

**GLI OUTCOME**

VII CONGRESSO NAZIONALE

**NELLA CLINICA DELLE DIPENDENZE**

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

**AREA TEMATICA 1**

Gli obiettivi della presa in carico integrata del consumatore di sostanze

**AREA TEMATICA 2**

La gestione della terapia farmacologica nei diversi setting clinici

**AREA TEMATICA 3**

L'intercettazione precoce: strategie e modelli di intervento

**AREA TEMATICA 4**

Il management del consumatore di sostanze con comorbidità infettivologica

**AREA TEMATICA 5**

Modelli di interventi di prossimità e di riduzione del danno

**AREA TEMATICA 6**

Le nuove sostanze psicoattive implicazioni sulla clinica delle dipendenze

**AREA TEMATICA 7**

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

**AREA TEMATICA 8**

Modelli di presa in carico e terapia della comorbidità psichiatrica



**24-25-26 ottobre ROMA 2018**

**Centro Congressi ERGIFE Palace Hotel - ROMA**

## indice

### AREA TEMATICA 1

**Gli obiettivi della presa in carico integrata del consumatore di sostanze**

- 1.1 **Importanza del rinforzo o dello sviluppo del Sé fragile/grandioso nella cura dell'Addiction** - pag. 1
- 1.2 **Gestione delle dinamiche aggressive dei consumatori di sostanze nel DDP di Bari** - pag. 4
- 1.3 **L'ascolto della soggettività nella dipendenza: una prospettiva psicoanalitica nel lavoro preliminare con i pazienti** - pag. 6
- 1.4 **Lo psicologo e l'equipe alcolologica: organizzazione di un Servizio e sviluppi trattamentali** - pag. 8
- 1.5 **Curare la rete per curare meglio: continuità assistenziale e percorsi di integrazione nella clinica delle dipendenze** - pag. 10
- 1.6 **Ostacoli a una gestione efficace del virus dell'epatite C nelle persone che fanno uso di droghe iniettabili: Evidenze da uno studio Delphi modificato in un'ampia coorte di operatori dei SerD** - pag. 12
- 1.7 **Percorso di ottimizzazione delle risorse umane nella struttura complessa dipendenze nord ASL Città di Torino** - pag. 15

### AREA TEMATICA 2

**La gestione della terapia farmacologica nei diversi setting clinici**

- 2.1 **Studio osservazionale sugli esiti del trattamento con disulfiram a 6 mesi dalla conclusione di un programma alcolico in ambito residenziale** - pag. 18
- 2.2 **La gestione dei farmaci oppiacei nelle comunità terapeutiche per tossicodipendenti: tra interpretazioni normative, questioni aperte e tentativi di ridurre il rischio clinico** - pag. 20

### AREA TEMATICA 3

**L'intercettazione precoce: strategie e modelli di intervento**

- 3.1 **Strategie per l'intercettazione precoce degli under 24: l'esperienza del servizio dipendenze e alcolologia di Trento** - pag. 22
- 3.2 **STA.RE.MO (STAge RESidenziale MOTivazionale): un progetto in costante evoluzione** - pag. 25
- 3.3 **L'operatore di corridoio** - pag. 27
- 3.4 **Progetto di un'equipe integrata per la salute mentale dei giovani nella fascia di età 15-24 anni** - pag. 29
- 3.5 **Intercettazione precoce nei giovani: analisi delle iniziative territoriali e dei dati del Ser.D**  
Le key words utili a inquadrare il punto di partenza delle strategie - pag. 31

### AREA TEMATICA 4

**Il management del consumatore di sostanze con comorbidità infettivologica**

- 4.1 **Management e terapia con DAAs, in pazienti con epatopatia HCV correlata afferenti alla U.O. SERD 31 ASL Na1 Centro (Ex Ospedale Gesù e Maria) Napoli** - pag. 33
- 4.2 **Screening & linkage to care: come raggiungere le popolazioni speciali** - pag. 35

- 4.3 **L'attuale percorso di cura per l'epatite C: l'esperienza del SerD DS 32 ASL Napoli 1 Centro, gestione e modello di best practice** - pag. 37

- 4.4 **Il management dell'epatite C nei consumatori di sostanze: l'esperienza di un nuovo modello integrato per la valutazione ed il trattamento con DAAs del consumatore di sostanze con infezione da HCV** - pag. 39

- 4.5 **Il monitoraggio ematochimico con supporto ecografico per il paziente dipendente da sostanze** - pag. 41

### AREA TEMATICA 5

**Modelli di interventi di prossimità e di riduzione del danno**

- 5.1 **Bassa Soglia, uso di sostanze e prospettiva di genere. L'esperienza di Orientadonna** - pag. 44
- 5.2 **Vecchie e Nuove Migrazioni: il punto di vista di un servizio a Bassa Soglia (Progetto A.Str.)** - pag. 46

### AREA TEMATICA 6

**Le nuove sostanze psicoattive: implicazioni sulla clinica delle dipendenze**

- 6.1 **L'inalazione di spray per la pulizia computer tra gli adolescenti: un caso clinico** - pag. 48

### AREA TEMATICA 7

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

- 7.1 **Modello di presa in carico del giocatore patologico nel servizio specialistico GAP** - pag. 51
- 7.2 **Rapporti... in gioco** - pag. 54
- 7.3 **Questo gioco non mi piace** - pag. 56
- 7.4 **Analisi di 94 profili MMPI di gamblers** - pag. 58
- 7.5 **Una proposta di follow-up come attività integrata nella presa in carico del paziente con disturbo da gioco d'azzardo. L'esperienza dell'Ambulatorio per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico (DGA) del SerD di Padova (Ulss 6 Euganea)** - pag. 60
- 7.6 **Comunità terapeutica 2.0: percorsi short term per le dipendenze comportamentali** - pag. 62
- 7.7 **Il trattamento dei giocatori d'azzardo patologico: le variabili in gioco** - pag. 63

### AREA TEMATICA 8

**Modelli di presa in carico e terapia della comorbidità psichiatrica**

- 8.1 **L'uso della metafora come tecnica di intervento terapeutico nella comorbidità psichiatrica nell'esperienza del reparto di riabilitazione alcolologica della Fondazione Richiedei** - pag. 65
- 8.2 **Panoramica su un gruppo di Pazienti afferenti al Ser.D di Voghera e ricoverati presso un Reparto Ospedaliero di Medicina e Psichiatria dell'ASST di Pavia. Una analisi della casistica ed un progetto clinico in rete. Lo studio "Car(a)vana"** - pag. 67
- 8-3 **Il progetto assistenziale individualizzato (PAI): una modalità di intervento territoriale a ponte tra il servizio ambulatoriale e la persona** - pag. 70

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

Supplemento al N. 50 anno XIV - SETTEMBRE 2018  
Proprietà: FeDerSerD  
Sede legale  
Via Giotto 3 - 20144 Milano

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

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

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

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

Direttore responsabile  
Stefano Angeli

Copyright by  
FrancoAngeli s.r.l. Milano

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

Edizione fuori commercio

## AREA TEMATICA 1

### Gli obiettivi della presa in carico integrata del consumatore di sostanze

1.1

## IMPORTANZA DEL RINFORZO O DELLO SVILUPPO DEL SÉ FRAGILE/GRANDIOSO NELLA CURA DELL'ADDICTION

### Carraro Irmo

Psicologo psicoterapeuta presso il SerD di Mestre (Ve) fino al 2010; dal 2011 psicoanalista CIPA di Parigi libero professionista; membro Centro Studi CART di Milano; docente di "Clinica psicoanalitica" presso CISSPAT di Padova; docente di "Approccio psicodinamico di gruppo" presso IVTF di Treviso

### Premessa

Numerosi Autori nazionali e internazionali (Kohut, 1971; Khantzian et al, 1990; Jeammet, 1993; Flores, 2004) hanno segnalato l'importanza clinica di effettuare un lavoro di "latenza terapeutica" (Zucca Alessandrelli, 2006) e cioè di rinforzo e di sviluppo del Sé nella cura dell'*addiction*. La dipendenza patologica viene infatti considerata da tali Autori come il tentativo del Sé del paziente *addicted* di appoggiarsi eccessivamente e compulsivamente alla realtà esterna (persone, sostanze psicoattive, cibo, sex, lavoro, studio, internet, gioco ecc.) per vicariare una fragilità narcisistica interna. Nel SerD di Mestre (Ve), dal 2000 al 2010, abbiamo effettuato una sperimentazione con il Gruppo della Ripresa delle Funzioni (GRF) ideato da Zucca Alessandrelli (2001, 2002) per rinforzare o sviluppare il Sé fragile/grandioso del paziente *addicted*. Nel 2011 abbiamo poi effettuato il follow up di tale esperienza.

### L'esperienza clinica decennale con i Gruppi per la Ripresa delle Funzioni (GRF) presso il SerD di Mestre (Ve)

### Il contesto istituzionale

Il SerD di Mestre è un servizio pubblico ad alta utenza

che si occupa della cura di varie forme di *addiction* utilizzando una modalità operativa "integrata" di tipo bio-psico-sociale allo scopo di andare incontro ai molteplici bisogni e difficoltà dei pazienti *addicted* (Carraro et al, 1997). Una delle strategie operative spesso utilizzata, in sequenza e combinata con le altre strategie bio-psico-sociali individuali e/o di gruppo (CTD o CTR), è il gruppo terapeutico di tipo supportivo (Gruppo accoglienza e orientamento), supportivo-espressivo (GRF) ed espressivo (psicoterapia di gruppo centrata sull'area traumatica del conflitto generazionale)(Carraro, 2016).

Nella prima decade del duemila, seguendo gli assunti teorico-clinici di Zucca Alessandrelli (*ibidem*), abbiamo sperimentato il gruppo supportivo-espressivo GRF elaborato dall'Autore per maturare la fragilità narcisistica spesso presente nei pazienti *addicted*. Abbiamo così attivato tre diverse forme di GRF nel formato rotating (2-3 entrate ogni 4 mesi circa): il GRF-M (adolescenti e adulti)(dal 2000 al 2003), il GRF-G (adolescenti e giovani adulti fino a 25 anni)(dal 2004 al 2010) e il GRF-A (adulti)(dal 2000 al 2010).

Tale distinzione si è resa necessaria nel 2004 a causa della forte affluenza di giovani *addicted* all'interno del SerD (Carraro et al, 2012) e della necessità di suddividere lo stesso in due aree: l'*area clinica per adolescenti e giovani adulti* (fino ai 25 anni) e l'*area clinica per gli addicted adulti* (dai 26 anni in poi).

### Studio sull'efficacia clinica del GRF ai fini del rinforzo o sviluppo narcisistico dei pazienti *addicted*

### Obiettivi dello studio

Verifica dell'efficacia clinica dei gruppi GRF ai fini del rinforzo o sviluppo narcisistico del paziente con problemi di narcisismo e dipendenza da sostanze psicoattive.

### Metodo

Sperimentazione dal 2000 al 2010 di tre tipi di GRF rotating: il GRF-M, GRF-G e GRF-A. I primi due gruppi della durata di 1 anno e il terzo della durata di 18 mesi.

In fase pre-GRF e in quella di follow up sono state raccolte le principali variabili socio-demografiche e cliniche, e si è valutato, tramite l'*Intervista ANB*<sup>1</sup>, l'Assetto

<sup>1</sup>Si tratta di un'*Intervista semistrutturata* formata da 38 item su scala likert a 6 punti (da 1=sempre a 6=mai) costruita per valutare l'area narcisistica secondo la seguente ponderazione: A=ANB sano, B=ANB fragile e C=ANB molto fragile. Tale valutazione ha comportato che il clinico intervistatore assegnasse a ognuno dei 38 item un punteggio (da 1 a 6) sulla base di alcune griglie osservative che hanno consentito di valutare 4 aree di funzionamento narcisistico del soggetto: il senso di sé, le relazioni oggettuali, la discriminazione ed espressione degli affetti, e l'investimento socio-ricreativo-morale (Carraro, 2016, 2017).

Narcisistico di Base (ANB) dei singoli partecipanti ai GRF.

### Partecipanti

Hanno partecipato ai tre GRF 146 soggetti (126 maschi e 20 femmine) la cui sostanza psicoattiva di elezione era: eroina (68,5%), cocaina (19,8%) e Altre sostanze (Cannabis e/o alcool e/o psicofarmaci (11,7%).

Al follow up hanno partecipato 106 soggetti: 93 (87,7%) maschi e 13 (12,3%) femmine. 8 (5,5%) soggetti sono deceduti per suicidio o gravi malattie. 32 (21,9%) soggetti non si sono presentati.

### Materiali

In fase pre-GRF e follow up sono state utilizzate delle Schede di raccolta dei dati socio-demografici e clinici di ciascun partecipante (*ibidem*). È stata, inoltre, effettuata durante le due fasi la succitata *Intervista ANB*.

### Procedure

In fase pre-GRF e follow up lo stesso clinico-intervistatore ha raccolto le principali informazioni socio-demografiche e cliniche dichiarate dagli stessi intervistati, e ha applicato l'*Intervista ANB* per valutare il narcisismo di base dei partecipanti.

### Analisi statistiche

In riferimento a ciascuna variabile analizzata nell'ambito dello studio (dati socio-demografici e variabili cliniche) sono state calcolate le distribuzioni assolute e percentuali dei soggetti. Per le variabili di tipo quantitativo sono stati ottenuti i principali indicatori di centralità e di variabilità. L'associazione tra variabili categoriali è stata indagata attraverso il test  $\chi^2$  di Pearson. Per quanto riguarda il confronto dei dati raccolti al momento di inizio trattamento e al follow-up, è stato applicato il test di Wilcoxon. È stato considerato statisticamente significativo un valore di  $p < 0,05$  (test a due code). Tutte le analisi sono state effettuate utilizzando il software statistico IBM SPSS (Vers. 18.0).

### Risultati<sup>2</sup>

#### Esito dei GRF

L'esito del GRF dei 146 partecipanti è stato il seguente:

- 85 (58,2%) soggetti hanno concluso l'esperienza gruppale;
- 61 (41,8%) soggetti l'hanno interrotta.

Tale risultato si è così distribuito fra i tre GRF (Tab.1):

Tab. 1 – Esito del gruppo nei tre GRF<sup>3</sup>

	GRF-M	GRF-G	GRF-A	Totale
Conclusioni	18 (72%)	27 (51,9%)	40 (40%)	85 (58,2%)
Interruzioni	7 (28%)	25 (48,1%)	29 (42%)	61 (41,8%)

### Confronto dell'Assetto Narcisistico di Base (ANB) in fase pre-GRF e follow up

Come appare nella Tab.2, tutti i 106 pazienti intervistati nel follow-up lamentavano in fase pre-GRF una certa fragilità narcisistica, statisticamente significativa ( $p=0,047$ ), soprattutto nei confronti del GRF-G, dove l'80,6% dei partecipanti presentava un ANB molto fragile (Tab.3).

Tab. 2 – ANB pre-GRF del campione con follow up<sup>4</sup>

		ANB Follow up			Totale
		ANB A (Sé sano)	ANB B (Sé fragile)	ANB C (Sé molto fragile)	
ANB Pre-GRF	ANB B (Sé fragile)	32 (82,1%)	7 (17,9%)	0 (0%)	39 (100,0%)
GRF	ANB C (Sé molto fragile)	11 (16,4%)	44 (65,7%)	12 (17,9%)	67 (100,0%)
Totale		43 (40,6%)	51 (48,1%)	12 (11,3%)	106 (100,0%)

Tab. 3 – ANB pre-GRF del campione con follow up<sup>5</sup>

	GRF-M	GRF-G	GRF-A	Totale
ANB B (Sé fragile)	9 (50%)	6 (19,4%)	24 (42,1%)	39 (100%)
ANB C (Sé molto fragile)	9 (50%)	25 (80,6%)	33 (57,9%)	67 (100%)

La valutazione ANB effettuata poi durante il follow up (Tab.4), attraverso la *Intervista ANB*, ha evidenziato un miglioramento significativo dell'ANB del campione intervistato: 43 A (40,6%), 51 B (48,1%) e 12 C (11,3%).

Tab. 4 – ANB del campione con follow up

		ANB Follow up			Totale	
		ANB A (Sé sano)	ANB B (Sé fragile)	ANB C (Sé molto fragile)		
GRF-M <sup>6</sup>	Pre-GRF	ANB B (Sé fragile)	7 (77,8%)	2 (22,2%)	0 (0%)	9 (100,0%)
		ANB C (Sé molto fragile)	2 (22,2%)	6 (66,7%)	1 (11,1%)	9 (100,0%)
	Totale		9 (50,0%)	8 (44,4%)	1 (5,6%)	18 (100,0%)
GRF-G <sup>7</sup>	Pre-GRF	ANB B (Sé fragile)	4 (66,7%)	2 (33,3%)	0 (0%)	6 (100,0%)
		ANB C (Sé molto fragile)	6 (24,0%)	16 (64,0%)	3 (12,0%)	25 (100,0%)
	Totale		10 (32,3%)	18 (58,1%)	3 (9,7%)	31 (100,0%)
GRF-A <sup>8</sup>	Pre-GRF	ANB B (Sé fragile)	21 (87,5%)	3 (12,5%)	0 (0%)	24 (100,0%)
		ANB C (Sé molto fragile)	3 (9,1%)	22 (66,7%)	8 (24,2%)	33 (100,0%)
	Totale		24 (42,1%)	25 (43,9%)	8 (14,0%)	57 (100,0%)

Questo risultato si distribuisce in modo omogeneo fra i 3 GRF, ma acquista significatività statistica se lo si correla con gli Esiti del GRF (Tab.5), dove emerge che chi ha concluso il gruppo presenta, al follow up, un ANB più maturo di chi lo interrompe ( $p=0,000$ ).

<sup>2</sup>Per risultati più approfonditi ed elaborati statisticamente vedi: Carraro, 2018.

<sup>3</sup>Chi<sup>2</sup> n.s.

<sup>4</sup>Test di Wilcoxon  $p=0,000$ .

<sup>5</sup>Chi<sup>2</sup>  $p=0,047$ .

<sup>6</sup>Test di Wilcoxon  $p=0,000$ .

<sup>7</sup>Test di Wilcoxon  $p=0,000$ .

<sup>8</sup>Test di Wilcoxon  $p=0,000$ .

Tab. 5 – ANB nel pre-GRF e nel follow up ed Esito del GRF<sup>9</sup>

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

Tale esito segnala che, tra la fase pre-GRF e quella di follow up, c'è stato un significativo rinforzo e sviluppo del Sé dei partecipanti, soprattutto nei soggetti che hanno concluso il GRF.

Questi risultati vengono confermati da un'ulteriore analisi statistica effettuata mediante l'Indice di correlazione di Spearman (Tab.6) la quale fa emergere una correlazione statisticamente significativa fra la variazione del parametro ANB (molto migliorato, migliorato, stabile), calcolata tra il follow-up e il pre-GRF, e le variazioni (calcolate allo stesso modo) degli "interessi socio-ricreativi e morali" ( $r = -0,38$ ,  $p < 0,001$ ), della "conflittualità familiare" ( $r = -0,25$ ,  $p = 0,10$ ), delle "relazioni amicali significative" ( $r = -0,23$ ,  $p = 0,18$ ) e delle "ricadute additive" ( $r = -0,26$ ,  $p = 0,007$ ) dichiarate dagli intervistati.

Questi dati segnalano che i soggetti che hanno rinforzato o sviluppato il loro assetto narcisistico di base: sono riusciti maggiormente a concludere il GRF, hanno dichiarato minori ricadute additive e un maggiore allargamento dei loro interessi socio-ricreativi e delle loro relazioni amicali significative, e infine hanno dichiarato di percepire minore conflittualità nelle loro relazioni familiari.

Tab. 6 – Correlazione di Spearman tra ANB e alcune variabili socio-demografiche e cliniche

Variazione ANB	Coeff. di correlaz.	Variazione interessi	Variazione relazioni familiari	Variazione relazioni amicali	Ricadute additive
		P	P	P	P
		-0,38	-0,25	-0,23	-0,26
		0,000	0,010	0,018	0,007

Anche dal confronto tra la variazione dell'ANB e l'esito del GRF (Tab.7), si osservano maggiori percentuali di conclusione significative tra coloro che hanno evidenziato un miglioramento dell'ANB tra il follow-up e il pre-GRF.

Tab. 7 – Variazione di ANB ed esito del GRF<sup>10</sup>

Variazione ANB	Esito		
	Conclusione	Interruzione	Totale
Forte miglioramento	9 (81,8%)	2 (18,2%)	11 (100%)
Miglioramento	63 (82,9%)	13 (17,1%)	76 (100%)
Nessun cambiamento	4 (21,1%)	15 (78,9%)	19 (100%)
Totale	76 (71,7%)	30 (28,3%)	106 (100%)

## Conclusioni

La nostra esperienza GRF, integrata con gli altri interventi bio-psico-sociali attivati presso il SerD di Mestre, ci porta a ritenere che lo sviluppo o il rinforzo dell'assetto narcisistico di base dei pazienti *addicted* possa considerarsi un importante obiettivo clinico di un programma terapeutico orientato a fornire una prospettiva di crescita interiore, relazionale e adattiva. La realizzazione di questo obiettivo, assieme alle intercorse esperienze di vita, sembra aver consentito a questi pazienti di contenere l'uso di sostanze psicoattive e di (re-)investire la realtà esterna (relazionale e socio-adattiva) in termini nuovi e più autentici.

## Bibliografia

- Carraro I. (2016), *Insieme... a tempo limitato. La psicoterapia dinamica di gruppo breve o a termine nella cura della dipendenza da sostanze psicoattive*. Cleup, Padova.
- Carraro I. (2017), L'Intervista ANB: una modalità semistrutturata per valutare l'assetto narcisistico di base del paziente *addicted*. *Rivista FederSerD Informa*. 29: 1-4.
- Carraro I. (2018), *I gruppi psicodinamici brevi e a termine nella cura dell'addiction: un'esperienza clinica in un SerD Veneto*. In corso di stampa.
- Carraro I., Rizza C., Braccaccini M., Pastore P. (2012), Percorsi metadonici per adolescenti e giovani consumatori di sostanze psicoattive. In: A. Lucchini, P.F. D'Egidio, F. Nava (a cura di), *Attualità e innovazioni nel trattamento con metadone*. Franco Angeli, Milano, pp. 35-41.
- Carraro I, Trinciarelli G., Ronchini F., Lotti V., Nardi P.G. (1997), L'accoglienza 'integrata' di gruppo come spazio di 'contenimento' mentale nel trattamento delle tossicodipendenze. In: I. Carraro, V. Lotti (a cura di), *I gruppi terapeutici nei disturbi da sostanze*. Piccin, Padova, pp. 22-34.
- Flores P. (2004), *Addiction as an attachment disorder*. Jason Aronson, Norhtdale.
- Khantzian E., Halliday K., McAuliffe W. (1990), *La dipendenza e il Sé vulnerabile. La terapia dinamica di gruppo modificata per dipendenti da sostanze*. Piccin, Padova, 1997.
- Kohut H. (1971), *Narcisismo e analisi del Sé*. Boringhieri, Torino, 1976.
- Jeammet Ph. (1993), Adolescenza e dipendenza. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*. 60: 3-14.
- Zucca Alessandrelli C. (2001), GRF: il gruppo per la ripresa delle funzioni. Prima parte. *gli argonauti*. 91: 319-336.
- Zucca Alessandrelli C. (2002), GRF: il gruppo per la ripresa delle funzioni. Seconda parte. *gli argonauti*. 92: 45-65.
- Zucca Alessandrelli A. (2006), Psicodinamiche dell'*addiction*. In: *Quaderno n. 11 de gli argonauti. Dipendenze/addiction (parte seconda)*, 5-20.

<sup>9</sup>Pre-GRF: Chi<sup>2</sup> p=0,019 e Follow up: Chi<sup>2</sup> p=0,000.

<sup>10</sup>Chi<sup>2</sup> p=0,000

# 1.2

## GESTIONE DELLE DINAMICHE AGGRESSIVE DEI CONSUMATORI DI SOSTANZE NEL DDP DI BARI

Taranto Antonio, Direzione DDP - ASL - BARI  
 Brizzi Giuseppina, UOS SerD - DDP - ASL BARI

### Introduzione

Dai dati pubblicati dal Dipartimento Politiche Antidroga nel 2014 risulta che il 44% dei SerD ha subito episodi di violenza; fra questi il 63% ha denunciato violenza contro le cose, il 31% contro persone e cose e il 6% solo contro le persone. I SerD pugliesi che hanno dichiarato di aver subito violenza nel 2013 sono stati il 60%. Mediamente gli episodi di violenza denunciati formalmente alle Forze dell'Ordine o alle amministrazioni di appartenenza sono solo il 65% del totale a livello nazionale, ma quasi la totalità in Puglia. Sulla base di questi dati è stato calcolato l'indice di aggressività ( $n.violenze/n.utenti$ ) che è risultato pari a 2,6% a livello nazionale; in Puglia è stato, nel 2013, pari a 3,5%. Per contro non è stata rilevata alcuna relazione fra l'indice di aggressività e il rapporto  $n.utenti/n.operatori$  e il tipo di sostanza utilizzata dagli utenti.

### Il contesto

Il DDP della ASL Bari è formato da 14 sedi territoriali di SerD. Ciascuna di esse è dotata mediamente di 8 operatori (min. 5, max 12 e assiste mediamente 300 utenti/anno (min.100, max 900). Dal 2010 il DDP si è dotato di un "documento condiviso su azioni e procedure per prevenire la violenza sugli operatori". N. 5 fra i 14 servizi sono dotati anche di operatori addetti alla vigilanza. Fra le altre raccomandazioni contenute nel documento condiviso è previsto l'obbligo di segnalare formalmente alla direzione dipartimentale e al Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale ogni episodio di violenza. Quando la violenza viene percepita dagli operatori come oggettivamente pericolosa (cioè quando vi sono esplicite minacce anche solo verbali) la direzione dipartimentale provvede anche a denunciare l'evento alle Forze dell'Ordine.

Di seguito riportiamo la tabella riassuntiva degli episodi segnalati, delle denunce effettuate alle FF.OO. e della categoria causale dell'episodio. Rispetto alla causale degli episodi abbiamo distinto in modo sintetico due categorie:

1. Comportamenti sociopatici (legati a richieste di

affidamenti di farmaci al di fuori dei criteri di affidabilità previsti dal DM 16\11\2007)

2. Comportamenti legati a fenomeni psicopatologici coesistenti con la tossicodipendenza

Tab. 1 – cause degli episodi di violenza e denunce

Anno	Episodi sociopatici	Episodi psicopat.ci	Denunce FF.OO.	Danni a operatori
2012	4	0	4	0
2013	3	1	2	0
2014	2	1	0	0
2015	2	0	2	2
2016	13	5	9	0
2017	4	3	3	1
2018 (8mesi)	7	4	4	1
Indice di aggressività (n.violenze/n. medio utenti per SerD per anno) = 3,26				

Tab. 2 – sedi degli episodi di violenza

Sede	Popolazione (abitanti) - Utenti	Episodi	Presenza di vigilanza
Bari	(350.000 abitanti - 900 utenti)	39	Presenza di vigilanza
Giovinazzo	(90.000 abitanti - 200 utenti)	2	
Bitonto	(80.000 abitanti - 300 utenti)	1	
Ruvo	(80.000 abitanti - 450 utenti)	0	
Modugno	(80.000 abitanti - 350 utenti)	1	
Triggiano	(80.000 abitanti - 300 utenti)	1	Presenza di vigilanza
Rutigliano	(20.000 abitanti - 100 utenti)	0	
Altamura	(80.000 abitanti - 550 utenti)	0	Presenza di vigilanza
Acquaviva	(80.000 abitanti - 250 utenti)	0	Presenza di vigilanza
Gioia	(80.000 abitanti - 190 utenti)	2	
Grumo	(80.000 abitanti - 250 utenti)	0	Presenza di vigilanza
Conversano	(60.000 abitanti - 150 utenti)	1	
Putignano	(80.000 abitanti - 400 utenti)	0	
Monopoli	(80.000 abitanti - 350 utenti)	2	

### Conclusioni

1. I danni subiti dagli operatori sono consistiti in reazioni simpatiche da stress con conseguente assenza dal servizio per periodi da 5 a 90 giorni; in 2 casi vi è stato il bisogno di cambiare dipartimento.
2. Il forte incremento di episodi violenti registrato nel 2016 è attribuibile ad un'accurata revisione degli affidamenti terapeutici. Numerosi utenti sono stati considerati inaffidabili rispetto ai criteri suggeriti dal DM 16\11\97 (decreto Turco) e ciò ha innescato le vivaci proteste di pazienti che facevano misuso o diversione. Al di là di questo aspetto va anche rilevato, però, che è sensibilmente aumentato il numero di fenomeni psicopatologici. Riteniamo perciò che almeno una parte degli episodi di violenza correlati con la coesistenza di patologia mentale.
3. Il dato del SerD di Bari conferma quanto già osservato dal DPA, cioè che l'indice di violenza correla senz'altro con la numerosità dell'utenza. Va anche rilevato che l'incremento dell'indice di aggressività rispetto agli altri servizi non è lineare, ma è iperbolico. La nostra interpretazione di questo tipo di correlazione è che oltre all'affollamento del servizio va anche considerato il valore della numerosità o della densità della popolazione da cui l'utenza proviene. Probabilmente la densità abitativa della città, con tutti i fenomeni ad essa correlati, compresi quelli di aspetto puramente criminologico, si riflette anche

sui comportamenti dell'utenza all'interno dei servizi.

4. La presenza della vigilanza è certamente di grande aiuto lì dove c'è grande concentrazione di utenza e alto indice di aggressività. È, invece, da valutare l'effetto preventivo. Nei servizi meno grandi in cui è presente la vigilanza l'indice di aggressività è pari a zero, tranne che in un caso.
5. L'effetto della formalizzazione delle denunce alle Forze dell'Ordine può essere studiato solo nella sede di Bari dove la metà degli episodi di violenza è stato anche denunciato all'A.G.. Può essere significativa (ma da verificare nel tempo) la drastica riduzione degli episodi dal 2016 al 2017. L'idea che abbiamo è che l'aggressività legata alla sociopatia è controllata abbastanza bene dal timore della denuncia, cioè da interventi di tipo cognitivo e normativo. Non lo è, invece, quella legata ad aspetti psicopatologici.

### **Bibliografia**

1. Salducci M, Raglione R: PSYCHOPATHOLOGY OF CRIMINAL BEHAVIOR IN LEGAL MEDICINE: AGGRESSION AND IMPULSIVENESS published on line 16. Feb. 2016, P&R Public. 89. Available from.
2. DPA, Ministero della Salute: REPORT SIC – PRO: Indagine conoscitiva sulla sicurezza e protezione degli operatori e dei pazienti nei Dipartimenti delle Dipendenze - 2014.

## 1.3

## L'ASCOLTO DELLA SOGGETTIVITÀ NELLA DIPENDENZA: UNA PROSPETTIVA PSICOANALITICA NEL LAVORO PRELIMINARE CON I PAZIENTI

**Pavese Daniele**

*Psicoterapeuta Dipartimento Dipendenze e  
Comportamenti d'Abuso Asl 4 Chiavarese*

Hugo Freda nel libro "Psicoanalisi e Tossicomania" afferma che i nuovi consumatori sono più facilmente agganciabili, poiché, a differenza degli eroinomani di qualche decennio fa, "vagano" di più, sono meno ancorati ad una soluzione chimica.

Oggi infatti giovani utenti arrivano al servizio continuando ad avere una loro vita sociale e professionale più o meno funzionante.

La droga non li taglia fuori, li aiuta a farcela. "E cosa sarà mai l'alcol, un bicchiere ogni tanto?", come dicono spesso gli utenti che arrivano al servizio poiché gli hanno ritirato la patente.

In tale ottica gli interventi riabilitativi sono spesso amplificati nell'ottica oblativa; ti offro ciò che non hai mai avuto, ti do contributi o assegni sociali di mantenimento, sottolineo la tua invalidità per agevolarti nella ripresa lavorativa. Certo, in una prospettiva di cura rientrano anche questi interventi, ma devono essere animati da un lavoro di problematizzazione rispetto all'uso.

Altrimenti l'offerta sociale rischia di far implodere la domanda del soggetto su se stessa, di ridurla all'osso, fornendo invece il supporto per un'identificazione forte nel circuito socio-sanitario dei servizi.

È molto difficile non *agire*, nel senso di non rispondere in maniera speculare alle insistenti richieste che portano gli utenti. Dietro di loro c'è un Altro che si fa sentire in maniera prepotente; spesso i genitori, oppure il Tribunale e la Magistratura, oppure i Servizi Sociali.

È molto difficile tenere una posizione che abbia a che vedere con quella analitica. Cosa vuol dire? Che all'ottica di deresponsabilizzazione del soggetto dietro a queste insegne sociali e dietro alle sue richieste concrete (lavoro, metadone, assegni..), c'è il rischio di rispondere dando subito la prestazione, un po' come una mamma-mercato, senza che vi sia un Altro in carne ed ossa che possa anche solo per poco incuriosire il soggetto.

Le persone che arrivano al Sert mi sembra abbiano bisogno in fondo di poter domandare qualcosa, finalmente di non avere la necessità della certezza e della ripetizione, rappresentata dall'abuso dello stesso oggetto-droga.

La domanda che portano è una domanda di soluzione, così come l'utilizzo della droga va nella direzione di non essere un sintomo analitico, che rimanda alla verità del proprio rapporto con il godimento.

Spesso chi arriva lo fa per tornare allo stato precedente; gli alcolisti con cui lavoro arrivano perché il quantitativo di alcool è diventato ingestibile e il corpo struttura una sindrome di dipendenza per cui bisogna iniziare a bere già dal mattino per farsi passare tremori, sudori, malesseri vari e insonnia. Oppure le conseguenze penali ed economiche del proprio comportamento.. "Mi hanno mandato dal Tribunale..oppure i Servizi Sociali..", "Non ho più una lira..dovete aiutarmi..". ma allora come aiutare il soggetto per uscire da questa dimensione direi proprio di alienazione, nel senso che questi viene parlato, è sostituito sulla scena, è sempre assente?

"Fare uscire il tossicodipendente dalla tossicomania significa, in fondo, farlo ammalare. Questo è veramente il suo dramma. La difficoltà dunque è questa; come si fa, con un soggetto che ha trovato la soluzione per ogni cosa-una soluzione al rapporto sessuale, all'inconscio, anche al sintomo- come si fa a renderlo, in qualche modo, soggetto di un sintomo freudiano? La risposta, mi pare, è semplicemente facendogli amare, in un modo o nell'altro, la parola.(...) Si tratta di introdurlo al godere attraverso la parola e in qualche modo, di sostituire la droga con la droga normale, cioè la parola-godimento.", riferisce Freda.

Il lavoro di apertura va nella direzione allora di *intendere* qualcosa del dire del paziente. Lacan usa questo termine e non comprendere, poiché è necessario ascoltare qualcosa del discorso del paziente e riuscire a fare il morto, ovvero innanzitutto non rispondere nella vicenda a due del transfert dalla posizione in cui lui ci sta mettendo. Dunque ascoltare..ma se non è comprendere cos'è?

"E' non ignorare ciò che non si sa dell'altro. Dare spazio all'altro non suppone che l'altro sia quello che uno crede. Se così fosse ci troveremmo nel discorso del padrone..Il tossicomane del resto potrebbe trovarsi a proprio agio nel discorso del padrone..L'altro padrone funzionerebbe come la sostanza." dice Lacan.

Anche perché una volta per tutte che decidessimo di aver compreso chi ci sta davanti smetteremmo di ascoltarlo seriamente.

Allora forse si tratta più di cogliere le interiezioni e le punteggiature del discorso, chiedendo anche di specificare, non dando per scontato un senso che è il proprio, a partire dai "sentimenti positivi o negativi del terapeuta"

Ciò può aprire nel senso di permettere al soggetto di "schiudere tutto il passato fino l'estremo limite della prima infanzia".

Questo significa che il modo di parlare, di chiedere, di proiettare sulla figura del terapeuta lascia intravedere qualcosa che va oltre. Ovvero il sintomo ed il fantasma del soggetto, cioè il suo transfert primario, il suo legame sociale con le figure di riferimento.

I significanti della domanda hanno a che fare dunque con i caratteri pulsionali del soggetto. Ovvero per ognuno questa primaria iscrizione del proprio corpo avviene in una modalità particolare che si fissa, ma che rimane viva come un geroglifico sulla carne. E' il derivato delle cure fisiche primarie che diventano parolagoduta sul corpo e dell'interpretazione del desiderio del caregiver; il corpo cioè si erotizza in un modo singolare, nelle zone erogene, ognuna stimolata dalla modalità di godimento che l'Altro vi imprime e la domanda si fissa in alcuni punti, come risposta infantile al "cosa vuole l'adulto da me, questo in carne ed ossa che mi sta vicino?"

Questo è l'aldiqua della domanda, che per ognuno è particolarizzata.

L'aldilà invece è il fatto che la domanda essendo intransitiva, non conosce mezzi termini, mira al riempimento del desiderio, che invece è per natura metonimico e incompleto. La domanda punta all'essere, ha una sua passione per l'essere, quindi mira ad essere colmata e soddisfatta.

Il soggetto nel fantasma costruisce una sua teoria inconscia su cosa voglia l'Altro da lui; dunque cosa lui debba essere, che tipo di oggetto, per completare l'Altro.

Il lavoro di apertura penso potrebbe allora andare nella direzione di implicare il soggetto in un lavoro di ricerca di senso, ovvero di che pasta sia realmente fatta la sua domanda.

Cosa cerca nell'Altro? Che oggetto ha rappresentato? In che modalità particolare ha pensato inconsciamente di poter esserne il completamento? In che maglie è presa la sua domanda? E cosa c'entra tutto ciò con la scelta di trovare in un momento particolare della sua vita una soddisfazione a portata di mano, liberatoria, come la sostanza? Tolto il velo sulla sostanza, staccata dalla bocca, resta lo spazio per incuriosirsi al proprio inconscio e ai suoi rischi?

Cogliere infatti la portata della propria domanda all'Altro può gettare il soggetto a confrontarsi con l'enigma del suo desiderio...e riniziare una partita nuova, che vada nella direzione della ripresa e non della ripetizione.

## Bibliografia

- F. Stoppa, *La restituzione*, Ed. Feltrinelli, 2011  
 F.H. Freda, *"Psicoanalisi e Tossicomania"*, 2001, Mondadori, Milano  
 M.C. Dominguez, *Il silenzio del tossicomane in "Nuove Schiavitù"*, Franco Angeli, 1999, Milano  
 Lacan, *La direzione della cura*, pag 598, *Gli scritti II*, Ed. Einaudi

## LO PSICOLOGO E L'EQUIPE ALCOLOGICA: ORGANIZZAZIONE DI UN SERVIZIO E SVILUPPI TRATTAMENTALI

**Pavese Daniele**, *Psicoterapeuta S. C. Dipendenze e Comportamenti d'Abuso Asl 4 Chiavarese*

**Celle Simona**, *Psicoterapeuta S. C. Dipendenze e Comportamenti d'Abuso Asl 4 Chiavarese*

**Arcellaschi Monica**, *Direttore S. C. Dipendenze e Comportamenti d'Abuso Asl 4 Chiavarese*

L'équipe multiprofessionale che opera nel Servizio di Alcologia è composta da personale afferente alle aree sanitaria, sociale ed educativa e valuta la tipologia delle problematiche del paziente, in ottica multidimensionale, con particolare riferimento alla situazione sul piano della salute fisica e psichica, le ricadute sociali e familiari dei problemi alcol-correlati, l'impatto sulle relazioni del paziente con il mondo esterno e con se stesso, i possibili percorsi di recupero e di risoluzione dei problemi in essere.

L'accesso al Servizio qui specificato verte sull'accoglienza di nuovi utenti con problemi alcool correlati, il trattamento psico-educativo, in collaborazione con le altre figure componenti l'équipe, degli utenti attualmente in carico presso il Servizio di Alcologia, la strutturazione degli interventi più idonei e la collaborazione con l'équipe multidisciplinare, la partecipazione in progetti specifici di prevenzione primaria, secondaria e terziaria rispetto a problematiche annesse alle dipendenze nell'équipe del Sert.

Metodologie specifiche variano in base alle singole fasi di lavoro con l'utenza.

Gli interventi messi in campo dal Servizio Specialistico prevede, quindi, una pluralità di figure professionali che operano singolarmente e cooperano tra loro in una équipe multidisciplinare nella quale concorrono interventi di tipo medico-sanitario, psicologico, sociale ed educativo.

Le diverse fasi di trattamento dell'utente sono rappresentate dalla prevenzione, l'accoglienza, la valutazione diagnostica, la presa in carico, il trattamento specialistico, gli inserimenti socio-sanitari, la valutazione in itinere e il follow up sul trattamento.

Le modalità di fruizione del Servizio avvengono a partire dall'accesso al SerT.

Questo è diretto (non necessita dell'impegnativa del Medico di Medicina Generale) e gratuito. E' garantita la

tutela della privacy e l'anonimato, secondo quanto stabilito dalle norme in vigore.

I primi colloqui vengono svolti da psicologi o educatori che raccolgono i dati anagrafici in una cartella clinica informatizzata e ambulatoriale. Nei primi colloqui si raccolgono dati personali per sviluppare l'anamnesi familiare, per chiarire la situazione familiare attuale e per capire la storia della dipendenza.

In questa fase è fondamentale a livello preliminare sviluppare la motivazione al trattamento, valutando la fase di consapevolezza in cui il paziente è collocato. Secondo il modello della ruota del cambiamento (Prochaska J., Di Clemente C., 1980), i livelli motivazionali al cambiamento (precontemplazione, contemplazione, determinazione, azione, mantenimento e cambiamento permanente) presuppongono interventi specifici da parte dell'operatore.

L'inquadramento diagnostico tiene conto dei criteri diagnostici del DSM V e ICI 10, che sono i sistemi nosografici per i disturbi mentali o psicopatologici più utilizzati da medici psichiatri e psicologici di tutto il mondo.

La diagnosi va intesa come punto di partenza per la strutturazione di un programma di trattamento personalizzato ed è l'occasione per sviluppare e implementare il raccordo e l'alleanza terapeutica tra l'utente e il Servizio.

La predisposizione del programma terapeutico individualizzato avviene attraverso una elaborazione in équipe delle informazioni raccolte nella fase di anamnesi e di osservazione.

L'équipe multidisciplinare è composta da assistente sociale, psichiatra, infermiere professionale, educatore, psicologo e infettivologo.

Dopo una presentazione da parte dell'operatore che svolge i primi colloqui, viene discusso in maniera collegiale e per pertinenza professionale la tipologia di intervento da svolgere, per giungere all'individuazione del programma terapeutico individualizzato.

Oltre al piano medico-farmacologico (di disintossicazione o stabilizzazione), viene valutato il versante psicologico o educativo, proponendo l'intervento più appropriato: colloqui educativi, sostegno psicologico, gruppo psicoeducativo, colloqui con i familiari.

Attraverso un monitoraggio in itinere del programma viene effettuata eventuale modifica in corso d'opera degli obiettivi previsti. Il programma terapeutico può prevedere la sola presa in carico ambulatoriale o ci si può avvalere di trattamenti residenziali da svolgersi presso Comunità Terapeutiche. I trattamenti vengono effettuati secondo protocolli, che possono essere individualizzati per rispondere al meglio alle esigenze di ogni utente.

Situazioni particolarmente significative e complesse, meritano un adattamento del programma terapeutico; ciò si verifica nelle situazioni di invii coatti da parte

dell'Autorità Giudiziaria (Tribunale Ordinario, Tribunale per i Minorenni) Servizi Sociali dei Comuni, Uepe, misure alternative alla detenzione, in cui il mandato di monitoraggio alcolologico presuppone competenze di interazione con tali organismi e con le figure professionali specifiche, oltre alla necessità di sintetizzare in relazioni di valutazione e di aggiornamento la situazione clinica del paziente.

In questa fase lo psicologo propone a favore dell'utente e della sua famiglia gli interventi più appropriati: colloqui di sostegno psicologico, gruppo psicoeducativo, colloqui di sostegno con i familiari.

Nella fase di accoglienza attraverso gli strumenti del colloquio clinico e di valutazione (individuale e con i familiari) e dell'utilizzo, se necessario, di test d'approfondimento, si cerca di conoscere la storia personale e relazionale, di rilevare il funzionamento e l'organizzazione di personalità e le dinamiche familiari, di co-costruire il significato della esperienza della dipendenza e di individuare le risorse psicologiche attivabili ai fini del processo di cambiamento..

Per arrivare all'inquadramento diagnostico lo psicologo, in condivisione e accordo con gli altri membri dell'équipe impegnati in questa fase, in particolare in raccordo con il medico psichiatra e/o altri specialisti, valuta il livello di Dipendenza all'inizio e poi alla fine del percorso attraverso i TEST AUDIT e CAGE, oltre a 2/4 colloqui di inquadramento diagnostico.

Il colloquio clinico rimane lo strumento privilegiato per la raccolta dei dati salienti rispetto all'individuazione del problema alcol-correlato. I criteri stabiliti dal DSM 5 vengono verificati dallo psicologo, procedendo per domande di conoscenza, riflessione su punti anamnestici ritenuti importanti, livello di assunzione di alcool, padroneggiamento della situazione problematica e del craving, capacità di prevenzione delle ricadute e gravità di esse. Il colloquio, oltre a favorire il livello di consapevolezza e adesione al trattamento, oltre a permettere un livello di inquadramento diagnostico, è lo strumento di base per costruire una relazione significativa col paziente, elemento fondamentale per creare l'alleanza terapeutica e la futura compliance al trattamento.

I Colloqui di sostegno, svolti dallo psicologo, variano nella loro durata (da 10 a 20), iniziando sul versante supportivo di miglioramento delle risorse di contrasto a comportamenti di addiction per poi confluire in quello espressivo. Sono focalizzati sul ridimensionamento sintomatico, sulla prevenzione delle recidive, sull'aumento di strumenti di automonitoraggio, di mantenimento dell'astinenza, di sviluppo di aspetti della personalità maggiormente integrati e equilibrati.

Il gruppo psicoeducativo è ad orientamento Cognitivo-Comportamentale integrato a quello Psicodinamico, condotto da due psicologi per un ciclo di 10 incontri.

In una prima fase si cerca di sviluppare la consapevolezza dei propri limiti, l'incapacità di controllare e gestire l'assunzione di alcool. Si analizzano i pensieri, i vissuti, i sentimenti, i comportamenti e poi le conseguenze delle ricadute, si valutano i vantaggi e gli svantaggi del consumo alcolico. In una seconda fase si acquisiscono le abilità che permettono alla persona di riprendere il controllo della propria vita, ponendo degli obiettivi e attuando strategie per poterli raggiungere con responsabilità, si impara a gestire il tempo in modo più soddisfacente. Nell'ultima fase si acquisiscono le abilità per far fronte al craving e a possibili ricadute.

I familiari svolgono un ruolo fondamentale nell'aiutare l'alcolista a prendere coscienza della sua malattia e a motivarlo a una terapia. Nonostante non venga quasi mai preso in carico, partecipa alla prima fase del trattamento, diventando una figura di fiducia, alleata, che si mette in gioco per evitare dinamiche di codipendenza e negazione reciproca del problema.

Nell'ambito dei Disturbi correlati all'alcol, l'approccio alla coppia e alla famiglia rappresenta un anello determinante della catena terapeutica di presa in carico della persona con problemi di addiction. Il bere e il rapporto con l'alcol di un individuo, non può essere letto se non all'interno della complessa articolazione sociale e familiare e quindi svolge, nella logica relazionale, una funzione di volta in volta diversa, ma sempre specifica del sistema a cui si riferisce.

## 1.5

## CURARE LA RETE PER CURARE MEGLIO: CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E PERCORSI DI INTEGRAZIONE NELLA CLINICA DELLE DIPENDENZE

**Agostoni Costanza**, *Medico NOA - ASST Lecco*  
**Rovida Damaris**, *Psicologo, Responsabile U.O. S. NOA ASST Lecco*  
**Riboldi Franco**, *Medico, Direttore U.O.C. Rete Dipendenze - ASST Lecco*

La riflessione sull'organizzazione dei Servizi per le dipendenze ha condotto negli ultimi anni al riconoscimento, da più parti, della necessità di aggiornare il modello della presa in carico, tenendo conto dell'attuale panorama dei consumi e dei consumatori, e della comparsa di nuove forme di dipendenza.

Anche la multidisciplinarietà dell'équipe all'interno dei servizi, senz'altro punto di forza dell'approccio alle problematiche di addiction, appare in tal senso insufficiente a rispondere a bisogni di una popolazione estremamente diversificata, che porta una domanda spesso indotta e che cerca risposte differenti, a volte più parcellari, altre volte molto più complesse, rispetto a quella dell'affrancamento da una dipendenza.

In altre parole, un modello di SerT/NOA in grado "in sé" di fornire tutte le risposte, con il generale (e generico) obiettivo dell'astensione, appare ormai insostenibile, tenendo conto anche dell'impoverimento dei Servizi che - in alcuni casi - costringe a garantire solo le prestazioni essenziali, quali l'erogazione della terapia farmacologica.

A partire da questa riflessione, che ha considerato criticamente anche l'attuale situazione dei Servizi del territorio lecchese in termini di risorse, tra il 2015 e il 2016 il Dipartimento Dipendenze dell'ASL di Lecco (attualmente S.C. Rete Dipendenze dell'ASST di Lecco) ha promosso un percorso di ricerca-intervento volto alla conoscenza e valorizzazione della rete dei propri principali stakeholder, con l'obiettivo primario di migliorare l'efficacia clinica, garantendo continuità assistenziale e integrazione degli interventi, e ampliando l'offerta rispetto a bisogni specifici. Uno stimolo forte in tal senso è venuto anche dalla riforma socio-sanitaria lombarda (L.R. 23/2015), che riconosce proprio la continuità assistenziale e l'integrazione tra le sue tematiche centrali e qualificanti.

Operativamente il percorso, condotto con il contributo di un'équipe di ricerca dell'IRS (Istituto per la Ricerca Sociale) di Milano, è partito dall'analisi puntuale di prassi già in essere nel territorio relativamente a vari ambiti di interesse, per verificarne e migliorarne la funzionalità.

Gli ambiti esplorati perché ritenuti "critici", sia per importanza che per necessità di una riflessione specifica, sono stati i seguenti:

- Comunità Terapeutiche
- Minori
- Salute mentale
- Gruppi di auto-mutuo aiuto
- Legalità e penalità
- Reinserimento lavorativo
- Reparti ospedalieri e MMG

Per ciascuna area tematica individuata sono stati analizzati i seguenti temi:

- La rete degli stakeholder più significativi che intervengono a vari livelli
- Le connessioni tra servizi e stakeholder già in atto, analizzando le prassi formali (protocolli, procedure ecc...) e informali (conoscenza, consuetudine, reciprocità ecc...)
- I punti di forza, le criticità e le azioni da sviluppare per migliorare tali percorsi

Gli step operativi della ricerca-intervento sono sintetizzati in Tabella 1.

Il lavoro svolto ha permesso anzitutto di valorizzare le relazioni tra stakeholder sperimentando uno dei processi motivazionali più significativi ai fini dell'integrazione: la condivisione di idee e obiettivi. È questo che ha dato alla ricerca i toni dell'intervento: compiere il primo passo dell'empowerment di rete attraverso la cultura della relazione, che vede tutti i soggetti coinvolti in un rapporto paritario di tipo orizzontale.

A quasi due anni dalla conclusione dei lavori, la ricaduta sulle attività dei Servizi è rilevabile su vari livelli:

1. Funzioni organizzative, gestionali e di coordinamento:

- stimolo a rivedere prassi ormai obsolete, a modificarle o implementarle, a strutturarne di nuove
- miglioramento delle relazioni con alcuni stakeholder tramite la conoscenza e la condivisione esplicita di specifiche mission e vision, superando pregiudizi e/o aspettative reciproche non rispondenti alle reali possibilità di offerta
- superamento di una visione parcellizzata o - al contrario - troppo ampia ed esaustiva in sé del lavoro nei SerT/NOA verso un'ottica di apertura all'esterno, sfruttando risorse già esistenti, fonte di nuove

Tabella 1

Attività	Metodologia	Obiettivo
incontri monotematici tra operatori dei servizi per le dipendenze e relativi stakeholder per un confronto sulle relazioni già in essere, formali e informali.	interviste secondo la metodica del focus group e momenti allargati di approfondimento.	ricostruire in modo partecipato le prassi in uso nella programmazione e nella gestione degli interventi.
identificazione di punti di forza, snodi critici e proposte di miglioramento per ciascuna area analizzata.	rilettura in piccolo gruppo di operatori SerT/NOA dei contenuti emersi nelle sessioni tematiche in gruppo secondo il metodo dell'analisi SWOT.	riflettere in maniera oggettiva e critica sui rapporti con gli stakeholder, anche alla luce dei loro rimandi, per valorizzare l'esistente e progettare eventuali azioni migliorative.
stesura di un documento con la descrizione del lavoro svolto, le conclusioni condivise e le indicazioni per il futuro.	lavoro in piccolo gruppo sul materiale raccolto, con redazione di un ebook e di un supporto cartaceo distribuito ai partecipanti dal titolo "Continuità di cura e percorsi di integrazione nella clinica delle dipendenze".	dare evidenza al percorso intrapreso attraverso uno strumento di riferimento pratico e dinamico da proporre e utilizzare a diversi livelli, dalla programmazione all'operatività.

opportunità e di stimoli utili anche per la crescita dell'équipe interna e delle specifiche competenze degli operatori

## 2. Attività clinica:

- offerta di trattamenti che tengono conto dei bisogni di salute globalmente intesa e non esclusivamente delle problematiche connesse all'uso di sostanze e alle dipendenze in generale, con una ricaduta positiva anche sui problemi di addiction
- revisione degli obiettivi terapeutici attraverso un confronto più funzionale con altri attori coinvolti nel percorso, che permette una visione più ampia dei problemi, con reciproci rimandi utili per la cura

- facilitazione dei percorsi di presa in carico in particolare nei passaggi più critici e delicati, che possono inficiare l'efficacia di un programma fino a diventare causa di drop-out

È da specificare, infine, che il lavoro svolto non è né concluso né conclusivo, perché la rete è per sua natura un sistema in divenire, che richiede costruzione di sempre nuove connessioni e attenzione e cura verso quelle già strutturate; ciò vale anche per il documento finale, presentato come una sorta di "bozza permanente", meritevole di rilettura, correzioni e integrazioni da parte di tutti i soggetti coinvolti.

## OSTACOLI A UNA GESTIONE EFFICACE DEL VIRUS DELL'EPATITE C NELLE PERSONE CHE FANNO USO DI DROGHE INIETTABILI: EVIDENZE DA UNO STUDIO DELPHI MODIFICATO IN UN'AMPIA COORTE DI OPERATORI DEI SERD

**Alberti Alfredo** (Dipartimento di Medicina Molecolare, Università di Padova, Padova), **Andreoni Massimo** (Clinica Malattie Infettive, Dipartimento di Medicina dei Sistemi, Università di Roma Tor Vergata, Roma), **D'Egidio Pietro Paolo Fausto** (Presidente FeDerSerD - Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze, Pescara), **Leonardi Claudio** (U.O.C. Prevenzione e Cura Tossicodipendenze ed Alcolismo, ASL Roma "C", Roma), **Molinari Sabrina** (Istituto di Fisiologia Clinica, Consiglio Nazionale delle Ricerche "IFC-CNR", Pisa), **Nava Felice Alfonso** (Azienda ULSS 16 di Padova, Distretto Socio-Sanitario n. 1, S.S.D. "Sanità Penitenziaria", Padova), **Pasqualetti Patrizio** (Fondazione Fatebenefratelli per la Ricerca e la Formazione Sanitaria e Sociale, Roma), **Resce Giuliano** (Istituto di Fisiologia Clinica, Consiglio Nazionale delle Ricerche "IFC-CNR", Pisa), **Villa Stefano** (Dipartimento di Scienze dell'Economia e della Gestione Aziendale - Centro di Ricerche e Studi in Management Sanitario (CERISMAS) Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano)

### Abstract

**Premesse:** Le persone che fanno uso di droghe iniettabili (PWID) costituiscono il più grande serbatoio di HCV. Sebbene siano disponibili farmaci efficaci e l'accesso alle cure sia garantito a tutti i soggetti con HCV, in Italia la percentuale di pazienti PWID che ricevono cure adeguate è ancora bassa.

**Obiettivi:** Individuare le barriere più significative a un efficace trattamento dell'HCV nei PWID per mezzo di questionari mirati somministrati a un ampio campione di professionisti che operano nei Servizi per le Dipendenze (SerD) su tutto il territorio nazionale.

**Metodi:** Sono state effettuate interviste in due periodi successivi agli operatori presenti nel 30,3% dei SerD

attivi. Il primo momento ha riguardato un questionario strutturato secondo il metodo Delphi inviato ai medici dei SerD. Nel secondo, a tutti i professionisti che avevano risposto al primo questionario è stato rivolto un secondo questionario mirato a identificare gli ostacoli peculiari di ciascuna fase specifica delle attività correlate alla gestione dell'HCV: screening, referral, trattamento e riduzione del danno.

**Risultati:** Nella prima parte dell'intervista, utilizzando il metodo Delphi e RAND-UCLA, non è stato rilevato alcun accordo tra i professionisti partecipanti in merito alle barriere. Nel secondo periodo un'intervista più nel dettaglio ha consentito di rilevare gli ostacoli verso ciascuna fase di attività specifica della gestione dell'epatite C nel SerD. Per quasi tutte le attività, le ragioni più importanti che motivavano una copertura del servizio inferiore al 50% sono state 'carenza di personale medico', 'carenza di personale infermieristico' e carenza di risorse 'tecniche', 'economiche' e 'logistiche'. Al contrario, si è rilevato che i professionisti che hanno risposto "seguiamo le indicazioni raccomandate" sono quelli con una quota maggiore di copertura in tutte le attività considerate.

**Conclusioni:** Il trattamento dell'HCV rimane fuori dalla portata di molti PWID nei Servizi per le Dipendenze. Si rileva che le principali barriere in questo senso sono costituite da carenza di 'risorse tecniche' e di 'personale medico' a livello di SerD. Per raggiungere gli obiettivi di eradicazione del virus posti dall'OMS, provvedimenti per aumentare il sostegno economico, tecnico e di personale a livello di singoli SerD devono essere poste in atto a fianco delle misure assistenziali già in atto.

### Tabella A – Caratteristiche dei medici dei SerD partecipanti allo studio

	Numero	Percentuale
<b>Genere</b>		
Femmine	144	55.17
Maschi	117	44.83
<b>Pazienti gestiti dal SerD di appartenenza</b>		
> 800	45	23.56
400-800	51	26.70
200-400	59	30.89
100-200	32	16.75
< 100	4	2.09
<b>Esperienza maturata nel settore dal medico intervistato</b>		
> 10 anni	227	87.31
5 - 10 anni	20	7.69
3 - 5 anni	6	2.31
≤ 2 anni	7	2.69

Tabella B - Analisi RAND-UCLA

Domanda	Mediana	IQR	IPRAS	Valutazione
<b>Rischio di infezione da HCV tra i seguenti tipi di consumatori di sostanze</b>				
Giovani (<21 anni)	5	3	3.1	incerto
Poliassuntori	7	2	5.35	rischio alto
Utilizzatori occasionali di sostanze	4	3	3.85	incerto
Alcolisti	3	3	3.85	rischio basso
Utilizzatori di cocaina	5	3	2.35	incerto
Utilizzatori di eroina	8	2	6.1	rischio alto
Utilizzatori di sostanze per via iniettiva (PWID)	9	1	7.6	rischio alto
Utilizzatori di sostanze per via inalatoria	4	3	3.1	incerto
Sex workers	7	3	5.35	rischio alto
Omosessuali	7	3	4.6	rischio alto
Consumatori di sostanze con doppiadiagnosi (psych.)	7	2	5.35	rischio alto
<b>Barriere allo screening per HCV nei PWID</b>				
Mancanza di consapevolezza	3	4	5.4	inappropriato
Assenza di sintomi	6	4	4.6	incerto
Logistic	3	4	4.6	inappropriato
Technical	2	3	6.1	inappropriato
Staff	3	4	4.6	inappropriato
Mancanza di strutture dedicate	3	4	4.6	inappropriato
Mancanza di idonea formazione	2	4	6.1	inappropriato
Intensi carichi di lavoro dei ScrD	3	5	4.6	inappropriato
Mancanza di coordinamento	4	5	3.9	incerto
Mancanza di nuovi pazienti	3	3	5.4	inappropriato
Mancanza di specializzazione	1	2	7.6	inappropriato
<b>Barriere all'attività di Referral</b>				
Scarsa adesione	5	3	3.1	incerto
Mancanza di riferimenti	5	4	3.9	incerto
Mancanza di linee guida	5	5	2.4	incerto
Liste d'attesa troppo lunghe	4	5	3.9	incerto
Difficoltà ad accedere ai centri specialistici	4	4	3.1	incerto
I centri specialistici non prendono PWID	4	5	3.9	incerto
Mancanza di coordinamento	5	4	2.4	incerto
Mancanza di collaborazione	5	5	3.1	incerto
Obiettivi differenti tra i centri	5	5	2.4	incerto
<b>Barriere all'attività di Trattamento</b>				
Timore dei pazienti a iniziare il trattamento	6	4	3.1	incerto
Timore dei pazienti di essere stigmatizzati	3	3	4.6	inappropriato
Il paziente è un PWID	5	5	3.1	incerto
Il paziente è in OST	3	3	4.6	inappropriato
Il paziente è uno psichiatrico "grave"	4	3.75	3.1	incerto
Scarsa adesione	5	3	3.1	incerto
Il trattamento è iniziato solo per i pazienti del ScrD	2	3	6.1	inappropriato
Criteri restrittivi	4	4	3.1	incerto

**Tabella C - Barriere alla fase di Screening e alla fase di Trattamento: Esiti del questionario**

	OR (95% CI)			OR (95% CI)	
	0-50%=1	50-100%=0		0-50%=1	50-100%=0
<b>Screening Q. 1</b>			<b>Trattamento Q. 1</b>		
Risposte	N = 23	N = 134	Risposte	N = 29	N = 124
f.	<b>Tutti</b>		c.	<b>8.8 (3.03-27.04)</b>	
g.	<b>9.9 (1.55-78.76)</b>		f.	<b>6.21 (1.73-23.23)</b>	
h.	<b>9.9 (1.55-78.76)</b>		g.	<b>13.88 (4.77-44.69)</b>	
i.	<b>0.03 (0.01-0.09)</b>		h.	<b>Tutti</b>	
			i.	<b>0.08 (0.03-0.19)</b>	
<b>Screening Q. 2</b>			<b>Trattamento Q. 2</b>		
Risposte	N = 36	N = 121	Risposte	N = 34	N = 118
a.	<b>Nessuno</b>		a.	<b>Nessuno</b>	
b.	<b>Tutti</b>		b.	<b>12.43 (2.7-87.99)</b>	
c.	<b>19.35 (2.98-378.07)</b>		d.	<b>7.39 (2.08-29.94)</b>	
c.	<b>5.55 (2.16-14.64)</b>		e.	<b>8.93 (3.09-28.28)</b>	
f.	<b>3.41 (1.11-10.28)</b>		f.	<b>3.4 (1.02-11.03)</b>	
g.	<b>3.5 (1.11-10.28)</b>		g.	<b>0.08 (0.03-0.19)</b>	
h.	<b>14.36 (3.27-99.88)</b>				
i.	<b>0.11 (0.04-0.24)</b>				
<b>Screening Q. 3</b>			<b>Trattamento Q. 3</b>		
Risposte	N = 114	N = 43	Risposte	N = 69	N = 83
c.	<b>Tutti</b>		b.	<b>6.86 (1.73-45.74)</b>	
j.	<b>Tutti</b>		d.	<b>5.49 (1.87-20.06)</b>	
k.	<b>Tutti</b>		e.	<b>4.1 (1.74-10.55)</b>	
f.	<b>Tutti</b>		f.	<b>3.83 (1.55-10.47)</b>	
g.	<b>Tutti</b>		m.	<b>19.33 (6.38-84.2)</b>	
h.	<b>3.01 (1.26-7.81)</b>		i.	<b>0.05 (0.02-0.11)</b>	
i.	<b>0.05 (0.02-0.13)</b>				

Note: OR = Odds Ratios; CI = Intervallo di Confidenza; a. = "Non lo riteniamo appropriato"; b. = Risorse economiche; c. = Risorse tecniche; d. = Risorse logistiche; e. = Carenza di personale medico; f. = Carenza di personale infermieristico; g. = "Sappiamo che l'aderenza di queste persone è bassa"; h. = "Selezioniamo solo alcune fasce di consumatori di sostanze"; i. = "Seguiamo le indicazioni raccomandate"; j. = Carenza di tempo; k. = Carenza di personale; l. = "Possiamo riproporlo con una cadenza diversa"; m. = "Non disponiamo di personale dedicato"; n. = "Non abbiamo contatti con i centri specialistici"; N/A = range dell'intervallo di confidenza >100; Risposte significative in **neretto**.

1.7

## PERCORSO DI OTTIMIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE NELLA STRUTTURA COMPLESSA DIPENDENZE NORD ASL CITTÀ DI TORINO

Cappa Carolina\*, Secinaro Silvana\*\*, Bignamini Emanuele\*

\*S.C. Dipendenze Nord, ASL Città di Torino

\*\*Dipartimento di Management, Università degli studi di Torino

Nell'ultimo decennio SERD area Nord di Torino ha subito diverse trasformazioni strutturali: fusione di servizi, creazione di nuove strutture e la nascita del nuovo dipartimento. Inoltre, il 40% delle risorse perse a causa di trasferimenti e pensionamenti non è stato sostituito. Questi cambiamenti hanno comportato la necessità di riesaminare diversi aspetti organizzativi in particolare la distribuzione di risorse umane. I cambiamenti strutturali racchiudono diverse criticità, tra cui la necessità di distribuire in modo differente attività cliniche e risorse umane; rappresentano inoltre sfide per realizzare una organizzazione che, alla sua efficacia negli outcome, aggiunga una maggiore efficienza di sistema e faccia del suo punto focale la puntuale individuazione dei bisogni clinici e organizzativi. La Struttura Complessa Dipendenze Nord di Torino è composta da una equipe abituata a lavorare in ambienti in costante cambiamento che spesso sono stati visti come una opportunità di miglioramento. Nonostante questo, negli ultimi anni, percezione agli operatori, principalmente causa della perdita di risorse umane, è stata quella di un generale sovraccarico lavorativo, che correva il rischio di influire sugli esiti clinici sui

pazienti. Tuttavia, tale percezione non era non suffragata da dati attendibili (Fig. 1).

Pertanto, ci si è posti il problema di quali potessero essere degli strumenti oggettivi, atti a definire e valutare i carichi di lavoro e a programmare in modo più efficiente la distribuzione delle risorse. Tale quesito ha portato ad una collaborazione con il Dipartimento di Management dell'Università degli Studi di Torino, iniziata nel 2015. (Fig. 2).

Gli obiettivi sono stati quelli di definire e impostare un sistema di controllo che permettesse di programmare le risorse per il trattamento dei pazienti tossicodipendenti e implementare un sistema di monitoraggio delle prestazioni per il calcolo delle risorse necessarie (Fig. 3). Nella prima fase è stata effettuata una analisi dei contesti lavorativi ed è stata valutata la durata media delle prestazioni attraverso il monitoraggio delle prestazioni di front office e back office sia clinico, sia organizzativo. Si sono inoltre individuati i trend delle diverse patologie da dipendenza, per effettuare stime sulle risorse necessarie per le singole unità operative in modo da prevedere eventuali carenze e eventuali ridondanze.

Da questa prima analisi ci si attendeva di avere una visione oggettiva dei diversi ambulatori e servizi, un riscontro della quantità e qualità di risorse necessarie e identificare le reali carenze.

Nella seconda fase sono state analizzate le diverse prestazioni, calcolate le ore lavorate dell'anno in esame per le singole categorie professionali ed è stato valutato il back office clinico e organizzativo. Durante la terza fase sono stati analizzati i bisogni dei diversi servizi si è proceduto a ridefinire l'organizzazione di alcuni ambulatori. L'ultima fase ancora in corso è quella della valutazione degli esiti. (fig. 4)

### CONCLUSIONI

Il progetto ha permesso di individuare un modello operativo circolare per una migliore distribuzione delle risorse e la possibilità di ridefinire spazi ad hoc per

Fig. 1 – Analisi SWOT

<p><b>Punti di forza</b> Operatori abituati a lavorare in ambienti mutevoli. Alta motivazione al lavoro e all'innovazione. Abitudine al lavoro in equipe multi-professionali e multi-disciplinari.</p>	<p><b>Punti di debolezza</b> Sovraccarico lavorativo e risorse insufficienti non quantificate. Distribuzione di ruoli e risorse non sempre razionali. Burn-out di alcuni operatori. Mancanza un sistema obiettivo di valutazione.</p>
<p><b>Opportunità</b> Accorpamento del Dipartimento. Istituzione di nuove strutture e servizi. Possibilità di «spostare» gli operatori in ambulatori diversi.</p>	<p><b>Pericoli</b> Rischio di decisioni basate su «sensazioni» e non su dati obiettivi. Rischio di non riuscire a mantenere/migliorare gli outcome clinici sui pazienti Aumento del Burn-out e dei carichi di lavoro.</p>

Fig. 2 – Inizio del progetto

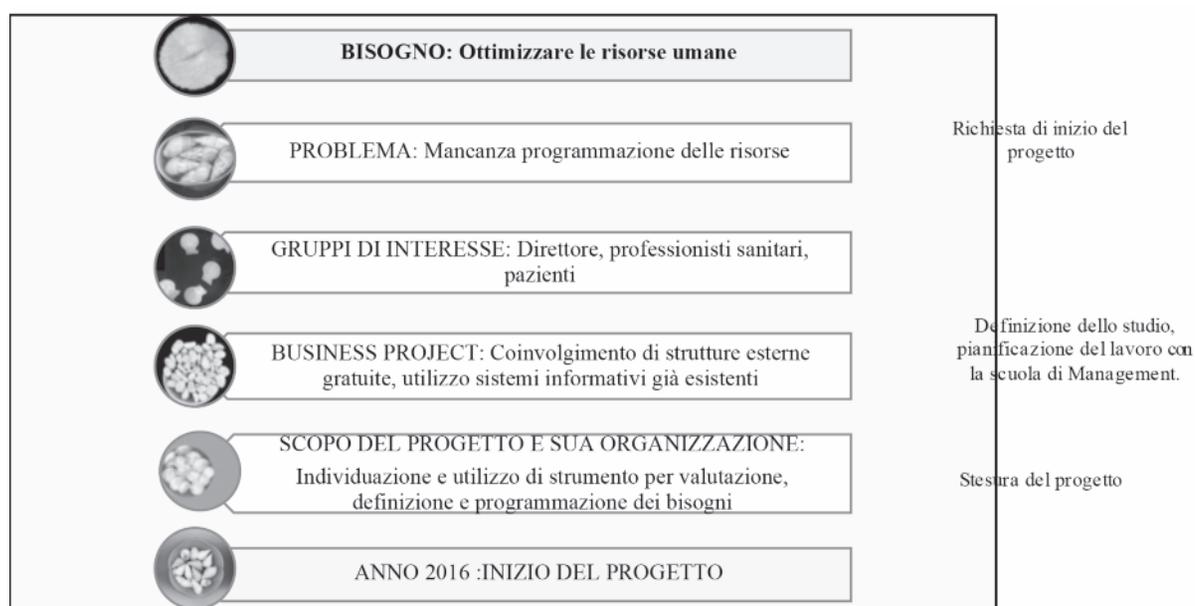


Fig. 3 – Obiettivi generali e obiettivi specifici

Obiettivi generali	
Definire e impostare un sistema di controllo di programmazione delle risorse per il trattamento dei pazienti tossicodipendenti	
Implementare un sistema di monitoraggio delle prestazioni per il calcolo delle risorse necessarie.	
Obiettivi specifici	Azioni
Calcolare le ore lavorate attraverso il monitoraggio di tutte le prestazioni degli ambulatori	Definizione dei tempi delle prestazioni di front office, back office clinico e organizzativo.
Calcolare le ore lavorate attraverso il monitoraggio delle prestazioni di front office e back office clinico e organizzativo;	Costruzione di un data base per il monitoraggio delle prestazioni effettuate e imputazione dei dati delle prestazioni anno 2016.
Individuare i trend delle diverse patologie da dipendenza	Analisi dei dati dell'Osservatorio Epidemiologico delle Tossicodipendenze (OED)
Effettuare stime sulle risorse necessarie per le singole unità operative;	Analisi dei dati degli ambulatori dell'anno 2016
Valutare e prevedere eventuali carenze e eventuali ridondanze	Analisi dei dati
Migliorare la qualità del lavoro e la qualità delle prestazioni	Riorganizzazione dei servizi e monitoraggio dei cambiamenti effettuati

alcuni trattamenti (fig. 5). È in corso una valutazione del "prima" e del "dopo" per individuare aspetti positivi e criticità.

Tale modello ha consentito una maggior flessibilità organizzativa, distribuzione delle risorse più efficiente, e la possibilità di istituire un nuovo servizio in un ambulatorio.

Le criticità emerse sono collegate soprattutto alla mancanza di uno strumento che permetta di effettuare previsioni in tempo reale.

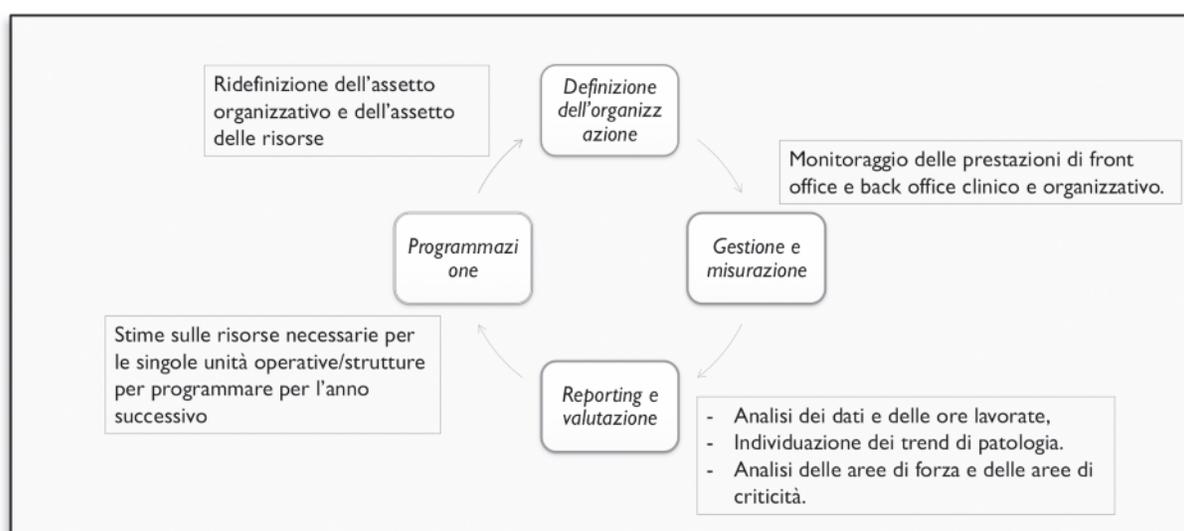
L'attuale sistema informativo utilizzato nei Ser.D pie-

montesi permette una valutazione sulle prestazioni di front office, ma non sul lavoro organizzativo e di back office, che necessita dei correttivi. Inoltre, manca, ad oggi, la possibilità di incrociare contestualmente dati clinici e dati di programmazione del servizio. Il mancato collegamento dei due sistemi non permette quindi di valutare nel qui e ora eventuali problematiche.

Si sta valutando, per il futuro di mettere in collegamento i due sistemi e valutare l'esportazione del modello in altri servizi territoriali.

**Fig. 4 – Fasi del progetto**

	Fase 1 1-6 mesi	Fase 2 7-12 mesi	Fase 3 13-18 mesi	Fase 4 19-24 mesi
Analisi dei contesti lavorativi	→			
Valutazione durata media delle prestazioni	→			
Analisi prestazioni effettuate nell'anno		→		
Conteggio delle ore lavorate		→		
Valutazione back office clinico e organizzativo		→		
Analisi dei bisogni			→	
Ridefinizione dell'organizzazione			→	
Valutazione degli esiti (in corso)				→

**Fig. 5 – Modello operativo**

## Bibliografia

- Cappa C, Bignamini E: Il Dipartimento Dipendenze: uno studio preliminare per il controllo e la programmazione economica del servizio. Edizioni publishedit. (2017) Efficienza e valorizzazione Sociale, una Sfida per i Servizi Sanitari Territoriali. pp111-135
- Lovaste R: La gestione manageriale dei servizi per le dipendenze. Il laboratorio di Trento. CE.R.CO edizioni (2014) Outcome nelle dipendenze: Esiti di patologie, esiti di trattamento. pp 35-44
- Osservatorio Epidemiologico sulle dipendenze.

## AREA TEMATICA 2

### La gestione della terapia farmacologica nei diversi setting clinici

# 2.1

## STUDIO OSSERVAZIONALE SUGLI ESITI DEL TRATTAMENTO CON DISULFIRAM A 6 MESI DALLA CONCLUSIONE DI UN PROGRAMMA ALCOLOGICO IN AMBITO RESIDENZIALE

**Cricenti Ottaviano, Bulfon Matteo, Brandolisio Gabriele, Brighenti Auro, Celebre Cinzia, De Haag Paola, Di Giulio Paola, Girardini Chiara, Lenchig Cristina, Macaluso Iva, Pizzolato Alessandra, Tomaselli Enrico, Becce Lucìa, Purich Rosanna**

*Struttura Complessa Dipendenze Comportamentali e da Sostanze Legali, Dipartimento delle Dipendenze, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata - Trieste*

### Introduzione

Obiettivo dello studio è quello di misurare l'efficacia degli strumenti adottati per promuovere, stimolare e mantenere l'astinenza da sostanze alcoliche nella popolazione di pazienti accolti in regime di ricovero e di day hospital presso la Residenza Specialistica Alcolologica a 6 mesi dalla dimissione. Lo studio ha previsto criteri di esclusione per prevenire l'arruolamento di soggetti che avrebbero potuto interferire con la qualità dei dati.

### Campione osservato

Pazienti nuovi in carico in h 12 e h 24 con diagnosi di Disturbo da Uso d'Alcol. Principali categorie epidemiologiche:

- età
- sesso
- scolarità

### Criteri di esclusione

- comorbilità psichiatrica
- tossicodipendenza
- disturbi della sfera cognitiva
- patologie internistiche gravi a carico di fegato, reni e cuore

### Assessment

- raccolta anamnestica familiare e patologica prossima e remota
- somministrazione test: AUDIT 10; CIWA; Europasy Severity Index; MAC2-A
- esami ematochimici
- valutazione medica

### Alla dimissione

- follow-up a 1-3-6 mesi
- prescrizione e monitoraggio della terapia farmacologica con disulfiram
- attribuzione e monitoraggio del gruppo di auto-mutuo aiuto
- rilevazione dell'astinenza attraverso alcolimetrico quotidiano o urine per ETG bisettimanale

### Registrazione dati

Utilizzo della piattaforma informatica MFP5

### Risultati

	Soggetti trattati	Media d'età	Media d'età di esordio
Totale	128*	49,86	18
Maschi	90	49,51	
Femmine	38	50,68	

\*2 deceduti

Trattamento attivato		Durata media del trattamento in giorni			
Day Hospital	46	56,41			
Ricovero	82				
		ASTINENZA			
		NO	SI	TOTALI	PERCENTUALI
CON FOLLOW-UP		3	23	26	36,36%
SENZA FOLLOW-UP		7	18	25	29,27%
TOTALI		10	41	51	

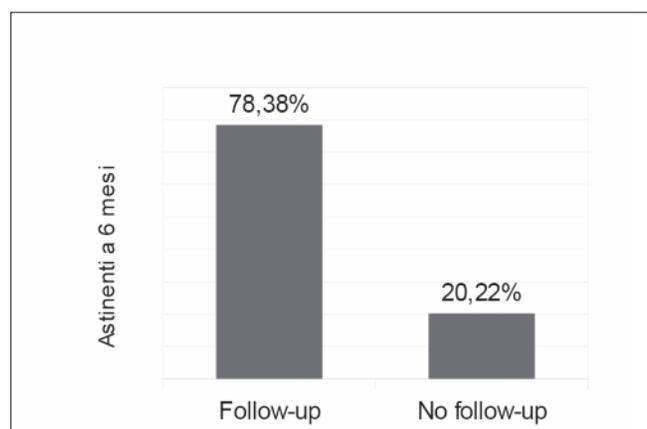
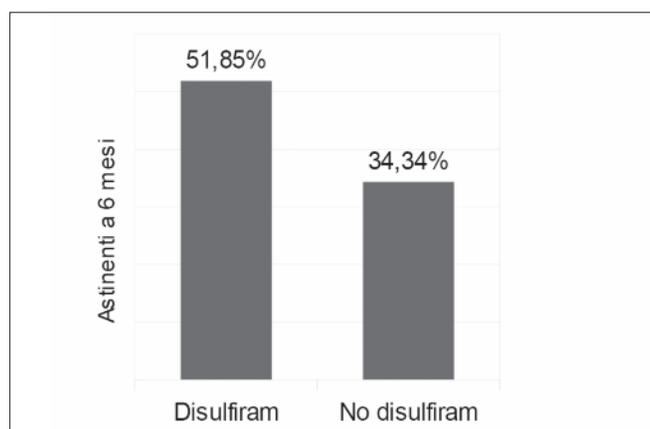
ASTINENZA				
	NO	SI	TOTALI	PERCENTUALI
CON DISULFIRAM	13	14	27	51,85%
SENZA DISULFIRAM	65	34	99	34,34%
TOTALI	78	48	126	

### Interpretazione dei dati tramite il metodo del Chi Quadro

Il 34,34% di chi non ha assunto il disulfiram è astinente a 6 mesi dalla conclusione del trattamento residenziale o semiresidenziale.

Il 78,38% di chi ha usufruito dei follow-up è astinente a 6 mesi dalla conclusione del trattamento residenziale o semiresidenziale

Il 20,22 % di chi non ha usufruito dei follow-up è astinente a 6 mesi dalla conclusione del trattamento residenziale o semiresidenziale.



### Conclusioni

In accordo con la letteratura internazionale lo studio dimostra come i soggetti che accedono a terapia farmacologica avversivante e monitoraggio clinico periodico abbiano più probabilità di mantenere l'astinenza a 6 mesi dalla conclusione del programma residenziale.

Un follow-up a 12 e 24 mesi si renderà necessario per corroborare i nostri dati.

### Bibliografia

Two-year prognosis after residential treatment for patients with alcohol dependence: three chief guidelines for sobriety in Japan

Cho T, Negoro H, Saka Y, Morikawa M, Kishimoto T. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2016 Aug 5;12:1983-91. doi: 10.2147/NDT.S111230. eCollection 2016

## 2.2

## LA GESTIONE DEI FARMACI OPPIACEI NELLE COMUNITÀ TERAPEUTICHE PER TOSSICODIPENDENTI: TRA INTERPRETAZIONI NORMATIVE, QUESTIONI APERTE E TENTATIVI DI RIDURRE IL RISCHIO CLINICO

**Marallo Evelina**, *Referente Rischio Clinico*,  
**Grumelli Antonella**, *Responsabile Sistemi di Gestione*,  
**Baldi Alessio**, *Avvocato*  
*Gruppo Incontro Società Cooperativa Sociale Onlus -*  
*Pistoia*

Per il corretto svolgimento dei programmi riabilitativi e dove previsto dalla norma in base alla tipologia di servizio erogato, le comunità terapeutiche residenziali per tossicodipendenti sono tenute ad assicurare la riconciliazione della terapia farmacologica e la continuità terapeutica per tutto il periodo di permanenza del paziente in struttura e nei momenti così detti di transizione di cura. Nel far questo le comunità terapeutiche sono chiamate a tenere conto in primis delle normative vigenti in tema di terapie farmacologiche e terapie sostitutive per la dipendenza da oppiacei, che tuttavia in vari punti risultano generali, astratte e pertanto soggette a interpretazioni, ma anche della particolare tipologia di utenza che afferisce ai programmi residenziali, e alla necessità di ridurre al minimo i rischi clinici connessi all'uso di farmaci, così come previsto dall'accreditamento Regione Toscana in tema di Rischio Clinico (*Regolamento R.T. n. 79/R/2016 di cui alla Legge R.T. n. 51/09 in materia di accreditamento sanitario*). Considerata la vastità e complessità dell'argomento, scegliamo di focalizzarci in questo nostro contributo esclusivamente sulle criticità connesse alla gestione dei farmaci oppiacei in comunità, provando ad evidenziare le questioni aperte e gli interrogativi il cui superamento necessita di un confronto e di un'individuazione di risposte a livello di Sistema.

Salvo i casi poco frequenti in cui la struttura sanitaria privata non sia una S.M.I., negli altri casi la norma non prevede che le strutture sanitarie private di comunità terapeutica detengano in proprio farmaci oppiacei né, di conseguenza, che esse dispongano di un registro di

carico e scarico. E' pertanto il paziente stesso l'affidatario (e pertanto il proprietario) del farmaco fornito dai competenti presidi sanitari pubblici (SerD). La Comunità Terapeutica è pertanto chiamata a garantire che la terapia ad esso prescritta venga correttamente messa a sua disposizione affinché egli possa, in sicurezza, procederne all'assunzione. A tal fine la Comunità è dotata di un "locale adibito a medicheria con un'area attrezzata per l'idonea conservazione dei farmaci", come prescritto dalla già citata norma regionale 51/09 e ss.mm.ii e garantisce la presenza di personale infermieristico nella misura conforme alle prescrizioni normative di settore circa i requisiti del personale (*Delibera G.R.T. 1165/02, al momento in "prorogatio", in attesa di ulteriore aggiornamento, in corso presso la Regione*). Onde garantire ulteriori misure di sicurezza la Comunità dispone inoltre di una procedura condivisa e certificata Iso 9001:2015 che prevede la dotazione all'interno della medicheria, di un armadio cassaforte chiuso a chiave ove conservare il farmaco. Per ogni paziente inserito in comunità terapeutica i SerD di appoggio, consegnano generalmente il farmaco in un flacone unico, contenente la quantità necessaria a coprire il periodo intercorrente tra una consegna e l'altra del farmaco, che necessita quindi di successivo "sporzionamento". Gli interrogativi e le criticità inerenti la gestione dei farmaci, in particolare di quelli stupefacenti, iniziano ad emergere nel caso in cui il paziente debba, per decisione propria oppure dell'equipe, lasciare momentaneamente o definitivamente il programma residenziale di trattamento. In questo caso, a prescindere dal motivo dell'uscita dalla comunità (verifica periodica, abbandono volontario, allontanamento momentaneo o definitivo da parte dell'equipe concordato con il servizio inviante, conclusione del programma), essendo il farmaco oppiaceo affidato direttamente al paziente, a lui dovrebbe essere di regola riconsegnato, così come ogni altro farmaco, a meno che le condizioni psichiche dell'interessato non siano tali da far dubitare gli operatori di situazioni di grave rischio (art. 54 c.p.) o manifesta infermità mentale (art. 44 T.U. 309/90), per cui sia possibile trattenere il farmaco. Ora, se si considera la particolare tipologia di utenza che afferisce ai programmi residenziali in comunità, ossia i pazienti più complessi, che i SerD hanno maggior difficoltà a trattare a livello ambulatoriale, e che spesso presentano forte *craving*, discontrollo degli impulsi, propensione al rischio, evidenti difficoltà di autoregolazione e spesso forte appetizione per i farmaci - per non parlare della complessità delle così dette doppie diagnosi, e in particolare dei pazienti con disturbi di personalità borderline, dove più spesso si riscontrano in anamnesi idee di morte e tentati suicidi e che non di rado vengono inseriti in comunità direttamente dall'SPDC o dalla clinica psichiatrica - si può ben comprendere che la riconsegna del farmaco diret-

tamente al paziente, soprattutto nelle fasi iniziali del trattamento e nei casi di abbandono volontario o allontanamento, è difficilmente praticabile senza esporre i pazienti a situazioni di grave rischio derivante da: a) potenziali errori di sporzionamento del farmaco contenuto in quantità rilevanti nel flacone, che potrebbero essere anche letali; b) deliberato uso improprio o cessione del farmaco a terzi (misuso e diversione) il cui rischio maggiore è la morte per overdose propria o altrui; c) tentati suicidi o, nel caso più grave, suicidi, mediante assunzione volontaria dell'intero contenuto non sporzionato del flacone. L'incidenza di tali eventi non è di facile rilevazione, ma se anche risultasse non elevata, la gravità delle conseguenze è tale da imporre di considerare ogni rischio. Inoltre le percentuali di incidenza sono destinate ad aumentare se oltre agli eventi sentinella si considerano i near events inerenti la gestione delle terapie agoniste. Si deve inoltre rilevare che la restituzione del farmaco al paziente solleva anche il quesito retorico se sia corretto, sotto l'aspetto igienico e sotto l'aspetto normativo, riconsegnare un flacone, nella maggior parte dei casi aperto, che il paziente non ha potuto custodire personalmente durante la sua permanenza in comunità, e il cui contenuto di fatto non corrisponde più a quanto indicato nella etichetta apposta dal SerD che ha fornito il farmaco (non corrispondenza di date e di quantità). D'altronde l'allestimento e l'etichettatura della confezione da parte degli infermieri delle Comunità terapeutiche, previo sconfezionamento del prodotto sigillato consegnato dal SerD direttamente al paziente, non trova riscontro nella normativa vigente. Di contro, trattenere il farmaco senza riconsegnarlo al paziente, apre un'altra serie di problematiche tra cui: a) la possibilità che si configuri una possibile violazione ai diritti riconosciuti ad ogni persona maggiorenne (art. 2 c.c.), in assenza di criteri condivisi per una valutazione di "infermità mentale" o situazione di "grave rischio"; la legge infatti, come si è visto, vieta la consegna di sostanze stupefacenti solo a minori di età o a persone manifestamente inferme di mente (art. 44 T.U. 309/90) o in caso di dubbi di situazioni di grave rischio (art.54 c.p.); tuttavia non rinviando espressamente ad una definizione di tali categorie o ad altre norme di legge, tali articoli dettano in maniera generale e astratta un dato che può e deve essere necessariamente interpretato dal lettore nella maniera più opportuna al fine del raggiungimento dello scopo per cui quelle norme sono state concepite e redatte. b) l'accumulo di metadone in comunità e i problemi legati allo smaltimento. Infatti, non potendo riconsegnare ai SerD flaconi o confezioni aperte, l'unica possibilità di smaltimento di farmaci agonisti per le Comunità Terapeutiche sembra essere indicata nella Nota del Ministero della Salute del 26-10-2007 con oggetto: "Smaltimento farmaci stupefacenti residuati a domici-

lio del paziente per interruzione del trattamento o decesso", dove si legge che "... i cittadini che si ritrovano ad essere occasionalmente detentori di farmaci prescritti a singoli pazienti che hanno cessato la terapia (omissis) possono conferire i residui di farmaci stupefacenti a seguito di interruzione di terapia negli appositi contenitori presenti nelle farmacie senza obblighi di presa in carico o scarico da parte del farmacista". La criticità inerente l'applicazione di tale Nota del Ministero della Salute al caso delle Comunità Terapeutiche è tuttavia evidente se si tiene conto che la necessità di smaltimento di farmaci stupefacenti per le Comunità non è occasionale e riguarda l'interruzione di terapia di una percentuale consistente di pazienti (si consideri a tal proposito che la percentuale di abbandoni volontari nei primi tre mesi di trattamento occorsa nel 2017 presso le nostre sedi operative di comunità è stata pari al 26% del totale dell'utenza accolta), per cui si tratta di quantità rilevanti di residui di farmaci stupefacenti che necessitano di essere smaltiti ordinariamente.

A fronte di tale complessità in tema di gestione dei farmaci oppiacei in comunità, e considerate le numerose questioni che rimangono aperte e soggette ad interpretazione da un punto di vista normativo, proveremo a delineare nel corso del nostro intervento possibili azioni di miglioramento, consapevoli tuttavia che ogni azione che le comunità terapeutiche da sole possono impegnarsi a mettere in atto, appare poca cosa a fronte dell'individuazione di risposte di sistema che potrebbero realmente abbattere i rischi clinici connessi alla gestione dei farmaci agonisti nelle comunità terapeutiche per tossicodipendenti.

La sintesi completa dell'intervento sarà disponibile su richiesta.

## AREA TEMATICA 3

### L'intercettazione precoce: strategie e modelli di intervento

#### 3.1

## STRATEGIE PER L'INTERCETTAZIONE PRECOCE DEGLI UNDER 24: L'ESPERIENZA DEL SERVIZIO DIPENDENZE E ALCOLOGIA DI TRENTO

**Grech M.\*, Levari E.\*, Brandalise N.\*\***

*\*Dirigente medico psichiatra, Servizio Dipendenze ed Alcologia, Trento*

*\*\*Educatore Professionale, Servizio Dipendenze ed Alcologia, Trento*

#### Premessa

Negli ultimi anni l'età del primo contatto con le sostanze psicoattive si è abbassata sensibilmente e il tempo di latenza dal primo utilizzo all'accesso al Servizio Dipendenze e Alcologia di Trento è di circa due anni. Tale dato locale trova conferma a livello nazionale, come riportato dalla Relazione annuale al Parlamento sulle Droghe del 2017. I minori rappresentano una popolazione che necessita di particolare attenzione, sia perché un inizio precoce di assunzione di sostanze aumenta il rischio di sviluppare un uso problematico in età adulta, sia perché l'adolescente, per le sue stesse caratteristiche esplorative, è propenso a nuove esperienze. Negli ultimi anni, al Servizio Dipendenze e Alcologia di Trento sono pervenute richieste di aiuto anche da ragazzi molto giovani o dai loro genitori: la domanda è sempre stata accolta ed è sempre stata fornita una risposta. Tuttavia, il timore di alcune connotazioni o di stigmatizzazione ha rappresentato un fattore limitante alla presa in carico. A tal proposito, è significativo il fatto che l'Educativa di Strada di Trento ha intercettato 201 ragazzi (dato aggiornato al 31/12/2017) mentre gli accessi al Servizio Dipendenze e Alcologia sono notevolmente inferiori. La mancanza di risposte sistematiche rispetto ai giovani che presentano problematiche connesse al consumo di sostanze psicoattive ha indotto il Servizio Dipendenze ed Alcologia ad avviare un dialogo con quanti hanno per mandato la possibilità di intercettare precocemente i giovani assuntori di sostanze. La collaborazione con il Servizio sociale e gli Enti del privato sociale è necessaria anche

in un'ottica di reintegro del ragazzo nel tessuto sociale dal quale proviene.

#### Metodologia

In considerazione dell'aumento degli accessi dei ragazzi molto giovani (28 minorenni nel 2016, 27 nel 2017), i professionisti del Servizio Dipendenze e Alcologia si sono fatti promotori della nascita di un tavolo tecnico al quale prendono parte esponenti del Servizio Sociale del Comune di Trento e rappresentanti di tutte le realtà del privato sociale che quotidianamente sono a stretto contatto, spesso sulla strada, con i giovani e per questo deputati all'intercettazione precoce dei ragazzi coinvolti con le sostanze. Il tavolo si è costituito circa un anno fa e nel tempo ha visto la partecipazione crescente di sempre più portatori di interesse. I primi incontri sono stati caratterizzati dalla conoscenza reciproca, step fondamentale per capire la metodologia di intervento dei singoli partecipanti al tavolo. I rappresentanti del privato sociale e del servizio sociale riconoscono ai professionisti del Servizio Dipendenze e Alcologia la competenza della diagnosi e della cura. Questi ultimi riconoscono ai rappresentanti del privato sociale la possibilità di incontrare quotidianamente i ragazzi e gli strumenti per poter costruire dei progetti di reinserimento "ad hoc" per ogni situazione. Da questa constatazione nasce la scheda di consulenza: tale strumento permette, una volta intercettato il giovane e/o famiglie con un problema di assunzione di sostanze, di avviare un confronto con i professionisti del Servizio Dipendenze e Alcologia finalizzato a condividere la strategia per un accompagnamento al Servizio.

Di seguito riportiamo la scheda di consulenza.

La scheda, strumento semplice nella sua compilazione, è costituita da due parti: una dedicata alla raccolta dei dati e una dedicata all'operatore. Questo perché da subito reputiamo importante che chi chiede la consulenza si ponga già in modalità proattiva e non di delega al Servizio. Il Servizio, ricevuta la scheda, concorda con l'ente inviante la modalità di effettuare la consulenza (mail, telefonata, appuntamento personale con l'ente). L'esito della consulenza può essere: la condivisione di una strategia di accompagnamento al servizio; la condivisione rispetto l'importanza che sia il professionista del Servizio a recarsi presso l'ente per fare la prima valutazione; invio presso altro Servizio più indicato (ad esempio se emerge un disagio psichico); attivazione di servizi per la presa in carico dei casi complessi (in APSS servizio SMAC). La consulenza può anche essere attivata in anonimato sotto forma di supervisione sul caso.

**RICHIESTA DI CONSULENZA**

SERVIZIO CHE RICHIEDE LA CONSULENZA

---

OPERATORE DI RIFERIMENTO

---

RECAPITI DEL SERVIZIO

Indirizzo sede 

---

Telefono 

---

Indirizzo mail 

---

DATI DEL CONTESTO

---

---

---

STORIA DELLA PERSONA/FAMIGLIA PER CUI SI RICHIEDE LA CONSULENZA

---

---

---

ESPLICITARE LA DIFFICOLTA' RISCONTRATA NEL CONTATTO CON LA PERSONA/FAMIGLIA

---

---

---

ESPLICITARE LE ASPETTATIVE SULLA CONSULENZA

---

---

---

COME VALUTA LO STRUMENTO

---

---

---

ACCONSENTO AD ESSERE CONTATTATO PER ULTERIORI INFORMAZIONI

SI  NO 

HO ACQUISITO IL CONSENSO DELL'INTERESSATO ALLA PRIVACY

SI  NO Data 

---

**CONCLUSIONE**

La costituzione del tavolo ha permesso di avviare un processo di conoscenza reciproca che di fatto ha già migliorato la prassi operativa e la collaborazione. L'outcome che ci poniamo di raggiungere attraverso l'utilizzo della scheda di consulenza, il cui format è ancora in via di definizione e validazione, è l'intercettazione precoce dei giovani assuntori per contrastare l'insorgere

della dipendenza. Quindi ad un anno dall'introduzione dello strumento, il dato atteso sarà l'incremento delle intercettazioni precoci dei giovani under 24, in una fase in cui non abbiano ancora sviluppato una condizione di dipendenza.

## Bibliografia

- [www.politicheantidroga.gov.it/media/2153/relazione-al-parlamento\\_2017.pdf](http://www.politicheantidroga.gov.it/media/2153/relazione-al-parlamento_2017.pdf). Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia 2017;
- [www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/.../dgr\\_13648\\_830\\_22032010](http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/.../dgr_13648_830_22032010). Allegato "1" Piano Regionale dei Servizi di Bassa soglia e di riduzione del danno;
- [www.aslto4.piemonte.it/moduli/Oggetto146.pdf](http://www.aslto4.piemonte.it/moduli/Oggetto146.pdf). Interventi a bassa soglia. ASL T04;
- [www.ristretti.it/convegni/torino/bignamini.htm](http://www.ristretti.it/convegni/torino/bignamini.htm);
- <https://cobspiemonte.wordpress.com/2010/09/29/intervista-a-emanuele-bignamini/>
- STORIE CHE SI INCONTRANO BREVE ANALISI DEL LEGAME TRA GIOVANI STRADA E DIPENDENZA; documento presentato al Comune di Trento, servizio attività sociali; febbraio 2017

## 3.2

## STA.RE.MO (STAge RESidenziale MOTivazionale): un progetto in costante evoluzione

**Bellini, A.; Bellavia, F.; D'Elia, P.; Gatti, R.;  
Gennari, N.; Imperiale, G.; Pipino, L.**

*S.S.D. Nuove Dipendenze ASL Città di Torino - O.N.D.A.1*

Il fenomeno dell'uso di sostanze psicoattive in età adolescenziale è cambiato molto negli ultimi anni: sempre di più le sostanze vengono utilizzate precocemente ed in relazione ai rituali di divertimento e socializzazione. Il pattern d'uso prevalente è quello del policonsumo con associazione sequenziale o contemporanea di vari tipi di sostanze e -quasi costantemente- di alcol.

Parallelamente si rileva l'estremo ritardo con cui le persone con problematiche correlate all'uso di sostanze arrivano ai servizi di cura (i tempi di latenza vanno dai 5,5 anni per i consumatori di eroina, ai quasi 10 per i consumatori di cocaina). Inoltre l'avvio dei percorsi di cura è nel 47% dei casi per eroina, nel 29% per cocaina, 20% per cannabis (EMCDDA 2018).

Considerando i dati di diffusione del fenomeno (Relazione al Parlamento 2017) emerge come le tipologie di consumo più diffuse nella popolazione studentesca non accedano quasi per nulla ai percorsi di trattamento. Il quadro che si configura quindi è quello di un sistema di cura che aggancia tardivamente i consumatori e che fatica a prendere in carico consumatori diversi da quelli classici.

La tipologia di consumatori cui si rivolge il nostro servizio è rappresentata da situazioni di consumo sperimentale o più intensivo in cui una precoce presa in carico può influenzare significativamente l'evoluzione. Ci riferiamo qui a possibili strategie volte ad agganciare e fornire uno spazio di riflessione, di attribuzione di senso al consumo di sostanze in età adolescenziale. Spazi -mentali e non- in cui i ragazzi riescano ad andare oltre al "...lo fanno tutti" e trovare significati propri e proprie modalità di messa in discussione di tali comportamenti.

Poiché l'intercettazione precoce e l'aggancio rappresentano due punti nodali dell'intero percorso, negli anni abbiamo sperimentato collaborazioni con numerosi punti della rete in grado di permetterci un contatto il più precoce possibile con questi ragazzi; tra questi: gli interventi di tipo info-preventivo nelle scuole, i

progetti di outreach (es. drug checking e punti info nei luoghi di divertimento), gli Spazi Ascolto Adolescenti del Comune, gli Sportelli di Ascolto nelle scuole, i servizi diagnosi malattie sessualmente trasmissibili, i servizi anti violenza, i Consultori, i medici di famiglia, gli oratori, il nucleo N.O.T. della Prefettura etc. Centrale è risultato poi, lo spazio di accoglienza offerto ai familiari presso il nostro servizio.

In questa sede vorremmo presentare uno degli strumenti specifici che abbiamo messo in campo, sperimentato ed utilizzato in questi anni.

Si tratta di un modello variabile e flessibile di **Stage Residenziale Motivazionale** - da qui il nome Sta.Re.Mo - realizzato in collaborazione con la *Cooperativa Sociale Terra Mia* e la *Cooperativa Il Ginepro*, nell'ambito del Piano Locale delle Dipendenze (strumento della Regione Piemonte per il coordinamento tra Pubblico e Privato e Sociale).

Si tratta di una risorsa terapeutica residenziale *full immersion* della durata di pochi giorni, con finalità di rinforzo, relazionale e motivazionale, in fase di aggancio o in integrazione ai percorsi trattamentali individuali. Gli stages rappresentano una breve parentesi nella vita del soggetto caratterizzata da distanza (dalla propria città, dalla propria rete familiare e sociale, dalle routine di consumo) e protezione, grazie alla collocazione della struttura ospitante in un luogo riparato lontano dal centro abitato.

I principali strumenti clinici utilizzati sono il gruppo, la condivisione della quotidianità e il confronto dell'esperienza nei vari momenti in cui questi si declinano. Tali stages sono stati realizzati in differenti formati rivolti a target diversi: adolescenti con differenti esperienze di consumo e giovani cocainomani under 30 anni.

Lo stage rivolto ad adolescenti (per lo più minorenni) è stato realizzato per ragazzi già inseriti nel Gruppo Terapeutico Adolescenti oppure come occasione per nuovi inserimenti nel gruppo stesso oppure ancora come occasione di aggancio e creazione di uno spazio di riflessione per giovanissimi (gruppetti di 3/4 ragazzi tra i 14 ed i 17 anni).

Lo stage si svolge in un rifugio in alta montagna gestito dalla *Cooperativa Ginepro di Cuneo*, con arrivo venerdì sera e ritorno domenica sera. Vengono proposte attività outdoor ed indoor ispirate alla metodologia del coaching secondo il modello S.F.E.R.A. di Giuseppe Vercelli.

Si tratta di un metodo che prevede la lettura del comportamento e della prestazione di tipo motivazionale e si focalizza sul costrutto di "Intelligenza Agonistica", quale processo che permette l'integrazione, a livello della conoscenza, tra mente, corpo e ambiente, tramite i suoi cinque fattori, che ne costituiscono l'acronimo:

**Sincronia** (capacità di concentrarsi ed essere nel presente, mente e corpo connessi), **punti di Forza** (capacità ed abilità, autoefficacia; sentirsi sicuri di quello che si ha e si può fare), **Energia** (mettere la giusta energia in quello che si fa), **Ritmo** (ordinato fluire dei movimenti, eleganza), **Attivazione** (è il motore motivazionale fatto di passione, divertimento, piacere).  
Tra le attività proposte fino ad oggi: giochi di cono-

scenza, giochi gruppali su specifiche prestazioni (controllo della bacchetta, esercizi di 'ritmo', slack-line, controllo del pendolo, scarico tensioni con bastoni in gommapiuma) ed attività strutturate come camminate, rafting sul fiume, arrampicata, equitazione, speleologia... Le giornate terminano con una condivisione attraverso il modello S.F.E.R.A. e tecniche di rilassamento.



Ogni volta un "principio attivo" diverso per sollecitare capacità e qualità diverse.



Affinché le esperienze possano sviluppare il loro potenziale devono essere elaborate: consapevolezza



Per crescere ed imparare a stare bene in situazioni nuove bisogna uscire dalla propria comfort zone



Le esperienze, soprattutto quelle che emozionano, sono uno dei più potenti strumenti di cambiamento.

Le esperienze nuove sono necessarie perché si tende a ripetere gli stessi schemi con le stesse soluzioni, senza ottenere risultati diversi.



## 3.3

## L'OPERATORE DI CORRIDOIO

**Mosti Antonio\***, **Agosti Antonio\*\***,  
**Alberici Sara\*\*\***, **Battini Marco\*\*\***

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

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

\*\*\*Cooperativa Papa Giovanni XXIII-Reggio Emilia

### Il contesto

Su un totale di **62.000 accessi al Pronto Soccorso (PS)** di Piacenza nel corso dell'ultimo anno, **3.500** sono stati i **pazienti con intossicazione acuta** (casi riconducibili ad alcol e sostanze d'abuso, ma anche a farmaci, antiparassitari, funghi, antigelo ed altro).

Di questi **300 sono giovani e giovanissimi dai 14 ai 24 anni di età.**

Spesso i **quadri di intossicazione** sono **complessi**: i fenomeni si mischiano e sovrappongono, chi si intossica di sostanze illegali spesso assume anche alcol e/o farmaci come benzodiazepine o antidepressivi.

Il numero di accessi per abuso di sostanze al PS di Piacenza è stabile da circa 4-5 anni anche se **appare più frequente l'accesso di giovanissimi (intorno ai 14 anni) per intossicazione da alcol.**

Gli operatori dei Servizi di Pronto Soccorso più volte hanno manifestato un certo grado di frustrazione indotto dal fatto che **non hanno sempre sufficienti informazioni sulle sostanze e sulle loro complicanze** ed all'**assenza di strumenti a disposizione per orientare** i giovani pazienti, i loro eventuali accompagnatori ed i loro familiari **verso possibili percorsi di cura/assistenza alla dimissione.**

**Il lavoro di emergenza spesso non consente di avere gli spazi ed i tempi relazionali opportuni a favorire l'intercettazione precoce di questi pazienti**, infatti gli operatori notavano che diversi giovani pazienti si ripresentano più volte durante l'anno in PS.

### Il Progetto

Sulla base di queste evidenze è stato formulato un progetto di intervento, anche sulla scorta di precedenti esperienze sperimentate negli anni scorsi nei Pronto Soccorso di altre realtà emiliano romagnole (in particolare Reggio Emilia) introducendo nel locale PS l'"Operatore di Corridoio".

[http://www.youtube.com/watch?feature=player\\_detail-page&v=GSaONoi\\_olE](http://www.youtube.com/watch?feature=player_detail-page&v=GSaONoi_olE)



La figura professionale dell'Operatore di Corridoio si lega alla nascita di nuovi fenomeni di consumo di alcol e sostanze psicoattive che comporta l'esigenza di creare una rete collaborativa in grado di intercettare la complessa articolazione dei bisogni e dei problemi legati al policonsumo e agli stili di vita connessi. L'uso di sostanze, da alcol a droghe, ha modificato anche la tipologia dei problemi sanitari per i quali i consumatori devono ricorrere ai servizi di pronto soccorso: esistono, infatti, problematiche di mascheramento delle sostanze stupefacenti sulle patologie, tali da poter confondere il quadro clinico ed indurre trattamenti non completamente appropriati. Esiste poi un'importante correlazione tra abuso di sostanze ed incidentalità stradale.

### L'Operatore di Corridoio:

- si propone di **migliorare per la gestione dei pazienti** con problematiche legate all'abuso di sostanze.
- ha la funzione di **"agganciare" i consumatori di sostanze**, sviluppare informazione sui temi della tutela della salute, della promozione del benessere, sull'informazione sui servizi esistenti, fornire consulenza al personale di emergenza urgenza, monitorare e osservare le dinamiche
- **facilita il lavoro degli operatori sanitari**, è infatti dedicato alle persone che giungono al pronto soccorso a causa di un'intossicazione da sostanze stupefacenti/alcol,
- attua un **intervento di informazione e counseling nei confronti di questa utenza e/o degli amici o familiari**,
- **affianca il lavoro degli operatori sanitari nei reparti del pronto soccorso** ed effettua un **collegamento** con i servizi del territorio (SerD e Unità di strada).

**Stato dell'arte**

Da luglio 2018, grazie al fondamentale **contributo della Fondazione di Piacenza e Vigevano**, è stato possibile programmare la presenza dell'Operatore di Corridoio due giorni a settimana, in particolare nei week end. E' stato anche possibile attivare un servizio di consulenza telefonica H24. Sono stati messi a disposizione due numeri di telefono disponibili 24 ore su 24 al fine di fornire consulenza a distanza rispetto alla gestione del paziente consumatore di sostanze.

Contestualmente si è provvede a:

- distribuire un **manuale di rapida consultazione** utile a coadiuvare medici ed infermieri del DEU nella gestione del paziente con problematiche d'abuso. La Regione Emilia-Romagna, che considera la presenza dell'Operatore di Corridoio nei PS una scelta strategica, ha prodotto questo manuale "leggero" che è strutturato in una parte teorica ed una composta da schemi di trattamento riguardanti i principali quadri di intossicazione.

**delle Dipendenze Patologiche dell'Azienda USL di Piacenza**, agli **operatori di strada** del Progetto Ops (Associazione Papa Giovanni XXIII) e ai **volontari di ANPAS e Croce Rossa** del territorio, proseguendo una consuetudine formativa di quasi dieci anni. Il progetto infine contiene una serie di indicatori indirizzati al suo monitoraggio.



**sostanze d'abuso**

Alcol	Alcolismo	Alcolismo acuto	Alcolismo cronico
Barbiturici	Barbiturismo	Barbiturismo acuto	Barbiturismo cronico
Benzodiazepine	Benzo-diazepinismo	Benzo-diazepinismo acuto	Benzo-diazepinismo cronico
Stimolanti	Stimolazione	Stimolazione acuta	Stimolazione cronica
Altri	Altri	Altri	Altri

**trattamenti**

Alcol	Alcolismo	Alcolismo acuto	Alcolismo cronico
Barbiturici	Barbiturismo	Barbiturismo acuto	Barbiturismo cronico
Benzodiazepine	Benzo-diazepinismo	Benzo-diazepinismo acuto	Benzo-diazepinismo cronico
Stimolanti	Stimolazione	Stimolazione acuta	Stimolazione cronica
Altri	Altri	Altri	Altri

- realizzare un **percorso formativo** sul tema delle dipendenze patologiche rivolto al **personale dell'emergenza/urgenza** (operatori del Pronto Soccorso dell'Ospedale G. da Saliceto di Piacenza e 118), agli **operatori del Dipartimento di Salute Mentale e**

## 3.4

## PROGETTO DI UN EQUIPE INTEGRATA PER LA SALUTE MENTALE DEI GIOVANI NELLA FASCIA DI ETÀ 15-24 ANNI

**Baldi Carmen**, *Psicologa, Psicoterapeuta, DSMD, process owner del progetto*

**Lora Antonio**, *Medico Psichiatra, Direttore Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze*

**Bellini Gabriella**, *Assistente Sociale, Consultorio Familiare di Lecco, DMI*

**Martini Simonetta**, *Medico Psichiatra, Responsabile S.S. Area Territoriale, DSMD*

**Meregalli Stefano Maria**, *Assistente Sociale, Responsabile Area Sociale DSMD*

**Pellegrini Carlo**, *Assistente Sociale, SERT/NOA Merate, DSMD*

**Signorelli Caterina**, *Infermiere, DSMD*

**Zabarella Marina**, *Medico Neuropsichiatra Infantile, Psicoterapeuta, NPPIA, DMI*

**Frisone Enrico**, *Direttore Sociosanitario*  
– ASST Lecco –

La salute mentale dei giovani è uno dei problemi emergenti a livello di *burden* della popolazione.

L'adolescenza e la prima età adulta rappresentano le fasce di età in cui è maggiore il carico legato ai disturbi psichici e da abuso di sostanze: complessivamente secondo il *Global Burden of Disease 2015* rappresentano in Italia nella fascia 15-29 anni il 37% del carico totale di malattia ed il 42% della disabilità complessiva. È anche l'età in cui da un lato esordisce la quasi totalità dei disturbi psichici e dall'altro in cui è ben documentata l'utilità di un intervento precoce per migliorare la prognosi sia a livello di decorso clinico che di disabilità e sono sempre maggiori le evidenze che indicano la necessità di un intervento precoce non solo nei disturbi mentali gravi ma anche emotivi comuni e nelle dipendenze.

Dallo studio *Espad Italia* risulta che nella fascia di età 15-19 anni il 32,9% dei ragazzi ha fatto uso di almeno una sostanza psicoattiva illegale e se ci riferiamo alla cannabis è quasi un terzo dei 15-19enni ad averne fatto uso; di questi solo una piccolissima parte giunge ai servizi per le dipendenze.

A fronte di questo quadro i servizi stanno solo in questi ultimi anni incrementando la propria accessibilità a

questa fascia di utenti, ma non sono ancora in grado di rispondere in modo coordinato ed integrato ai loro complessi bisogni, in cui spesso coesistono comorbidità (ad esempio insieme ad un disturbo psichico grave l'abuso di sostanze).

L'esistenza di più servizi che si occupano di salute mentale in questa fascia di età (SERD, NPPIA, Psichiatria, rete psicologica dei consultori) da un lato frammenta la risposta, creando sovrapposizioni e riducendo l'appropriatezza degli interventi, dall'altro complica il percorso di cura dell'utente che può necessitare di più di un servizio per rispondere ai suoi bisogni; inoltre spesso SERD e psichiatria sono ancora percepite come istituzioni stigmatizzanti, e questo alza la soglia di accessibilità della fascia giovanile ai servizi.

C'è dunque bisogno di un servizio con caratteristiche innovative: specifico per i problemi di salute mentale, a bassa soglia ed in grado di fornire sia un *assessment* multidimensionale e multiprofessionale, che di promuovere, inviando a servizi specialistici, percorsi di cura basati sulle evidenze.

L'ASST Lecco si è fatta promotore di un progetto che prevede la creazione di un servizio dedicato ai giovani della fascia di età compresa tra i 15 ed i 24 anni, con caratteristiche di "bassa soglia" ossia utenti con disagio non psicopatologico e/o con modesto/sporadico utilizzo di sostanze oppure utenti portatori di fattori di rischio (figli di tossicodipendenti, figli di genitori psichiatrici, parenti o amici di suicidi, portatori di storie traumatiche etc..).

Il servizio è gestito da una équipe integrata costituita da psicologi, TRP e infermieri appartenenti a diverse strutture dell'ASST (NPPIA, SERD, psichiatria e consultori), si istituisce come servizio con un proprio nome, che non identifica i servizi sanitari di riferimento, e ha sede presso spazi "neutri" (nella città di Lecco presso il Servizio Giovani del Comune di Lecco e nell'attualità si sta cercando una sede per il territorio di Merate). L'équipe può avvalersi al bisogno di altre figure professionali (psichiatra, neuropsichiatra, medici delle dipendenze) in formula di consulenza.

Il servizio permette una accoglienza libera, gratuita a qualunque giovane si presenti nei giorni e negli orari di apertura, è in grado di favorire l'arrivo del giovane attraverso una fitta rete di contatti con le agenzie presenti sul territorio (consultori e servizi privati per le dipendenze, scuole, centri di aggregazione etc...), e, qualora le problematiche del giovane fossero di competenza dei servizi specialistici, gli operatori possono *accompagnare* lo stesso al servizio più idoneo.

È inoltre in grado di offrire consultazioni, valutazioni e trattamenti psicologici e/o psicoterapici, interventi psicoeducativi, interventi di consulenza e/o informazione sull'uso di sostanze.

È prevista la possibilità di utilizzare social media (Instagram e Facebook) per il contatto diretto con i

giovani e di aprirsi a iniziative dirette a tutta la popolazione del territorio su temi legati al disagio e all'uso di sostanze.

Le ricadute previste sono ipotizzate prevalentemente nell'aggancio precoce di situazioni di disagio giovanile che non sarebbero arrivate altrimenti all'osservazione clinica; inoltre la coesistenza nella medesima équipe di psicologi dei diversi servizi specialistici permette di creare una chiara tracciabilità dei percorsi degli adolescenti e dei giovani all'interno dei servizi garantendo la continuità delle cure.

#### **Fonti del contenuti esposti**

*Global Burden of Disease 2015 – World Health Organization*

*Incluso il suicidio*

*Dati Espad Italia 2017 (riferiti al 2016) fonte: Ifc- CNR*

## 3.5

## INTERCETTAZIONE PRECOCE NEI GIOVANI: ANALISI DELLE INIZIATIVE TERRITORIALI E DEI DATI DEL SER.D

### Le *key words* utili a inquadrare il punto di partenza delle strategie

Guerrini Fabio<sup>1</sup>, Formenti Liliana<sup>2</sup>, Grassi Cristiana<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medico; <sup>2</sup>Infermiera; <sup>3</sup>Assistente sociale

Sert Corsico-D.S.M.D. ASST-RHODENSE- MILANO

L'intercettazione precoce nell'ambito delle Dipendenze, quando rivolta alle fasce d'età più giovani (classi ISTAT 15-19 e 20-24), risulta ricca di criticità legate a varie ragioni che, in vece, poco condizionano l'intercettazione degli adulti, generalmente meno "difesi" nell'accettare azioni di "avvicinamento" ai Servizi di cura. Per i soggetti più giovani i condizionamenti familiari, amicali, la sottovalutazione delle proprie precoci condotte di *addiction* e la rapida *restitutio ad integrum* a seguito di criticità "acute", rendono difficile l'accettazione di iniziative e di interventi tesi ad avvicinarli ai Servizi per una valutazione o anche solo per un semplice contatto a scopo informativo. Se intercettare precocemente significa impegnarsi ad agire in presenza di "consumi" o di consumatori adolescenti in un determinato territorio, è importante che vi sia una struttura organizzativa e di "pensiero" articolata in una "filiera" omogenea e continuativa che parte dai progetti di prevenzione e promozione alla salute e giunge a percorsi dedicati (non solo presso il Ser.D) ai "consumatori in erba", passando attraverso i Piani di Zona e la creazione di *partnership* solide e durature. Filiera omogenea ovvero l'implicazione dei vari Enti territoriali in una condivisione di intenti e obiettivi nonché di attribuzione di competenze da integrare più che da suddividere per ruoli (per il rischio di frammentazione e discontinuità); filiera continuativa ovvero una atten-

zione costante dei Servizi, che limiti, se possibile, l'attivazione a "colpi di progetto" ovvero quelle situazioni in cui si concentrano elevati livelli di impegno ed azione in concomitanza all'emissione di progetti dedicati e finanziati per una unità di tempo limitata, lasciando sgarnito e poco presidiato il tempo che intercorre tra un progetto e quello successivo.

In questo scritto si espone un'analisi dei dati legati agli accessi dei "giovannissimi" al Ser.T di Corsico nel corso degli anni, analisi che ha indotto ad una riflessione relativa alla capacità del Ser.D di essere visibile, riconosciuto e accessibile anche ai nuovi "consumi" e alle Dipendenze comportamentali che caratterizzano i *teen agers*; alla "rete" locale dei Servizi (assessorati per il *welfare*, Servizi Tutela Minori, Servizi privati accreditati, D.S.M., Scuole); infine al numero ed alla durata dei principali progetti che quella "rete" ha attivato dedicandone una parte a chi, giovanissimo, si trova in situazioni di rischio o già di "uso problematico" e ad quale dovrebbero, quindi, rivolgersi interventi di intercettazione precoce. Le *key words* esaminate per questa analisi sono: il numero di accessi e nuovi accessi (indicatori di visibilità e accessibilità del Ser.D); i dati relativi alla sostanza d'iniziazione e a quella di abuso primaria (indicatori di diffusione nel territorio locale e di *shift* dalla prima alla seconda); la fonte di segnalazione che ha determinato l'accesso al Ser.D (indicatore della spontaneità o coazione nell'accesso); infine il numero e durata dei progetti dedicati alle Dipendenze e che avessero, al loro interno, azioni *ad hoc* per gli adolescenti o per le fasce d'età più giovani (indicatore di sensibilità alla tematica). L'analisi è riassunta nella tabella sottostante:

**1-Territorio e accessi.** Il territorio di riferimento del Ser.T di Corsico, presente dal 1985 nella periferia sud di Milano, è composto da 6 comuni totalizzanti una popolazione di circa 118.000 abitanti e nel 2017 ha avuto in carico 448 persone (tutte le età e tutte le U.O. comprese nella applicativo "GeDI" Ciditech®). Rispetto alla popolazione totale le due fasce Istat esaminate (15-19 e 20-24) costituiscono il 9,51% (circa 11.000 soggetti da un minimo di 8,5% ad un massimo di 11,2% in base ai diversi Comuni), lievemente superiore al dato di Milano (8,6%). Dal 2008 al 2017 il numero di nuovi accessi al Servizio degli *under 25* è stato di **152** (media di **15,2**) di cui 2/3 della fascia d'età più anziana. Valutando il triennio **2015-2017** il numero di

KEY WORDS ANALIZZATE	INDICATORI DI:	Calcolo (espresso in %)
1 Nr accessi al Sert 15-19 e 20-24 aa	Visibilità del Servizio	Triennio 2015-2017 vs trienni precedenti
2 Sostanza iniziazione e abuso pr.	Diffusione e <i>shift</i>	Distribuzione sostanze tra i pz
3 Fonte di segnalazione	Accesso libero/coatto	Servizi segnalanti
4 Progetti territoriali (P.d.Zona)/ iniziative varie	Sensibilità e rilevanza	Numero e durata

nuovi accessi al Ser.T supera del **41,4%** quello del triennio precedente (**58 soggetti vs 41**) e corrisponde a oltre 1/3 di tutti quelli del decennio con una media di **19,3** soggetti nuovi all'anno contro **13,6** del triennio 2011-2014 (a sua volta superiore del **13,8%** al triennio 2009-2011).

#### Riflessioni e suggestioni del dato rilevato

Il numero di accessi al Ser.T nel corso degli ultimi anni è aumentato ma rispetto alla evidenza dei dati nazionali ed europei (ESPAD, Osservatori e Relazioni al Parlamento) il fatto che, mediamente, solo lo **0.16%** degli *under 25* del territorio locale sia stato, in varia maniera "intercettato" dal nostro Ser.T pone serie riflessioni sulla visibilità del Servizio e sul riconoscimento che il territorio, nel suo insieme, gli attribuisce.

**2-Sostanza di iniziazione e sostanza d'abuso primario.** La sostanza d'iniziazione ritrovata nel **90%** degli *under 25* arrivati al Ser.D. è la Cannabis sia negli ultimi 3 anni sia in quelli precedenti. Diversamente, la sostanza d'abuso primario ovvero quella che ha determinato l'emersione della problematicità inficiando, forse, una vera intercettazione precoce, è ripartita come di seguito:

THC 56,8%	Cocaina 18,8%	Eroina 9,4%	Alcol 3,7%	Altro o non disponibile 11,1%
-----------	---------------	-------------	------------	-------------------------------

**Riflessioni o suggestioni del dato rilevato.** In accordo con la maggior parte dei dati nazionali la sperimentazione di derivati della Cannabis quale sostanza di iniziazione si conferma quale più significativa e diffusa anche nel territorio del DSS di Corsico (**90%**). Tuttavia, il dato della sostanza d'abuso primaria evidenzia, nelle 2 classi di età esaminate, uno *shift* verso sostanze più "impegnative" e tipiche dell'età adulta. La riflessione degli operatori del Ser.D. è che, se nel **28,2% (eroina + cocaina)** dei giovani una diversa sostanza d'abuso sostituisce quella di iniziazione e diventa "primaria", questo equivale ad un insuccesso di qualsivoglia strategia di intercettazione precoce (formale o informale). E, in ogni caso, non essere riusciti a fermare "sul nascere" la progressione da "iniziazione" ad uso "primario", porta a considerazioni analogamente sfavorevoli.

**3-Fonte di invio.** Nel **50%** dei casi del triennio più recente la fonte di invio è stata prevalentemente vincolante (Servizi Tutela Minori, Prefettura, Tribunali, C.M.L.P.), pertanto solo l'altro **50%** degli accessi è da considerare su base volontaria o indotto da familiari (nel caso dei genitori è, in realtà, da graduare l'entità del vincolo), oppure da altre fonti (medici, amici, ospedali, ecc.).

**Riflessioni o suggestioni del dato rilevato.** L'aspetto della fonte segnalante è un punto rilevante poichè evidenza che il **50%** dei soggetti che accede al Servizio è già inserito in contesti critici come il circuito penale. Pensare, in questa fattispecie, a delle strategie di

intercettazione precoce necessita, a nostro parere, di una analisi che consideri le criticità correlate alla fonte della segnalazione non dei corollari ma delle priorità da risolvere in parallelo a quelle della dipendenza e che possono configurare un ambito, più che di intercettazione, di riabilitazione precoce da una condizione che ha già prodotto alcuni danni.

**4-Progetti e iniziative.** Negli ultimi 10 anni sono stati attivati **2** progetti per il G.A.P., finanziati per un solo anno e "generalisti" (prevenzione primaria con isolate azioni per i pazienti in carico senza differenze di età). È stato attivato **1** percorso informativo di 8 ore presso il locale Servizio Tutela Minori per un gruppo a rischio di *addiction* senza compromissioni penali; una ventina di iniziative assimilabili a conferenze rivolte a famiglie e adolescenti, ognuna isolata e autolimitata all'evento specifico; numerosi interventi nelle scuole secondarie di **4-6** ore ciascuno nell'ambito di percorsi integrati di promozione alla salute; infine iniziative trasversali di inclusione sociale, di contrasto alle povertà e alla tutela delle disabilità (per esempio in ambito psichiatrico) all'interno dei P.d.Z. triennali e nelle quali viene menzionata, senza dettagli la tematica delle nuove Dipendenze.

**Riflessioni o suggestioni dal dato rilevato.** Nel corso degli anni si è preferita una impostazione metodologica basata su strumenti di programmazione locale rivolti a tutto l'ambito delle fragilità prediligendo la creazione di una efficiente "rete" dei Servizi e concentrandosi più sulla trasversalità degli interventi che sulla loro specializzazione. Verosimile ipotizzare che una impostazione analoga a quella della ex Legge 45/99 avrebbe potuto favorire progettazioni più mirate anche alle strategie di intercettazione precoce.

#### Conclusioni finali

Benchè il tema della intercettazione precoce sia da anni molto ben evidenziato, è necessario, territorio per territorio, chiarire *ex ante* alcune "coordinate" di pensiero (per esempio rispetto ai destinatari: giovani già *abusers in erba* o solo a "rischio"?). Trattandosi di tematica molto delicata, proprio per le ricadute su soggetti che diventeranno adulti, è auspicabile che le strategie progettabili rispettino i principi della continuità e della specializzazione (pur all'interno di un "perimetro" che prediliga la trasversalità) e che rispecchino una condivisa sensibilità su tematiche specifiche. Un'analisi preliminare sul passato e sul presente del territorio di riferimento può essere un punto di partenza dal quale concentrare e convogliare le successive iniziative.

## AREA TEMATICA 4

### Il management del consumatore di sostanze con comorbidità infettivologica

4.1

#### MANAGEMENT E TERAPIA CON DAAS, IN PAZIENTI CON EPATOPATIA HCV CORRELATA AFFERENTI ALLA U.O. SERD 31ASL NA1 CENTRO (Ex Ospedale Gesù e Maria) NAPOLI

**De Rosa Giuseppe, Parente Mirella,  
Longobardo Anna, Focaccio Flora,  
D'Ascoli Gelsomina, Villano Giuseppina,  
Veneroso Ciro, Cacace Simona, Tipaldi Patrizia,  
Petti Maria**

*\*U.O. SERD Ds 31 ASL NA 1 Centro (Ospedale Gesù e Maria) Napoli*

#### Introduzione

Le patologie croniche da virus C rappresentano oggi nel mondo una priorità di salute pubblica, gli ultimi dati forniti dall'O.M.S. segnalano oltre 70 milioni di persone cronicamente infette. Alta la percentuale di infetti e di nuovi infetti all'interno della popolazione tossicodipendente. Dal punto di vista epidemiologico le Nazioni Unite hanno stimato che al Mondo vi sono circa 12 milioni di consumatori di sostanze che si iniettano droghe per via endovenosa (PWID - People Who Inject Drugs), di questi circa 6 milioni sono HCV+ (UN World Report, 2016).

I SERD hanno la titolarità sulla diagnosi, sui trattamenti dei pazienti che hanno preso in carico e grazie alla frequenza con cui i pazienti vi si recano, per lunghi periodi, sono un "unicum" in grado, tra l'altro, di censire le patologie infettive: HAV- HBV /HDV- HCV - HEV- HIV/AIDS- MTS - TBC - monitorarne l'evoluzione - svolgere attività di prevenzione - praticare le terapie: IFN-ribavirina (al momento rare) - DAAs (farmaci antivirali ad azione diretta) - attuare il follow up.

Per quanto attiene all'epatopatia HCV correlata, dal punto di vista epidemiologico, i PWID costituiscono oggi il target prioritario su cui bisogna intervenire, rappresentando la popolazione che presenta il maggior rischio di trasmissione di HCV, si è concordi nel sostenere che i pazienti in trattamento, nelle U.O SERD, con farmaci sostitutivi quali Metadone, Buprenorfina o, per

gli alcolisti, Sodio Oxibato, e Acamprosato et al., sono i migliori candidati per iniziare un trattamento antivirale per HCV se ritenuto indicato.

A tali terapie, devono associarsi altri interventi (psicologici, di riabilitazione, di reinserimento sociale ecc.) che aumentino il successo delle cure e riducano il rischio di recidiva di dipendenza. Nel nostro paese la centralità del SERD e delle figure professionali che vi operano (tossicologo, infettivologo, psichiatra, psicologo, assistente sociale, infermiere) permette un nuovo modello di cura integrato e non, in grado di scegliere i pazienti candidati ai trattamenti, di somministrare le terapie, di sorvegliare gli eventi avversi e di gestire il coordinamento tra specialisti, al fine di facilitare l'accesso alle terapie per le patologie infettive e aumentare l'aderenza ai trattamenti.

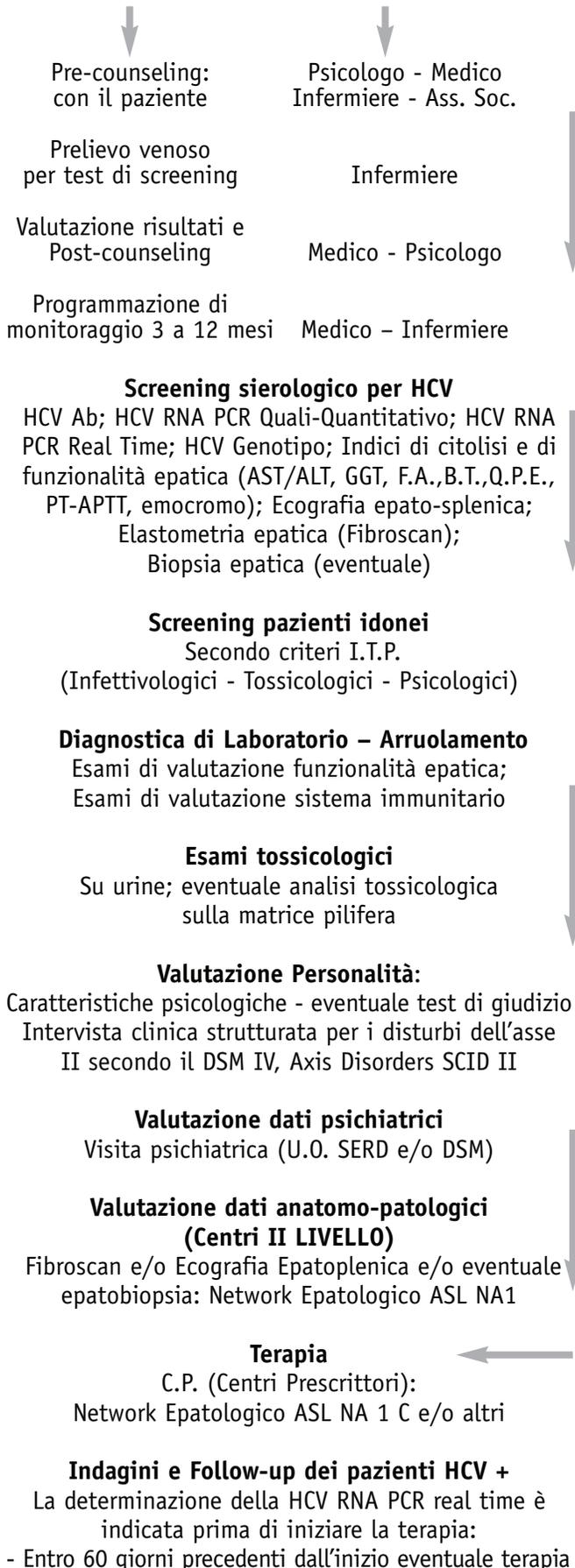
#### Metodo

Viene riportato l'iter procedurale adottato presso la nostra U.O. SERD Ds 31 ASL NA 1 Centro ex Ospedale Gesù e Maria per la diagnosi, terapia e follow up di pazienti con diagnosi di dipendenza, affetti da epatopatia HCV Ab correlata, dove la prevalenza risulta essere del: 47,4% (901/1898 TEST) (Dati U.O.SERD Ds 31 Asl Na 1 C. anno 2016).

#### Screening sierologico per HCV

I prelievi ematici vengono praticati presso l'ambulatorio interno dell'U.O. SERD Ds 31 e inviati ai Laboratori di riferimento dell'ASL NA 1 Centro, vengono praticati come protocollo nello specifico: HCV Ab; HCV RNA PCR Qualitativo ; HCV RNA PCR Quantitativo; HCV RNA PCR Real Time; HCV Genotipo; Indici di citolisi e di funzionalità epatica (AST/ALT, GGT, F.A.,B.F.,Q.P.E., PT-APTT, emocromo F.L.); Ecografia epato-splenica (c/o Centri di riferimento Aziendali); Elastometria epatica (Fibroscan) (Centro di riferimento Network Epatologico); Biopsia epatica (eventuale) (c/o Centri di riferimento Aziendali).

**Descrizione dell'attività c/o U.O. SERD DS 31 Asl Na 1 C.**



- Elastometria epat. Fibroscan:  
<6.9 KPa=Metavir F0/F1; <9.9=F2; <12.9 =F3; >13=F4
- Alla 4<sup>a</sup> settimana di terapia
- A fine terapia
- Alla 12<sup>a</sup> settimana dopo la fine della terapia

**Risultati**

Primi risultati con D.A.A.s - durata terapia 12/24 settimane:

- n° 61 pazienti (57 M e 4 F) Fibrosi (Fibroscan):  
n° 28 F4; n° 21 F3; n° 9 F2; n° 2 F1; n° 1 F0
- n° 41 terapia con Metadone hcl 0,5% dose media 69,4 mg/die a mantenimento range 20-198mg/die
- n° 9 in trattamento con Buprenorfina/Naloxone hcl cp subl. Dosaggio medio 24 mg/die
- n° 11 supporto psicologico
- n° 30 pz gt 1; n° 23 pz gt 3; n° 7 pz gt 2; n° 1 pz gt 4
- n°15 pz. Sofosbuvir/Ledipasvir; n°12 pz. Sofosbuvir/Daclatasvir; n°11 pz. Sofosbuvir/Velpatasvir
- n°13 pz. Glecaprevir/Pibrentansvir; n°1 pz. Sofosbuvir/ Ribavirina; n° 9 pz. Paritaprevir/ Ritonavir/Ombitasvir/Dasabuvir

**Follow-up**

- n° pz. 42/61 pazienti terapia conclusa (SVR 12/100%)
- n° pz 19/61 pazienti attualmente in trattamento

**Conclusione**

Alta aderenza alla terapia. Elevata determinazione a rimanere illegal drug free. Ottima risposta alla SVR a 12 settimane. Assenza di effetti collaterali significativi ascrivibili al contemporaneo trattamento con Metadone e/o Buprenorfina/Naloxone. Buona la collaborazione tra gli specialisti, ove la "logistica" lo permette. Auspicabile la prescrivibilità dei DAAs, nei Ser.D.

**Bibliografia**

- a) AIFA 2017. Criteri di trattamento per l'epatite C;
- b) UN World Drug Report 2016.

## 4.2

## SCREENING & LINKAGE TO CARE: COME RAGGIUNGERE LE POPOLAZIONI SPECIALI

Riglietta Marco<sup>1</sup>, Cheli Fabrizio<sup>1</sup>, Vaiarini Marta<sup>1</sup>,  
Pisoni Caterina<sup>1</sup>, Plebani Giovanni<sup>1</sup>,  
De Cristofaro Serena<sup>1</sup>, Colombi Franca<sup>1</sup>,  
Del Vecchio Marco<sup>2</sup>, Feraboli Gabriella<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UOC Dipendenze - ASST Papa Giovanni XXIII

<sup>2</sup>Cooperativa di Bessimo

### Key words:

harm reduction, hepatitis C, HIV, PWID

### Introduzione

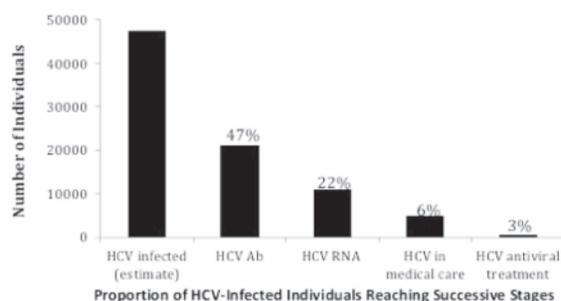
Nel 2013, le epatiti virali sono passate al settimo posto tra le cause di morbidità e mortalità nel mondo (1) e si stima che 71,1 milioni di persone siano affette da epatite cronica C (The Polaris Observatory, 2017) delle quali 7,5 milioni hanno fatto uso recente di sostanze per via iniettiva. Un'elevata percentuale, anche se non quantificata, è rappresentata da coloro che hanno cessato l'uso iniettivo di sostanze.

Secondo l'EMCDDA, in Europa ci sono circa 1 milione di persone che sono si iniettano droghe (2). Si stima che il 67% dei soggetti che si iniettano droghe siano stati in contatto con il virus HCV.

Nel 2016 l'OMS ha varato il piano globale per la prevenzione e la eliminazione delle epatiti virali (3) i cui obiettivi sono:

- Incidenza: 90% di riduzione delle nuove infezioni (30% entro il 2020)
- Mortalità: 65% di riduzione della mortalità per HCV (10% entro il 2020)

Le stime sul linkage to care evidenziano come la percentuale di pazienti HCV Ab positivi che approfondiscono il quadro e riescono ad entrare in terapia si riduce drammaticamente.



Viner K et al. The Continuum of Hepatitis C Testing and Care. Hepatology. 61: 783-789, 2015.

Lo screening ed il trattamento della popolazione di tossicodipendenti possono limitare l'insorgere di nuovi casi e ridurre i costi associati alla progressione della malattia causata dal virus dell'epatite C.

In un articolo del 2017 Grabely (4) ha dimostrato come:

- I nuovi antivirali ad azione diretta (DAA) siano efficaci e ben tollerati anche nella popolazione in trattamento con farmaci oppioidi ed in coloro che utilizzano droghe per via e.v.
- La terapia con DAA ha la capacità di facilitare la presa in carico della popolazione tossicodipendente
- Che vi siano forti evidenze di come la reinfezione non debba essere una preoccupazione quando il trattamento con DAA è associato a misure di riduzione del danno (trattamento con oppioidi, programmi di scambio di siringhe e interventi psicosociali).

EMCDDA nel Drug Report 2018, stima per l'Italia 200.000 utilizzatori di oppiacei ad alto rischio a fronte di solo 65.000 pazienti in trattamento.

### L'esperienza di Bergamo

Per raggiungere l'obiettivo OMS sulla riduzione delle infezioni le strategie sono essenzialmente 2

1. Favorire lo screening
2. Facilitare l'accesso alla terapia

Lo screening delle patologie infettive correlate è sempre stato un tema presente nell'attività del SERD di Bergamo; la ricerca dei markers virali fa parte del protocollo diagnostico per tutti i soggetti che vengono presi in carico.

Ciò nonostante la prevalenza dello screening nel 2017 si attesta al 70%.

Nell'ambito delle iniziative per favorire lo screening ed il linkage to care dei soggetti tossicodipendenti, in occasione della giornata mondiale contro l'AIDS il 1 dicembre 2017, ha organizzato una campagna di sensibilizzazione che ha permesso la raccolta di materiale biologico (prelievi ematici) in punti strategici della città di Bergamo, riferimento per la popolazione in condizioni di grave marginalità.

Questo è stato possibile grazie all'Unità Mobile per la riduzione del danno, attiva nella città di Bergamo grazie alla collaborazione fra ASST Papa Giovanni XXIII e Cooperativa di Bessimo.

L'iniziativa è stata pubblicizzata fra gli utenti dell'unità mobile e gli ospiti di una serie di servizi rivolti alla grave marginalità.

La prima uscita è stata effettuata nella giornata mondiale contro l'AIDS il 1 dicembre 2017 e, visto il successo dell'iniziativa è stata ripetuta il 1 giugno 2018. Il prelievo veniva poi inviato al laboratorio analisi con possibilità di anonimato.

L'esito del prelievo, se negativo veniva riconsegnato dagli educatori dell'Unità Mobile, in caso di positività,

o di esito dubbio, la restituzione era ad opera del medico SERD.

<i>Strutture coinvolte</i>	6	7
<i>pazienti arruolati</i>	55	80
Non in carico ai servizi per le dipendenze	78,10%	73,75%
Maschi	89,09%	90%
Femmine	10,90%	10%
stranieri	74,50%	62,50%
HIV +	0	0
HCV +	18,0%	2,50%
HBsAg +	5,0%	6,25%

### Conclusioni

Facilitare lo screening nelle “special population” è essenziale.

L’effettuazione dei prelievi all’interno dei SERD è un elemento sicuramente importante ma probabilmente non sufficiente: una quota di popolazione rimane all’esterno e difficilmente accede al servizio per diversi motivi quali lo stigma, l’incapacità di gestire il tempo di attesa per il prelievo, la mancanza di informazione. Nell’ottica di favorire lo screening **l’utilizzo di “presidi mobili”** nei luoghi di aggregazione, nel nostro caso la grave marginalità, ma la stessa cosa potrebbe essere effettuata nei luoghi del divertimento notturno, potrebbe essere significativo.

Il dato più interessante rilevato dalla nostra attività, è che la popolazione raggiunta in oltre il 70% dei casi non era in carico a nessuno dei servizi delle dipendenze della provincia di Bergamo.

### Bibliografia

1. Stanaway JD et al. The global burden of viral hepatitis from 1990 to 2013: findings from the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2016 Sep 10;388(10049): 1081-8
2. Trends in injecting drug use in Europe - EMCDDA 2010
3. WHO – Global Health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021
4. Grebely J, Bruneau J, Lazarus V. Research priorities to achieve universal access to hepatitis C prevention, management and direct-acting antiviral treatment among people who inject drugs. *International Journal of Drug Policy* 2017 Sep;47:51-60. doi: 10.1016/j.drugpo.2017.05.019. E pub 2017 Jul 3

## 4.3

## L'ATTUALE PERCORSO DI CURA PER L'EPATITE C: L'ESPERIENZA DEL SERD DS 32 ASL NAPOLI 1 CENTRO, GESTIONE E MODELLO DI BEST PRACTICE

**Conturso Vincenza\***, **Le Pera Teresa\***,  
**Ruggeri Ester\***, **Vitiello Lucia\*\***, **Varlese Luigi\*\*\***,  
**Del Vecchio Ferdinando\*\*\*\***

\*Specialista Ambulatoriale Medico;

\*\* Dirigente Medico;

\*\*\*Infermiere Professionale;

\*\*\*\* Dirigente Responsabile;

U.O. Ser.D. DS32 - ASL Napoli 1 Centro

Il Ser.D del DS32 ha sempre posto al centro della sua "mission" accanto ai compiti specifici del trattamento degli stati di dipendenza, la salvaguardia della qualità della vita degli utenti e delle famiglie. Quindi da sempre gli operatori si sono impegnati per la facilitazione dei percorsi diagnostici e terapeutici della popolazione afferente in riferimento alle patologie correlate tra le quali, in primis, l'epatite HCV e HBV al fine di attivare interventi di prevenzione secondaria delle possibili complicanze, le sieropositività all' HIV, la tubercolosi e le broncopneumopatie croniche, nonché per la riduzione dei fattori di rischio correlati a stili di vita sregolata con aumentata incidenza di rischio di patologie cardiovascolari, neoplastiche, psichiatriche indotte e traumatismi. Per quanto concerne

le epatopatie croniche HCV correlate, assestate nella popolazione da noi osservata intorno al 30%, con l'arrivo nel 2014 delle nuove combinazioni farmacologiche a base di Antivirali ad Azione Diretta (DAA), che hanno una comprovata efficacia generale di risposta superiore al 95% su tutti i genotipi, e con il superamento della restrizione all'accesso di tali farmaci, in seguito alla pubblicazione l'8

Marzo 2017 del comunicato AIFA sui nuovi criteri di trattamento, siamo stati motivati a incentivare e migliorare il già decennale percorso di integrazione per la diagnosi e la cura dell'epatite C in collaborazione soprattutto con il centro prescrittore di riferimento del territorio individuato nell' U.O. Epatologia presso l'Ospedale Evangelico di zona "Clinica Betania" di Napoli.

Potenziare il nostro impegno è stata la conseguenza della consapevolezza di partecipare a un intervento

importante di sanità pubblica che ha come obiettivo l'eradicazione della malattia, circoscrivendo, nel nostro caso, un importante serbatoio di contagio, contrastando il rischio di focolai epidemici nella comunità, nonché contribuendo alla riduzione dell'evoluzione possibile verso nuovi casi di cirrosi e cancro cirrosi, eventi della storia naturale delle epatopatie croniche HCV correlate che in tante occasioni in questi anni ha visto i medici del Ser.D. impegnati a sostenere pazienti, contagiati negli anni '80-'90, con terapie costose e purtroppo solo palliative.

La gestione del percorso integrato con gli specialisti epatologi per la prescrizione dei nuovi antivirali, iniziata già a dicembre 2016, prima della nota del Marzo 2017, ha visto una pianificazione che si metteva in pratica secondo il tradizionale modello organizzativo, come di seguito sintetizzato:

### Modello operativo dal 2014 al mese di febbraio 2018

#### Prima fase presso Ser.D:

- Selezione dei pazienti, sia fra quelli attualmente in carico con positività per HCV agli screening ematochimici, sia fra vecchi utenti rimasti in contatto con il servizio per verifiche esami di laboratorio occasionali, alcuni già noti da anni come HCV positivi e/o già trattati con l'associazione Interferone + Ribavirina;
- Counselling medico pre-test e post-test sullo stato dell'epatopatia correlata ad infezione da virus C centrato su informazioni sulla storia naturale dell'infezione, sulle possibilità di incidere su di essa ed eventualmente modificare tale storia in riferimento alla tipologia e durata della nuova terapia, senza interferenze con i programmi in corso per il trattamento della dipendenza ed enfatizzando anzi i benefici di una stabilizzazione ottimale per la terapia da iniziare, in particolare in concomitanza di abuso alcolico e/o psicofarmaci del tipo benzodiazepine, tanto più frequente nei pazienti non adeguatamente trattati con agonisti;
- Programmazione di prelievo venoso per: esami ematochimici di routine, marcatori virali, HCV-RNA qualitativo quantitativo e determinazione del genotipo, crioglobuline, esame urine, alfa fetoproteina, PT PTT;
- Prenotazione visita epatologica.

#### Seconda fase presso il centro prescrittore:

- Consulenza epatologica con completamento dell'inquadramento diagnostico della patologia, esecuzione del fibroscan, prescrizione dell'ecografia addome e di altre eventuali indagini di laboratorio (per es. assetto tiroideo) o strumentali (EGD scopia, TAC, ECG);
- A completamento delle ulteriori indagini ematochimiche

che e strumentali richieste, altra prenotazione per visita epatologica e, in assenza di chiare controindicazioni, prescrizione del farmaco secondo la normativa vigente;

- Comunicazione ai medici del Ser.D. dell'avvenuta prescrizione ed indicazione del protocollo dei controlli da effettuarsi presso il Servizio entro le scadenze previste dal giorno d'inizio della terapia.

Tale percorso, da attuare su un numero sempre maggiore di affetti, soprattutto in questa fase iniziale del programma di eradicazione, ha mostrato alcune criticità che dovevano essere prontamente risolte se si voleva rendere efficace l'impegno posto dal Ministero della Salute.

In primis la complessità maggiore per gli operatori del Ser.D. consisteva nel rendere il paziente dipendente protagonista e responsabile, con un ruolo attivo della propria cura. La difficoltà iniziava con il convincimento del dipendente da sostanze a sottoporsi al controllo clinico per giungere ad una diagnosi, seguita poi dall'assistenza per ogni step successivo: prenotazione visite ed esami strumentali, pagamenti ticket, liste di attesa, controllo analisi ripetute in più sedute etc.

Il percorso realizzato in più presidi appariva quindi poco efficace ed efficiente, in termini di tempistica, già gravata dai tempi tecnici dell'esecuzione degli esami ematochimici e virali in laboratori centralizzati e distaccati, cui si aggiungeva l'inserimento nella lista ambulatoriale per la stessa consulenza epatologica, ed ancora la nota "fatica" del pz. dipendente a recarsi in altre strutture di cura.

#### *Percorso clinico terapeutico integrato presso Ser.D DS32 attuato dal marzo 2018:*

Quanto descritto, ha reso indispensabile semplificare le procedure, ponendo direttamente il Ser.D. come punto di riferimento per la cura dell'epatite C. Gli specialisti epatologi con cui collaboriamo, hanno compreso e condiviso l'importanza di modificare il tradizionale modello di cura per migliorare

la compliance dei pazienti, pertanto a partire da marzo 2018 è iniziata una collaborazione che ha comportato che lo specialista venisse direttamente al Servizio condividendo con il Medico del Ser.D il reclutamento per la terapia DAA compreso la fase di counselling post - test e propedeutica al trattamento.

Quindi il soggetto reclutato completa all'interno del Servizio, a lui familiare, l'ulteriore inquadramento diagnostico, fruendo della consulenza e patologica programmata al Ser.D; viene, possibilmente nella stessa seduta, sottoposto ad indagine fibroscan eseguita con strumentario portatile ed erogata gratuitamente e riceve la prescrizione della terapia con indicazione delle scadenze dei successivi controlli previsti.

Se ha difficoltà o lo richiede, il pz. viene accompagna-

to per il ritiro del farmaco presso la Farmacia del DS e se vuole accede direttamente al Servizio per l'assunzione della terapia, prendendo l'affido solo nel fine settimana e nei giorni festivi.

L'attuazione di questa procedura "semplificata" ha consentito il reclutamento di pazienti altrimenti "complicati" e, a supporto di questo, dai nostri dati emerge che in tutto il 2017 sono stati trattati con DAA n.17 pz., mentre nel 2018 sono stati trattati n. 56 pz con un incremento pari a 3,2 volte rispetto

all'anno precedente, mentre la SVR in totale dei trattati sia nel 2017 che nel 2018 è pari al 100%.

## 4.4

## IL MANAGEMENT DELL'EPATITE C NEI CONSUMATORI DI SOSTANZE: L'ESPERIENZA DI UN NUOVO MODELLO INTEGRATO PER LA VALUTAZIONE ED IL TRATTAMENTO CON DAAS DEL CONSUMATORE DI SOSTANZE CON INFEZIONE DA HCV

Lupia T.<sup>1</sup>, De Vivo E.<sup>2</sup>, Pini D.<sup>3</sup>, Gramoni A.<sup>3</sup>, Desantis G.<sup>3</sup>, Zeme D.<sup>3</sup>, Aguilar Marrucco D.<sup>4</sup>, Bellinato M.<sup>5</sup>, Tabone M.<sup>2</sup>, Mancuso F.<sup>6</sup>, Bignamini E.<sup>2</sup>, Cariti G.<sup>1</sup>, Di Perri G.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinica Malattie Infettive Universitaria di Torino;

<sup>2</sup>SC Dipendenze Nord, ASL Città di Torino;

<sup>3</sup>SC SerD ASL TO3; <sup>4</sup>SC Dipendenze Sud, ASL Città di Torino;

<sup>5</sup>SC SerD ASL TO4; <sup>6</sup>SC SerD ASL Vercelli

### Introduzione

Con l'introduzione, nel 2016, degli antivirali ad azione diretta (DAAs), farmaci altamente efficaci e privi di collateralità importanti, nell'armamentario farmacologico del trattamento dell'epatopatia cronica attiva (ECA) HCV-relata, la World Health Organization (WHO) ha posto come obiettivo ambizioso, l'eradicazione dell'infezione da HCV, entro il 2030. Nel consensus suddetto viene richiesta la diagnosi del 90% delle infezioni da HCV circolanti e la cura dell'80% dei pazienti eleggibili. L'eliminazione di HCV, punta ad essere globale ma, non può prescindere da un approccio locale, attraverso la microeliminazione del virus nei sottogruppi ad alto rischio. L'identificazione delle persone con malattia attiva, il linkage-to-care al centro specialistico, la somministrazione della terapia e la prevenzione della reinfezione, rappresentano le problematiche principali da affrontare e risolvere, dapprima localmente e poi per inferenza globalmente, per poter raggiungere gli obiettivi stabiliti dalla WHO.

### Materiali e metodi

In quest'ottica, a partire dall'aprile 2018, si ponevano le basi per una collaborazione tra la Clinica Universitaria di Malattie Infettive dell'Ospedale Amedeo di Savoia di Torino ed i principali servizi del Dipartimento delle Dipendenze di Torino e provincia. Per facilitare l'accesso alle cure dei PWID (People Who Inject Drugs), una popolazione ad alto rischio infettivo e di reinfezione, si delineava un percorso di collegamento e col-

laborazione tra il centro di riferimento specialistico di malattie infettive dell'Università di Torino e i SerD, servizi territoriali specialistici per la diagnosi e la cura dei problemi della dipendenza e delle patologie correlate, sul modello di "Hub and Spoke" (H&S).

L'adesione al servizio di linkage-to-care è avvenuta previo invio del programma di collaborazione ai principali colleghi responsabili della gestione dei servizi ambulatoriali ed è stata spontanea ed autonoma da parte del singolo professionista dei diversi SerD piemontesi. L'invio del paziente poteva avvenire tramite contatto telefonico o telematico con un infettivologo della Clinica Universitaria di Malattie Infettive, operante nell'ambulatorio ospedaliero specialistico di epatiti virali. L'appuntamento veniva concordato in fasce orarie prestabilite ed in giorni preferenziali, al di fuori dell'attività routinaria ambulatoriale. Gli utenti inviati, per poter essere presi in carico, dovevano presentare gli esami ematologici positivi per l'infezione cronica da HCV (test anticorpale positivo per HCV e test di secondo livello di biologia molecolare (PCR positivo per HCV-RNA).

Gli esami ematochimici, immunovirologici e di imaging di approfondimento potevano essere effettuati presso l'Ospedale Amedeo di Savoia o presso l'Ospedale Maria Vittoria, afferente alla medesima ASL e prenotati dallo specialista Infettivologo, programmati dopo la prima visita infettivologica ambulatoriale. Criteri di esclusione per l'invio erano un mancato screening per HCV preliminare e la co-infezione HIV nota. I dati demografici, clinici, immuno-virologici e sul trattamento in atto, sono stati raccolti previo consenso informato del paziente. Il regime terapeutico, la durata ed il follow-up del paziente sono stati valutati in base al genotipo virale, l'anamnesi positiva per un precedente trattamento antivirale per HCV, il grado di fibrosi epatica del paziente ed i trattamenti DAAs attualmente disponibili. La stiffness epatica è stata valutata utilizzando il sistema di transient elastography (Fibroscan). I dati sono stati analizzati tramite sistema IBM SPSS Statistics ed espressi come mediane e range interquartili.

### Risultati

83 pazienti, in prevalenza maschi (72, 86.7%), età mediana di 58 (range 25-63) con distribuzione omogenea, sono stati giudicati eleggibili al trattamento con DAAs (Direct Acting Antivirals) ed inseriti nel registro AIFA da un medico specialista infettivologo. I pazienti sono stati inviati come da protocollo sperimentale da SerD afferenti alle cinque ASL le 2 cittadine (TO1, TO2, ora accorpate in un'unica ASL Città di Torino) e 3 della provincia di Torino (TO3, TO4 e TO5), distribuite sul territorio di Torino e Provincia. La rete ha compreso ambulatori con una distanza mediana di 11.2 (2.7- 67 Km) dal centro di riferimento della Clinica Universitaria

di Malattie Infettive. Il 79.5% ha iniziato il percorso terapeutico al momento della stesura dell'abstract. Dei 66 pazienti, 12 riferivano un trattamento precedente in anamnesi con regimi contenenti interferone (10 non responders, 2 relapsers). Non erano presenti nella casistica pazienti con fallimento a regimi con DAAs.

Allo screening immunovirologico nessun paziente è risultato co-infetto HIV. 22 pazienti presentavano un'infezione occulta da HBV (anti-HBc positivi). Nessun paziente presentava HBsAg positivo o HBV-DNA rilevabile. I dati al baseline per HCV vedevano una carica virale mediana di

842355 (HCV-RNA, 28409- 15000000 UI/mL). Il genotipo prevalente è risultato GT3 (39, 59.1%), seguito da GT1a (17, 25.7%), GT4 (7, 10.6%) e GT1b (3, 4.6%). Non sono stati isolati virus con genotipi GT5 e GT6. Un paziente presentava duplice genotipo (GT1 e GT3). Nessun paziente presentava malattia da crioglobulinemia, al momento del trattamento. I pazienti presentavano una fibrosi mediana di 29.5 (4.1-51.4) kPa all'elastografia (Fibroscan); secondo il Metavir score erano suddivisibili in 4 classi: F0-F1 (13, 19.6%), F2 (6, 9.1%), F3 (6, 9.1%), F4 (19, 28.7%). Il 6% dei pazienti presentava una elastografia non valida per scarsa finestra acustica e risultato sub-ottimale. Tutti i pazienti presentavano in anamnesi una storia di dipendenza per sostanze utilizzate per via endovenosa. 33 pazienti si presentavano ad inizio terapia in remissione completa da 12 (range 11-

24) anni. 29 pazienti presentavano una storia di TD attiva per via endovenosa o inalatoria (13 eroina, 2 cocaina, 10 eroina e cocaina, 4 THC). Il 62,6% assumeva una terapia sostitutiva al momento dell'arruolamento (38 metadone, 14 buprenorfina). 10 pazienti presentavano altre terapie psicoattive in anamnesi farmacologica (80% benzodiazepine, 30% SSRI). 22 pazienti hanno riferito di non assumere alcolici. Il consumo alcolico medio della restante popolazione è riferito compreso tra 12g e 48g/die. 9 risultavano in anamnesi con storia di potus, il 30% in terapia di supporto con sodio oxibato. 31 pazienti erano fumatori, con un consumo mediano di 15 (5-30) sigarette/die. La scelta del farmaco si è basata su criteri clinici, laboratoristici ed effettuata seguendo le linee guida più recenti disponibili al momento della prescrizione. 25 hanno avuto indicazione a trattamento con Glecaprevir/Pibrentasvir (24 a 8 settimane, 1 a 12 settimane) che si è rivelato lo schema più utilizzato. I restanti pazienti hanno ricevuto schemi con Sofosbuvir/Velpatasvir (24 a 12 settimane) ed Elbasvir/Grazoprevir (6 a 12 settimane). Il ritiro del farmaco avveniva ogni 28 giorni presso la farmacia del nostro ospedale. Al 27/09/2018, 39 pazienti hanno terminato la terapia con negativizzazione confermata dall'esecuzione del prelievo dell'end of treatment

(EOT) eseguito > 7 giorni dall'ultima assunzione del farmaco. 5 pazienti hanno riferito di aver saltato almeno una giornata di terapia (range 1-6, mediana 1). Durante il percorso terapeutico venivano programmati prelievi di controllo, utilizzando uno schema comune a seconda delle settimane di terapia prevista: per i regimi ad 8 settimane erano previsti 3 prelievi (dopo 4 e 8 settimane ed il prelievo all'EOT) mentre per i regimi a 12 settimane 4 prelievi (dopo 4, 8, 12 settimane ed il prelievo all'EOT): 18 pazienti non si sono presentati ad almeno un prelievo di quelli programmati. Il trattamento è risultato nel complesso ben tollerato. 2 pazienti hanno riferito prurito in corso di terapia con Glecaprevir/Pibrentasvir. 3 pazienti hanno riferito astenia in trattamento con Sofosbuvir/Velpatasvir. Nessuno paziente ha dovuto sospendere la terapia per eventi avversi. Alla visita di follow-up, programmata dopo il prelievo dell'end of treatment, si è presentato il 64.1% (25/39) dei pazienti.

### Conclusioni

I dati della nostra esperienza, seppure ancora in fase preliminare, confermano la necessità di porre in atto e di ottimizzare collaborazioni condivise fra i SerD ed i centri specialistici ospedalieri prescrittori dei farmaci DAAs. In particolare, appare evidente come la costruzione di un percorso di cura condiviso, consenta di monitorare costantemente il paziente tossicodipendente con infezione cronica da HCV, nelle varie fasi di management infettivologico della patologia, da quella iniziale del reclutamento, della valutazione e della diagnosi, ai successivi di monitoraggio, trattamento e, infine, di follow-up post terapeutico. In questo modo, si riescono a ridurre in maniera significativa i drop-out e ad aumentare le percentuali di raggiungimento degli obiettivi della cura antivirale eradicante. A nostro avviso, devono essere superate le barriere al trattamento spesso correlate all'interazione fra servizi di cura di diversa estrazione, limitando al minimo indispensabile le procedure burocratiche e, ove possibile, prevedendo vie di accesso "facilitate" ai nostri pazienti "difficili". Anche in considerazione della elevata efficacia dei farmaci DAAs, ormai prossima al 100%, poniamo l'attenzione sul fatto che, laddove vi sia del personale dedicato a tale attività di valutazione e cura - sia in ambito ospedaliero che in ambito SerD - tutto il processo porti a risultati più efficienti ed efficaci. Inoltre, questo comporta anche la possibilità di incrementare la numerosità dei pazienti presi in carico per la terapia e potersi quindi avvicinare gradualmente e concretamente al perseguimento dell'eradicazione dell'infezione da HCV in tempi coerenti a quanto indicato ed auspicato dalla WHO. Riteniamo, infine, che la nostra esperienza possa considerarsi un esempio di "buona prassi", nel panorama delle iniziative volte all'eradicazione dell'HCV nella popolazione tossicodipendente.

## 4.5

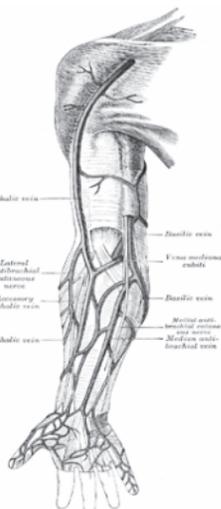
## IL MONITORAGGIO EMATOCHIMICO CON SUPPORTO ECOGRAFICO PER IL PAZIENTE DIPENDENTE DA SOSTANZE

**Pellegrini G.**, *Coordinatore personale tecnico-infermieristico*  
**Filippi E., Chircosta P.**, *Infermiere*  
**Grech M.**, *Dirigente medico psichiatra*  
*SerD Trento*

### Premessa

Negli ultimi anni alla valenza diagnostica degli apparecchi ecografici, di indiscutibile competenza medica, si è affiancata la possibilità funzionale e tecnica, in particolare per la gestione in urgenza, da parte di altri operatori sanitari (infermieri, tecnici perfusionisti ecc).

La metodica ad ultrasuoni ha aperto la strada verso nuovi e specifici approcci assistenziali che non interessano più solo il piano diagnostico, ma anche il piano preventivo e tecnico. Il contributo innovativo della metodica ha cominciato a modificare il processo di alcune attività infermieristiche, migliorando l'outcome assistenziale. Primo tra tutti il prelievo ematico e/o il relativo incannulamento venoso, che sono annoverate tra le attività professionali più distintive del nursing e che accomunano le medesime criticità in determinate situazioni cliniche, quando si riscontra un depauperamento del sistema venoso superficiale (per cause infettive, malattie cronico-degenerative, cause congenite, effetti acuti o cronici delle sostanze d'abuso, obesità, genere ecc). Se i vasi non sono facilmente localizzabili con la mera visualizzazione o palpazione, l'infermiere è costretto all'inserzione cieca attraverso diversi tentativi ed errori utilizzando un cospicuo tempo lavoro. L'inserzione cieca può essere oltretutto dolorosa, c'è il rischio di incannulare arterie, danneggiare nervi (anche se raro) o provocare fastidiose parestesie, fino all'impossibilità di eseguire la tecnica. Tutto questo costringe a ricorrere a metodiche più invasive (approccio attraverso la v. giugulare esterna) o costose (ospedalizzazione, richiesta



intervento dell'anestesista ecc), che impattano notevolmente sui costi/benefici, per non parlare dei ripetuti e fallimentari tentativi di incanalamento che incidono negativamente sulla compliance e soddisfazione del paziente. In tali casi, oggi è disponibile la metodica eco guidata che permette all'infermiere di accedere ai vasi venosi più profondi altrimenti non visualizzabili o tastabili. Le evidenze scientifiche recenti sostengono l'uso della tecnica ecografica per l'accesso venoso periferico (van Loon, 2018).

### Obiettivi

L'obiettivo del lavoro è di valutare l'efficacia del prelievo venoso eco guidato e la soddisfazione dell'utente SerD alla manovra.

### Materiali e Metodi

Lo strumento utilizzato è un ecografo portatile sonosite®<sup>1</sup> con sonda lineare a 10 MHz. La tecnica, è stata mutuata, con alcuni adattamenti, dalla metodica per l'incannulamento ecoguidato delle vene periferiche:

- Applicazione del laccio emostatico.
- Ricerca del vaso con sonda lineare:
  - Privilegiando come prima scelta la v. basilica nella zona mediale del 3° medio distale del braccio,
  - in seconda scelta la v. brachiale nel ramo prossimale dell'avambraccio<sup>2</sup>.
- Una volta individuato il vaso viene disinfettata la cute con clorexidina 0,5%.
- Si procede con l'inserimento eco guidato con un'agocannula da 18G.
- Esecuzione del prelievo con sistema vacuum.
- Compressione di 2 min nel punto di inserzione.
- Applicazione di un cerotto medicato.

### Management del paziente tossicodipendente con comorbidità infettiva e depauperamento del sistema venoso superficiale

La popolazione tossicodipendente con uso di sostanze endovenose attive (PWID) è maggiormente a rischio infettivologico e necessita di un monitoraggio ematochimico più serrato. Presso il Servizio Dipendenze di Trento è stato stimato che un 10% di utenti PWID (circa 400 soggetti totali), presentano un impoverimento del sistema venoso superficiale tale da rendere necessaria la messa in campo di soluzioni alternative quali: il prelievo arterioso radiale, l'invio presso l'UO di Anestesia per il prelievo giugulare o, recentemente, la possibilità di prelievo con eco guida.

Il riscontro di un deficit vascolare venoso da parte dell'infermiere, prevede l'inserimento del paziente nel programma "prelievo eco guidato", affidato al personale infermieristico specificamente formato<sup>3</sup>. » stata creata un'agenda informa-

<sup>1</sup>Nell'ottica della dipartimentalizzazione per una gestione razionale della strumentazione, l'ecografo, considerata la ridotta frequenza d'uso, è in condivisione con l'Unità operativa Cure Palliative dello stesso distretto.

<sup>2</sup>L'approccio alle v. brachiali è meno consigliato per la maggior profondità e la vicinanza a strutture nervose che aumentano i disagi per il paziente nonostante la letteratura consideri l'accesso equipollente per sicurezza e velocità d'accesso (Keyes, 1999).

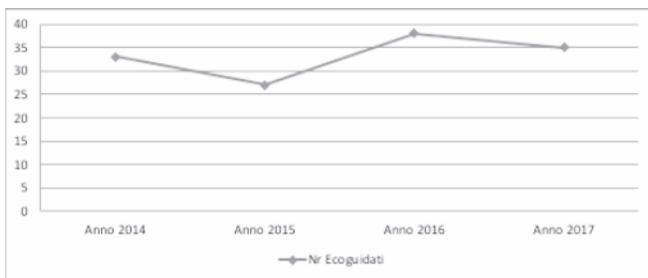
<sup>3</sup>Infermieri esperti con un corso di ecografia infermieristica SIMEU e almeno 10 prelievi effettuati con successo in autonomia (Stolz, 2016)

tizzata condivisa da tutti gli infermieri ed è stata programmata una seduta mensile di prelievi eco guidati. Ogni infermiere del Ser.D. può inserire, nell'agenda i nomi dei pazienti fino a completamento dei posti disponibili per la giornata. La prescrizione dell'esame è effettuata dal medico referente, durante la visita programmata, attraverso l'applicativo informatico in uso per la gestione delle richieste ematochimiche.

**Risultati**

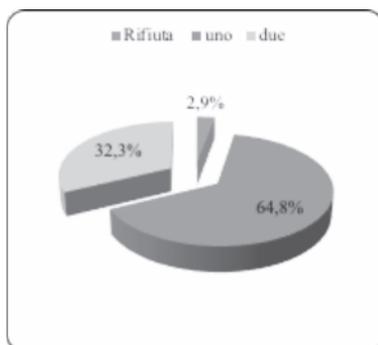
Il numero di soggetti segnalati per il prelievo eco guidato, è sostanzialmente simile nell'arco degli anni (vedi figura 1), Mediamente viene programmata una seduta mensile con 5 posti disponibili. Il tasso di aderenza è scarso (60%) ma equiparabile ad altri ambulatori con attività simili (prelievi standard, medicazioni).

**Figura 1 – Numero prelievi Ecoguidati. Dal 2014 al 2017. SerD Trento**



Nonostante l'inserimento di nuovi operatori<sup>4</sup>, la percentuale di successo rimane alta anche nel 2017 attestandosi intorno al 97% con una media di tentativi intorno alle 1,3 volte. La soddisfazione alla manovra è considerata molto buona della maggior parte dei pazienti (figura 3)

**Figura 2 – Prelievo ecoguidato, anno 2017. Numero di tentativi effettuati**



Rispetto ad altri studi comparativi (Bauman, 2009; Costantino, 2005) sulle metodiche eco guidate confrontate con il metodo tradizionale, l'esperienza dei Ser.D. del Trentino è ben posizionata nella percentuale di successo raggiunta (figura 5).

**Figura 3 – Prelievo ecoguidato, anno 2017. Livello di soddisfazione alla manovra ecoguidata**



**Figura 4**

PRELIEVI ECOGUIDATI PRESSO SERD TN 2014	2017	1°studio(Costantino,2005)		2°studio(Bauman, 2009)	
	Eco guidato	Blind	Ecoguidato	Blind	Ecoguidato
Percentuale di successi	97%	33%	97%	70,60%	80,50%
Media Nr. Tentativi	1,32	3,7	1,7	3,6	1,6

**Conclusioni**

Metanalisi recenti hanno raccolto un corpus di conoscenze sufficiente per consigliare la metodica eco guidata in caso di accesso venoso difficile (van Loon, 2018). Sembra che l'ecografo possa diventare uno strumento a disposizione dell'infermiere per migliorare il monitoraggio ematochimico nel paziente consumatore attivo di sostanze con comorbilità infettiva. La metodica eco guidata è ben tollerata da parte del paziente e riduce i disagi potenziando la compliance al monitoraggio ematochimico per chi presenta un impoverimento del circolo venoso superficiale. Sono necessari ulteriori studi rigorosi per supportare l'applicabilità in termini di costo/beneficio e di comparazione con altre metodiche.

<sup>4</sup>La metodica eco guidata è una attività prassica ed è fortemente influenzata dalla esperienza e manualità dell'esecutore (Stolz, 2016)

## Bibliografia

1. Aponte, H., Acosta, S., Rigamonti, D., Silvia, B., & Austin, R (2007). *The use of ultrasound for placement of intravenous catheters*. *American Association of Nurse Anesthetists Journal*, 75(3), 2 12-216.
2. Bauman M1, BraudeD, Crandall C. *Ultrasound-guidance vs. standard technique in difficult vascular access patients by ED technicians*. 2009 Feb;27(2):135-40. doi: 10.1016/j.ajem.2008.02.005. (2 studio)
3. Center of Disease and Control and Prevention. Integrated Prevention Services for HIV Infection, Viral Hepatitis, Sexually Transmitted Diseases, and Tuberculosis for Persons Who Use Drugs Illicitly: Summary Guidance from CDC and the U.S. Department of Health and Human Services. Nov. 2012 MMWR
4. Costantino TG, Parikh AK, Satz WA, Fojtik JP. *Ultrasonography-guided peripheral intravenous access versus traditional approaches in patients with difficult intravenous access*. 2005 Nov;46(5):456-61.
5. El-Serag H.B., Rudolph K.L. (2007), "Hepatocellular carcinoma: epidemiology and molecular carcinogenesis", *Gastroenterology*, 132(7): 2557-76. 6.
6. Keyes LE, Erazcc DW, Snoey ER, Simon BC, Christy D, *Ultrasound-guided brachial and basilic vein cannulation in emergency department patient with difficult intravenous access*. 1999 Dec;34(6):711-4.
7. Ly K.N., Xing J., Klevens R.M., Jiles R.B., Ward J.W., Holmberg S.D. (2012), "The increasing burden of mortality from viral hepatitis in the United States between 1999 and 2007", *Ann Intern Med*, 156(4): 271-8. 2.
8. Medline doi: 10.1007/s11524-007-9178-2. 8. Hagan H., Thiede H., Weiss N.S., Hopkins S.G., Duchin J.S., Alexander E.R. (2001), "Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C", *Am J Public Health*, 91: 42-46. Medline doi: 10.2105/AJPH.91.1.42. 9.
9. Pellegrini G, Nori S. 2015. *Ecografia nel Nursing: Costo/Efficacia del prelievo venoso ecoguidato in un Ser.D. Mission* 43 pag 21-24
10. Tong M.J., el-Farra N.S, Reikes A.R., Co R.L. (1995), "Clinical outcomes after transfusion-associated hepatitis C", *New Engl J Med*, 332(22): 1463-6. 3.
11. Tremolada F., Casarin C., Alberti A., Drago C., Tagger A., Ribero M.L. et al. (1992), "Long-term follow-up of non-A, non-B (type C) post-transfusion hepatitis", *J Hepatol*, 16(3): 273-81. 4.
12. Thein H.H., Yi Q., Dore G.J., Krahn M.D. (2008), "Estimation of stage-specific fibrosis progression rates in chronic hepatitis C virus infection: a meta-analysis and meta-regression", *Hepatology*, 48(2): 418-31. 5.
13. *Raccomandations and Report Vol. 61 n. 5*. 7. Burt R.D., Hagan H., Garfein R.S., Sabin K., Weinbaum C., Thiede H. (2007), "Trends in hepatitis B virus, hepatitis C virus, and human immunodeficiency virus prevalence, risk behaviors, and preventive measures among Seattle injection drug users aged 18-30 years, 1994-2004", *J Urban Health*, 84: 436-454.
14. Lucidarme D., Bruandet A., Ilef D. (2004), "Incidence and risk factors of HCV and HIV infections in a cohort of intravenous drug users in the north and east of France", *Epidemiol Infect*, 132: 699-708. Medline doi: 10.1017/S095026880400247X. 10.
15. US Department of Health and Human Services, *Combating the silent epidemic of viral hepatitis: action plan for the prevention, care, and treatment of viral hepatitis* (Accessed 10 September 2012.) Available from [www.hhs.gov/ash/initiatives/hepatitis/index.html](http://www.hhs.gov/ash/initiatives/hepatitis/index.html). 11.
16. Camoni L., *L'infezione da HIV e le epatiti B e C nella popolazione tossicodipendente*. Centro Operativo AIDS - Reparto di Epidemiologia Dipartimento di Malattie Infettive, parassitarie ed Immunomediate. Istituto superiore di Sanità. [www.iss.it/binary/ccoa/cont/Consumatori\\_di\\_sostanze.pdf](http://www.iss.it/binary/ccoa/cont/Consumatori_di_sostanze.pdf) (ultimo accesso 26/01/2015). 12
17. Keyes L.E., Erazcc D.W., Snoey E.R., Simon B.C., Christy D., "Ultrasound-guided brachial and basilic vein cannulation in emergency department patients with difficult intravenous access", *Ann EmergMed*.
18. Stolz LA1, Cappa AR1, Minckler MR1, Stolz U1, Wyatt RG2, Binger CW2, Amini R1, Adhikari S1. *Prospective evaluation of the learning curve for ultrasound-guided peripheral intravenous catheter placement*. 2016 Jul 12;17(4):366-70. doi: 10.5301/jva.5000574. Epub 2016 Jun 3.
19. Costantino T.G., Parikh A.K., Satz W.A., Fojtik J.P (2005), "Ultrasonography-guided peripheral intravenous access versus traditional approaches in patients with difficult intravenous access", *Ann Emerg Med*, Nov, 46(5): 456-61. 16.
20. Liu Y.T.I., Alsaawi A., Bjornsson H.M. (2014), "Ultrasound-guided peripheral venous access: a systematic review of randomized controlled trials", *Eur J Emerg Med.*, Feb, 21(1): 18-23.
21. Van Loon FHJ, Buise MP, Claassen JJK, Dierick-van Daele ATM, Bouwman ARA. *Comparison of ultrasound guidance with palpation and direct visualisation for peripheral vein cannulation in adult patients: a systematic review and meta-analysis*. 2018 Aug; 121(2):358-366. doi: 10.1016/j.bja.2018.04.047. Epub 2018 Jul 2

## AREA TEMATICA 5

## Modelli di interventi di prossimità e di riduzione del danno

## 5.1

## BASSA SOGLIA, USO DI SOSTANZE E PROSPETTIVA DI GENERE. L'ESPERIENZA DI ORIENTADONNA

**Buganè Eleonora, Acquaro Johnny, Arcieri Luigi, Arvieri Cinzia, Maltempi Erica, Giulio Rosanna, Bignamini Emanuele**

*Dipartimento Dipendenze - SC Dipendenze Nord  
ASL Città di Torino*

### Introduzione

Il Consumo di sostanze illecite nel corso della vita è stimato, secondo l'Unione europea in oltre 92 milioni di adulti di età compresa fra 15 e 64 anni. Di questi 36,3 milioni sono di sesso femminile (OEDT 2018). Secondo la Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia (2017) i Ser.d italiani hanno assistito nel 2016 19.686 donne tossicodipendenti pari al 13,7% del totale degli assistiti. Nella maggior parte dei casi si tratta di dipendenza da oppioidi (75%). Il Nono libro bianco sulle Droghe (2018) segnala le donne come una delle categorie verso la quale i Ser.D dovrebbero indirizzare precocemente gli interventi.

Nella città di Torino, il Servizio Pronta Assistenza, costituito da Drop In, Modulo Sanitario e Ambulatorio di somministrazione (di farmaco agonista), dedica una parte delle attività al Servizio Orienta Donna (OD). Nato come progetto finanziato con fondi ex L.309/90 e ubicato negli stessi spazi del Drop In, OD è un servizio dedicato esclusivamente a donne consumatrici di sostanze in situazione di forte marginalità.

### Finalità e Obiettivi

Le finalità generali di OD sono:

- promuovere la salute psicofisica delle donne, con particolare attenzione all'area della sessualità, della salute riproduttiva e della prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili (IST);
- aiutare le donne con dipendenza attiva a intraprendere percorsi di cura anche attraverso attività terapeutico-riabilitative.

Nello specifico gli obiettivi del progetto sono:

- aumentare il lavoro di motivazione al cambiamento e

- accompagnamento alla cura (sanitaria e sociale);
- avviare attività terapeutico-riabilitative.

### Metodo

La cornice teorica di riferimento è quella della riduzione del danno (RDD) e della limitazione dei rischi. Il Servizio si connota come un servizio a bassa soglia a valenza sovra zonale.

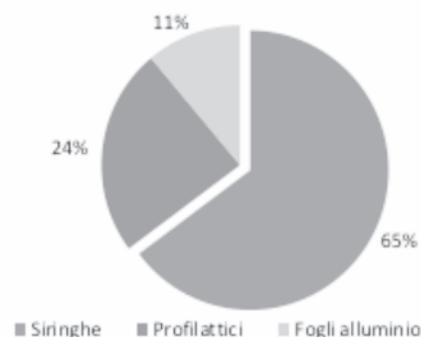
Le attività ordinarie di OD sono l'accoglienza, l'accompagnamento e il sostegno alla cura di sé, la distribuzione di materiale sterile. Vengono inoltre realizzati dei laboratori come il laboratorio sulla consapevolezza di sé attraverso la fotografia e il laboratorio di mosaico.

Il Servizio è aperto una volta alla settimana, il mercoledì, dalle ore 9.30 alle 13.00 e si configura come un ambiente familiare ed accogliente, luminoso e curato, con cucina, salone, stanza tv, stanza colloqui e bagni. È presente uno spazio attrezzato per la cura igienico/estetica della persona (doccia, taglio e tinta per i capelli, cura delle mani e del viso...).

### Risultati

Si presentano le prestazioni più significative riferite a tutto il 2017. OD è stato aperto per un totale di 50 giorni con una media giornaliera di passaggi pari a 8,04 (nei primi 6 mesi del 2018 la media si è alzata a 12 passaggi giornalieri). Le donne che si sono rivolte al servizio sono state 60, la maggior parte delle frequentatrici ha più di 40 anni. Sono stati effettuati 365 colloqui, 108 contatti con i servizi. Sono state fornite 202 informazioni ed orientamenti alla rete dei servizi e gli accompagnamenti sono stati 43. Il 65% del materiale di prevenzione fornito è rappresentato dal materiale per uso iniettivo che in numero assoluto è pari a 3640 siringhe, seguono profilattici e fogli di alluminio (Graf.1).

**Grafico 1** – Materiale di prevenzione distribuito nell'anno



### Discussione

La popolazione di OD è costituita da donne nella quasi

totalità policonsumatrici. La differenziazione dei consumi e delle modalità d'uso evidenziata nella distribuzione di materiale mette in luce questa caratteristica. Nonostante la prevalenza di materiale per uso iniettivo, la richiesta è anche di fogli di alluminio. Il foglio di alluminio è usato per fumare diverse sostanze: eroina, cocaina, crack, metanfetamina... (Strike et al. 2015). La fornitura di fogli è intesa sia a ridurre i rischi associati all'uso di droghe per via endovenosa sia a facilitare una "transizione di percorso" (Bridge 2010). Questi interventi dovrebbero incoraggiare la *transizione inversa* ovvero incoraggiare coloro che attualmente usano sostanze per via iniettiva a passare al fumo. Sebbene fumare in sé non sia privo di rischi, come l'overdose, la trasmissione di virus trasmissibili per via ematica e i rischi legati al fumo più in generale, l'Advisory Council on the Misuse of Drugs (ACMD) sostiene che questa pratica ne riduce comunque il rischio, incentiva il coinvolgimento dei consumatori, riduce la produzione dei rifiuti correlati all'uso di sostanze (Mills e Stephenson 2016). In quanto attive rispetto al consumo di sostanze psicotrope, le frequentatrici di OD riescono difficilmente a mantenere lo stato di astinenza. Secondo il National Institute on Drug Abuse (NIDA 2018) le donne possono rispondere alle sostanze in modo diverso rispetto agli uomini, ad esempio, possono avere un *craving* più forte ed essere più propense alle ricadute. Com'è noto nella condizione di dipendenza l'uso della sostanza «diventa una necessità per compensare od equilibrare un'alterazione del funzionamento dell'individuo causata dall'assunzione della droga stessa» (Bignamini, Galassi 2017); la quotidianità è cadenzata dalle pulsioni del *craving*, tutto il resto assume un contorno sfumato e secondario. Il nostro osservato sembra essere rappresentato da un *loop* che gira intorno a recupero del denaro e uso di sostanze, dove nel recupero del denaro, la prostituzione è presente e la distribuzione di preservativi fondamentale, come strumento di aggancio per la prevenzione, la cura, l'empowerment (Rekart 2005). In merito alla situazione abitativa la maggior parte delle frequentatrici di OD sono senza dimora.

### Conclusioni

Da queste condizioni di esclusione, marginalità e condizioni di vita precarie gli interventi educativi, fornire informazioni e orientamenti e accompagnare ai servizi sono interventi che si muovono nell'ottica della promozione della salute e della prevenzione. Inoltre, offrire momenti per sperimentare il piacere della cura di sé, in uno spazio tutto al femminile, è l'opportunità per rivivere esperienze che richiamano il vissuto delle persone prima dell'incontro con gli stupefacenti che può incidere sulla motivazione al cambiamento.

### Bibliografia

- Bignamini E. e C. Galassi, (2017) *Addiction. Come pensarla, comprenderla, trattarla*. Cuneo: Publiedit.
- Bridge J., (2010) *Route transition interventions: potential public health gains from reducing or preventing injecting*. International Journal of Drug Policy, vol. 22, pp 125-128.
- Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT), (2018) *Relazione europea sulla droga 2018: tendenze e sviluppi*. Lussemburgo: Unione europea.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri, (2017) *Relazione annuale al Parlamento 2017 sullo stato delle tossicodipendenze*. Roma.
- Strike C, Watson TM, Gohil H, Miskovic M, Robinson S, Arkell C, Challacombe L, Amlani A, Buxton J, Demel G, Gutiérrez N, Heywood D, Hopkins S, Lampkin H, Leonard L, Lockie L, Millson P, Nielsen D, Petersen D, Young S, Zurba N., (2015) *The Best Practice Recommendations for Canadian Harm Reduction Programs that Provide Service to People Who Use Drugs and are at Risk for HIV, HCV, and Other Harms: Part 2*. Toronto, ON: Working Group on Best Practice for Harm Reduction Programs in Canada.
- Mills DR e G. Stephenson, (2016) *Monitoring the legal provision of foil to heroin users*. London.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA), (2018) *Sex and Gender Differences in Substance Use* disponibile all'indirizzo [ultimo accesso 21/09/2018]
- Rekart, M. L., (2005) *Sex-work harm reduction*. The Lancet, 366(9503), 2123-2134.

## 5.2

## VECCHIE E NUOVE MIGRAZIONI: IL PUNTO DI VISTA DI UN SERVIZIO A BASSA SOGLIA (Progetto A.Str.)

**Ninni Maria Teresa, Erol Murat, Elsayed Amani,  
Giulio Rosanna, Bignamini Emanuele**

*Dipartimento Dipendenze - SC Dipendenze Nord  
ASL Città di Torino*

### Introduzione

Il progetto A.Str. (Assistenza Stranieri) è attivo dal 2008. È nato all'interno dei Servizi a Bassa Soglia (Drop In) e in risposta alle sempre più pressanti richieste di trattamento degli stranieri con problemi di dipendenza sia regolari sia irregolari. È sostenuto da finanziamenti riconducibili ai Piani Locali per le Dipendenze nel Dipartimento Dipendenze - SC Dipendenze Nord - ASL Città di Torino.

### Il progetto ha le seguenti finalità

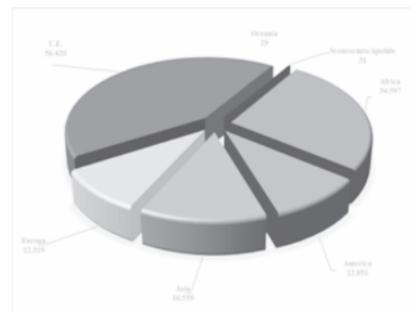
- 1 Salvaguardare la salute di persone estremamente vulnerabili perché tossicodipendenti clandestini a rischio di gravi problemi sanitari e sociali
- 2 Miglioramento delle condizioni di vita: favorire percorsi di emersione e di rimpatrio volontario e/o assistito
- 3 Offrire un servizio di mediazione interculturale

### Gli obiettivi specifici sono

- Favorire la continuità terapeutica dei trattamenti di patologie droga-correlate anche attraverso trattamenti residenziali (il progetto dispone di un piccolo budget per situazione di particolare vulnerabilità o in attesa del rimpatrio); rendere omogenee le modalità di presa in carico e di trattamento dei pazienti per tutto il Dipartimento delle Dipendenze ASL Città di Torino, per gli stranieri irregolari previo accompagnamento ove necessario agli sportelli ISI (per ottenere la tessera STP o ENI)
- Accompagnamento agli uffici preposti per ottenere il permesso di soggiorno con il supporto dell'ASGI (Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione) di cui il progetto si avvale quando questo è possibile
- Facilitare il rientro alle persone che desiderano ritornare nel paese di origine attraverso l'ottenimento del

documento di viaggio e il pagamento del viaggio stesso; quando è possibile si collabora con progetti del Ministero degli Interni per un rimpatrio assistito (che prevede un piccolo sostegno economico per l'avvio di un'attività lavorativa)

- Mantenere i rapporti con le ONG (Organizzazione Non Governativa) attive nei paesi di origine e aggiornare il database delle risorse disponibili attraverso una ricerca-azione per garantire la continuità terapeutica (es. terapie con farmaci anti-retrovirali, terapie sostitutive, ecc...)
- Facilitare la presa in carico dei pazienti attraverso il servizio di mediazione interculturale; il percorso di regolarizzazione e/o di rimpatrio vede la figura del mediatore come strumento fondamentale nella relazione tra il paziente e le varie istituzioni (Questura, Ufficio Stranieri, Consolati) oltre al mantenimento o al recupero del rapporto con le famiglie di origine.



### La specificità del nostro territorio

Nel Comune di Torino gli stranieri regolari sono stimati intorno ai 132.806<sup>1</sup>; risulta molto difficile avere dati sull'immigrazione irregolare, essendo considerati a tutti i livelli inesistenti. Il nostro territorio vede la presenza del più grande mercato cittadino (Porta Palazzo) dove risiedono numerosi cittadini Nord Africani e Sub Sahariani. Nel restante territorio risiede la più stabilizzata migrazione dell'Est Europa. Inoltre, nella "Torino Nord" si trova anche la Casa Circondariale "Lorusso e Cutugno" con cui abbiamo costruito, negli anni, un'efficace collaborazione. La composizione della popolazione del nostro territorio ha indirizzato la nostra scelta verso mediatori dell'area dell'Est Europa, del Nord Africa (Magreb) e dell'Africa Sub Sahariana. La maggior parte dei pazienti stranieri entrati finora in contatto con i Servizi del Dipartimento presentano situazioni di elevata complessità socio sanitaria con livelli di grave compromissione. Tali situazioni richiedono l'organizzazione di interventi integrati tra Servizi differenti, un'accurata attività di coordinamento e progetti terapeutici individualizzati. Necessitano tra l'altro competenze e capacità specifiche relative, sia alle peculiarità culturali ed etno-antropologiche, sia alla conoscenza degli Enti e delle organizzazioni della

<sup>1</sup>Fonte: Archivio Anagrafico della Città di Torino. Servizio Statistica e Toponomastica della Città. Elaborazione a cura dell'Ufficio Pubblicazioni e Analisi statistiche

Comunità Europea e dei Paesi extraeuropei per le pratiche amministrative e burocratiche.

### Metodo

1. La cornice teorica di riferimento si rifà alla filosofia della riduzione del danno (RDD) e degli interventi di Bassa Soglia
2. L'intervento di rete rimane una metodologia fondamentale per l'attuazione del progetto
3. Mediazione interculturale: i mediatori, in conformità al numero di pazienti ed alle loro caratteristiche etnico-culturali, sono stati individuati all'interno dell'area del Magreb e dell'Est Europa e per fare fronte al nuovo tipo di immigrazione abbiamo, da quest'anno un mediatore di area Sub Sahariana. I mediatori lavorano con un approccio di rete, che consente di rendere efficaci, tempestivi ed integrati gli interventi organizzati nell'ambito dei progetti di assistenza

### Partner

Associazione di volontariato "L'Isola di Arran" che gestisce la parte riguardante la mediazione interculturale; l'ASGI per assistenza legale; Cooperativa Sociale "Gruppo Arco" che mette a disposizione le sue strutture residenziali.

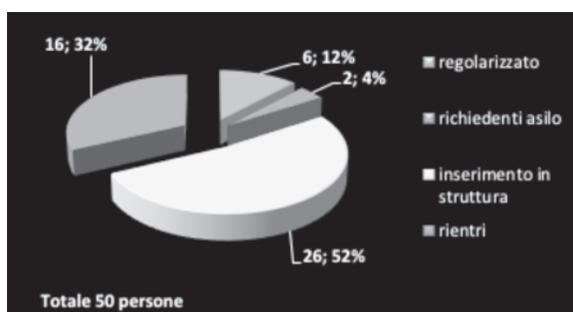
### Collaborazioni

Comune di Torino: Ufficio Stranieri e Ufficio Adulti in Difficoltà (in particolare per quanto riguarda la possibilità di utilizzare in modo sperimentale le accoglienze notturne, secondo progetti individualizzati); GRIS (Gruppo Regionale Immigrazione e Salute); Ambulatorio MiSa (Migrazione e Salute) ASL Città di Torino; Ambulatorio IST (Infezioni Sessualmente Trasmissibili) c/o Ospedale Amedeo di Savoia.

### Risultati

Obiettivi raggiunti dal Drop In e poi da A.Str. dal 2008 al 2017 (Grafico n.1). In questi anni abbiamo accompagnato al rientro in patria più di 16 persone, (in maggioranza tunisini e marocchini) e abbiamo osservato che il tornare nel proprio ambiente ha significato spesso anche la soluzione del problema dipendenza.

### Grafico n.1



Nel 2017 sono state seguite 31 persone (27 maschi e 4 femmine) con 20 progetti di regolarizzazione, 3 rimpatri assistiti, 13 inserimenti in comunità/Centri Crisi, 1 disassuefazione da alcool, numerose consulenze presso gli ambulatori Ser.D. - Carcere e SCA (Struttura a Custodia Attenuata) - Ambulatori per malattie infettive (IST) e 9 casi trattati in collaborazione con gli avvocati dell'ASGI.

Le aree di provenienza più rappresentate sono il Nord Africa (31 persone), l'Europa dell'Est (15) Europa Occidentale (3) Africa Sub Sahariana (1) e Sud America (1). Attraverso l'approccio di rete siamo riusciti a costruire collaborazioni importanti sia con i Consolati (Marocco, Tunisia, Romania, Bulgaria ecc...) sia con le ONG che lavorano nei paesi di provenienza dei nostri utenti (abbiamo attivato una proficua collaborazione con il CEFA - Comitato Europeo per la Formazione e l'Agricoltura - in Marocco) che ci permette di monitorare il rientro e conseguente reinserimento dei nostri pazienti.

### Cambiamento del fenomeno

In questo ultimo periodo stiamo osservando un grande cambiamento del fenomeno. Se negli anni passati eravamo soliti confrontarci con una migrazione che potremmo definire "economica" e spesso del conseguente fallimento di questo progetto, oggi iniziamo a confrontarci con persone che arrivano nel nostro paese e nei nostri servizi con un background totalmente diverso. Arrivano individui che fuggono da guerre e persecuzioni, con un vissuto di grandi violenze e traumi subiti. Se il fallimento di una migrazione economica ha condotto molte persone alla dipendenza da sostanze possiamo ipotizzare che questi nuovi migranti con ferite ben più significative saranno ancora più a rischio di sviluppare problemi di dipendenze. Inoltre sempre più spesso impattiamo in ragazzi della cosiddetta "seconda generazione", che incarnano le contraddizioni di due culture che non hanno ancora trovato una sintesi possibile verso una reale integrazione. Questo scenario e il suo rapido modificarsi obbligano noi tutti a cercare percorsi formativi che ci possano fornire gli strumenti necessari per la comprensione e decodifica di questo nuovo fenomeno.

## AREA TEMATICA 6

### Le nuove sostanze psicoattive: implicazioni sulla clinica delle dipendenze

#### 6.1

## L'INALAZIONE DI SPRAY PER LA PULIZIA COMPUTER TRA GLI ADOLESCENTI: UN CASO CLINICO

**Levari E.\*, Grech M.\*, Stefani M.\*\*, Ferrucci R.\*\*\***

*\*Dirigente Medico Psichiatra, Servizio Dipendenze e Alcolologia, APSS Trento*

*\*\*Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, Servizio Dipendenze e Alcolologia, APSS Trento*

*\*\*\*Direttore F.F., Servizio Dipendenze e Alcolologia, APSS Trento*

### Introduzione

L'abuso di inalanti sembra essere una pratica sempre più diffusa tra la popolazione che utilizza sostanze psicoattive, in particolare tra gli adolescenti e consiste nell'inalazione volontaria di sostanze chimiche o volatili allo scopo di ottenere un effetto euforizzante (1,2). Può essere una pratica molto dannosa e può provocare depressione del sistema nervoso centrale, aritmie cardiache, ipossia, acidosi metabolica, danni neurocognitivi permanenti e può essere anche fatale (1,2). Negli Stati Uniti, gli inalanti sono spesso la prima sostanza d'abuso, più del 13% tra la popolazione studentesca ha dichiarato di averli assunti: sono infatti legali, facilmente reperibili, hanno generalmente un effetto rapido e di breve durata (1,3). In Italia si stima che il 3% della popolazione generale abbia assunto almeno una volta inalanti, tale dato si assesta intorno al 7% per la media europea(4,5). In letteratura sono riportati due casi di angioedema insorti dopo inalazione di bombolette spray(1,6). Nel 2012 Kurniali et Al.(1) hanno riportato un caso di angioedema dopo inalazione di difluoroetano, un gas refrigerante presente, tra l'altro, anche nelle bombolette spray comunemente utilizzate per la pulizia dei computer. Si trattava di un uomo di 25 anni giunto all'Unità di emergenza dopo un episodio sincopale comparso subito dopo aver inalato lo spray. Il notevole gonfiore della mucosa labiale e buccale e del tessuto sottocutaneo era inquadrabile come una forma di grave angioedema. Il quadro ha richiesto un supporto cardiocircolatorio e respiratorio. Nel 2014 Winston et Al.,(6) hanno riportato il caso di un 40enne che presentava intorpidimento e formicolio di lingua e labbra dopo aver inalato per

4 ore consecutive uno spray utilizzato per rimuovere la polvere. Chiamati i soccorsi, al suo arrivo in ospedale le condizioni erano rapidamente involute in un notevole gonfiore delle labbra e grave edema della mucosa orofaringea. È stato necessario intubare il paziente, procedere con la ventilazione meccanica e ricoverarlo in Terapia intensiva. L'uomo aveva una lunga storia psichiatrica e una Diagnosi di Depressione maggiore. Trattato con antinfiammatori, antistaminici e antibiotici, il paziente è stato estubato solo dopo 5 giorni e ha ripreso gradualmente una regolare alimentazione. Di seguito, riportiamo il caso di una ragazza di 14 anni che è giunta al Servizio per le Dipendenze e Alcolologia di Trento dopo aver inalato bombolette spray comunemente impiegate per la pulizia dei computer.

### Caso clinico

Nel 2016 una ragazza di 14anni, che di seguito chiameremo F., giunge al Servizio per le Dipendenze e Alcolologia di Trento, accompagnata dai genitori (madre biologica e padre adottivo), preoccupata per il suo comportamento, caratterizzato da una sostanziale non accettazione delle regole e ripetute fughe da casa e per il sospetto utilizzo di sostanze psicoattive illegali. Durante il colloquio con il medico, emerge sin da subito un'elevata conflittualità tra F. e sua madre. Nata all'estero da madre straniera, F. giunge in Italia all'età di 4 anni, quando la madre lascia la terra d'origine e il marito (padre naturale di F.), al quale in seguito è stata revocata la potestà genitoriale e con il quale la ragazza non ha mai avuto contatti. Durante il colloquio F. conferma l'impressione iniziale del medico, descrivendo un'elevata conflittualità con la madre: racconta di essere scappata di casa più volte perché non ne tollerava il comportamento. Ad un approfondimento relativo all'utilizzo di sostanze psicoattive, F. ammette due assunzioni di cannabinoidi, l'ultima delle quali avvenuta il giorno prima; emergono, inoltre, sporadica assunzione di alcol e un accesso in Pronto soccorso per coma etilico l'estate precedente. Riferisce, infine, di inalare da circa un mese e mezzo le bombolette spray ad aria compressa, comunemente utilizzate per la pulizia delle tastiere dei computer. F. afferma che questa è una pratica molto diffusa tra i suoi coetanei, essendo le bombolette spray legali, facilmente reperibili, di basso costo. Racconta di aver inalato lo spray circa 10 volte, riportando una sensazione di rilassamento ed euforia ma, come effetti spiacevoli, cefalea persistente e sogni vividi. In un'occasione, dopo alcune inalazioni ripetute, ha presentato un episodio sincopale. La cefalea persistente oltre le 24 ore l'ha indotta ad interrom-

pere gli studi per difficoltà di concentrazione. Ritiene di aver acquisito maggior assertività con l'età, mentre in passato era timida e introversa e riferisce di essere stata vittima di episodi di bullismo perché in sovrappeso. Emerge un rapporto problematico con il cibo e circa due anni prima ha presentato episodi di abbuffate senza condotte di eliminazione. F. si sottopone ad esame tossicologico mediante test su matrice cheratinica, che risulta negativo a tutte le sostanze d'abuso ricercate, confermando quanto da lei riferito nella raccolta anamnestica. Quando giunge al nostro Servizio, F. è nota al Servizio sociale territoriale da circa 2 anni e a causa della persistenza delle condotte a rischio, delle fughe da casa, dell'abbandono scolastico e dell'elevata conflittualità con la madre, il Tribunale per i Minorenni ne ha disposto il collocamento presso una struttura socioeducativa di prima accoglienza. Un successivo decreto del Tribunale per i Minorenni dispone il collocamento di F. presso una comunità socioeducativa a più alta soglia e caratterizzata dalla presenza di regole più rigide rispetto a quella precedente. In considerazione della delicatezza e complessità della situazione, la comunità più idonea è stata individuata congiuntamente con tutti i Servizi attivi sul caso (Servizio per le Dipendenze e Alcolologia, Servizio sociale territoriale, Unità operativa di Neuropsichiatria infantile, dove la ragazza è stata valutata per Disturbi comportamentali). Le attuali informazioni descrivono F. come una ragazza serena, rispettosa delle regole, ha ripreso gli studi e sta gradualmente recuperando il rapporto con la madre. Sebbene non ci siano esami tossicologici che confermino tale dato, sembra che la ragazza, oggi 16enne, abbia interrotto ogni assunzione di sostanze psicoattive illegali e legali.

### Discussione e conclusioni

Gli inalanti sono sostanze d'abuso molto frequenti tra gli adolescenti e spesso preludono all'utilizzo di altre sostanze (alcol o droghe illegali). NIDA (National Institute on Drug Abuse) (6,7) stima che almeno un adolescente su cinque abbia utilizzato inalanti e che il dato relativo alle morti provocate dal loro, stimate in alcune centinaia, sia in realtà sottostimato (8). La grande diffusione di queste sostanze è legata al fatto che sono legali, poco costose, pertanto facilmente accessibili anche ai giovanissimi. Gli spray utilizzati per la pulizia dei computer possono contenere difluoroetano, che è un composto organico contenente fluoro. È incolore, è utilizzato come refrigerante ed è contenuto negli spray per rimuovere la polvere. Un'elevata esposizione a questo gas può provocare irritazione della gola, del naso e dei polmoni. Può anche provocare alterazione dell'equilibrio idroelettrolitico e perfino morte improvvisa (9,10). Il danno da congelamento è uno dei possibili, seppur rari, effetti avversi. Il difluoro-

etano probabilmente agisce a livello del Sistema nervoso centrale stimolando i recettori GABAergici e inibendo quelli NMDA. Altri studi suggeriscono che gli inalanti favoriscano il rilascio di dopamina in specifiche aree cerebrali (2,11). Oltre ai possibili danni organici, è opportuno ricordare che l'esposizione precoce a sostanze additive è correlata ad un maggior rischio di sviluppare una condizione di dipendenza ed in età adulta con il manifestarsi di Disturbi psichici come i Disturbi di personalità, per lo più di cluster B. Questa storia clinica si sovrappone alle molte storie di disagio adolescenziale. E pur con il suo esito positivo ci lascia molto preoccupati per il potenziale di abuso di sostanze apparentemente innocue e per il sovrapporsi di abuso ad abuso dal momento che è legata all'utilizzo del computer ed alla rivoluzione culturale perennemente in atto. I processi di trasformazione culturale sono così veloci da far parlare di differenze intragenerazionali cioè differenze che interessano addirittura i fratelli minori dai maggiori, lasciando gli adulti a distanze siderali. Eppure la storia di F. ci insegna anche che il malessere dei giovani necessita di ascolto, di parole che traducano i messaggi consegnati alle immagini o alle "storie" di Instagram, di adulti meno smarriti, di processi di cura che non parlino solo un linguaggio pseudoscientifico. In questo caso forse proprio lo smarrimento che ci ha colti di fronte all'imprevisto, il riuscire a stare nell'incertezza di non poter sapere se la ragazza usasse o no sostanze, tornando così a doverci fidare di ciò che vedevamo e delle sue parole, ci ha consentito di darle prova che esiste un modo di stare al mondo, pur nell'incertezza, nella precarietà di noi tutti, che grazie alla parola, grazie alle relazioni ci consente di chiedere e dare aiuto.

**Bibliografia**

- 1 Kurniali P.C., Henry L., Kurl R., Mehare JV: Inhalant abuse of computer cleaner manifested as angioedema. *Am J Emergency Med* 2012 Jan;30(1):265.e3-5. doi: 10.1016/j.ajem.2010.12.003. Epub 2011 Feb 3
- 2 Willams J.F., Storck M.: Inhalant abuse. *Pediatrics* 2007; 119: pp.1009-1017;
- 3 Carder J.R, Fuerst R.S.: Myocardial infarction after toluene inhalation. *Pediatr Emerg Care* 1997; 13: pp.117-119
- 4 <http://www.espad.org/report/country-summaries#italy>
- 5 [www.politicheantidroga.gov.it/media/2153/relazione-al-parlamento\\_2017.pdf](http://www.politicheantidroga.gov.it/media/2153/relazione-al-parlamento_2017.pdf)
- 6 Winston A., Kanzy A., Bachuwa G.: Air Duster abuse causing rapid airway compromise. *BMJ Case Rep* 2015; 2015: bcr2014207566. Published online 2015 Jan 7.;
- 7 [www.drugabuse.gov](http://www.drugabuse.gov) ;
- 8 [www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X00001592](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X00001592);
- 9 Vance C, Swalwell C, Melntyre IM. Death involving 1,1 difluoroethane at San Diego County Medical examiner's Office. *J Anal Toxicol* 2012; 36: 626-33
- 10 Bass M: Sudden sniffing death. *Jama* 1970 ; 2075: pp 212;
- 11 Jevtovic-Todorovic V, Todorovic S.M., Mennerick S., et A: Nitrous oxide (laughing gas) is an NMDA antagonist, neuro-protectant and neurotoxine. *Nat Med* 1998; 4: pp 460

## AREA TEMATICA 7

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

7.1

#### MODELLO DI PRESA IN CARICO DEL GIOCATORE PATOLOGICO NEL SERVIZIO SPECIALISTICO GAP

**Taddeo Margherita**, *Dirigente Responsabile SerD  
Intramurario, Coord. Servizio GAP*

**Montagna Giacoma**, *Dirigente Sociologo Servizio GAP*

**Evangelista Antonella**, *Educatore Servizio GAP*

**Sileno Lidia**, *Educatore Servizio GAP*

**Ponzetta Lucia**, *CPS Infermiere Servizio GAP*

**Cafagna Angela**, *Tirocinante Psicoterapeuta Servizio GAP*

**Ariano Vincenzo**, *Dirigente Medico, Igienista e  
Tossicologo, Direttore*

– Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL TA –

#### Premessa

Il Dipartimento Dipendenze Patologiche della ASL di Taranto si è fatto promotore, collaborando con la Regione Puglia, della formulazione del "Progetto Regionale Sperimentale di Trattamento della Patologia del Gioco d'Azzardo". Tale progetto approvato dalla stessa Regione Puglia con provvedimento n.867 del 29 aprile 2015, di durata triennale, aveva come obiettivo l'organizzazione presso ogni Dipartimento Dipendenze Patologiche delle ASL Pugliesi, di un Servizio dedicato al GAP. In riferimento al suddetto progetto la ASL di Taranto ha istituito con delibera aziendale un Servizio Specialistico sul GAP, con competenza dipartimentale e in una sede differente rispetto al SerD. Attualmente il Servizio ha in carico 219 soggetti di cui n°200 maschi e n°19 femmine, l'età media è di 48 anni. I nuovi ingressi al Servizio sono circa 6 al mese. L'equipè che opera nel Servizio è multidisciplinare, formata da medico, psicologo-psicoterapeuta, infermiere, educatore professionale e sociologo, di questi figure professionali alcune operano ad orario completo altre ad orario parziale.

#### Accesso e accoglienza al servizio GAP

La modalità di accesso al Servizio Gap è libera, ad accesso diretto e gratuita, avviene presentandosi personalmente presso il Servizio o previo appuntamento telefonico, in cui viene effettuato un primo counseling

informativo. Segue il primo colloquio, condotto da un educatore professionale ed un infermiere professionale finalizzato all'accoglienza e ad una eventuale successiva presa in carico attraverso la compilazione della cartella clinica. Durante la fase di accoglienza si raccolgono informazioni attraverso l'anamnesi, la storia di gioco, il passaggio dal gioco sociale al gioco problematico, l'esistenza di eventuali criticità conseguenti al gioco (familiari, sociali, lavorative, debitorie e legali) viene, inoltre, accolta la richiesta d'aiuto da parte dei familiari, spesso i primi a rivolgersi al Servizio in quanto coinvolti per più aspetti nella patologia. Il primo colloquio ha quindi l'obiettivo di dare ai giocatori e ai loro familiari informazioni specifiche sulla patologia e sulle sue caratteristiche, motivando il giocatore ad una riflessione sulla propria condizione di dipendenza. Prerogativa, questa, fondamentale per una reale motivazione al cambiamento. Dopo questa fase motivazionale e l'accettazione delle regole lo scopo è di arrivare alla riduzione/cessazione del comportamento di gioco patologico pertanto gli incontri saranno focalizzati verso un intervento cognitivo con la finalità di modificare lo stile di pensiero rispetto al gioco.

#### Valutazione multidisciplinare

Dopo la prima fase di presa in carico si passa ad una fase di valutazione multidisciplinare medica, psicologica e psicodiagnostica e di gestione economica finalizzata a formulare una diagnosi di gioco d'azzardo patologico e del livello di gravità. Tra gli strumenti utilizzati: DSM 5, SOGS, intervista diagnostica sul gioco patologico di Laudouceur, CANADIAN, MAC/G, la passione del gioco (batteria di test specifica sul comportamento di gioco), affiancati da altri test psicodiagnostici quali MMPI2, ABQ, TAS20. Formulata la diagnosi si propone concordandolo con la persona, un progetto terapeutico individualizzato. Il trattamento secondo il modello cognitivo-comportamentale e quello sistemico-relazionale, può prevedere sostegno psicologico, psicoterapia individuale, familiare o di coppia, psicoterapia di gruppo, gruppi di sostegno, trattamento farmacologico, di gestione e tutoraggio economico. Inoltre dal 2015 presso il Servizio GAP sono partiti gruppi psicoterapeutici e dal 2016 oltre i gruppi psicoterapeutici si sono formati i gruppi di sostegno per i familiari.

#### Tutoraggio socio-economico e finanziario

I problemi finanziari sono i primi ad essere oggetto di preoccupazione da parte del soggetto affetto da pato-

logia di gioco d'azzardo e della sua famiglia e, spesso, rappresentano il motivo principale per cui viene formulata una richiesta di aiuto. Il primo intervento da attivare è mettere al sicuro il reddito personale e il patrimonio familiare, pertanto il trattamento terapeutico può essere affrontato con maggiore consapevolezza e serenità. Nella nostra esperienza di lavoro a contatto con famiglie con problemi di sovraindebitamento, si incontrano nuclei familiari con caratteristiche e modalità di approccio ai problemi, molto differenti, in special modo per quanto riguarda la gestione dei problemi di carattere economico. La caratteristica del giocatore patologico è quella di mostrare un ridotto senso del valore del denaro e incapacità nell'amministrare in modo oculato i propri introiti. Talvolta, si consiglia di risparmiare ogni mese una piccola somma da destinare al pagamento dei debiti; altre volte il reddito mensile del giocatore è automaticamente ridotto da trattenute sulla busta paga per pagare finanziamenti o mutui; altre volte ancora le spese da effettuare ogni mese restano elevate, anche sospendendo il gioco. Per questi motivi, la gestione del denaro comporta una razionale, sistematica e metodica attenzione e supervisione da parte di una persona vicina e fidata (il compagno, un genitore, un figlio, un fratello, un amico) e da parte dello specialista che segue il paziente sotto questo aspetto. Per la maggior parte delle famiglie pensare di avere un diario o un registro giornaliero, settimanale e mensile delle spese e dei guadagni, può apparire un'impresa molto complicata. Bisogna iniziare ad essere diligenti nel registrare quanto abbiamo speso, cosa abbiamo acquistato e quale è stato il nostro guadagno, per poi raffrontarlo con le spese del mese precedente. Il lavoro di annotazione delle spese è complicato e va regolato segnando precisamente ogni giorno quanto si è speso, con la causale, anche per cifre molto esigue. Sono necessari due o tre mesi affinché si abbia un quadro affidabile. Questo è un valido esercizio di disciplina mentale che costringerà i nostri pazienti a mettere ordine nelle loro abitudini di consumatori prima ancora che alle loro finanze. È necessario seguire con accuratezza e precisione le spese fatte, conservarne i riscontri (scontrini, ricevute, fatture) e catalogare le entrate a seconda della cadenza temporale. Nella gestione delle spese quotidiane bisogna necessariamente delegare la persona di fiducia evitando in modo assoluto l'accesso diretto al conto da parte del paziente, quest'ultimo non potrà trattenere carte di credito o quant'altro. Inoltre, è stato approntato uno schema da compilare a cura del giocatore, in cui annota con precisione i suoi creditori, i debiti accumulati nel tempo, il denaro già reso, l'importo del debito restante e la programmazione del pagamento mensile. L'esito di tale intervento è stato ad oggi molto positivo per la risposta da parte dei giocatori e dei loro familiari e per una

maggiore consapevolezza riguardo le diverse forme di indebitamento.

### **Gruppo terapeutico per giocatori patologici**

Il gruppo terapeutico per giocatori d'azzardo patologici è attivo da ottobre 2015, organizzato come gruppo aperto, composto sia da giocatori che necessitano di consolidare l'astensione dal gioco sia da coloro che hanno raggiunto da breve tempo tale astensione. Il gruppo è condotto da due Psicologi-Psicoterapeuti e ha regole fisse come: riservatezza, puntualità, ascolto rispettoso, ma anche il divieto di organizzare intrattenimenti al di fuori del gruppo, proprio per valorizzare e potenziare le dinamiche fra i partecipanti sotto la tutela degli psicologi/psicoterapeuti che conducono il gruppo. Ad oggi, hanno partecipato circa 58 giocatori, di cui 2 donne, con un'età media di 45 anni e un drop out del 33%. Ad ogni membro, viene inizialmente somministrato un questionario costruito ad hoc, per evidenziare le aspettative, lo stato emotivo e la consapevolezza di malattia. Per quasi tutti, è evidente che il gap non sia semplicemente una brutta abitudine o un vizio pericoloso, bensì una vera e propria dipendenza. Riguardo allo stato d'animo, la maggior parte si dichiara sereno, ottimista e fiducioso e solo una minoranza avverte emozioni negative quali tristezza, paura, rabbia e vergogna. Le aspettative riguardano soprattutto il supporto psicologico, ma anche l'essere di supporto agli altri piuttosto che approfondire la conoscenza del problema o ricevere aiuto pratico. Ogni anno il gruppo viene sospeso durante il mese di agosto e in questa occasione viene somministrato un questionario di gradimento costruito ad hoc, l'analisi di tale questionario ha evidenziato un alto livello di soddisfazione dei partecipanti e il bisogno di continuare perché ritengono di aver ricevuto ascolto e sostegno e anche perché condividendo la propria esperienza, si sono sentiti utili. Difatti, dal lavoro svolto in questi 3 anni, emerge proprio l'esigenza di raccontare e condividere la propria storia, di analizzare i propri stati d'animo e migliorare le capacità di ascolto e riflessione, fortemente compromesse nel giocatore, che si caratterizza per modalità alestitimiche e impulsivo-compulsive nelle relazioni. Alcuni hanno condiviso le difficoltà attuali, altri hanno voluto esplorare le esperienze infantili, spesso traumatiche; altri ancora hanno esternato le problematiche familiari, ma spesso hanno riconosciuto i meriti dei propri coniugi e familiari nel sostenere il loro percorso di recupero. Qualcuno ha avuto il coraggio di condividere anche le ricadute, cercando nel gruppo il sostegno per continuare il percorso; altri ancora hanno abbandonato suscitando emozioni forti nei restanti.

### **"La giostra" gruppo di sostegno ai familiari**

Per il raggiungimento degli obiettivi personali, relazio-

nali e sociali nel trattamento della dipendenza da gioco d'azzardo di fondamentale importanza è il ruolo della famiglia in cui il giocatore patologico vive. Il familiare è inevitabilmente coinvolto e spesso intrappolato in un fenomeno di codipendenza in cui si mettono in atto comportamenti che legittimano il gioco. Il familiare non vive più una vita normale ma una condizione di condivisione della dipendenza, caratterizzata da scarsa autostima, senso di colpa e rancore, disprezzo per l'altro, idea fissa di voler aiutare il giocatore. I timori del familiare sono principalmente concentrati sul versante economico e sulla relazione (mancanza di fiducia, scarso dialogo). Inoltre in seguito ad una richiesta di molti familiari, si è ritenuto importante avviare un gruppo di sostegno, di guida e confronto, rivolto alle famiglie. La prima esperienza nel Servizio è stata avviata nel 2016, un gruppo aperto, anche a più componenti della stessa famiglia, che abbiamo chiamato "LA GIOSTRA", metafora per indicare il vortice in cui si trova costretto a salire il familiare. Da questa metafora in cui tutti si sono ritrovati si è partiti spostando l'attenzione su se stessi; dal giocatore alla propria persona: non più moglie, madre, compagna, figlia di... ma persone che possono autonomamente decidere di "scendere da quella giostra", iniziando a lavorare su:

- Una maggiore conoscenza della patologia (non vizio ma malattia)
- Dare una definizione del fenomeno della codipendenza che porta il familiare a convivere con un groviglio di emozioni: paura, rabbia, vergogna
- Aumentare l'autostima;
- Iniziare a smettere di pensare di voler agire un cambiamento sull'altro.
- Definire il proprio ruolo ed il proprio spazio vitale all'interno dei rapporti familiari

Inoltre è stata data al familiare la possibilità di partecipare al gruppo di sostegno, indipendentemente dalla presenza del giocatore nel gruppo psicoterapeutico. Gli incontri del gruppo si sono svolti nelle stesse date e orari del gruppo rivolto ai giocatori ma in un setting diverso. Al gruppo, formato da una media di 16 partecipanti, è stato somministrato un test conoscitivo, riguardante la sfera emotiva e i bisogni dei partecipanti. Dall'analisi di tali questionari è emerso che la maggior parte dei familiari era consapevole che il gioco è una malattia, che il sentimento prevalente era la rabbia, che il supporto psicologico e le informazioni sulla patologia erano indispensabili e che offrire il loro sostegno agli altri componenti è molto importante. Mettersi in relazione con altre persone significa accettare regole per stare in gruppo, dover chiedere, saper ascoltare, prendersi delle responsabilità, affrontare il conflitto e il giudizio degli altri. Malgrado le spinte individualistiche, sviluppare un senso di appartenenza è fondamentale per la crescita dell'individuo, si miglio-

ra l'approccio al problema e si apprendono anche modalità di comportamento nel confronto con gli altri.

### Conclusioni

Il nostro modello di presa in carico, che si è costruito attraverso un lungo percorso di formazione e sperimentazione, si è rivelato essere molto efficace, per l'offerta di un percorso specialistico differenziato. Difatti, il Servizio GAP, ha una valenza dipartimentale ed una sua autonomia funzionale rispetto al Servizio per le dipendenze da sostanze. Inoltre tale Servizio ha evidenziato la sua efficacia sia per il modello di valutazione che di trattamento del giocatore patologico e dell'intero nucleo familiare. Dai follow-up effettuati a distanza di un anno, dalla fine del trattamento, si è evidenziata nel 75% dei casi una remissione prolungata dal Disturbo da Gioco D'azzardo. Dall'analisi dei questionari di gradimento e della qualità del Servizio, somministrati, in forma anonima all'utenza e ai componenti della famiglia, dalla sociologa del Servizio, è emersa un ottimo livello di gradimento dello stesso da parte dell'utenza e dei loro familiari con una percentuale di oltre il 90%.

## 7.2

## RAPPORTI... IN GIOCO

**Raimondi Caterina\***, **Fasolo Elena\*\***,  
**Cammarata Liborio Martino\*\*\***

\**Psicologa-psicoterapeuta, D.P.D - S.C. Ser.T ASL NO, sede di Trecate*

\*\**Assistente sociale, D.P.D - S.C. Ser.T ASL NO, sede di Trecate*

\*\*\**Direttore Dipartimento Interaziendale Patologia delle Dipendenze - AA.SS.LL NO, BI, VC, VCO*

**Parole chiave:** *Gioco d'Azzardo Patologico (gambling), Dipendenza (Addiction), psicoterapia individuale, colloqui di sostegno individuali, colloqui di sostegno sociale, relazione sostitutiva, D.P.D (Addiction service)*

## INTRODUZIONE

La dipendenza da gioco d'azzardo patologico, non diversamente da altre addiction, presenta caratteristiche tipiche della cosiddetta "patologia della relazione". Il gambler vive un percorso di solitudine e di isolamento sociale. Spesso il giocatore, per via del suo problema di gioco, si allontana trascurando le persone che gli sono vicine. Egli subisce la sfiducia nei suoi confronti da parte dell'altro e ciò provoca ulteriore scoramento. Non può che derivarne deterioramento nelle relazioni, nella percezione di sé, così come distorsioni legate a cognizioni ed interpretazioni erranee.

Nella fase cosiddetta di "disperazione" (Custer, Rosenthal 1987) il gambler si rivolge ai Servizi ed in maniera critica desidera realisticamente un aiuto.

Scopo ultimo della terapia è il passaggio alla fase di "riedificazione", nella quale si è potuto osservare:

- Efficacia nel trattamento individuale del paziente G.A.P.;
- aumento della consapevolezza nel riconoscimento del gioco d'azzardo come "sostituto della relazione";
- miglioramento della qualità di vita tramite miglioramento dei rapporti familiari e progettazione nuove mete;
- cessazione dal gioco.

Obiettivo del poster: Condivisione del buon esito dell'esperienza.

## Metodologia

Tramite l'utilizzo della psicoterapia individuale il paziente è stato accompagnato nell'analisi delle motivazioni che lo spingevano alla dipendenza comportamentale. Nel contempo dal confronto con l'operatore

ha imparato ad acquisire stili di vita differenti e soluzioni alternative più adattive. La relazione a due con l'operatore ha favorito lo sblocco di emozioni altrimenti congelate e l'analisi di "ferite" non facilmente sanabili, dedicando particolare attenzione agli aspetti empatici, di comprensione e di affetto per l'altro. I colloqui sociali hanno consolidato la presa di coscienza tramite l'analisi delle conseguenze finanziaria legate al gioco, con riflesso sulla coppia e sui familiari, migliorando la qualità della relazione.

## Conclusioni

Nel 2016 si è consolidata la nostra esperienza di Servizio specializzato nel trattamento individuale di giocatori d'azzardo patologici: tot. N. 109 pazienti trattati nell'anno; di questi:

- n. 36 hanno notevolmente migliorato i rapporti di coppia o familiari;
- n. 32 hanno investito in attività di tempo libero/volontariato;
- n. 26 non cambiamenti sostanziali, in una situazione di coppia/familiare già stabilizzata;
- n. 15 non è stato possibile individuare dati in tal senso;

Tramite la raccolta dati effettuata per mezzo delle notizie rilevate retrospettivamente dalla cartella clinica è stato possibile individuare quale fosse la situazione affettivo-relazionale al momento dell'accoglienza e quale poi sia stata l'evoluzione nella qualità delle relazioni a fine terapia.

Gli items utilizzati sono quelli di seguito indicati:

- DSM V (criteri 8 e 9):
    8. *"Ha messo a repentaglio o perso una relazione significativa... per il gioco d'azzardo".*
    9. *"Si basa su altri per cercare denaro per alleviare le disperate situazioni finanziarie causate dal gioco d'azzardo"*
  - CANADIAN PROBLEM GAMBLING INDEX (item 8 e 9):
    8. *"Hai pensato che il gioco ti abbia causato problemi economici o ne abbia causati al tuo bilancio familiare?"*.
    9. *"Ti sei sentito in colpa per il tuo modo di giocare o per ciò che accade quando giochi?"*.
  - SOUTH OAKS GAMBLING SCREEN (item 19 -20 e item relativo allo stato civile)
    19. *"Nel corso degli ultimo 12 mesi ha mai nascosto ricevute delle scommesse,...al suo coniuge, ai suoi figli o ad altre persone importanti nella sua vita?"*;
    20. *"Nel corso degli ultimi 12 mesi le è capitato di avere discussioni con le persone con cui vive circa il suo modo di comportarsi nei confronti del denaro?"*.
- Ai suddetti items va aggiunto quello relativo allo stato civile.*

## **Conclusioni**

Il percorso ha favorito una migliore introspezione e la conoscenza di sé in rapporto all'altro ed ha incentivato la ripresa di attività sociali e di volontariato, scotomizzate dal gioco.

Il trattamento individuale ha determinato il successo del percorso terapeutico, sia rispondendo agli standard di procedura aziendale (almeno il 50% ha concluso il percorso diagnostico ed almeno il 30% dei pazienti ha concluso il percorso terapeutico), che facilitando l'astensione da Gioco d'Azzardo Patologico.

## **Bibliografia**

- DSM V, American Psychiatric Association, 2013  
"Il Disturbo da gioco d'azzardo, un problema di salute pubblica. Indicazioni per la comprensione e per l'intervento", P. Jarre e M. Croce, Publiedit, 2017  
"Il gioco d'azzardo eccessivo - Vincere il gambling", R. Ladouceur, CSE, 2003

## 7.3

**QUESTO GIOCO NON MI PIACE**

**Mussi Daniela\***, **Scotti Ivana\*\***,  
**Zarri Viviana\*\*\***, **Tosi Daniela°**, **Bartoletti Luigi°°**

\* *Responsabile S.S. Gioco d'Azzardo*

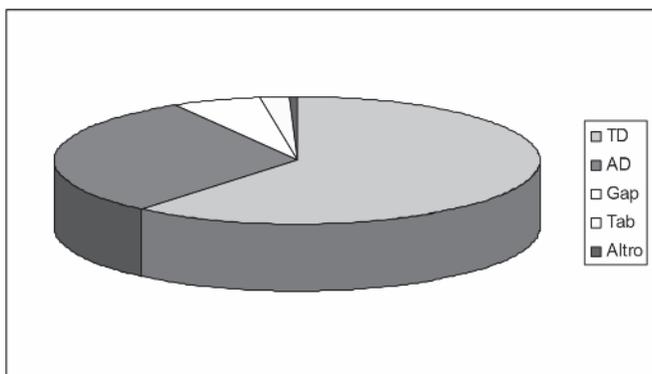
\*\* *Psicologia S.S. Psicologia delle Dipendenze*

\*\*\* *Educatore Professionale S.S. Gioco d'Azzardo*

° *Assistente Sociale S.S. Gioco d'Azzardo*

°° *Direttore S.C. SERD e Dipartimento di Patologia delle Dipendenze ASLAL*

La provincia di Alessandria occupa l'estremo settore sud-orientale della Regione Piemonte, territorio per tre quarti montuoso o collinare. Tale area geografica corrisponde ai quattro Distretti della ASL AL con una popolazione di circa 445.674 abitanti, concentrata principalmente nei capoluoghi sede di Distretto. La S.C. Ser.D. del Dipartimento di Patologia delle Dipendenze dell'ASL AL eroga prestazioni in grande prevalenza su soggetti affetti da disturbo da uso di sostanze psicoattive quali principalmente eroina, alcol e cocaina, piuttosto che da comportamenti additivi specifici quali il gioco d'azzardo (vedi grafico: TD 1.500, AD 750, Tab 53, GAP 142, Altro 11).



La predisposizione di ambulatori dedicati e/o con orari differenziati rispetto all'afflusso delle altre utenze è stato possibile solo nella sede più grande della S.C. Ser.D. , Alessandria, mentre nelle altre 6 sedi ci si è comunque adoperati per rispettare la specificità della patologia, evitando, il più possibile, la commistione con altre forme di dipendenza. Inoltre ad Arquata Scrivia, presso i locali della Casa della Salute dell'ASLAL, è stato possibile aprire un ambulatorio dedicato al DGA, con accesso libero o su appuntamento, una mattina alla settimana, nel momento di maggiore affluenza della cittadinanza agli studi specialisti-

ci presenti in loco. Esiste una linea telefonica dedicata divulgata tramite brochure e locandine distribuite in diversi locali dell'ASL AL e presso gli studi dei MMG. Al fine di garantire un processo di trattamento esaustivo e di migliorare l'efficacia del percorso globale di cura si è creato un percorso di semiresidenzialità di 5 giornate presso la sede S.C. Ser.D. di Alessandria (2 moduli/anno) sostenuto da successivi momenti di rinforzo nel corso dell'anno della durata di 2 gg (max 4/anno). Il primo programma semiresidenziale avrà inizio il 15 ottobre p.v. su nr. 10 pazienti (8 uomini, 2 donne) già individuati e aventi i seguenti criteri d'inclusione: assenza di grave patologia psichica, buona compliance presso la SC Ser.D., non attualmente assuntori di sostanze psicoattive. Non è criterio di esclusione la presenza attuale di DGA.

L'attività si svolgerà dal lunedì al venerdì, e si proporranno gruppi di arte terapia, psicodramma analitico, nozioni di neuroscienze e farmacoterapia, tecniche di rilassamento, danza movimento terapia, incontro con membri dei GA, consulenza economica, etc.. (vedi tabella seguente).

Il modello di presa in carico descritto è stato presentato all'ASLAL, lo scorso anno, come progetto dal titolo "Questo gioco non mi piace" costruito ed elaborato dagli operatori di tutto il Dipartimento. Sono in via di elaborazione, in merito alle risposte specifiche e ai bisogni portati dall'utenza ed al benessere individuale e familiare, percorsi di una/due giornate dedicate ai familiari considerati come portatori di bisogni propri. Le attività ad oggi presenti nel DPD ASLAL contemplano, oltre alle usuali procedure di cura e presa in carico, anche un gruppo di psicoterapia per DGA e la terapia sistemica familiare e/o consultazione di coppia. Tali attività, svolte nella sede di Alessandria sono aperte a tutto il Dipartimento.

**Percorso di semiresidenzialità di 5 giornate**

	LUNEDI	MARTEDI	MERCOLEDI	GIOVEDI	VENERDI
<b>MATTINA</b>		<b>9.00-10.30</b>  Neuroscienze del comportamento	<b>9.00-10.30</b>  Riflessione sulle distorsioni cognitive e sulle trappole del "pensiero magico"	<b>9.00-10.30</b>  Gruppo di confronto: danno e famiglia	<b>9.00-11.00</b>  Tecniche di rilassamento
		Pausa	Pausa	Pausa	Pausa
	<b>11.00-13.00</b>  Presentazione della settimana, raccolta domande/esigenze	<b>11.00-13.00</b>  Mindfulness	<b>11.00-13.00</b>  Gruppo psicologico narrativo	<b>11.00-13.00</b>  Gruppo psicologico sistemico	<b>11.30-13.00</b>  Consulenza sui sostituti funzionali
<b>13.00-14.00</b>	Pranzo	Pranzo	Pranzo	Pranzo	Pranzo
<b>POMERIGGIO</b>	<b>14.00-16.00</b>  Arteterapia: presentazione grafica dei partecipanti	<b>14.00-16.00</b>  Gruppo cinema	<b>14.00-15.30</b>  Consulenza economica e amministrazione di sostegno	<b>14.00-15.30</b>  Gruppo di confronto con i Giocatori Anonimi	<b>14.00-15.30</b>  Gruppo di confronto sulla settimana passata (Attività di gruppo senza conduttori)
	Pausa	Pausa	Pausa	Pausa	Pausa
	<b>16.30-18.00</b>  Discussione in gruppo: riflessione	<b>16.30-18.00</b>  Gruppo psicologico: riflessione	<b>16.00-18.00</b>  Mindfulness	<b>16.00-18.00</b>  Terapia espressiva:	<b>16.00-18.00</b>  Gruppo psicologico: Psicodramma

### Bibliografia

Bellio G, Croce M (EDS) *Manuale sul gioco d'azzardo. Diagnosi, Valutazione e trattamenti*. Franco Angeli, Milano 2014

American Psychiatry Association *Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali 5' Edizione DSM-5*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2014

PEARLS (Practical Evidence About Real Life Situations) – McAvory B. Tr. *Le terapie psicologiche sono efficaci per il gioco d'azzardo problematico e patologico*. DoRS, Centro di Documentazione per la promozione della Salute della Regione Piemonte.. 383:2013

Allen Frances *La diagnosi in psichiatria. Ripensare il DSM-5* Raffaello Cortina Editore, Milano 2014

A cura di Alfio Lucchini *Il gioco d'azzardo patologico. Esperienze cliniche, strategie operative e valutazione degli interventi territoriali*. Franco Angeli, Milano 2016

## 7.4

## ANALISI DI 94 PROFILI MMPI DI GAMBLERS

**Tambone Mariella\*, Taranto Antonio\*, Ricco Emiddio\*\***

\*Asl Bari/DDP

\*\*Psicologo in form ASL Bari SerD

L'articolo si pone l'obiettivo di verificare l'ipotesi incentrata sulla possibilità che ci possano essere tratti comuni ai giocatori d'azzardo presi in carico dal servizio pubblico attraverso le storie dagli stessi riportate e l'analisi dei risultati ottenuti dallo strumento psicodiagnostico dell'MMPI.

Per effettuare la ricerca si è reso necessario l'accesso all'archivio pazienti della struttura sia attraverso la rilettura dei diari clinici e delle cartelle cliniche dei pazienti nonché di quella del materiale psicodiagnostico raccolto nel tempo.

Quanto analizzato ha fatto affiorare una leggera differenza nei punteggi ottenuti dal campione sperimentale messo a confronto con il gruppo di controllo restituendo una realtà statisticamente poco significativa.

È emerso infatti che, fatta eccezione di alcuni valori relativi alle scale di controllo sopra/sotto la media, quanto il paziente tipo non si discosti dalla normalità, manifestando però tre caratteristiche prevalenti.

Nel dettaglio, la lettura del dato ha messo in luce una tendenza, del giocatore patologico:

- A. alla menzogna (scala K), così come riportato al punto 7) del DSM V, rappresentata dal costante uso della falsità nella realtà quotidiana;
- B. alla devianza psicotica/antisocialità (scala Pd), di certo correlata al pensiero magico della vincita che può accompagnare il giocatore verso una realtà distorta e travisata che, così come riportato ai punti 2) e 6) del DSM V, che correntemente inducono il giocatore ad allontanarsi da amici e familiari portandolo financo al ritiro sociale;
- C. alla paranoia (Pa) la cui alterazione lascia trapelare il conflitto tra il senso di colpa nel continuare a giocare e l'impulso nel rifugiarsi in questa realtà artefatta sfuggendo quindi la vita reale, così come riportato ai punti 2) ed 8) del DSM V. Il tratto paranoideo riscontrato denota anche un sentimento di "sfortuna" rispetto al "gioco facile" pubblicizzato.

### Conclusioni

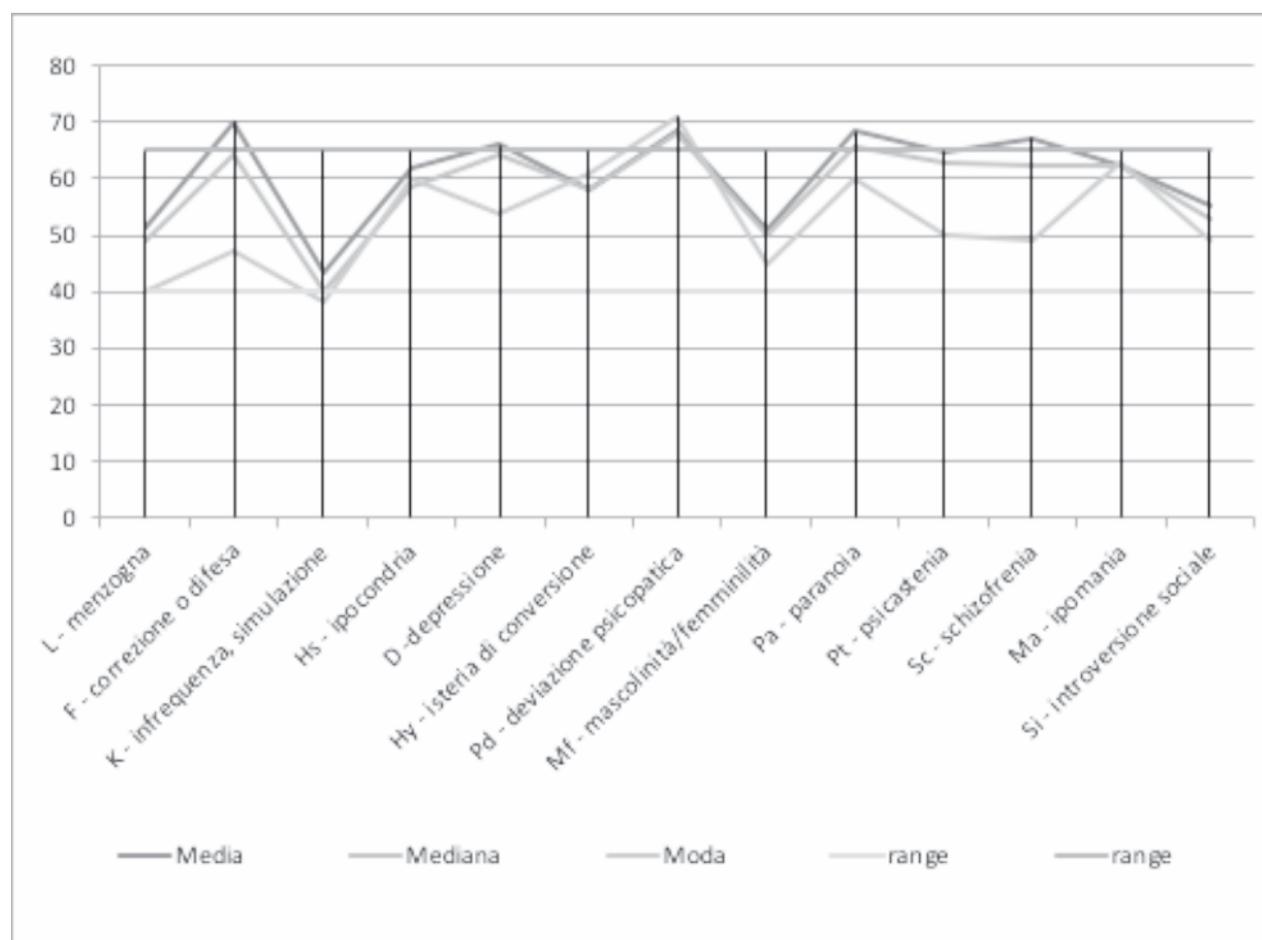
I protocolli sono il frutto del tuo periodo di osservazione come tirocinante sistemico relazionale presso il Serd di Bari (questo evidenzia anche come il fenomeno è rilevante). La richiesta di accesso al servizio risulta essere molto più bassa rispetto al fenomeno ed è da questo assunto che è maturata l'esigenza di capire meglio il dato di realtà.

Il risultato della ricerca conferma che il giocatore d'azzardo ha una struttura di personalità sostanzialmente normale ma caratterizzata dalla frequente prevalenza delle 3 scale citate.

Così come mostrato nel grafico (*Figura 1*), la profilatura del campione non si discosta da quella di normalità determinata in sede di validazione dello stesso strumento raggiungendo in alcuni tratti leggeri picchi o depressioni, che in fase di analisi attraverso lo strumento software SPSS® sono stati ulteriormente analizzati.

Si è quindi ritenuto necessario procedere con l'analisi di contingenza per individuare la reale incidenza statistica del dato tenendo conto delle reali sottoscale correlate alla particolarità del range ricompreso (in media) tra due valori (40,65) raccogliendo il dato complessivo in una tabella numerico\statistica in cui lo stesso dato è stato inquadrato in 3 differenti indici attestanti in ordine crescente valore inferiore alla media, valore di normalità, valore superiore alla media da cui è emerso quanto riportato che in realtà le sole scale non inquadrabili nella media sono solo tre: "K-Pd-Pa" che analizzate nel dettaglio hanno disconfermato la tendenza della mera analisi delle medie lasche restituendo il quadro reale della distribuzione.

Pertanto, gli interventi psicoterapeutici dovrebbero essere finalizzati a contenere la vulnerabilità derivante da queste caratteristiche. Il lavoro terapeutico ha confermato il dato statistico. L'esperienza presso il servizio territoriale ha confermato che le terapie con questo tipo pazienti sono più brevi rispetto ad altre dipendenze.

**Figura 1** – Grafico medie lasche campione totale

## Bibliografia

- Dott. Ricco Emiddio - Dott.ssa Tambone Mariella – Dott. Taranto Antonio. GAP, l'infelicità di vincere facile – Psicopuglia - Notiziario dell'Ordine degli Psicologi di Puglia vol.21, giugno 2018;
- Antonella Granieri (Autrice).Teoria e pratica del MMPI-2. Lettura clinica di un test di personalità - Editore: Frilli (2007);
- Luigi Abbate (Autore), Paolo Roma (Autore)MMPI-2. Manuale per l'interpretazione e nuove prospettive di utilizzo (2014);
- Umberto Folena (Autore).L'illusione di vincere. Il gioco d'azzardo emergenza sociale - Editore: Ancora (2014);
- Caterina Donadeo (Autrice).Gioco d'azzardo e ludopatia. Dal divertimento alla dipendenza - Editore: Haze (2014);
- F. Picone (Curatore) Il gioco d'azzardo patologico. Prospettive ed esperienze cliniche - Editore: Carocci (2010).

## 7.5

## UNA PROPOSTA DI *FOLLOW-UP* COME ATTIVITÀ INTEGRATA NELLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO

### L'esperienza dell'Ambulatorio per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico (DGA) del SerD di Padova (Ulss 6 Euganea)

Lazzaro Silvia, Chinellato Giulia, Giordano Anna, Stivanello Antonio, Zecchinato Giancarlo, Cavallari Guglielmo

Dipartimento Dipendenze, U.O.C. SERD Padova e Piove di Sacco, Azienda U.L.S.S. N. 6 Euganea

#### Introduzione

L'assessment del paziente con dipendenza da gioco d'azzardo è venuto a definirsi come un processo complesso che include elementi eterogenei (medico-psicologici, socio-ambientali) in una prospettiva di valutazione ecologica e multifattoriale (Capitanucci, 2014; Capitanucci et al., 2017). Il *follow-up* rappresenta, unitamente ad anamnesi, diagnosi e negoziazione degli interventi, una delle principali componenti nella presa in carico multiprofessionale del paziente basata sui principi del *Recovery* che dovrebbe ispirare le linee guida cliniche e rappresentare il focus degli interventi del 21° secolo (Slade et al., 2012). Consente, anche nei trattamenti delle dipendenze comportamentali, di valutare l'efficacia degli interventi e rielaborare dinamicamente nuove linee guida basandole sull'evidenza.

#### Obiettivi

1. descrivere il protocollo di *follow-up* implementato a partire da Gennaio 2018 presso l'ambulatorio DGA (SerD di Padova);
2. presentare una sintesi dei risultati raccolti (in costante aggiornamento);
3. elaborare una riflessione in merito ai risultati e loro possibili implicazioni.

#### Materiali e metodi

La procedura di *follow-up* è stata modificata da Gennaio 2018 attraverso l'implementazione di un processo strutturato su quattro tempi:

- *Valutazione iniziale (T0)*: il paziente, dopo un primo

colloquio conoscitivo, effettua un secondo colloquio (circa una settimana dopo). Questo secondo incontro prevede la somministrazione di:

- *intervista semi-strutturata* che contiene sezioni dedicate alla raccolta di dati: socio-demografici; specifici per il comportamento di gioco (gioco principale, frequenza, denaro speso), verifica dei 9 criteri del DSM-5; rilevazione di ulteriori forme di dipendenza (nell'ultimo anno e *life-time*); ricognizione della situazione familiare, gestione del tempo libero.

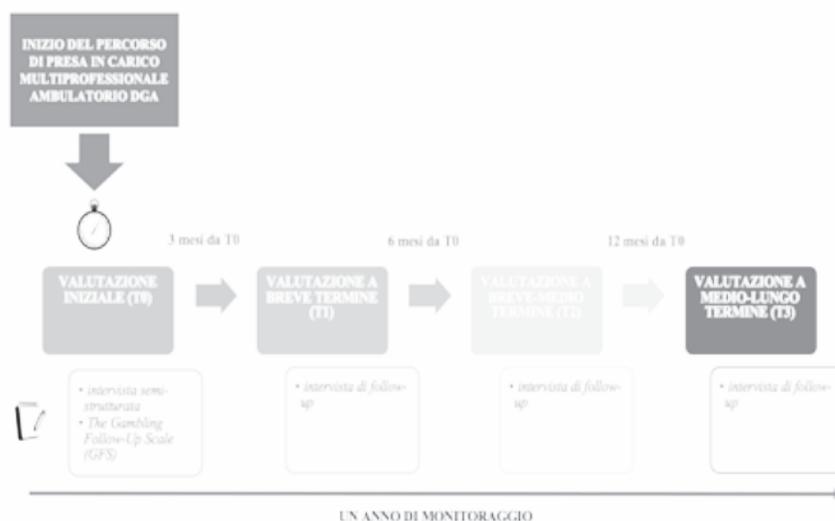
- *Questionario validato The Gambling Follow-Up Scale (GFS) (Castro et al., 2005)*: 5 item, con 5 opzioni di risposta ciascuno. Gli item fanno riferimento alle 4 settimane antecedenti e riguardano: abitudini di gioco, attività lavorativa, rapporti familiari, tempo libero, presenza/assenza di pensieri sul gioco. L'uso di questa scala è stato introdotto nel protocollo di *follow-up* da Agosto 2018. Le valutazioni successive sono effettuate telefonicamente e prevedono la somministrazione dell'intervista di *follow-up* strutturata in una sezione per la verifica dei 9 criteri DSM-5, rilevazione della frequenza di gioco e della spesa mensile per il gioco. Viene inoltre somministrato il questionario *GFS*. Le stesse si strutturano in valutazione.

- *a breve termine – 3 mesi da T0 (T1)*;
- *a breve-medio termine – 6 mesi da T0 (T2)*;
- *a medio-lungo termine – 12 mesi da T0 (T3)* (Figura 1). I dati raccolti nelle diverse fasi vengono inseriti in un archivio elettronico mediante il quale viene anche gestita l'agenda di *follow-up*.

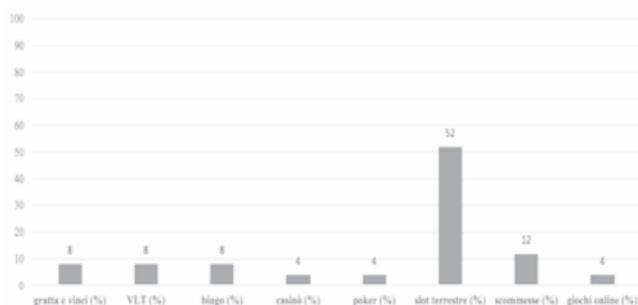
#### Risultati

All'ultima elaborazione (24/09/2018) i pazienti inseriti nel *follow-up* sono 25 (nuovi pazienti 2018). La maggior parte sono maschi (n=20; 80%) con età media ( $\pm$ DS) di 45,9 $\pm$ 14,1 anni (*range*: 21-75), sposati (n=15; 60%), con un lavoro stabile (n=17; 68%), vivono con partner e figli (n=15; 60%), possiedono diploma di scuola media inferiore (n=12; 48%). La maggioranza (n=13; 52%) riferisce dipendenza da slot machine (Grafico 1) e di spendere mensilmente per il gioco una cifra media pari a 1122,00 euro (a fronte di un guadagno medio mensile di 2036,00 euro). La maggior parte (n=12; 48%) riferisce una frequenza di gioco di 4-7 volte/settimana. Vengono mediamente identificati per ciascun paziente 5,6 criteri DSM-5. I due criteri maggiormente rilevati sono il 3 (ha compiuto sforzi senza successo per controllare il gioco) e il 7 (mente per nascondere il grado di coinvolgimento) (per entrambi: n=21; 14,9%). Sono stati sino ad ora valutati a T1 15 pazienti (di cui 4 risultati irreperibili). Degli 11 pazienti considerati, la maggior parte (n=6; 54,5%) riferisce di non aver mai giocato nel periodo di tempo indagato (Grafico 2). La spesa media mensile riferita

**Figura 1** – Processo di monitoraggio del paziente presso l'ambulatorio DGA



**Grafico 1** – Gioco problematico per cui si chiede consulenza all'ambulatorio DGA(%)

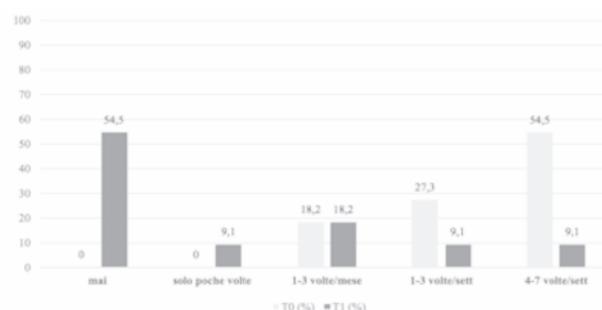


per il gioco è di 194,00 euro (vs. 824,00 euro a T0). Il numero medio di criteri del DSM rilevati è di 2,5 (vs. 6,5 rilevati a T0). Sino ad ora sono 7 i pazienti che hanno effettuato la valutazione a T2.

### Discussione e conclusione

Nonostante il protocollo adottato sia recente (dunque il numero dei pazienti sia limitato), va rilevato come i dati raccolti si dimostrino utili nel monitoraggio longitudinale del percorso per tracciare non solo l'andamento delle abitudini di gioco, ma anche la presenza/assenza sia di elementi di vulnerabilità (ad es.: pensieri disfunzionali) che di resilienza (ad es.: attività nel tempo libero, buone relazioni familiari). Questa forma di monitoraggio appare poi rilevante in un'ottica di bilanciamento costi-benefici che tenga conto della disponibilità di risorse professionali e anche della effettiva motivazione del paziente. Un processo di *follow-up* ben strutturato consente infatti di mantenere attive anche le relazioni con i pazienti meno motivati (che dopo i primi colloqui possono avere resistenze o difficoltà), prevenendo e contenendo le ricadute. Quest'ultimo aspetto, legato proprio all'aderenza del

**Grafico 2** – Frequenza di gioco: T0 vs. T1(%)



paziente al percorso concordato, risulta particolarmente saliente nella misura in cui diviene un elemento assai influente sulla qualità di vita e benessere complessivo nel lungo termine. Il percorso di *follow-up* proposto rappresenta un processo sicuramente da migliorare e consolidare nel tempo, incrementando la quantità di dati disponibili e, possibilmente, allungando il *range* temporale stabilito per la valutazione longitudinale del paziente (oltre il primo anno di presa in carico).

### Bibliografia essenziale

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5, Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Capitanucci, D. (2014). Il processo di valutazione del giocatore patologico e gli strumenti di assessment. In G. Bellio e M. Croce (a cura di), Manuale sul gioco d'azzardo. Diagnosi, valutazione e trattamenti (pp. 180-195). Milano: Franco Angeli.
- Capitanucci, D. et al. (2017). Quale assessment per quale paziente: work in progress. In M. Croce e P. Jarre (a cura di), Il disturbo da gioco d'azzardo, un problema di salute pubblica: indicazioni per la comprensione e per l'intervento (pp.39-53). Cuneo: Edizioni Publiedit.

## 7.6

## COMUNITÀ TERAPEUTICA 2.0: PERCORSI SHORT TERM PER LE DIPENDENZE COMPORTAMENTALI

**Cantelmi V., Tittozzi B.**

*Sisifo, Comunità Terapeutica, Tuscania (VT), Italy*

**Topics:** Comunità terapeutica; gioco d'azzardo; dipendenze comportamentali; trattamenti brevi

A partire dagli anni '60 in Gran Bretagna e negli USA le Comunità Terapeutiche (CT) hanno avuto un notevole sviluppo per quanto riguarda il trattamento residenziale dei soggetti tossicodipendenti, dimostrandosi modello di grande efficacia per la gestione di questa tipologia di pazienti, con notevoli risultati in termini di ridotto uso di sostanze con più prolungata astinenza nel tempo, minor tasso di reati e incriminazioni al termine del percorso comunitario e maggiore probabilità di trovare un impiego[1].

Da un punto di vista storico dunque, analisi e outcome sui trattamenti in CT riguardano quasi esclusivamente dipendenze da sostanza[2].

Scopo di questo lavoro è quello di presentare un nuova proposta di CT per la presa in carico dei giocatori d'azzardo e, più in generale, per le nuove *addiction* [3;4;5]. Facendo riferimento alle ancora poche esperienze in Italia sui trattamenti residenziali brevi[6], presentiamo il modello terapeutico "Sisifo" (autorizzato dalla Regione Lazio e validato per i criteri di processo da un Comitato tecnico-scientifico indipendente) per le dipendenze comportamentali (in modo specifico la dipendenza da gioco d'azzardo), che prevede percorsi immersivi residenziali della durata di tre settimane ad alta intensità di attività volte a compensare i deficit metacognitivi e riflessivi dei dipendenti comportamentali [7;8] e successivi percorsi emersivi periodici (un week end al mese per 6-10 mesi).

Si tratta di un modello terapeutico flessibile e multidisciplinare-integrato che propone trattamenti di psicoterapia cognitivo interpersonale [9;10], terapia assistita con asini [11;12], mindfulness interpersonale [13], gruppi esperienziali, social dreaming [14], laboratorio teatrale (*Addiction Theatre*), con l'obiettivo di fornire un percorso terapeutico mirato e funzionale alla riduzione dell'impulsività e all'incremento delle capacità metacognitive e relazionali.

### References

- <sup>1</sup>Vanderplasschen W, Colpaert K, Autrique M, et al. *Therapeutica1. communities for addictions: a review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective*. Scientific World Journal 2013
- <sup>2</sup>Antonio De Giovanni et al. *Boll Soc Med Chir Pavia* 2013;126(3):633-641
- <sup>3</sup>Cantelmi T., *Internet Addiction Disorder: considerazioni introduttive*, in "Dipendenze patologiche", Vol. 2,n.1, 5-11, 2007
- <sup>4</sup>Cantelmi T., Talli M. *Anatomia di un problema. Una review sui fenomeni psicopatologici Internet-correlati*. *Psicotech* 2: 7-31, 2007
- <sup>5</sup>Cantelmi T., Lambiase E. *Schiavi del sesso*, Roma: Alpes Italia, 2015
- <sup>6</sup>Florindo M., Spagnolo M.L., *Percorsi per giocatori d'azzardo patologici: l'esperienza della comunità residenziale Lucignolo &Co. e della comunità residenziale breve Sidecar MDT - it j Addict*, 2009
- <sup>7</sup>Cantelmi T., Lambiase E., *Dipendenza sessuale e metacognizione*, *Rivista di sessuologia clinica*, XIX, n. 1, pag.19-38, 2012
- <sup>8</sup>Lambiase E., Cantelmi T., *Un caso di dipendenza sessuale: vantaggi di un'analisi condotta in termini di sistemi motivazionali e di sottofunzioni meta cognitive*, *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 17, 1, 99-118, 2011
- <sup>9</sup>Benjamin, L.S. *Interpersonal reconstructive therapy. Promoting change in non responders*. New York: Guilford Press, 2003 (trad. it. *Terapia ricostruttiva interpersonale. Promuovere il cambiamento in coloro che non reagiscono*, Roma, LAS, 2004).
- <sup>10</sup>Cantelmi T., *Manuale di terapia cognitivo interpersonale*, Roma: Alpes Italia, 2009
- <sup>11</sup><http://www.izsvenezie.it/istituto/centri-di-referenza-nazionale/interventi-assistiti-con-animali/>
- <sup>12</sup>[http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_opuscoliPoster\\_276\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_276_allegato.pdf)
- <sup>13</sup>Toro M.B., Serafinelli S. *Comprendere e sostenere le relazioni: il contributo della mindfulness interpersonale Modelli per la mente*, VI (1): 15-22, 2014
- <sup>14</sup>Armstrong, D.. *Introduction*. In Lawrence, W.G. (Ed.) *Social Dreaming at work*. London: Karnak Book, 1998 (trad. it. *Introduzione*. In Lawrence, W.G. (Ed.). *Social Dreaming. La funzione sociale del sogno*, Roma, Borla, 2001).

## 7.7

## IL TRATTAMENTO DEI GIOCATORI D'AZZARDO PATOLOGICO: LE VARIABILI IN GIOCO

**Benaglio Annamaria,**

*Psicologa Psicoterapeuta U.O. Ser.d Bergamo, ASST PG23*

In questo mio contributo analizzo le variabili in gioco nel trattamento dei giocatori patologici che possono influenzare, in misura notevole, l'esito di un trattamento, rilevandone analogie e differenze con le altre dipendenze patologiche.

### Il trattamento

La letteratura nel campo delle dipendenze patologiche, evidenzia che l'approccio al paziente con DGA deve essere integrato e multidimensionale, deve coinvolgere non solo il paziente ma anche i familiari, in affinità con le altre dipendenze, a cui spesso si associa.

A livello scientifico, l'approccio psicologico più studiato e le cui evidenze di efficacia sono state dimostrate è quello cognitivo-comportamentale. All'interno del mio servizio di appartenenza altri approcci (psicodinamico, sistemico, ecc.), in integrazione con l'utilizzo di alcune tecniche cognitive comportamentali, caratterizzano il trattamento dei giocatori patologici da parte degli operatori psicologi del Servizio Dipendenze di Bergamo.

La domanda di cura, spesso è mediata nei giocatori patologici da altri, sia per la difficoltà del giocatore a riconoscere il gioco, come un problema, in quanto ego-sintonico che per la convinzione di potercela fare da solo a risolverlo. Spesso essa è innescata da elementi di criticità esterni: la fine della disponibilità di denaro o della possibilità di procurarselo, la contrazione di debiti con amici e conoscenti, con banche e finanziarie, ecc., la scoperta da parte dei famigliari di ammanchi economici, più che da una presa di consapevolezza personale del gioco come problema. Un'altra difficoltà a varcare la soglia di un servizio può essere collegata alla scarsa conoscenza dei servizi e degli strumenti da essi utilizzati per affrontare il problema. Sono frequenti le domande del paziente e dei famigliari su "in che cosa consiste l'aiuto che il servizio offre, qual è il percorso previsto, quali professionisti dovranno incontrare, per quanto tempo". Quando questi pazienti varcano la soglia dei nostri servizi, si è già attivato un processo "perturbante" gli assetti di funzionamento precedente (es. la scoperta del problema, le azioni di controllo

esercitate dai famigliari, gli interrogativi emersi, il vissuto di colpa e di vergogna, ecc.). Su questi importanti elementi di perturbazione si può innescare un processo di cambiamento che necessita, però, di essere costantemente rivalutato, accompagnato e sostenuto nel tempo.

Gli obiettivi di cambiamento vanno diversamente declinati nella fase iniziale e durante il percorso terapeutico, tenendo conto della valutazione dell'entità dei problemi, del livello di compromissione psichico e relazionale del paziente, delle risorse personali, relazionali, sociali a cui il paziente può attingere. Rispetto al paziente che incontriamo e alle ipotesi formulate intorno al problema dobbiamo porci la domanda se è possibile finalizzare, in quel momento, il trattamento all'astinenza completa dal gioco o è più utile proporre un gioco responsabile e quali altri possibili obiettivi di cambiamento sono percorribili. Nei sistemi patologici il sintomo ha una valenza fortemente omeostatica nel mantenimento dell'equilibrio psichico e relazionale del paziente.

L'impiego di prescrizioni comportamentali (controllo del denaro da parte di un familiare, evitamento di luoghi o situazioni di rischio, ecc..) sono finalizzate a proteggere il paziente dal contatto con l'esperienza di gioco. Queste protezioni, pur non avendo la pretesa di essere risolutive, possono tuttavia aiutare il paziente a contenere i propri comportamenti; le retroazioni dei pazienti e dei famigliari a queste prescrizioni comportamentali possono costituire informazioni importanti per il terapeuta da utilizzare all'interno del processo terapeutico. L'impiego di tecniche di ristrutturazione cognitiva sono orientate a modificare pensieri disfunzionali che caratterizzano e sostengono il gioco patologico, come, per es., la tendenza a sovrastimare la probabilità di vincita, l'illusione di avere di avere un controllo sulla vincita, la convinzione che una vincita debba necessariamente verificarsi dopo una sequenza di perdite, la tendenza a ricordare solo le vincite e dimenticare le esperienze negative connesse alle perdite.

L'obiettivo terapeutico primario rimane la costruzione dell'alleanza terapeutica con il paziente per sostenere e rinforzare la sua motivazione e compliance al trattamento. All'interno della relazione terapeutica il paziente, che porta vissuti di colpa e vergogna per il proprio comportamento, sente di potersi fidare, si sente accolto, ascoltato, assicurato, non giudicato, sente di aver ricevuto risposte competenti alle sue domande. Il terapeuta è vicino alla condizione esistenziale che il paziente sta vivendo in quel momento; rispettoso dei suoi tempi e della sua fatica rispetto alla ricostruzione di una diversa e più solida percezione identitaria. Il processo terapeutico deve essere co-costruito con il paziente in modo da permettergli di assumere un ruolo attivo e responsabile nella terapia; costantemente ricalibrato nei tempi (durata e frequenza delle sedute)

e nelle modalità di accesso ai contenuti e ai vissuti del paziente. Dentro la relazione terapeutica, attraverso la ricostruzione del comportamento problematico e la sua evoluzione all'interno della storia personale e relazionale dei pazienti, il contatto con dimensioni interne, terapeuta e paziente co-costruiscono il significato dei comportamenti problematici, introducono una "visione altra" dei problemi, ricercano insieme possibili alternative e modalità per affrontarli.

Come per le altre dipendenze patologiche, la relazione terapeutica, è fragile ed ambivalente, può essere soggetta a interruzioni, ricadute nel sintomo, riavvicinamenti talora faticosi da parte dei pazienti o dei loro familiari.

Ciò è legato non solo alla scarsa motivazione iniziale ma, principalmente, al fatto che qualsiasi oggetto della dipendenza è sentito dal paziente come più immediatamente disponibile, manipolabile, dominabile, controllabile di quanto possa essere la relazione terapeutica.

Il terapeuta si trova perciò a dover competere con un oggetto fortemente idealizzato e percepito come onnipotente ed infallibile rispetto alla "risoluzione" dei suoi problemi/ bisogni.

Il processo terapeutico può essere inconsapevolmente "boicottato" dai familiari che vedono nella terapia e nel cambiamento del proprio familiare una minaccia rispetto ad una omeostasi familiare patologica in cui il paziente svolge la funzione di "capro espiatorio".

Spesso la risposta ai problemi dei pazienti e dei loro familiari necessita dell'integrazione e coordinamento, con altre tipologie di presa in carico interne al servizio: sociale in risposta a problematiche sociali, (lavoro, richiesta amministratore di sostegno...); medico sanitario per valutare lo stato di salute generale, la presenza di concomitanti disturbi d'ansia o dell'umore o di comorbidità con altre tipologie di dipendenza e esterne al servizio: gruppi di auto mutuo aiuto, servizi sociali dei comuni, psichiatria, ecc.

Come per le altre dipendenze lo sguardo terapeutico sul paziente necessita di integrare e coordinare i diversi punti di vista per restituire integrità ed unità all'esperienza soggettiva di questi pazienti spesso confusi e poco integrati sul piano identitario.

## AREA TEMATICA 8

### Modelli di presa in carico e terapia della comorbidità psichiatrica

#### 8.1

## L'USO DELLA METAFORA COME TECNICA DI INTERVENTO TERAPEUTICO NELLA COMORBIDITÀ PSICHIATRICA NELL'ESPERIENZA DEL REPARTO DI RIABILITAZIONE ALCOLOGICA DELLA FONDAZIONE RICHIEDEI

**Medioli Alessia, Scaglia Luigina, Renaldini Marco, Ferrari Sabrina, Pizzocolo Alessia**

*Unità Operativa Riabilitazione Alcolologica Fondazione Richiedei Palazzolo S/O (Bs)*

### Introduzione

In letteratura è ben noto come nel trattamento residenziale per soggetti con problemi di dipendenza, dove la comorbilità psichiatrica è spesso presente, vengano proposte strategie e pratiche esperienziali che, in vario modo, attivino la dimensione creativa, stimolando il linguaggio simbolico, permettendo così l'emergere di una modalità energetica ed espressiva che il solo colloquio conversazionale spesso non offre. Quindi la via del simbolo, dell'analogia, della metafora, della dimensione creativa risultano essere importanti strumenti al servizio degli operatori nel campo delle dipendenze per trattamenti mirati sugli utenti. Se guardiamo al significato etimologico del termine "metafora", comprendiamo bene, come essa aiuti a vedere la realtà sotto una prospettiva alternativa, ad aprire spazi di comprensione, di consapevolezza e di autocoscienza nuovi. Metafora significa infatti "portare" (dal greco *pherein*) "oltre" (meta): veicolare il significato di un termine al di là del suo ambito abituale, in modo da evidenziare il significato di un altro termine con il quale viene creato un rapporto di somiglianza. Il linguaggio figurato svolge due ruoli distinti in terapia, in quanto funge da strumento sia clinico sia da guida per le concettualizzazioni formulate dal terapeuta nella presentazione dei problemi e dei successivi interventi. L'utilizzo del linguaggio analogico, il racconto simbolico e l'uso delle metafore, costituiscono una modalità di

approccio alla dimensione umana, frequentemente rintracciabile nella storia della psicologia e della psicoterapia, dove diversi autori, hanno individuato nella dimensione simbolica la strada maestra per operare. Alcune metafore sembrano infatti particolarmente adatte ad approfondire esperienze emotive o traumatiche e a perfezionare strategie di modifica comportamentale. La pratica operativa e la motivazione personale, diventano delle autentiche forze di cambiamento che risultano di grande importanza nel campo delle dipendenze e della comorbilità psichiatrica. Questo concetto è vicino a quello che in letteratura viene definito "energizzare la motivazione" come passo fondamentale nel cammino della riabilitazione alcolologica.

### Finalità

Questo lavoro si propone di valutare l'utilizzo della metafora in pazienti, spesso affetti da comorbilità psichiatrica o deficit cognitivo, ricoverati presso l'unità di riabilitazione alcolologica della Fondazione Richiedei di Palazzolo sull'Oglio. Partendo dalla consapevolezza di come l'acquisizione di nuove competenze emotive, cognitive, comportamentali permetta di verificare come sia possibile modificare il rapporto con le dinamiche impulsive.

### Materiali e metodi

La comorbilità psichiatrica nei soggetti con dipendenze è molto frequente, nella nostra esperienza su 1145 pazienti di età media di 47,5 anni ricoverati dal 1 gennaio 2012 al 28 febbraio 2018 il 13,87% ha presentato una diagnosi psichiatrica di nuovo riscontro durante la degenza, mentre il 6,55% presenta deficit cognitivo sempre di riscontro intercorrente. Del cluster considerato il 71,8% era di genere maschile, mentre il 28,2% di genere femminile. Uno degli strumenti usati durante il percorso cura di facile accesso a tutti i pazienti è l'utilizzo di metafore. Per un adeguato utilizzo della metafora in ambito clinico è opportuno individuare un contesto ed una modalità non troppo complessa, che permetta un approccio condivisibile con il paziente. La metafora deve quindi essere:

1. coerente: ovvero in linea con il tema o l'argomento in discussione;
2. credibile: deve appartenere al campo del "possibile" anche se fantasticato;
3. adeguata: essere pertinente al momento psicologico del paziente.

Le modalità con cui le metafore possono essere proposte, variano a seconda del setting, o sulla base della

fase motivazionale del percorso riabilitativo. Si sono proposte a pazienti nelle varie fasi del percorso riabilitativo, metafore sia a livello individuale che gruppale. In alcuni casi i gruppi erano composti solo da pazienti, in altri dai pazienti insieme ad i loro famigliari. Una delle prime metafore utilizzata per lavorare a livello individuale, è stata quella della maschera, partendo dall'etimologia della parola persona, che in latino significa maschera, si è chiesto al paziente di costruire una maschera tridimensionale che rappresentasse la persona sobria che voleva diventare. Sempre a livello individuale si è utilizzata la metafora della mongolfiera. Si è chiesto ai pazienti, partendo dall'immagine stilizzata di una mongolfiera, di mettere nel pallone aerostatico i propri valori, si è poi chiesto di mettere nelle zavorre i pensieri da cui sentivano l'esigenza di de-fondersi, e quale azione impegnata avrebbero dovuto fare per direzionare la propria mongolfiera nella direzione del valore sobrietà. Si è lavorato con le metafore con gruppi formati da soli pazienti, attraverso esperienze mindfulness utilizzando metafore ACT. Si sono fatti gruppi misti di pazienti/parenti, nei quali si è chiesto, ai partecipanti, di realizzare un oggetto tridimensionale che, metaforicamente, rappresentasse la casa dell'alcolista sobrio, partendo da un oggetto che il gruppo costruiva lavorando insieme si ragionava lavorando sui concetti di progetto, aiuto, possibilità di procedere in gruppo imparando a chiedere aiuto.

### Conclusioni

Attraverso l'uso di metafore in terapia è possibile rompere le trappole del linguaggio e creare nuove connessioni e nuovi contesti, per superare la sofferenza psicologica e costruire una vita di valore. Attraverso le metafore e gli esercizi esperienziali si può mostrare ai pazienti come riconoscere le trappole del linguaggio ed instaurare un nuovo contatto con i propri pensieri, sentimenti, memorie e sensazioni fisiche, in genere temute ed evitate, per riprendere a muoversi nella direzione di ciò che per loro è importante. La sfida in terapia è offrire interventi cuciti come abiti sartoriali, fatti su misura per il proprio paziente, per promuovere un cambiamento profondo e duraturo. Per questo imparare a costruire metafore agganciate alla storia personale del paziente può essere determinante per il processo terapeutico e lo sviluppo della flessibilità psicologica. Questo lavoro mostra come, in pazienti che spesso presentano comorbidità psichiatrica ospedalizzati per un percorso di riabilitazione alcolica, tutto questo non solo sia possibile, ma diventi importante momento di lavoro e di crescita per il paziente come singolo, per il paziente in gruppo, per il famigliari che partecipano ai gruppi e anche, e non da ultimo, per l'équipe curante.

### Bibliografia

- I.M. Hinnenthal; G. Spolaor; M. Cibin; .et al. (2013), Simboli, Metafore e immagini nel trattamento psicoterapeutico del trauma e dell'addiction, in "addiction e memoria", ISSN2039(pag 55-71) 2013
- E. Razzetti (2016), La metafora nel linguaggio comune, in "l'uso della metafora nella CBT"()
- P. De' Lutti (2014), Metafore illustrate e mindfulness nel trattamento delle dipendenze, Francoangeli Editore, Milano (2014)
- P. De' Lutti (1987), Approccio psicosomatico al paziente etilista, in "FederSerd Informa", III fascicolo Anno 1987 ( pag 1-22)
- B. Schaub; M. Schaub (2013), Il modello di vulnerabilità nel recupero delle dipendenze, Seminario Società italiana psicopsintesi terapeutica, Firenze 2005
- M. Cibin; I. C. Ebner; Hinnenthal (2011), La cura psicoterapeutica residenziale dell'alcolismo, in "Alcologia", Rivista quadrimestrale SIA, istituti Andrea Devoto 2011
- M. Cibin; I. Hinnenthal (2011), Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da alcol e da cocaina, il modello di Soranzo, SEEd, Torino, 2011
- Y. Barnes Holmes (2012), Metaphor in ACT. Understanding how they work, ACT Digest 2012
- J. Stoddard; N. Afari; S.C. Hayes(2007),The big book of ACT metaphores, New Harbinger Publications 2007
- M. Villatte; J.L. Villatte; S.C. Hayes (2015), Mastering the Clinical Conversation, Guilford Press 10 novembre 2015

## 8.2

## PANORAMICA SU UN GRUPPO DI PAZIENTI AFFERENTI AL SER.D DI VOGHERA E RICOVERATI PRESSO UN REPARTO OSPEDALIERO DI MEDICINA E PSICHIATRIA DELL'ASST DI PAVIA. UNA ANALISI DELLA CASISTICA ED UN PROGETTO CLINICO IN RETE

### *Lo studio "Car(a)vana"*

**Garavelli Giansisto\***, **Priora Cinzia\***,  
**Arlandi Laura\***, **Boso Marianna\***, **Foppiani Claudia\***,  
**Ferrari Giovanni\*\***, **Politi Pierluigi\*\*\***,  
**Valdetara Paola\*\*\***, **Brait Michele\*\*\*\***,  
**Gozzini Armando\*\*\*\***, **Reitano Francesco\*\*\*\***,  
**Marioni Angelo\*\*\*\***

\*Ser.D Voghera OltrePo-Pavia,

\*\*U.O.C Reparto Medicina Interna Ospedale di Stradella,

\*\*\*Dipartimento Psichiatria ASST Pavia,

\*\*\*\*Direzione Generale ASST Pavia

Lo studio "Caravana" consiste in un'analisi clinica e socio sanitaria in continuo sviluppo e divenire di una coorte di 149 pazienti con età media di 49 anni consistente in 121 maschi pari all' 81% e 28 femmine pari all'18,79% afferenti al Ser.D (Servizio Dipendenze) di Voghera OltrePo prettamente dalla provincia di Pavia e zone limitrofe a partire dal Gennaio 2014 al Settembre 2018.

**Lo Scopo** dello studio è quello di sensibilizzare e sottolineare l'importanza del Ser.D nel tessuto sociosanitario di una comunità fatta di persone e cittadini di varie origine: multi sociale, multietnica e multiculturale, confrontandola nel suo divenire con tutta la rete sanitaria del territorio. Esso non deve essere solo un centro di somministrazione farmacologica, bensì un punto di analisi, un faro di incontro di lavoro in rete e di studio sia dal punto di vista clinico sanitario che da un punto di vista psicosociale, il **Fine** deve essere quello di seguire le persone che sono affette da una complessità di problemi inerenti e le dipendenze patologiche ma anche il corredo di sofferenza e i disturbi comportamentali a tutti i livelli correlate alle dipen-

denze stesse. I pazienti giunti al Servizio ed arruolati nello studio sono persone con gravi problematiche inerenti l'abuso e le dipendenze da sostanze stupefacenti e alcol, associate a quadri clinici di patologie di tipo internistico prettamente epatiche a cui fanno seguito quelle cardiache, polmonari oncologiche neurologiche e psichiatriche, il tutto spesso associato a quadri immunodepressivi dovuti all'uso di stupefacenti. L'insieme delle condizioni sanitarie è spesso associato a situazioni di grave disagio socio familiare. Queste persone una volta accolte al Ser.D vengono pertanto valutate da una equipe multidisciplinare (Medico, Psicologo, Ass. Sociale, Infermiera professionale), eseguono una batteria di esami diagnostico-strumentali (controlli dei cataboliti urinari settimanali esame del capello esami ematochimici di routine), e se necessario si procede ad un ricovero indaginoso presso il reparto di Medicina Interna dell'Ospedale di Stradella o il Reparto di Psichiatria di Voghera. Una volta concluso il ricovero, con un quadro clinico ben definito, si procede con la terapia farmacologica di supporto dedicata ad ogni singolo caso. Si cerca quindi di creare una RETE di collegamento tra il Ser.D, i reparti Ospedalieri ed i Servizi psicosociali del territorio, in modo da tenere sotto controllo e monitorare, per quanto sia possibile, tutto il quadro e le sfaccettature poliedriche che le situazioni cliniche, sociali e sanitarie fanno emergere. Alla luce dei dati emersi possiamo affermare che: Il Ser.D di Voghera-OltrePo avente in carico più di 400 pazienti, suggerisce di ricoverare in media 3 pazienti mensilmente in seguito alle varie patologie importanti che emergono. Detti quadri clinici valutati e documentati ci permettono di usare il termine "doppia diagnosi" o meglio "poli diagnosi" (Dipendenze patologiche, patologie internistiche, patologie psichiatriche, problemi infettivologici con 42 HCV pos e 11 HIV pos. Tutte queste forme patologiche sono spesso affiancate affiancate a forme di grave disagio sociale. Tra questi 149 pazienti possiamo constatare una prevalenza del sesso maschile con rapporto circa tra maschi e femmine di 4 a 1 la loro età media è di 49 anni tendente però negli ultimi tempi ad abbassarsi. La maggioranza delle persone appaiono affette da alcolismo ( 90 pari a 60,40% ) a cui fanno seguito eroinomani (80 pari a 53,69%), cocainomani (47 pari a 31,54%) e soggetti affetti da disturbi di tipo psichiatrico. (59 pari a 39,59%). Ci sono stati 13 decessi (8,7%), 42 ricadute nell'uso di sostanze (28,18%) e una interruzione spontanea del percorso riabilitativo nel Ser.D. Possiamo quindi affermare la necessità di un lavoro fatto in rete tra i vari attori e operatori del campo socio-sanitario. E' decisamente importante ed efficace lavorare in rete non solo da un punto di vista sanitario ma anche sociale. Si è visto una migliore compliance con i pazienti ed una efficacia terapeutica. Si è notato un

miglioramento della qualità di vita relazionale e lavorativa. Inoltre un buon monitoraggio ed una buona indagine sanitaria inerente questo tipo di pazienti per-

mette il prevenire di quadri patologici impegnativi, assai ben più gravi e con conseguenti pesanti ricadute sul Sistema Sanitario e sul tessuto sociale.

Tab 1

<b>Pazienti 149</b>	<b>Pavesi 134</b>	<b>Età media aa 49</b>
<b>M 121</b>	<b>Alessandria 4</b>	
<b>F 28</b>	<b>Bergamo 2</b>	
	<b>Sardegna 1, Sicilia 1,</b>	
	<b>Firenze 1, Roma 2, Piacenza 1</b>	
	<b>Lodi 1, Milano 2</b>	

**Pazienti Abusatori e dipendenti con disturbi di tipo Psichiatrico in 149 paz**

Tab 2

Pazienti	Totale	Puri	M	F
<b>Eroinomani</b>	<b>80</b>	<b>34</b>	<b>68</b>	<b>12</b>
<b>Cocainomani</b>	<b>47</b>	<b>6</b>	<b>36</b>	<b>11</b>
<b>Alcolisti</b>	<b>90</b>	<b>39</b>	<b>70</b>	<b>20</b>
<b>Psichiatrici</b>	<b>60</b>		<b>47</b>	<b>13</b>

**Pazienti con Infezioni Virali**

**HCV POS 43**

**HIV POS 11**

**Durante i ricoveri dei 149 paz. sono emerse le seguenti patologie correlate, in seguito clinicamente monitorate e trattate durante lo Studio " Caravana".**

Tab 3 – in 148 paz

Epatopatie	45
Cirrosi	10
K Cirrosi	1
S. Epatorenale	1
IMA e cardiopatie	14
Linf non Hodking	4
M Chronn	2
Setticemia	2
Polmonite	11
Vasc Cerebrale/Ictus	8
Astenia	2
Tiroidite Haschimoto	1
Pancreatite	3
Sindr. Border	39
Sindr. Bipolare	16
Sindr. Psicotica	7
Sindr. Oligofrenica	1
Litiasi. Renale	1
K. Renale	1
Sindrome Turner	1
Psoriasi	2
Diabete mellito	1
K. Polmonare	1
Anemia grave	1
K. mammario	1
K. vescicale	1
K. Pancreas	1
K. Cutaneo	1
Neuropatia	5

Decessi 13 ( 5 K epatico ed epatopatia, 2 setticemia, 2 K polmonare, 2 HIV, 1 per omicidio, 1 IMA)

Ricadute 36 (24 Alcol, 2 eroina, 10 cocaina) In 149 paz

Sganciamento: 1 Paz

Terapie farmacologiche e funzionali applicate ai pazienti durante lo studio " Caravana"

Tab. 4 – In 149 paz

Terapie	Num Pazienti
Metadone	54
Suboxone (BPNF)	9
Disulfiram (Etiltox)	18
Alcover (Ac.4 Gam.Idrox butirr)	4
Campral (Acamprosato)	27

## 8.3

## IL PROGETTO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (PAI): UNA MODALITÀ DI INTERVENTO TERRITORIALE A PONTE TRA IL SERVIZIO AMBULATORIALE E LA PERSONA

**De Sarro Morena**, Associazione "La Strada-Der Weg", Area Dipendenze, Bolzano;  
**Ficco Carlotta**, Associazione "La Strada-Der Weg", Area Dipendenze, Bolzano  
Comunità del Reinserimento, Associazione "La Strada-Der Weg", Bolzano

Molti dei pazienti che vengono seguiti a livello ambulatoriale dai Servizi Specialistici competenti rispetto a problematiche di dipendenza da sostanze legali o illegali, nonostante una buona presa in carico, possono mostrare periodi di difficoltà tali da compromettere il mantenimento di un buono stato psicofisico. Durante queste fasi, il paziente spesso può avere ricadute nell'uso della sostanze, non accettare il supporto ambulatoriale (non si presenta agli appuntamenti, non assume regolarmente terapia, non risponde al contatto telefonico), come anche sospendere eventuali impegni lavorativi/occupazionali.

La presa in carico classica del Servizio Ambulatoriale competente non prevede in questi frangenti un ulteriore incremento degli interventi già strutturati; è in questo momento che il progetto assistenziale individualizzato (PAI) può fare da ponte, da collegamento tra il Servizio e la persona stessa. Quindi in collaborazione con i Servizi per le dipendenze di Bolzano e Merano, con finanziamento approvato dalla provincia autonoma di Bolzano, abbiamo avviato a partire dal settembre del 2017 in forma sperimentale il suddetto progetto.

Nello specifico, il progetto assistenziale individualizzato è volto al recupero e al mantenimento dell'autonomia nelle attività di vita quotidiana, come anche all'incremento della partecipazione sociale. Deve soddisfare le esigenze della persona con una particolare enfasi sulle sue aspettative e sulla qualità di vita. Il progetto assistenziale individualizzato si propone quindi come lo strumento per ottenere nel tempo un miglioramento dello stato psicofisico generale puntando poi ad stabilizzazione dello stesso.

Questo progetto riabilitativo prevede insieme al paziente, l'individuazione dei suoi bisogni, partendo dal suo livello di funzionamento sociale e motivazionale, dalle sue risorse sia in termini economici che di rete primaria e sociale.

L'elaborazione del progetto viene strutturata in condivisione con il Servizio ambulatoriale inviante, con l'operatore di riferimento afferente all'associazione "La Strada-der Weg" e il paziente. In questo incontro si stabiliscono obiettivi da raggiungere e le strategie per conseguirli. Si concordano inoltre le tempistiche per gli incontri di verifica successivi che danno modo sia agli operatori coinvolti che al paziente di monitorare la situazione globale e valutare eventuali altri obiettivi.

Scopo del nostro studio è quello di esporre la nostra esperienza in questo primo anno di lavoro e di sperimentazione, analizzando non solo la tipologia e le caratteristiche dei pazienti che abbiamo seguito in questo progetto ma anche evidenziare le criticità che si sono incontrate come pure i risvolti positivi ottenuti.









**FeDerSerD**