. (2019). Problem Gambling and Psychiatric Comorbidity – Risk and Temporal Sequencing Among Women and Men: Results from the Swelogs Case – Control Study. *Journal of Gambling Studies*, 35: 757-771.
- (4) Grubbs J.B., Chapman H. (2019). Predicting Gambling Situations: The Roles of Impulsivity, Substance Use, and Post-Traumatic Stress. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 13: 1-13.
- (5) Genevieve F., Dash *et al.* (2019). Big Five Personality Traits and Alcohol, Nicotine, Cannabis, and Gambling Disorder Comorbidity. In: *Psychology of Addictive Behaviors*. American Psychological Association.
- (6) Yakovenko I., Hodgins D. C. (2017). *Final Report to Gambling Research Exchange Ontario (GREO)*. Department of Psychology, University of Calgary.

Approccio integrato per la gestione di pazienti con disturbi psichiatrici-tabagisti tra U.O. CSM Catanzaro e Centro Antifumo - S.S. Ser.D. Soverato

Giulia Audino*, Felice Genco**, Attilio Insardà^{○○○}, Egidio Battaglia***, Vincenzo Mellace***, Franco Montesano****, Rosa Macrina[°], Mariarita Notaro[°], Lia Codispoti^{○○}, Anna Maria Macrina[°], Antonella Pascolo^{○○}, M. Caterina Squillace^{○○○}

SUMMARY

■ *The use of tobacco is one of the major social and health problems of our times, the leading cause of preventable death.*

The steady reduction in the prevalence of smoking in the general population in recent decades has not been observed in populations with psychiatric disorders.

Hence a pilot project that aims to promote a territorial network between the Mental Health Services and the Anti-Smoking Centers for a global intervention strategy to combat smoking in patients with psychiatric disorders trying to create conditions of "Tobacco Services-Free", including employees, at any point inside and outside the structure.

The experience made with a Protocol is particularly significant in the first place to dispel the clichés on the problem of smoking and mental illness in accordance with the scientific data present in the literature.

The treatment of these patients can be successful if psychiatric services in addressing the problem offer behavioral motivational support to their patients.

Collaboration with specialist Centers is essential for the treatment of addiction.

Varenicline was effective in helping patients achieve abstinence or reduce the number of cigarettes smoked, and did not show a significant increase in neuropsychiatric adverse events.

It is desirable that all Mental Health Services be able to carry out informational-motivational counseling on smoking-related risks, favoring access for motivated patients to specific cessation programs in collaboration with specialized services (Anti-Smoking Centers). ■

Keywords: *Mental Health Services, Anti Smoking Centers, Operating Protocol, Tobacco Services Free.*

Parole chiave: *Servizi di Salute Mentale, Centri Antifumo, Protocollo operativo, Servizi liberi dal Tabacco.*

Premessa

L'uso di tabacco è uno dei maggiori problemi Socio-Sanitari dei nostri tempi, prima causa di morte prevenibile.

È noto che la prevalenza dei fumatori attivi in Italia è ancora molto elevata, attualmente i fumatori sono il 24,3% della popolazione corrispondenti a circa 12 milioni e 200 mila cittadini ita-

liani, i non fumatori sono il 57,6% e gli ex fumatori il 18,1% pari rispettivamente a 29 milioni di italiani e 9 milioni di italiani.

La fascia di età in cui la prevalenza dei fumatori è maggiore è quella più giovane, che consuma più tabacco.

Per quanto riguarda i danni, sono attribuibili al fumo di tabacco in Italia circa 80-85 mila morti all'anno (di cui circa un terzo per patologie cardiovascolari, un terzo per patologie respiratorie e un terzo per patologie oncologiche).

Il fumo è dannoso ad ogni età ma il rischio maggiore è strettamente dipendente dall'età di inizio.

La costante riduzione della prevalenza del fumo nella popolazione generale negli ultimi decenni non è stata per contro osservata nelle popolazioni con disturbi psichiatrici.

Le percentuali dei fumatori sono notevolmente più alte tra le persone con malattie psichiatriche rispetto alla popolazione generale, stimate in 2-5 volte superiori nei pazienti con disturbi, tra cui schizofrenia, disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, deficit di

* Responsabile Ser.D. Soverato (Cz).

** Referente Centro Antifumo Ser.D. Soverato (Cz).

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

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

° Dirigente Psicologo Ser.D. Soverato (Cz).

○○ Infermiere Professionale Ser.D. Soverato (Cz).

○○○ Assistente Sociale Ser.D. Soverato (Cz).

○○○○ Dirigente Medico CSM Catanzaro.

attenzione/iperattività (ADHD), disturbo da alimentazione incontrollata, bulimia e disturbi da uso di sostanze.

Sebbene le ragioni sono indubbiamente complesse, una recente revisione sistematica e una meta-analisi ha messo in evidenza che una grande parte di professionisti che operano sulla salute mentale ha un atteggiamento negativo nei confronti della cessazione del fumo tra i loro pazienti, partendo dal preconcetto che essi non sono interessati a smettere, che il fumo di tabacco è un'abitudine incurabile, che "smettere" di fumare è troppo per questi pazienti essendo il fumo una possibile forma accettabile di automedicazione e smettere potrebbe determinare un peggioramento dei sintomi psichiatrici.

Nei Servizi di Salute Mentale raramente si interviene sulla dipendenza da Tabacco dei pazienti e di conseguenza i Pazienti:

- muoiono in media 10/15 anni prima;
- umano più pesantemente >25 sigarette/die;
- consumano quasi il 50% di tutte le sigarette fumate.

Questo atteggiamento è determinato dal fatto che l'attenzione viene focalizzata esclusivamente sul disturbo mentale e non sul benessere generale del paziente.

I pazienti andrebbero aiutati con una adeguata informazione e sensibilizzazione per poi indirizzarli alla disassuefazione dal fumo di tabacco.

Smettere di fumare oltre a ridurre il rischio di insorgenza di patologie correlate (Ca Polmonare, Patologie Cardiovascolari e Respiratorie), è in grado di determinare un significativo miglioramento dello stato di Salute Mentale.

Una metanalisi pubblicata qualche anno fa con l'elaborazione di dati selezionati ed estratti da un data-base di circa tredicimila pubblicazioni ha rilevato differenze nella variazione dello stato mentale tra ex fumatori e fumatori.

Dallo studio è emerso che smettere di fumare si accompagna ad una significativa e duratura riduzione di depressione, ansia, stress con miglioramento dell'umore e della qualità di vita.

La metanalisi rivela inoltre che gli effetti benefici dell'interruzione del fumo non differiscono tra soggetti sani e soggetti già affetti da disturbi psichici anzi li definisce paragonabili, se non superiori a quelli determinati dall'impiego di farmaci psichiatrici.

Oltre agli effetti diretti, il fumo può modulare il metabolismo di altri agenti psicoattivi.

È noto che il fumo induce enzimi epatici che metabolizzano i farmaci del citocromo P450, in particolare il CYP1A2, coinvolti nel metabolismo dei farmaci psicotropi, inclusi gli antipsicotici clozapina e olanzapina e altri agenti, come altri antipsicotici e benzodiazepine.

I livelli plasmatici medi di clozapina sono più bassi nei fumatori rispetto ai non fumatori e in un paziente che smette di fumare, si prevede che i livelli di clozapina aumentino entro 1-2 giorni dopo l'interruzione del fumo.

Gli enzimi CYP P450 sono noti per essere presenti non solo negli organi periferici, ma anche nel cervello, dove possono modulare i livelli locali di composti psicoattivi endogeni ed esogeni in modo specifico per regione.

Ad esempio, in varie regioni del cervello, i fumatori hanno livelli più elevati di CYP2B6, un enzima in grado di metabolizzare composti endogeni, come serotonina e testosterone, nonché agenti esogeni come nicotina, cocaina, anfetamine e bupropione.

Pertanto, in diversi casi, gli effetti dello stato di fumo sul metabolismo dei farmaci psicoattivi possono essere un ulteriore modo in cui il fumo può influenzare le misure della funzione cerebrale in alcune popolazioni psichiatriche.

Protocollo Operativo

L'attuazione di un progetto pilota, ha l'obiettivo di promuovere una rete territoriale tra i Servizi di Salute Mentale ed i Centri Antifumo per una strategia di intervento globale per la lotta al tabagismo, nei Pazienti con disturbi Psichiatrici cercando di creare condizioni di "Servizi Tobacco-Free" – senza uso di tabacco da parte di tutti –, compreso il personale dipendente, in qualsiasi punto all'interno e all'esterno della struttura.

Obiettivi

Informazione e Sensibilizzazione degli Operatori del Servizio (CSM) e dei Pz con disturbi mentali e familiari sulle problematiche fumo correlate.

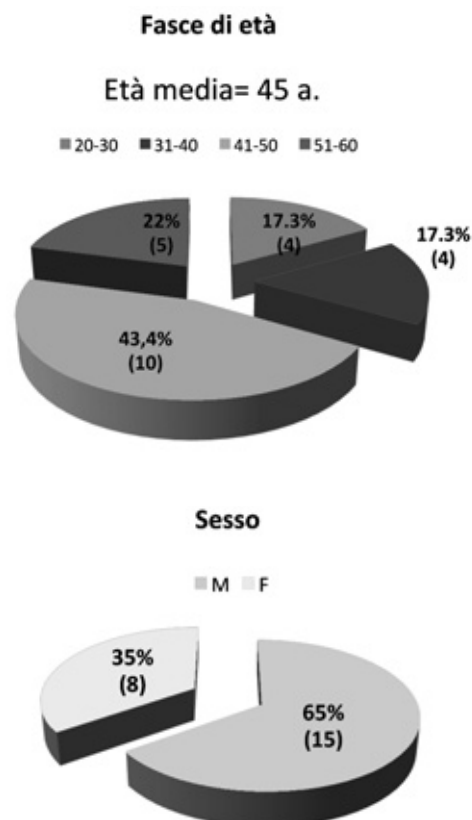
- Favorire l'approccio al trattamento della Salute Mentale tenendo presente il benessere generale del paziente.
- Fornire counselling informativo e di sensibilizzazione sulla dipendenza da tabacco.
- Valutare la motivazione dei Pazienti e facilitare l'accessibilità ai programmi di disassuefazione aiutandoli nel tentativo di smettere o di ridurre il numero di sigarette fornendo informazioni sui trattamenti più efficaci.

Modalità operativa

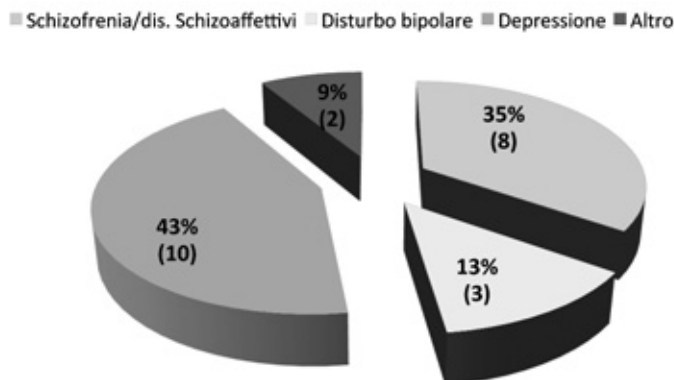
Sono state formate due équipes dedicate:

- Équipe U.O. CSM Catanzaro-Psichiatra Educatore Professionale e Infermiera Professionale.
- Équipe S.S. Ser.D. Soverato-Medico referente Centro Antifumo e Psicologa.

1° Incontro Informazione e Sensibilizzazione all'interno del Centro Salute Mentale di Catanzaro. Sono stati coinvolti gli Operatori del servizio e 23 Pz con i familiari.



Diagnosi psichiatrica



2° Incontro di arruolamento dei Pz motivati per la disassuefazione.

Sono stati arruolati per il programma di disassuefazione 13 Pz. Criteri di inclusione:

- Pz clinicamente stabili.
- Non ricoveri negli ultimi sei mesi.
- Forti Fumatori.
- Motivati a smettere (score >>7).

Criteri di Esclusione:

- Pz non stabilizzati (riacutizzazione di disturbi psichiatrici).
- Pz con anamnesi positiva per ricoveri negli ultimi sei mesi.
- Presenza o anamnesi positiva di ideazione suicidaria.
- Gravi condizioni cliniche IMA recente o riacutizzazione BPCO.
- Uso di sostanze drogastiche o abuso di alcolici negli ultimi tre mesi.

Protocollo Integrato

Compilazione Cartella Clinica Tabagica

- Somministrazione test Motivazionali e Test di Fagerstrom.
- Misurazione CO.
- Counseling Motivazionale breve.
- Consegna Diario del Fumatore.
- Visite congiunte équipe settimanali.
- Gruppo di sostegno settimanale moderato dall'Educatore Professionale.

Storia Tabagica dei pazienti

La media degli anni da fumatore dei 13 era di 27 anni.

Tutti fumavano più di 20 sigarette al giorno.

Uno solo aveva spontaneamente tentato di smettere.

Il test di Fagerstrom aveva un punteggio medio di 8, i valori medi del CO erano maggiori di 24.

Per la disassuefazione è stata utilizzata la Vareniclina messa a disposizione gratuitamente dalla ASP di Catanzaro.

Sono state sollevate notevoli preoccupazioni sulla sicurezza neuropsichiatrica dei farmaci per la cessazione del fumo in particolare della Vareniclina che è un agonista parziale de recettori Alfa4-Beta2 dell'acetilcolina ed ha un'affinità recettoriale 20 volte maggiore della nicotina.

Durante la prima settimana il dosaggio era di 0,5mg per i primi tre gg, nei successivi quattro era di 0,5mg due volte al di; dalla seconda settimana 1mg due volte al di.

La durata del trattamento era di 12 settimane. Il follow-up osservazionale di 12 settimane.

L'endpoint primario la sicurezza valutare l'insorgenza e l'incidenza di eventi avversi neuropsichiatrici moderati o gravi.

L'endpoint di efficacia l'astinenza continua o la riduzione del numero di sigarette fumate per le settimane 12.

Rilevazione Effetti Collaterali Psichiatrici

Test POSITIVE and NEGATIVE Symptoms Score (PANSS) somministrato ad ogni seduta per rilevare eventuale insorgenza di: Ideazione Suicidaria.

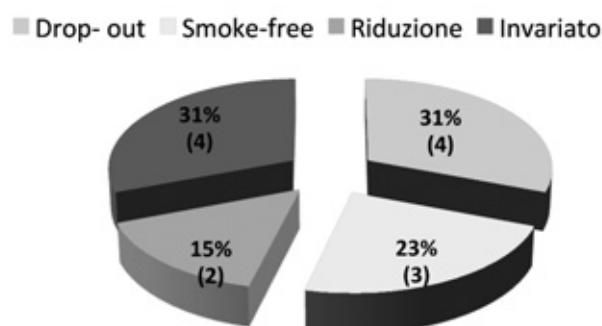
- Ansia.
- Depressione.

Rilevazione Astinenza o riduzione

- Misurazione CO.
- Valutazione Diario del Fumatore.

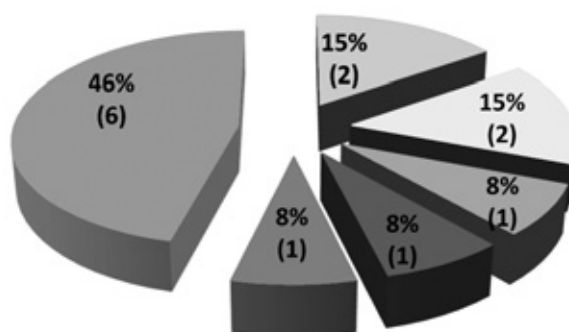
Risultati

Esiti



Effetti collaterali

- Nausea
- Pirosi gastrica
- Mal di Testa
- Insonnia
- Sonnolenza
- No effetto coll.



Valutazione Psichiatrica

Il test POSITIVE and NEGATIVE Symptoms Score (PANSS) non ha evidenziato insorgenza di disturbi psichiatrici.

Conclusioni

L'esperienza fatta è particolarmente significativa in primis per sfatare i luoghi comuni sul problema tabagismo e malattia mentale in accordo con i dati scientifici presenti in letteratura.

Il trattamento di questi pazienti può dare buoni risultati se i servizi psichiatrici facendosi carico del problema offrono un supporto motivazionale comportamentale ai loro pazienti.

La collaborazione con i Centri specialistici è fondamentale per il trattamento di disassuefazione.

La Vareniclina è risultata efficace, nell'aiutare i pazienti a raggiungere l'astinenza o ridurre il numero di sigarette fumate, non ha mostrato aumento significativo di eventi avversi neuropsichiatrici.

È auspicabile che tutti i Servizi di Salute Mentale possano effettuare Counseling informativo-motivazionale sui rischi fumo-correlati favorendo l'accesso ai pazienti motivati a programmi specifici di disassuefazione in collaborazione con i servizi specializzati (Centri Antifumo).

Bibliografia

Anthenelli R.M., Morris C., Ramey T.S. *et al.* (2013). Effects of varenicline on smoking cessation in adult with stably treated current or past major depression: a randomized trial. *Ann Intern Med*, 159: 390-400.

Cahill K., Stevens R., Lancaster T. (2013). Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*, 5: CD009329.

Evins A.E., Cather C., Pratt S.A. *et al.* (2014). Maintenance treatment with varenicline for smoking cessation in patients with schizophrenia and bipolar disorder: a randomized clinical trial. *JAMA*, 311: 145-54.

Gibbons R.D., Mann J.J. (2013). Varenicline, smoking cessation, and neuropsychiatric adverse events. *Am J Psychiatry*, 170: 1460-67.

Lugoboni F., Chiamulera C. (2013). Figli di un Dia assente. La dannazione del fumo tra i malati di mente. *Tabaccologia*, 4: 7-9.

Molero Y., Lichtenstein P., Zetterqvist J., Gumpert C.H., Fazel S. (2015). Varenicline and risk of psychiatric conditions, suicidal behaviors, criminal offending, and transport accidents and offences: population based cohort study. *BMJ*, 350: h2388.

Pasternak B., Svanstrom H., Hviid A. (2013). Use of varenicline versus bupropion and risk of psychiatric adverse event. *Addiction*, 108: 1336-43.

Thomas K.H., Martin R.M., Knipe D.W., Higgins J.P., Gunnell D. (2015). Risk of neuropsychiatric adverse events associated with varenicline: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 350: h1109.

Thomas K.H., Martin R.M., Davies N.M., Metcalfe C., Windmeijer F., Gunnell D. (2013). Smoking cessation treatment and risk of depression, suicide, and self harm in the Clinical Practice Research Datalink: prospective cohort study. *BMJ*, 347: f5704.

Vegliach A., Jugovac D., Quartarone Generoso G., Ciarfeo Purich R. (2015). Tabagismo e riduzione del danno. *Tabaccologia*, 1: 18-19.

Yousefi M.K., Folsom T.D., Fatemi S.H. (2011). A review of varenicline's efficacy and tolerability in smoking cessation studies in subjects with schizophrenia. *J Addict Res Ther*, 5: 4.

RECENSIONE



Fabio Sbatella

Manuale di psicologia dell'emergenza

Nuova edizione aggiornata e ampliata

Codice: 1240.1.80

Collana: Serie di Psicologia

pp. 286 euro 36,00

Editore: FrancoAngeli

richiesta di psicologia in questo ambito: le competenze, le metodologie e le esperienze a cui fare riferimento.

Il volume, in questa nuova edizione aggiornata e ampliata rispetto a quella del 2009, si ripropone come un punto di riferimento fondamentale per quanti desiderano una mappa ben articolata per orientarsi e una fonte ricca di indicazioni metodologiche operative. In quest'ottica, dopo aver descritto gli strumenti concettuali utili per pensare l'azione e comprendere i complessi fenomeni psicologici che si intrecciano nei contesti d'emergenza, vengono presentati strumenti e metodologie efficaci per aiutare vittime e sopravvissuti e per proteggere la salute mentale di chi è chiamato a soccorrere.

Il testo è un utile strumento per chi desidera specializzare la propria formazione psicologica e per tutti i professionisti dell'emergenza sanitaria, sociale e di protezione civile che vogliono riflettere sulle emozioni, i pensieri, le relazioni e le azioni di chi attraversa e sopravvive a contesti emergenziali.

Fabio Sbatella, psicologo e psicoterapeuta didatta, insegna Psicologia dell'emergenza e Psicologia clinica presso l'Università Cattolica di Milano. Responsabile dell'Unità di ricerca in Psicologia dell'emergenza e assistenza umanitaria presso la stessa Università, è stato coordinatore di progetti sul campo a seguito di incidenti, disastri e catastrofi in tutto il mondo. Tra le sue pubblicazioni per i nostri tipi: *Fondamenti di psicologia dell'emergenza* (2013); *Persone scomparse. Aspetti psicologici dell'attesa e della ricerca* (2016); con E. Mirarchi, *Adolescenti in connessione. Un modello flessibile di presa in carico educativa* (2018).



Audizione di FeDerSerD alla Commissione parlamentare per l'infanzia e l'adolescenza

3 novembre 2020

Gli adolescenti rappresentano una fascia di popolazione ancora poco al centro dell'attenzione del sistema dei servizi, anche di quelli specializzati in pediatria e nelle problematiche evolutive, più sbilanciati nella presa in carico e nella cura dei bambini.

Nella realtà invece, i dati epidemiologici e di letteratura mostrano un aumento dell'incidenza dei disturbi mentali in adolescenza ed una trasformazione del bisogno.

La sofferenza oggi ha molteplici possibilità di espressione (disturbo dell'alimentazione, consumo a rischio di sostanze, autolesionismo, isolamento grave, esordio psicotico, comportamenti a rischio) e quindi richiede una capacità di lettura più sofisticata, multidisciplinare, da parte di tutti i servizi specialistici di riferimento.

Le situazioni più complesse sono nella maggioranza dei casi multi-problematiche.

Relativamente al *consumo di sostanze*, si rileva un profondo mutamento sia del tipo di sostanze assunte (a quelle già conosciute si sono aggiunte molte nuove sostanze psicoattive, legali ed illegali, con maggiore potenza e pericolosità, a prezzi accessibili), sia delle modalità di assunzione.

La sperimentazione di sostanze è ormai presente tra i comportamenti a rischio degli adolescenti e si registra un abbassamento dell'età di primo approccio.

D'altra parte, non dimentichiamo che negli adolescenti le capacità di previsione e di riflessione sono una funzione cognitiva in via di sviluppo, e questo limita la loro possibilità di valutare i rischi correlati al consumo di droghe.

Il consumo precoce di sostanze psicoattive può causare l'insorgere di numerosi problemi di salute mentale, sia in questa fase della vita sia in quelle successive (es. disturbi dell'apprendimento e del comportamento, disturbi d'ansia e dell'umore, dipendenza).

Rispetto alla globalità dei soggetti presi in carico dai Ser.D. in Italia (circa 300.000 persone), la popolazione con età "under 25" rappresenta ancora una percentuale molto bassa, sotto il 10%, essendo presente un rilevante bisogno inesperto.

Compito dei Servizi delle Dipendenze è favorire in ogni modo l'emersione della domanda sommersa, intercettare precocemente il disagio per assicurare la presa in carico più appropriata ed efficace, in rete con i servizi per l'età evolutiva.

Sono aumentate le dipendenze giovanili, ma mancano i servizi in grado di affrontare i bisogni peculiari dell'età evolutiva, che richiedono operatori esperti dei vari profili professionali e sedi operative dedicate.

I servizi attuali, tarati su un'utenza più adulta, non riescono a rispondere adeguatamente ai bisogni dei giovani consumatori.

Le poche realtà locali, in cui si sono sperimentate proposte innovative, sono riuscite a realizzare percorsi ottimali, anche per i minorenni.

È fondamentale realizzare interventi di prossimità, nel contesto territoriale, nei luoghi di aggregazione giovanile, assicurare i LEA previsti per le dipendenze in tutto il territorio nazionale.

Il ritardo nella presa in carico peggiora la situazione clinica e di conseguenza la prognosi, elevando i tassi di morbilità e mortalità; può favorire la trasmissione di patologie infettive, quali le epatiti virali, nonché fenomeni di illegalità.

Nei Ser.D. il dato di utenza è raddoppiato negli ultimi 10 anni, a fronte di una dotazione di personale con mille operatori in meno (secondo i dati della relazione al parlamento per il 2019, gli operatori sono oggi 6.496 in 568 Servizi e 628 sedi).

Il disagio così complesso pone *nuove sfide ai professionisti sanitari ed ai servizi specialistici territoriali*, che si trovano in carenza:

- di una formazione adeguata;
- di strumenti specifici;
- di percorsi di continuità terapeutica a misura degli adolescenti;
- di soluzioni organizzative adeguate per le diverse fasi del percorso;
- di personale.

Questa criticità viene riscontrata sia dai servizi di Pronto Soccorso pediatrico, che dalla Neuropsichiatria Infantile (NPI), nonché dai servizi sanitari e sociali territoriali che a vario titolo si occupano di adolescenti (Distretti, Dipartimenti delle Dipendenze e di Salute mentale, Servizi sociali dei Comuni e del Tribunale per i Minorenni).

La presenza di famiglie fragili, unitamente alla carenza di servizi territoriali a misura del target, fanno da sfondo all'avvio di percorsi istituzionali frammentari, con ricoveri ripetuti e spesso troppo lunghi, con inserimenti in comunità (socio-educative o terapeutiche) anche lontane dal contesto di vita.

La lontananza geografica complica e limita notevolmente il lavoro di continuità terapeutica dei servizi di riferimento, influisce negativamente sulla costruzione del rapporto di fiducia e ostacola la possibilità di lavorare con la famiglia, al fine di renderla parte attiva nel progetto personalizzato del figlio.

Il contatto autonomo con i servizi istituzionali da parte dei ragazzi e delle famiglie è reso più difficile dalla diffidenza verso i servizi, dalla paura dello stigma, dalla difficoltà di "dare un nome" al malessere che si sta vivendo, ma anche dalla scarsa accessibilità/adequazione dei servizi.

Per tale ragione il primo contatto con i servizi sanitari avviene in molti casi con le strutture di primo soccorso e nel momento della crisi.

Inoltre l'attuale organizzazione *dell'offerta non consente la lettura precoce del disagio* (pochi interventi territoriali di prevenzione e di prossimità nelle situazioni a rischio), che invece rappresenta un presupposto per favorire l'efficacia della presa in carico.

Infine, la gestione della fase di transizione dai servizi per l'età evolutiva a quelli per l'età adulta rappresenta ancora una criticità.

Dati di letteratura

I dati di letteratura di tipo epidemiologico non consentono di avere un quadro completo ed esaustivo del fenomeno: sono diverse le logiche e le modalità di registrazione dei dati di utenza e di attività, sono diversi gli strumenti e gli approcci diagnostici, sono carenti gli studi sul tema della malattia mentale in adolescenza.

L'inadeguatezza dei sistemi informativi, non condivisi, per la raccolta dati, non consente un adeguato monitoraggio del fenomeno ed una conseguente pianificazione razionale degli interventi.

Sappiamo come la "maggior parte dei disturbi psichiatrici che si evidenziano in età evolutiva, se non adeguatamente e tempestivamente individuati e trattati, permangono anche in età adulta, con evidenti conseguenze sulla salute dei soggetti e delle loro famiglie, con inevitabili ricadute sulla società nel suo complesso" (Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza).



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



Questi disturbi sono spesso correlati ad esperienze sfavorevoli infantili e/o fattori stressanti, quali maltrattamenti fisici e psicologici, abusi sessuali, trascuratezza emotiva e fisica, violenza assistita, uso di sostanze e/o problemi di salute mentale in famiglia, separazioni e divorzi conflittuali, carcerazione di un membro della famiglia.

Secondo i dati forniti dal National Institute of Mental Health e dall'OMS, i disturbi neuropsichiatrici rientrano tra le 5 principali cause di mortalità, mortalità e disabilità degli "under 18" entro il 2020.

Per quanto riguarda la gestione della crisi degli adolescenti con manifestazioni nell'area della salute mentale, a letteratura internazionale evidenza che:

- gli accessi in PS sono globalmente aumentati e sono causati da bisogni di maggiore complessità, tra cui le intossicazioni per alcol e droghe;
- le visite in PS per problemi di salute mentale sono il 2-5% di tutte le visite;
- sono aumentati i tempi di permanenza in osservazione e i ricoveri in NPI;
- la maggior parte degli accessi avviene nel pomeriggio/sera;
- 1/3 dei ragazzi riferisce di una ideazione suicidaria;
- vi è un aumento statisticamente significativo di sintomi ansioso-depressivi, con disturbi della personalità e comportamentali.

L'Osservatorio Nazionale Adolescenza e il Centro Nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza riportano il suicidio come la seconda causa di morte tra i giovani in Italia; i tentativi di suicidio tra i teenagers dal 2015 al 2017 sono quasi raddoppiati, passando dal 3,3% al 5,9%.

Il 24% degli adolescenti ha invece pensato almeno una volta al suicidio. La fascia più a rischio è quella dei 13-17 anni.

Per quanto riguarda l'assunzione a rischio di sostanze psicoattive in età adolescenziale, sono disponibili pochissimi e parziali dati epidemiologici, sia a livello nazionale che internazionale.

Secondo il "Monitoring the Future Survey 2014" si registra un aumento, tra i giovani, dell'uso di sostanze, alcol, cannabis e tabacco, spesso in modo contemporaneo e in mix.

Tali evidenze sono emerse anche nel territorio italiano (Osservatorio Adolescenti di Telefono Azzurro e Doxa Kids, Dipartimento Politiche Antidroga, studio ESPAD® Italia).

Conclusioni

I Ser.D. italiani hanno tra le loro priorità quella della prevenzione, diagnosi precoce e presa in carico delle dipendenze giovanili.

Per fare ciò, è indispensabile che vengano potenziati e messi nelle condizione di rispondere in modo differenziato ed appropriato ai bisogni dei diversi target di pazienti.

Il metodo di lavoro, l'approccio deve essere diverso, centrato sulle problematiche adolescenziali che sostengono il consumo a rischio di sostanze. L'obiettivo finale non può che essere la ripresa del percorso formativo e di sviluppo personale.

La scelta più appropriata è quella di prevedere nei Ser.D. sedi operative ed équipe dedicate agli "under 25", per superare le attuali resistenze del target e delle famiglie, contrastare il sommerso ed assicurare una risposta specialistica adeguata alle specificità dei bisogni di salute in questa fascia di età.

Il consumo di sostanze psicoattive rientra tra i comportamenti a rischio dell'età evolutiva e quindi il lavoro territoriale deve essere multidisciplinare ed integrato tra servizi sociosanitari, territoriali ed ospedalieri dedicati agli adolescenti.

Presidente nazionale - Dott. Guido Faillace

Vice Presidente nazionale - Dott.ssa Roberta Balestra

Segretario nazionale - Dott.ssa Concettina Varango

Direttore Comitato scientifico nazionale - Dott. Felice Alfonso Nava

FeDerSerD

aderente a:



Sede legale: Via Giotto 3, 20144 Milano

Consiglio Direttivo Nazionale

Guido Faillace (presidente)

Roberta Balestra (vicepresidente)

Concettina Varango (segretario esecutivo)

Giancarlo Ardisson, Vincenza Ariano, Giulia Audino,

Stefano Burattini, Liborio Cammarata,

Rosalba Cicalò, 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 2021 - 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 2021

Di rinnovare l'iscrizione in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2021

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 _____