



informa

n 28

ottobre 2016

PRESENTAZIONE LAVORI PERVENUTI

FeDerSerD

FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI
DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

www.federserd.it

VI CONGRESSO NAZIONALE

Trasformazioni nelle Dipendenze

Le necessità della Clinica
e il futuro dei Servizi



**Centro Congressi Astoria Palace Hotel
PALERMO**

19-20-21 ottobre 2016

indice

Poster e comunicazioni brevi

1. **PUNTO INTERVENTO DIPENDENZE: SPAZIO DI CONSULENZA E DI AIUTO**
C. Assi, N. Cesari, M. Martini, A. Pistuddi, R. Ferrario, G. Parravicini, M. Torriani, A. Lucchini, C. Greco, C. Gallione, F. Celestina, M. Sacco, P. Zarinelli
2. **"IL NODO BORROMEO" DAL CONCETTUALE AL CONCRETO**
Patomorfoosi della Dipendenza Patologica nel nostro territorio. Nuove problematiche, nuove strategie
Campitelli Giovanna, Rapisarda Luigi Maria, Taddei Sandro, Ischeri Luigia, Batzella Marina, Marchionni Fiammetta, D'Ezio Marco, Cherli Marco, Gatti Massimiliano, Bonocore Franco, Biferrari Sandra
3. **IL TRATTAMENTO DI GRUPPO A BASSA INTENSITÀ. Valutazione dell'efficacia nella percezione del giocatore d'azzardo patologico. Studio pilota per una miglior Clinical Practice**
Burei E., Natale M., Simonaggio M., Angeli M., Ranieri R., Stivanello A., Cavallari G.
4. **RICOVERI PER DIPENDENZA DA OPIOIDI DI PRESCRIZIONE PRESSO IL SERVIZIO DI MEDICINA DELLE DIPENDENZE (MDD): DATI DELL'ULTIMO DECENNIO**
Marco Faccini, Rebecca Casari, Laura Morbioli, Lorenzo Zamboni, Fabio Lugoboni
5. **LA STIPSI NEI SOGGETTI IN TERAPIA METADONICA DI MANTENIMENTO. Un problema trascurato**
Lorenzo Zamboni, Marco Faccini, Fabio Lugoboni e GICS (Arzillo C., Bersani N., Bersani P., Biasin C., Bossi C., Bottazzo A., Bove A., Cantanchin F., Cantiero D., Canzian G., Cargnelutti D., Cibir M., De Cecco L., Dellantonio E., Dersini F., Fadelli M., Favero E., Fontana N., Franceschini A., Gaiga M., Gardiolo M., Gentile N., Ghezzi N., Giacomini MA., Manzato E., Mazza M., Meneghelo D., Mihalcea C., Milan E., Montresor M., Pani A., Pavani V., Righetti P., Ripoli MA., Riscica P., Rizza C., Rizzetto V., Rossi A., Rovea A., Ruffato A., Ruzziconi C., Sembianti N., Smacchia C., Stimolo C., Zerbetto E., Zerman M.)
6. **ABUSO DI ANALGESICI OPIOIDI. Tipologie e modalità d'intervento**
Di Marco Faccini, Rebecca Casari, Laura Morbioli, Fabio Lugoboni
7. **LE BENZODIAZEPINE NEI TOSSICODIPENDENTI IN TERAPIA SOSTITUTIVA PER OPIOIDI**
Casari Rebecca, Faccini Marco, Morbioli Laura, Lugoboni Fabio
8. **20 ANNI DI INTERAZIONI TRA LA CURA DELLE DIPENDENZE E DELLA COMORBILITÀ PSICHIATRICA NEL TRATTAMENTO RESIDENZIALE DI VILLA GORIZIA**
Fiocchi A., Pianezzola P., Cappellini C., Bonvini M., Gusmeroli P., Cavalera C.
9. **METODOLOGIE E STRATEGIE DELLA PRESA IN CARICO: UTILIZZO DELLE TECNICHE DI RILASAMENTO DI TIPO COGNITIVO-COMPARTAMENTALE NEI PAZIENTI RICOVERATI NEL REPARTO DI RIABILITAZIONE ALCOLOGICA DELLA FONDAZIONE RICIEDEI DI PALAZZOLO SULL'OGLIO**
Alessia Medioli, Mauro Novali, Marco Renaldini, Sabrina Ferrari, Alessia Pizzoccolo, Luigina Scaglia
10. **UNPLUGGED. Corso di formazione per gli insegnanti della I.C. "P. M. Rocca" di Alcamo, a.s. 2015-2016**
Barbara Brunella, Bongiorno Angela, Cruciatina Enza, Di Giovanni Caterina, Ribilotta Lidia Marcella, Scalici Margherita, Schirò Tiziano. Osservatore: Papa Stefano

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

Supplemento al N. 46
anno XIII - ottobre 2016
Proprietà: FeDerSerD
Sede legale
Via Giotto 3,
20144 Milano

Comitato di Direzione
Pietro Fausto D'Egidio,
Felice Nava, Guido
Faillace, Alessandro
Coacci, Alfio Lucchini,
Giancarlo Ardissonne,
Roberta Balestra,
Emanuele Bignamini,
Giovanni Cordova,
Edoardo Cozzolino,
Francesco De Matteis,
Tommaso Di Marco,
Donato Donnoli,
Giuseppe Faro, Maurizio
Fea, Mara Gilioni,
Maria Luisa Grech,
Fernanda Magnelli,
Ezio Manzato, Gianna
Sacchini, Giorgio Serio,
Vincenzo Simeone,
Cristina Stanic,
Concettina Varango,
Franco Zuin, Margherita
Taddeo

Direttore scientifico
Alfio Lucchini

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

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

Direttore responsabile
Stefano Angeli

Copyright by
FrancoAngeli s.r.l.
Milano

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

Edizione fuori commercio

11 VALUTAZIONE DEI LIVELLI DI FRAGILITÀ COMPORTAMENTALE ADOLESCENZIALE E GAMBLING: UN'INDAGINE ESPLORATIVA NELLE SCUOLE SECONDARIE DI SECONDO GRADO DEL DISTRETTO SANITARIO DI ALCAMO - ASP TP

Asta Claudia, Barbara Brunella, Calamia M. Piera, Cruciata Enza, De Luca Denise, Di Giovanni Caterina, Faillace Guido, Mancuso Giovanna, Ribilotta Lidia, Scalici Margherita, Schirò Tiziano, Scoglio Giovanna, Trapani Vincenzo

12 IL CAMBIAMENTO ATTRAVERSANDO LA FORZA. Gruppi Funzionali al Ser.T

Guido Faillace, Caterina Di Giovanni, Franca Elisa Di Girolamo

13 ASSESSMENT NEUROFUNZIONALE DELL'ATTRIBUZIONE DI SALIENZA E DEL CONTROLLO INIBITORIO NEI GIOCATORI PATOLOGICI SOTTOPOSTI AD UN TASK GO-NOGO

Maniaci G., Piccoli T., Picone F., Dimarco T., Serra S., van Holst R.J., Goudriaan A.E., Lipari A., Scardina S., Gagliardo C., Cannizzaro C.

14 METODOLOGIE E STRATEGIE DELLA PRESA IN CARICO: NUOVO SERVER WEB FRA LA RIABILITAZIONE ALCOLOGICA DI PALAZZOLO SULL'OGGIO ED I VARI SERVIZI INVIANTI

Alessia Medioli, Mauro Novali, Marco Renaldini, Sabrina Ferrari, Alessia Pizzocco

15 STUDIO PRELIMINARE RELATIVO AGLI STILI DI ATTACCAMENTO E ALESSITIMIA IN UN CAMPIONE DI GIOCATORI D'AZZARDO PATOLOGICI

Margherita Taddeo, Lucia Ponzetta, Antonella Evangelista, Lidia Sileno, Angela Cafagna, Vincenza Ariano

16 GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO: DALLA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI AL SERVIZIO SPERIMENTALE DIPARTIMENTALE

Margherita Taddeo, Lucia Ponzetta, Antonella Evangelista, Lidia Sileno, Angela Cafagna, Vincenza Ariano

17 ADOLESCENTI E GAMBLING: l'esperienza di prevenzione nelle scuole secondarie del Ser.T DSB 33 ASL Napoli 1 Centro

Alessandro Limardi, Vincenzo Carbone, Maurizio Cardone, Giovanna Coppola, Massimo Corrado, Alessia Giacomardo

18 DOPPIA DIAGNOSI

Fabio Venturella, Francesca Catania, Guido Faillace, Vincenzo Trapani

1

PUNTO INTERVENTO DIPENDENZE: SPAZIO DI CONSULENZA E DI AIUTO

**C. Assi*, N. Cesari*, M. Martini*, A. Pistuddi*,
R. Ferrario*, G. Parravicini*, M. Torriani*,
A. Lucchini*, C. Greco[^], C. Gallione[^], F. Celestina[^],
M. Sacco[^], P. Zarinelli****

* Dipartimento Dipendenze ASST Melegnano e della Martesana, Milano

[^] ASSEMI, Azienda Sociale Sud- Est Milano, San Donato Milanese, Milano

** Direttore Socio sanitario, ASST Melegnano e della Martesana, Milano

Dal mese di maggio 2015, in due pomeriggi la settimana, si è attivato il Punto Intervento Dipendenze: PID, un luogo dedicato al primo contatto, alla diagnostica, alla consulenza, al sostegno familiare dei soggetti con consumo di sostanze problematico o con problematiche di dipendenza patologica.

Il PID è sorto per rispondere alla necessità di agevolare l'accesso alle cure per i cittadini di un'ampia area distrettuale sanitaria e sociale.

È stata fatta fin da subito la scelta di costituire sulle diverse tematiche équipe multiprofessionali formate da assistenti sociali, psicologi, medici, educatori professionali competenti per gli ambiti di intervento richiesti.

Gli ambiti di attivazione del PID sono la dipendenza da alcol e da gioco d'azzardo patologico, l'esplorazione dell'area minorile con le problematiche di consumo legali ed illegali, il supporto alla genitorialità.

L'ambito della dipendenza da gioco d'azzardo patologico e da alcol viene offerta in questa sede per facilitare l'accesso all'utenza in quanto tale Servizio è di facile reperimento sul territorio rispetto alla dislocazione del servizio pubblico classico Ser.D - Alcolologia competente.

Per quanto riguarda l'area minori e genitorialità, si vuole sottolineare la necessità di un servizio meno connotato della sede Ser.D territoriale, di facile accesso per i minori ed i loro genitori.

In particolare, per quanto riguarda l'ambito minori, tre sono gli intenti che guidano l'intervento:

1. l'aggancio precoce e la valutazione diagnostica accurata sull'entità del consumo di sostanze in adolescenza;
2. una collaborazione più stabile con i Servizi di Prevenzione universale, selettiva ed indicata per un punto di osservazione precoce sulla comparsa di disturbi da uso di sostanze;
3. una collaborazione più efficace coi Servizi Sanitari (UONPIA) e sociali (Servizi Minori e Famiglia) per progetti su minori a rischio o autori di reato.

Nel primo anno di attività, sono state intercettate n.51 persone e di queste 27 giovani maggiorenni, 16

minori, 8 genitori su invio dell'autorità giudiziaria. L'accesso al Servizio è facilitato dalla disponibilità di un telefono dedicato e dalla possibilità già dal primo contatto telefonico di poter accedere a un contatto orientato alla valutazione del bisogno.

L'altro aspetto che è molto sottolineato è la collaborazione per la costruzione di un progetto del FSE dal nome "Passi Prossimi", finanziato a partire dal marzo 2016, che rende ancora più visibile la costruzione di una rete sul territorio di cui il PID è un nodo che comporta sia la costruzione di un'unità da strada, sia di spazi di confronto decentrati in alcune sedi territoriali per interventi di prevenzione selettiva e aggancio precoce di minori che presentano situazioni di rischio e/o dipendenza da sostanze o da gioco d'azzardo, per costruire percorsi diagnostici ed eventualmente di cura appropriati.

Sull'ambito minori, la scelta di un "ambulatorio dedicato" ci è sembrata una scelta vincente.

L'accesso è risultato estremamente facilitato e per tutti i minori che hanno avuto accesso al servizio è stata formulato un percorso diagnostico e l'accesso ad un percorso di cura.

In un ambito tanto delicato, si sono attivati in maniera stabile percorsi di collaborazione coi servizi territoriali, perché siamo certi che l'efficacia dell'intervento sia legata alla sinergia dei diversi servizi (Minori e UONPIA).

Si auspica in futuro una maggior collaborazione anche coi Servizi di Assistenza Sanitaria di Base (per esempio Pediatri di Libera Scelta) e coi Reparti e i Servizi Ospedalieri per la costruzione di percorsi virtuosi che rendano possibile un intervento territoriale più efficace. I dati raccolti sono ancora piccoli, ma per quanto riguarda l'intervento sui minori si possono sottolineare le seguenti caratteristiche:

4. su 16 giovani valutati al PID, 3 femmine e 13 maschi; i problemi legati alle sostanze vedono 2 minori con eroina fumata, 5 con cocaina inalata e alcol, 9 con uso di cannabinoidi;
5. 6 hanno avuto un accesso spontaneo e 10 erano in carico ai Servizi Minori e Famiglia del territorio. Le problematiche legate al consumo di sostanze erano sempre presenti.

L'osservazione preliminare su questo tipo di intervento suggerisce uno sviluppo dello stesso.

Sarà interessante monitorare il follow-up di queste situazioni per valutare se l'intervento precoce influisce in maniera positiva sull'evoluzione clinica della storia dei ragazzi osservati.

“IL NODO BORROMEIO” DAL CONCETTUALE AL CONCRETO Patomorfosi della Dipendenza Patologica nel nostro territorio. Nuove problematiche, nuove strategie

**Campitelli Giovanna, Rapisarda Luigi Maria,
Taddei Sandro, Isceri Luigia, Batzella Marina,
Marchionni Fiammetta, D’Ezio Marco, Cherli Marco,
Gatti Massimiliano, Bonocore Franco,
Biferrari Sandra**

ASL Roma 3 U.O.S. Ser.D Area Litorale ASL Roma 3,
Via Tagaste 2 Ostia Lido Roma

INTRODUZIONE

Il titolo è stato scelto poiché il Nodo Borromeo è un nodo concettuale di difficile, forse impossibile, realizzazione caratterizzato da 3 anelli che devono rimanere uniti, perché se uno si scioglie tutti e 3 si dividono. Il loro rapporto è particolare in quanto nessuno dei 3 può esistere senza gli altri 2. Tutti gli anelli sono centrali. Non esiste una gerarchia più o meno efficace, ognuno trova la sua importanza solo in rapporto agli altri 2. Noi identifichiamo i 3 cerchi del nodo con: 1) Diagnosi; 2) Terapia (farmacologica e/o non farmacologica) e 3) Management clinico del paziente, nel quale comprendiamo: counseling, implementazione del case-manager, incremento del numero dei colloqui individuali, setting adeguato, valorizzazione del management infermieristico, ecc. L’intreccio di questi 3 fattori può essere considerato uno “snodo” su cui agire per ottimizzare le risorse investite con una positiva ricaduta sullo stato di salute del singolo paziente. Infatti nella realtà caleidoscopica dei nostri Servizi l’integrazione di questi 3 momenti appare fortemente ostacolata dalle numerose criticità comuni ai Servizi stessi (carenza personale, sovraffollamento degli spazi, bacini d’utenza estremamente ampi, ecc.).

L’idea di questo lavoro nasce dall’incremento osservato negli ultimi anni e da più fonti confermato (Forze dell’Ordine, incremento del numero di ricoveri in PS, UTIC e SPDC per Patologia correlabile a Cocaina, Alcool e THC, pazienti stessi) dell’uso di Sostanze Stupefacenti diverse dagli Oppiacei.

OBIETTIVI

Alla luce di queste osservazioni sull’evidente Patomorfosi delle DP nella nostra utenza, abbiamo deciso di oggettivare le nostre impressioni effettuando una attenta ricognizione e ridefinizione diagnostica effettuata al 30 giugno 2016 sui pazienti in carico,

anche aggiornandola alla luce del DSM-5. Si sottolinea come le peculiari caratteristiche epidemiologiche del ns. bacino di utenza e l’altissima utenza in carico, insieme all’elevata penetranza del ns. Servizio ed alla lunga ritenzione in trattamento dei pazienti, rafforzino la significatività dei dati emersi. L’attenzione è stata posta soprattutto alla variazione della diagnosi dal momento dell’apertura della Cartella clinica rivedendo, anche criticamente, i criteri ed i dati pregressi presenti nell’Archivio, relativi alla 1° presa in carico. Pertanto gli obiettivi si riassumono in: 1) Verificare l’ipotesi di una significativa Patomorfosi della DP nella nostra utenza, al fine di adeguare l’offerta terapeutica a questa nuova realtà; 2) Verificare e rendere dinamico il collegamento del processo diagnostico con quello terapeutico dei pz. in carico da più tempo, anche al fine di coinvolgere meglio il singolo paziente nel proprio Progetto Terapeutico Individualizzato al fine di ipotizzare una possibile guarigione clinica.

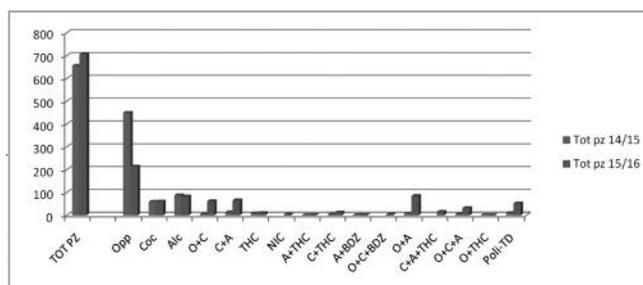
MEDODO

(Ri)Valutazione diagnostica. È stata effettuata dai Dirigenti Medici nelle figure del Responsabile del U.O.S., Farmacologo Tossicologo, e del Vices responsabile, Internista Immunologo, entrambi esperti nei processi di diagnosi, cura e gestione clinica delle DP. Ci si è attenuti al DSM-5 ed al CGI (Giudizio Clinico Globale), prendendo visione di: anamnesi, metaboliti urinari, analisi chimico-immuno-ematologiche, accertamenti specialistici effettuati, esame obiettivo mirato, testologia psicodiagnostica, consulenze specialistiche, cartelle cliniche acquisite di ricoveri precedenti e/o intercorrenti, eventi esistenziali significativi pre e post diagnosi, terapie farmacologiche e non farmacologiche effettuate, ingressi EA ed altro materiale cartaceo disponibile. Per ogni paziente arruolato (707 pazienti) è stato previsto un colloquio individuale per verificare l’appropriatezza della rivalutazione.

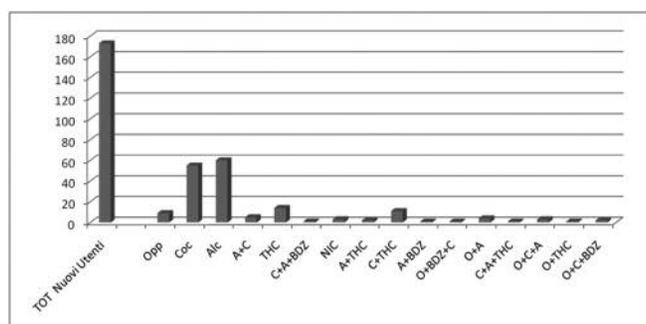
RISULTATI

Sono riassunti nelle seguenti Tabelle:

Tab. 1 – Confronto tra la totalità dei pazienti attivi negli intervalli di tempo dal 1/07/2014 al 30/06/2015 con i pazienti attivi dal 1/07/2015 al 30/06/2016 per diagnosi.



Tab. 3 – Nuovi pazienti dal 1/07/2015 al 30/06/2016 classificati per diagnosi



particolare attenzione alla costruzione ed al consolidamento dell'Alleanza Terapeutica del pz. con il Servizio.

CONSIDERAZIONI

Significativo cambiamento della Diagnosi di DP nei pz. seguiti nel 2° semestre 2015/1° semestre 2016 rispetto all'analogo periodo 2014/2015. Questo apre nuovi scenari nella gestione della terapia sostitutiva e nell'indicazione all'implementazione di concomitanti terapie farmacologiche orientate alla cura di Cocaina, Alcool e THC. Addestramento dei Medici non Specialisti in Servizio sull' "istruzione" e "gestione" delle terapie farmacologiche appropriate alle nuove patologie emerse. Revisione in Equipe dei Progetti Terapeutici Individualizzati dei singoli pazienti a "bassa soglia" con scelte terapeutiche più appropriate. Rispetto all'asse Efficienza/Efficacia riequilibrarla, per quanto possibile, potenziandola verso l'Efficacia, così da dare risposta al singolo paziente, nonostante l'utenza estremamente numerosa. Si sottolinea come il periodico colloquio individuale con ogni pz. in carico, costituisca una tappa irrinunciabile nel processo terapeutico, durante il quale appare doveroso informare il pz. e discutere con lui sul Progetto Individualizzato in essere e sulla sua eventuale variazione. Questo momento di rilettura della storia del paziente, confronto e restituzione, porta progressivamente ad un incremento dell'"alleanza terapeutica", testimoniando l'attenzione che il Servizio tutto mostra verso il singolo caso clinico, soprattutto ai fini di una migliore stabilizzazione e della possibile guarigione clinica.

CONCLUSIONI

Costante attenzione alla cangiante realtà "caleidoscopica" del mondo delle Dipendenze Patologiche, assai difficile da monitorizzare, formalizzare ed elaborare. Adozione di nuove strategie che amplino l'offerta terapeutica più appropriata alla nuova realtà osservata. Rafforzamento della cooperazione con la rete dei Servizi Territoriali sanitari e sociali. Implementazione del Case-Manager e valorizzazione del ruolo e delle funzioni del CPSI, prezioso nel Processo di Management e troppo spesso marginalizzato nel lavoro dell'"Equipe di riferimento" e nella gestione clinica del singolo paziente.

PROSPETTIVE

Implementazione di "Linee di Trattamento" differenziate per ampliare l'offerta terapeutica. Incremento della "compliance" dei pz. ai nuovi trattamenti proposti con

IL TRATTAMENTO DI GRUPPO A BASSA INTENSITÀ

Valutazione dell'efficacia nella percezione del giocatore d'azzardo patologico. Studio pilota per una miglior Clinical Practice

Burei E., Natale M., Simonaggio M., Angeli M., Ranieri R., Stivanello A., Cavallari G.

Dipartimento per le Dipendenze Aulss16 Padova

INTRODUZIONE

Il coinvolgimento nel gioco d'azzardo è un fenomeno in costante crescita con il proliferare di lotterie istantanee come le video lotterie, slot machine ecc. L'alta possibilità d'aggancio da parte dei giochi a ciclo rapido disponibili senza soluzione di continuità, le slot machine in particolare, hanno portato ad un incremento sostanziale del Disturbo da Gioco D'azzardo Patologico. Nonostante ormai siano disponibili e diffusi in modo omogeneo servizi specialistici dedicati, nella realtà italiana nei Dipartimenti per le Dipendenze, solo una piccola parte, si stima il 10%, vi accede di solito tardivamente e perlopiù nei momenti di crisi. Inoltre la percentuale di drop-out è molto elevata. Si ritiene che il trattamento di gruppo possa essere un intervento d'elezione per avviare e consolidare il cambiamento anche per il Disturbo da Gioco D'azzardo (Ladouceur. R, Sylvain. C, et al. 2003), (Murcia. Set al. 2006), (Myrseth. Het al. 2009). Il Dipartimento per le Dipendenze dell'Aulss 16 di Padova sta da tempo introducendo nella pratica clinica nuovi dispositivi terapeutici e riabilitativi che siano al tempo stesso maggiormente catturanti per i giocatori, compatibili coi bisogni di cura e le risorse disponibili.

OBIETTIVO

Gli obiettivi di questo studio pilota sono rivolti all'osservazione degli effetti prodotti dall'utilizzo di un nuovo format, la terapia di gruppo a bassa intensità (durata 6 mesi, con incontri ogni due settimane) e con il sostegno a distanza (mediante numero dedicato e interazione messaggistica), al fine di verificare e valutare i cambiamenti percepiti in una popolazione di giocatori patologici diagnosticati secondo i criteri del DSM V.

PARTECIPANTI

Il gruppo era composto da 18 persone di entrambi i sessi, con un'età compresa tra i 25 e i 65 anni, di diversa estrazione sociale tutte facenti parte del territorio di competenza dell'Aulss 16 di Padova che aveva-

no sviluppato una dipendenza patologica medio-grave, prevalentemente verso le slot machine, vlt, scommesse e gratta e vinci. Vi sono stati 2 abbandoni. Ai fini delle analisi statistiche, sono stati considerati solamente i 12 soggetti che ci hanno messo a disposizione entrambi i questionari (T1-T2).

STRUMENTI

È stato utilizzato lo strumento: "Gioco d'azzardo, guida pratica di intervento. Manuale per l'operatore"⁶, come background di riferimento nella conduzione degli incontri.

Il supporto a distanza tramite un numero dedicato e l'interazione mediante messaggistica. L'Interazione mediante SMS, mezzo di comunicazione alla portata di tutti, durante la settimana aveva la funzione di mantenere a distanza la continuità del sostegno ai giocatori durante il percorso terapeutico. La messa a disposizione di un numero verde dedicato, attivo tutti i giorni lavorativi, per permettere un'interazione continua a necessità dei singoli.

Per valutare l'andamento del gruppo, in relazione agli obiettivi sopra citati, è stato utilizzato un test di autovalutazione, creato ad hoc, il quale ripropone i 9 criteri suggeriti dal DSM V7 per la diagnosi del gioco patologico. Trattasi di un questionario qualitativo a 9 item con scala likert a 5 punti (da 0-mai a 5-sempre). Il questionario valuta l'auto percezione del singolo e i punteggi vanno interpretati in modo decrescente: punteggi alti indicano una maggiore prepotenza della patologia, mentre i più bassi un maggiore benessere individuale.

METODO

Gli incontri duravano 90 minuti a cadenza quindicinale. L'intervento iniziava con una breve introduzione dell'argomento per poi dare spazio agli interventi e all'interazione con e tra i partecipanti.

Adeguato spazio avevano anche le informazioni volte a riconoscere e modificare i pensieri disfunzionali e le distorsioni cognitive durante ogni incontro. Questo metodo proposto, in una cornice interattiva di gruppo, in un clima empatico supportivo, era volto a stimolare l'assimilazione propria degli strumenti cognitivi, pratici, emotivi e sociali utili a fronteggiare al meglio le specificità della propria patologia. Il carattere non giudicante del gruppo permetteva una libera interazione e un'elaborazione senza vergogna delle esperienze vissute dai singoli. Nei giorni seguenti veniva elaborato ed inviato dai conduttori un SMS inerente alle tematiche affrontate nel gruppo con lo scopo di mantenere riflessivi e attivi i giocatori nel periodo di tempo che intercorreva tra un incontro e l'altro, evitando così anche il rischio di drop-out. Inoltre durante il percorso dei giocatori veniva individuata la figura dell'accompagnatore (generalmente un familiare) che fungeva da supporto emotivo e nella gestione del denaro.

RISULTATI

In primo luogo sono stati presi in esame le differenze nei punteggi totali ottenuti dai 12 partecipanti al T1 e al T2.

Figura 1 – Punteggi soggetti T1-T2

		DiffT1_T2			
		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
Valido	-8,00	1	8,3	8,3	8,3
	-2,00	1	8,3	8,3	16,7
	,00	2	16,7	16,7	33,3
	1,00	1	8,3	8,3	41,7
	2,00	1	8,3	8,3	50,0
	4,00	1	8,3	8,3	58,3
	5,00	1	8,3	8,3	66,7
	7,00	1	8,3	8,3	75,0
	8,00	1	8,3	8,3	83,3
	10,00	1	8,3	8,3	91,7
	13,00	1	8,3	8,3	100,0
	Totale		12	100,0	100,0

La Figura 1 evidenzia che: otto soggetti mostrano un'evoluzione positiva, due componenti del gruppo hanno riportato un peggioramento (-8,00 e -2,00) e ulteriori due elementi non hanno riportato variazioni tra i due punteggi totali in T1 e T2. Il miglioramento anche se

riferito e percepito dai giocatori, non è risultato statisticamente significativo ($t(gdl=11)=2,011$ $p=0,069$), come riportato negli approfondimenti effettuati sull'intero gruppo con campioni appaiati, tramite T-Test in Figura 2.

Figura 2 – T-Test per soggetto

		Test campioni accoppiati							
		Differenze accoppiate				t	gl	Sign. (a due code)	
		Media	Deviazione std.	Media errore standard	Intervallo di confidenza della differenza di 95%				
					Inferiore	Superiore			
Coppia 1	tot t1 - tot t2	3,333	5,742	1,658	-,315	6,982	2,011	11	,069

Il grafico Boxplot in Figura 3 raffigura la distribuzione del campione tramite indici di dispersione e di posizione. Nello specifico: la maggior parte dei punteggi si aggirano intorno allo zero e l'otto (rappresentati dal box-scatola).

La linea che attraversa la scatola indica la mediana, mentre i segmenti (ovvero i plot/baffi) rappresentano l'indice di dispersione che varia dai -8,00 a 13,00. Si può quindi sostenere che la maggior parte dei compo-

nenti nel gruppo ha riscontrato un miglioramento nei criteri divulgati dal DSM V⁷ collocandosi perlopiù tra lo zero e l'otto, tra i punteggi positivi. Dato riportato anche in Figura 4 in cui vengono riportati i ranghi negativi che riassumono la quantità di soggetti (ranghi negativi: 8) che mostrano un decremento dei punteggi e un conseguente abbassamento nei livelli di patologia percepiti.

Figura 3 – Grafico Boxplot di Figura 1

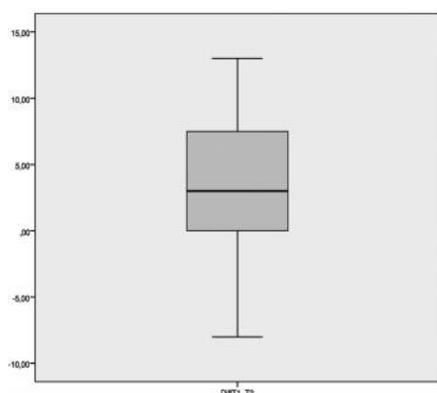


Figura 4 – Test dei ranghi con segno di Wilcoxon per singoli soggetti

		Ranghi		
		N	Rango della media	Somma dei ranghi
tot t2 - tot t1	Ranghi negativi	8 ^a	5,63	45,00
	Ranghi positivi	2 ^b	5,00	10,00
Correlazioni		2 ^c		
Totale		12		

a. tot t2 < tot t1

b. tot t2 > tot t1

c. tot t2 = tot t1

Successivamente sono stati presi in considerazione i risultati, nel pre e post trattamento, di ogni singolo item che fa riferimento ai singoli criteri del DSM V⁷. Tramite il Test dei ranghi di Wilcoxon (Figura 5) sono emersi risultati significativi per quanto concerne l'item 6 e l'item 7 (relativi all'inseguimento delle perdite e al raccontare bugie volte a nascondere il coinvolgimento al gioco). Come è possibile notare infatti, l'item 6 presenta 6 ranghi negativi (punteggi più bassi), 0 ranghi positivi (punteggi più alti) e 6 correlazioni (punteggi rimasti invariati). Questo risultato si traduce in: sei

miglioramenti, zero peggioramenti e sei punteggi invariati. Nell'item sette ci sono: 8 soggetti che migliorano, 1 che peggiora e 3 che mostrano un punteggio invariato. Entrambi gli item dunque risultano significativi (Figura 6) (item6= $z = -2,232$ $p = .026$) (item7= $z = -2,308$ $p = .021$).

I risultati descritti in Figura 5 e in Figura 6 descrivono come la rincorsa delle perdite e le menzogne sono due fattori, nonché criteri diagnostici, che subiscono un significativo ridimensionamento in seguito alla partecipazione al gruppo.

RANGHI

Figura 5 – Test dei ranghi di Wilcoxon per singolo item

	N	Rango della media	Somma dei ranghi
T2 item 6 - T1 item 6 Ranghi			
Ranghinegativi	6	3.50	21.00
Ranghi positivi	0	.00	.00
Correlazioni	6		
T2 item 7 - T1 item 7			
Ranghi negativi	8	5.13	41.00
Ranghi positivi	1	4.00	4.00
Correlazioni	3		

Figura 6 – Test dei ranghi Wilcoxon per singoli item

Statistiche del test ^a									
	t2 item1 - t1 item1	t2 item2 - t1 item2	t2 item3 - t1 item3	t2 item4 - t1 item4	t2 item5 - t1 item5	t2 item6 - t1 item6	t2 item7 - t1 item7	t2 item8 - t1 item8	t2 item9 - t1 item9
Z	-1,508 ^b	-1,633 ^b	,000 ^c	-1,318 ^b	-,641 ^b	-2,232 ^b	-2,308 ^b	-1,289 ^c	-1,342 ^b
Sign. asint. (a due code)	,132	,102	1,000	,187	,521	,026	,021	,197	,180

Discussione

I risultati emersi suggeriscono che la partecipazione ai gruppi si traduce in un sensibile miglioramento nell'auto percezione dei propri sintomi, quindi un miglioramento della qualità della vita, e in una minore intensità e frequenza dell'espressione sintomatologica per la maggior parte dei partecipanti (66,6% di soggetti con punteggi migliorati, 16,6% invariati e 16,6% hanno riportato peggioramenti), ma nonostante questi elementi positivi emersi, essi non ci permettono di dichiarare un'evoluzione statisticamente significativa in tutti i nove criteri presi in considerazione, ma solo per il criterio 6 e 7 del DSM V. Prendendo in considerazione le diverse funzionalità che vengono compromesse nel gioco d'azzardo patologico, ricavate dal DSM V⁷, vi sono però dei miglioramenti importanti per quanto riguarda le distorsioni cognitive (Item 6) su cui i giocatori hanno avuto ampia informazione e interazione nel corso del trattamento di gruppo. In particolare i partecipanti mostrano una razionalità più forte in grado di contrastare un importante circolo "vizioso" che li portava a continuare a giocare per cercare di recuperare i soldi persi. È ipotizzabile dunque che le informazioni date negli incontri permettano ai giocatori di capire che i soldi persi raramente, soprattutto per un giocatore patologico, sono recuperabili, neutralizzando un fattore di ricaduta. Inoltre vi è un signifi-

cativo miglioramento anche nel criterio che descrive le continue bugie e menzogne (Item 7) di cui fanno massicciamente uso questo tipo di pazienti. È possibile che tramite il gruppo, i soggetti si sentano liberi di esprimersi senza essere giudicati facilitando così la possibilità di chiedere e ricevere l'aiuto necessario a interrompere o quanto meno ridurre l'impulso per il gioco. La presenza di una figura che accompagna e aiuta il giocatore risulta essere di vitale importanza, non solo per aiutare il giocatore a gestire il denaro, ma anche per supportarlo in tutti gli aspetti quotidiani. Il gruppo aiuta, in questo senso, a parlare anche con i familiari e amici e coinvolgerli nel percorso terapeutico scelto. Gli incontri, secondo la nostra esperienza, hanno effettivamente ridotto i comportamenti di gambling, anche se non per tutti è stato possibile astenersi completamente, ma le ricadute sono rimaste perlopiù situazioni isolate e non dettate dall'inseguimento delle perdite, come effettivamente riporta anche il questionario. Inoltre grazie al particolare tipo di setting terapeutico e alle tecniche utilizzate in questo studio è stato possibile lavorare e mantenere viva la motivazione a proseguire il trattamento riducendo al minimo il drop out (11%) e incrementando così la ritenzione (89%), (Hodgins, 2005; Toneatto&Millar, 2004).

In futuro potrebbe essere utile per ulteriori studi uti-

lizzare strumenti di misura più dettagliati, avere un gruppo di controllo ed effettuare dei follow up a medio lungo termine per valutare il mantenimento dei risultati ottenuti.

Bibliografia

1. Ladoucer R., Sylvain C., Boutin C., Lachance S., Doucet C., Leblond J. (2003). Group therapy for pathological gamblers: a cognitive approach. *Behaviour Research and Therapy*, Volume 41, Issue 5, Pages 587-596.
2. Murcia S., Alvarez-Moya E., Granero R., Aymami M., Gomez-pen M., Jaurrieta N., Sans B., Rodriguez-Marti J., Vallejo J. (2006). Cognitive behavioral group treatment for pathological gambling: analysis of effectiveness and predictors of therapy outcome *Psychotherapy Research*, September 2007; 17(5): 544-552.
3. Myrseth H., Litlerè I., Støylen I.J., Pallesen S., (2009). A controlled study of the effect of cognitive-behavioural group therapy for pathological gamblers.
4. Hodgins, D. C. (2005). Implications of a brief intervention trial for problem gambling for future outcome research. *Journal of Gambling Studies*, 21, 13-19.
5. Toneatto T., Millar G. (2004). The assessment and treatment of problem gambling: Empirical status and promising trends. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 501-503.
6. n.8, U.(s.d.) *Gioco d'azzardo patologico. Manuale per l'operatore*. Castelfranco Veneto (TV): Progetto Integrativo GAP-Net-2w-Rete di servizi per l'assistenza al gioco d'azzardo patologico -2nd wave. DGR n.1378 del 4 Agosto 2011; DGR n. 528 del 24 dicembre 2013).
7. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed)*. Washington, DC: Author.

RICOVERI PER DIPENDENZA DA OPIOIDI DI PRESCRIZIONE PRESSO IL SERVIZIO DI MEDICINA DELLE DIPENDENZE (MDD): dati dell'ultimo decennio

Marco Faccini, Rebecca Casari, Laura Morbioli, Lorenzo Zamboni, Fabio Lugoboni
Medicina delle Dipendenze, Policlinico GB Rossi, Verona

Introduzione

Si stima che nel mondo nel 2014 siano 32,4 milioni gli assuntori di oppioidi (che comprendono sia oppioidi di prescrizione che oppiacei), di cui 16,5 milioni di assuntori di oppiacei (oppio e eroina). Negli Stati Uniti, nel biennio 2011-2012, l'incremento dei soggetti facenti uso di PK più forti della morfina e di età maggiore ai 20 anni è passato dal 17% al 37%. Con conseguente declino degli oppioidi più deboli, passati dal 42,2% al 20% (Zing et al, 2014). Altro dato di notevole rilevanza nella situazione americana, riguarda la richiesta di ricovero per disintossicazione da PK: fra il 2007 e il 2011 si registra un aumento della domanda del 187% (Weisberg et al, 2013). Nessuna sostanza lecita o illecita ha fatto impennare in questo modo la richiesta di assistenza in quel lasso temporale. In Europa viene espressa una preoccupazione crescente relativa alla diffusione di oppiacei sintetici. Se l'eroina resta l'oppiaceo più comunemente consumato, l'abuso di oppiacei sintetici è sempre più diffuso ed arriva quasi al 20%. Nel 2014 c'è stato un aumento rispetto all'anno precedente di consumatori di oppiacei che si sono sottoposti al trattamento specialistico per problemi correlati principalmente a oppiacei diversi dell'eroina. In Italia i dati sono ancora pochi e preliminari, ma fanno ipotizzare che i PK siano ancora poco diffusi come sostanza scelta per l'abuso. Si possono ricavare informazioni dai dati di vendita, in crescita, e dalla Relazione annuale al Parlamento anno 2015, dove per la prima volta sono stati segnalati anche soggetti che hanno richiesto ai SerD un trattamento per dipendenza da farmaci non prescritti, primaria o secondaria: metadone 1,7%, buprenorfina 0,2%, altri oppioidi 0,9%. Si tratta in totale di circa 3500 soggetti, in realtà non pochi perché costituiscono il 2,8% di tutti gli utenti in carico ai SerD italiani nel 2014. Nella maggioranza dei casi i PK sono ottenuti con ricette mediche, ma esiste un mercato illegale in espansione, facilitato dalla possibilità di acquisti tramite internet. Si possono distinguere varie situazioni, ma in tutti i casi la prescrizione del medico ha un ruolo di primo piano. MDD negli ultimi 5 anni ha visto aumentare le richieste d'intervento per dipendenza/addiction da PK e

spesso le situazioni non sono gestibili in ambulatorio, non si risolvono con consulenze, un buon piano terapeutico e una raccomandazione al paziente di impegnarsi nella gestione dei giusti dosaggi di farmaco.

Esperienze di trattamento di casi di dipendenza da PK presso MDD

Nel periodo 2006-2016, presso la struttura di degenza di MDD sono stati effettuati **1636 ricoveri** per detossificazioni da varie sostanze d'abuso (Grafico 1), 1021 maschi (62,4%) e 615 femmine (37,6%). Quasi il 50% dei ricoveri era motivato da detossificazione da benzodiazepine, in presenza di una dipendenza da alte dosi, con netto incremento negli ultimi anni di questa tipologia di utenti. In meno di un caso su quattro si trattava di dipendenza da oppioidi e il ricovero era effettuato per detossificazione completa oppure rotazione verso altro oppioide (metadone o buprenorfina o fentanyl).

Dalle due tabelle sono possibili alcune considerazioni:

- 337 soggetti ricoverati (20,6% del totale dei ricoveri in MDD) avevano come motivazione la dipendenza da oppioidi come sostanza primaria, oltre ad altri 57 come sostanza secondaria (24,1% complessivo); nel 77,1% dei casi erano maschi e nel 22,9% femmine.
- di questi 337 ricoveri, 299 (88,7%) erano finalizzati alla detossificazione all'interno di una storia di tossicodipendenza e 38 (11,3%) indotti da richieste (di servizi specialistici o dei pazienti stessi) di assestare terapie farmacologiche per dolore cronico (rotazione di farmaci oppioidi, di solito verso metadone o buprenorfina), in casi di fallimento terapeutico e/o uso improprio/dipendenza da alte dosi, con *craving*. Nel gruppo detossificazioni i maschi erano il 79,3%, in quello delle rotazioni solo il 60,5%.
- è difficile distinguere i singoli percorsi esistenziali, ma possiamo affermare che una storia di dipendenza da eroina era presente in tutti i casi di detossificazione da farmaci oppioidi sostitutivi (metadone e buprenorfina), ma solo in parte di quelli in cui la sostanza da detossificare era un PK (tramadolo, codeina, ossicodone, idromorfone, fentanyl). È perciò presente nel campione un sottogruppo (8% circa) di interventi di detossificazione da PK oppioidi: in una prima fase erano solo codeina e tramadolo, di recente sono comparsi altri PK più potenti.

Discussione

Il trattamento antalgico fa parte della responsabilità professionale di ogni medico. Il dolore acuto serve, ha una funzione di segnale; quello cronico non serve a nulla e va affrontato con ogni mezzo a disposizione. Ma molti pazienti pensano che qualsiasi tipo di dolore, fisico o mentale, sia potenzialmente curabile. Il fatto che i PK possano dare dipendenza, con conseguente necessità di aumentare sempre più le dosi per ottenere l'effetto iniziale, viene visto come un elemento secondario, spesso non valutato. I medici conoscono poco le dipendenze e spesso non si concentrano su una corretta anamnesi e un'informazione completa, perché richiedono conoscenze più precise e tempo ma eviterebbero al paziente, futuri problemi, maggiori della

Tabella 1 – Ricoveri per dipendenza da oppioidi in MDD; periodo 2006 - 2016 (primo semestre) Detossificazioni (con farmaci sintomatici)

Oppioide	N. M	% M	N. F	% F	N. Tot	% Tot
Metadone	127	53,6	29	46,8	156	52,2
Buprenorfina	55	23,2	8	12,9	63	21,1
Eroina	36	15,2	12	19,4	48	16,1
Tramadolo*	7	3	5	8,1	12	4
Ossicodone*	5	2,1	1	1,6	6	2
Oppioidi non definiti	2	0,8	3	4,8	5	1,7
Fentanil*	1	0,4	3	4,8	4	1,3
Ossicodone+fentanil*	0	0	1	1,6	1	0,3
Idromorfone*	1	0,4	0	0	1	0,3
Tramadolo+codeina*	1	0,4	0	0	1	0,3
Tramadolo+fentanil*	1	0,4	0	0	1	0,3
Viminolo	1	0,4	0	0	1	0,3
Tot. detox	237	100	62	100	299	100

* Può non essere presente storia di dipendenza da eroina

Tabella 2 – Ricoveri per dipendenza da oppioidi in MDD; periodo 2006 - 2016 Rotazione oppioide

Rotazione da ...	N. M	% M	N. F	% F	N. Tot	% Tot	a MTD scir.	a BUP transd	a FENT transd.
Ossicodone	4	17,4	3	20	7	18,4	6	1	0
Fentanil	2	8,7	4	26,7	6	15,8	6	0	0
Fentanil+ossicodone	2	8,7	0	0	2	5,3	2	0	0
Morfina+fentanil	1	4,3	0	0	1	2,6	1	0	0
Idromorfone	0	0	2	13,3	2	5,3	2	0	0
Morfina	1	4,3	1	6,7	2	5,3	2	0	0
Metadone	7	30,4	0	0	7	18,4	0	7*	0
Metadone+tramadolo	0	0	1	6,7	1	2,6	0	1	0
Tramadolo+codeina	1	4,3	2	13,3	3	7,9	3	0	0
Tramadolo+ossicodone	1	4,3	0	0	1	2,6	1	0	0
Tramadolo	3	13	2	13,3	5	13,2	3	1	1
Da più oppioidi	1	4,3	0	0	1	2,6	1	0	0
Totale rotazioni	23	100	15	100	38	100	27	10	1

malattia di base. Anche nei casi dove si instaura una progressiva insensibilità ai PK, è più facile e remunerativo prescrivere un innalzamento delle dosi che diagnosticare e trattare la dipendenza. I pazienti oncologici con limitate aspettative di vita, che dovrebbero certamente soffrire il meno possibile, rappresentano non più del 30-40% degli assuntori di PK. La maggior parte dei pazienti di cui stiamo parlando sono soggetti affetti da dolore cronico (*low back pain, failed surgery pain syndrome, fibromialgia, cefalea, ecc.*), con

un'aspettativa di vita normale. La valutazione sul tipo di trattamento, quindi, dovrebbe essere frutto di una visione sul lungo periodo. Le recenti facilitazioni prescrittive, sacrosante se ben usate secondo scienza e coscienza, sono un secondo fattore che rende ragione di tale disinvoltura prescrittiva. La triade *ignoranza, pressione culturale contro il dolore "ad ogni costo" e facilità prescrittive* è la chiave di lettura per prevedere che, in breve, il fenomeno americano verrà replicato anche da noi.

5

LA STIPSI NEI SOGGETTI IN TERAPIA METADONICA DI MANTENIMENTO. UN PROBLEMA TRASCURATO

Lorenzo Zamboni¹, Marco Faccini¹, Fabio Lugoboni¹ e GICS (Arzillo C., Bersani N., Bersani P., Biasin C., Bossi C., Bottazzo A., Bove A., Cantanchin F., Cantiero D., Canzian G., Cargnelutti D., Cibin M., De Cecco L., Dellantonio E., Dersini F., Fadelli M., Favero E., Fontana N., Franceschini A., Gaiga M., Gardiolo M., Gentile N., Ghezzi N., Giacomini MA., Manzato E., Mazza M., Meneghello D., Mihalcea C., Milan E., Montresor M., Pani A., Pavani V., Righetti P., Ripoli MA., Riscica P., Rizza C., Rizzetto V., Rossi A., Rovea A., Ruffato A., Ruzziconi C., Sembianti N., Smacchia C., Stimolo C., Zerbetto E., Zerman M.)²

¹ Medicina delle Dipendenze, Policlinico, Verona.

² GICS (Gruppo InterSerD di Collaborazione Scientifica)

Introduzione

La stipsi è un disturbo della defecazione consistente nella difficoltà di svuotare in tutto o in parte l'intestino espellendone le feci. Secondo molti autori il limite di 3 evacuazioni per settimana. La stipsi dà sintomi locali, come modesti dolori locali o diffusi, che possono riacutizzarsi fino a diventare una colica, ma può anche influire sullo stato generale con cefalea, insonnia, cardiopalmo, alitosi, dispepsia, maladigestione, flatulenze e una diminuzione dell'appetito. Il perdurare della stipsi può causare emorroidi, diverticoli ed aumentare il rischio neoplastico a carico del grosso intestino. Il metadone (MD) e la buprenorfina (BP) sono da decenni i trattamenti più usati nel mondo come terapia dell'abuso e dipendenza da oppioidi, in particolare da eroina. In tempi abbastanza recenti si è diffusa attenzione sulle problematiche legate alla possibile cardiotoxicità del MD, mentre altre caratteristiche, come la stipsi, sono state di gran lunga oggetto di minor attenzione. I soggetti eroinodipendenti (ED) in terapia sostitutiva (TS) lamentano molti disturbi che non sempre attirano la dovuta attenzione dei medici. I più comuni disturbi, riportati dai relativamente pochi studi presenti in letteratura, sono dentari (30%), la stipsi (25%), cefalea (24%), sudorazione eccessiva (26%) e problemi inerenti la sfera sessuale (24%). La costipazione indotta dagli oppioidi (CO) è una situazione estremamente frequente e legata a tutti i farmaci di questa classe. La stipsi è multifattoriale. Gli oppioidi si legano ai recettori dell'intestino, rallentandone la motilità e le secrezioni, il riempimento gastrico ed il tono degli sfinteri addominali. La sintomatologia viene peggiorata dalla scarsa introduzione di liquidi, un'inadeguata dieta, scarsità di movimento ed alterazioni elettrolitiche. Vi è inoltre generale con-

cordia nell'affermare che la CO non è soggetta a tolleranza, come invece osservato per molti altri organi ed effetti farmacologici, tende quindi a mantenersi nel tempo senza apprezzabili miglioramenti spontanei, tanto che alcuni AA hanno proposto gli ED in TS come il modello ideale per lo studio della CO. La CO da TS, anche se molto raramente, può essere in alcuni casi fatale, per perforazione intestinale. Non esistono studi in letteratura che abbiano valutato la variazione della stipsi nei ED, una volta inseriti in TS. Esistono studi invece, che hanno valutato lo switch da morfina a MD, in pazienti con problemi di iperalgesia. Tali studi, pur non portando dati univoci, sembrano segnalare un miglioramento della stipsi col passaggio a MD. La CO è causa di scarsa compliance. Nonostante ciò, scarse sono generalmente le misure correttive adottate da parte di pazienti e loro terapeuti in algologia, come pure nei trattamenti per ED nei servizi dedicati.

Obiettivi

Il presente studio, multicentrico, ha avuto lo scopo di porre l'attenzione su questa importante ma trascurata sintomatologia. Si è voluto quindi studiare la prevalenza della CO negli ED in TS, valutando la prevalenza, il grado, la correlazione con le dosi di MTD assunte ed eventuali associazioni di genere ed età. Si è voluto inoltre valutare l'attenzione che i sanitari dei SerD pongono al problema della CO ed alle misure adottate.

Metodi

Un questionario autosomministrato, con il Test di Wexner ed un test di valutazione della qualità della vita (GHQ12) è stato proposto agli ED in TS. Il Wexner è un test specifico, con alta specificità per i sintomi oggettivi della stipsi cronica, introdotto per uniformare i riscontri fisiopatologici della stipsi nella ricerca medica e valutarne la gravità. In tutto sono stati raccolti 1057 questionari.

Risultati

In totale, 407 (38.5%) dei pazienti riportavano una CO lieve, 352 (33.3%) una CO moderata, 157 (14.8%) avevano una CO grave e 54 (5.1%) una CO molto grave. In sintesi 494 (46.7%) non avevano una CO significativa, mentre 563 (53.3%) soffrivano di CO da moderata a molto severa. Il punteggio medio del test Wexner (CSS score) è risultato 6.6 ± 4.8 (range 0-26). 365 (34.5%) dei soggetti usavano lassativi, solo nel 9.9% prescritti da un medico. 412 pz. (39%) assumevano 1 o più psicofarmaci oltre l'oppioide sostitutivo. 294 pz (27.8%) benzodiazepine, 198 (18.7%) antidepressivi, 8 (0.7%) antipsicotici e 12 (1.1%) stabilizzatori dell'umore. 475 (44.9%) pz. mostravano un GHQ-12 score ≥ 14 . Di questi, 194 (18.3%) avevano un GHQ-12 score ≥ 20 (figure 3). I valori medi di GHQ score erano 13.8 ± 6.5 (range 1-36). Una correlazione lineare tra Wexner CSS e peggior qualità di vita è risultata altamente significativa ($r=0.2$, $p<0.0001$). Le femmine hanno mostrato una CO maggiore rispetto ai maschi ($p<0.00001$) come pure gli assuntori di psicofarmaci ($p=0.002$). Un percentuale di CO è stata riscontrata nei pz. In MTD, rispetto a quelli in BUP, ma la differenza non è risultata significativa ($p=0.074$). L'uso di lassa-

tivi era significativamente associato ai pz. con CO maggiore ($p=0.0009$). Nessuna correlazione si è riscontrata tra CO e livello educativo, posizione lavorativa, stato civile.

Discussione

I pazienti identificano in modo differente la stipsi dai loro medici. Mentre i pazienti danno molta importanza a sintomi quali la distensione addominale, il meteorismo, il dolore, la durezza delle feci e la fatica evacuativa, i medici danno importanza quasi unicamente ai tempi tra le evacuazioni. Una corretta valutazione della stipsi comprende la valutazione dello stile di vita, della dieta e dei farmaci assunti dal paziente. In assenza di segni allarmanti, un approfondimento diagnostico non è da raccomandarsi di routine. Nei SerD l'alta prevalenza di stipsi deve essere imputata principalmente alla CO. Nel nostro studio una stipsi di vario grado è stata riscontrata in tutti i pazienti. Pur raggiungendo in più della metà dei casi livelli degni di intervento, un trattamento della CO veniva riscontrato in poco più di 1 paziente su 3, che peraltro, in quasi tutti i casi, si arrangiava da solo. Cosa piuttosto sorprendente è stata una sostanziale sovrapposibilità dei livelli di CO, in base al dosaggio MD. Anche se i dosaggi superiori agli 80 mg/die di MD hanno fatto rilevare un aumento di stipsi grave-severa, rispetto ai dosaggi più bassi, la differenza non è risultata significativa. Anche se MD e BP han mostrato essere meno costipanti dell'eroina, la CO è un evento da valutare tra i soggetti in TS ed ha un evidente impatto sulla qualità della vita dei pazienti. La CO deve essere considerata, a tutti gli effetti, un elemento di disabilità fisica, sociale e psicologica di primaria importanza. Dopo aver posto un'accurata diagnosi (per evitare che la stipsi sia dovuta a problemi medici di altra natura), trattamenti relativamente semplici e poco costosi, come fibre vegetali, un adeguato apporto di liquidi, lassativi osmotici e stimolanti, rappresentano la prima misura per risolvere il problema della CO che non tende a passare spontaneamente. I pazienti vanno istruiti su come migliorare la defecazione assumendo posizioni più funzionali della normale posizione seduta (p.es. la defecazione "alla turca"). Tali misure e trattamenti però spesso non sono risolutivi o sono mal tollerati. L'uso cronico di catartici può avere conseguenze, a lungo andare, molto negative. Purtroppo per i pazienti che non rispondono (o tollerano) ai trattamenti di prima linea non c'è uno standard di riferimento internazionale.

Conclusioni

La CO è un evento che non deve essere dimenticato dagli operatori sanitari dei SerD, sia medici che infermieri. Tale disturbo, tra i più considerati e temuti nei pazienti che assumono oppioidi a scopo analgesico, è invece poco diagnosticato e molto trascurato nella maggior parte dei SerD italiani. La CO merita di essere considerata poiché, se non trattata, tende a peggiorare la compliance dei pazienti, che con più difficoltà (adducendo forse dei pretesti) accetteranno dosi adeguate di TS, spingendoli anzi ad uscire dal trattamento. La CO può essere curata, a volte in modo semplice, altre in modo più complesso. Ogni attenzione medica-

le per gli effetti collaterali, spesso non banali, legati al TS è di cruciale importanza per insegnare agli ED a parlare dei propri disturbi ai loro medici, migliorando così la relazione terapeutica, l'ottimizzazione farmacologica e, in definitiva, la qualità di vita. Sempre che i loro medici siano disposti ad ascoltarli.

Bibliografia

- Winstock AR, Lea T, Sheridan J. Patients' help-seeking behaviours for health problems associated with methadone and buprenorphine treatment. *Drug Alcohol Rev.* 2008;27:393-7.

- Lugoboni F, Mirijello A, Zamboni L, Faccini M, Gasbarrini A, Addolorato A, GICS. High prevalence of constipation and reduced Quality of Life in opioid-dependent patients treated with opioid substitution treatments. *Exp Opin Pharmacother* 2016, doi10.1080/14656566.2016.1232391

ABUSO DI ANALGESICI OPIOIDI Tipologie e modalità d'intervento

Di Marco Faccini, Rebecca Casari, Laura Morbioli,
Fabio Lugoboni

Medicina delle Dipendenze, Policlinico GB Rossi, Verona

L'abuso di farmaci oppioidi di prescrizione medica (*pain killer*, PK) è divenuta un'epidemia negli USA. Nel 2010, negli USA, le morti da overdose dovute a questi farmaci sono state il doppio di quelle, sommate, da eroina e cocaina. Una prima problematicità riguarda alcuni pazienti affetti da dolore cronico, con uso eccessivo di PK. Un altro aspetto è la "tracimazione" dai pazienti affetti da dolore ai loro familiari, soprattutto gli adolescenti, con un incremento drammatico dei casi di intossicazione acuta trattati dalle unità di Pronto Soccorso. Un terzo fenomeno, non trascurabile, è la dipendenza "da rientro" che l'uso incauto di PK può causare nei pazienti con un passato di tossicodipendenza. Medicina delle Dipendenze (MDD), attualmente unica unità di degenza interamente dedicata ai disturbi da uso di sostanze, ha visto moltiplicarsi le richieste di consulenza e ricovero per PK, provenienti spesso da centri d'eccellenza di terapia del dolore per casi ritenuti ormai ingestibili, segno evidente della crescita del fenomeno e dell'impreparazione di molti medici, ad affrontare le dipendenze patologiche.

I soggetti che normalmente osserviamo appartengono, in estrema sintesi, a 3 categorie di soggetti:

- 1. Pazienti con dolore cronico o post-acuto**, dove le terapie a base di PK prescritte hanno portato a tolleranza con conseguente fuoriuscita dalle dosi raccomandate e/o comparsa di iperalgesia oppioide.
- 2. Pazienti con storia di dipendenza da eroina**, spesso astinenti da anni, dove in seguito ad un dolore acuto o cronico è stato prescritto un PK, con rapido risveglio di craving oppioide.
- 3. Soggetti per abuso primario di PK**, senza storia significativa di dolore né di abuso di eroina, che arrivano all'abuso e dipendenza da PK per ricerca di euforia.

Un fenomeno così differenziato pone domande necessariamente diverse.

Nel **primo caso** il principale quesito è porre rimedio all'iperalgia oppioide, essendo secondario (anche se non trascurabile) la componente del *craving*. Il metadone (MTD), in questi casi, diventa il farmaco di elezione per la sua azione analgesica ed antagonista NMDA, essendo la tolleranza legata soprattutto al sistema glutammatergico. Il MTD si è dimostrato efficace, più di altri oppioidi, nel trattamento del dolore neuropatico. La durata breve dell'effetto analgesico del MTD paragonata alla sua lunga emivita richiede somministrazioni più frequenti quando utilizzato come

analgesico. Solitamente due o tre volte al giorno. È una terapia poco costosa e non ha "effetto tetto", pertanto il suo aumento determina in genere un miglioramento progressivo del dolore. Importante è il monitoraggio del paziente dal punto di vista elettrocardiografico in quanto il MTD può portare ad allungamento del tratto QT, fattore a sua volta predisponente ad aritmie cardiache. Solitamente la nostra prassi consiste nella seguente scaletta: visita del paziente, dopo aver valutato la piena disponibilità del MMG ad una eventuale prescrizione di MTD (cosa assolutamente non scontata; la quasi totalità dei MMG ignora di poter prescrivere il MTD, per scopi analgesici, su semplice ricettario regionale) e un ECG basale, per valutare il QTc.

Impostazione della terapia domiciliare di MTD in *overlap* progressivo con i PK abusati. ECG di controllo a distanza. Un ricovero di 5-10 giorni presso MDD se l'abuso, soprattutto se sono coinvolti i fentanili ad uso *spray* o in *lollipop*, non si estingue a domicilio. Durante il ricovero si induce un rapido aumento di MTD a dosi analgesiche e si ottimizzano le terapie adiuvanti. Spesso si sono raggiunti livelli di MTD difficilmente riscontrabili nei SerD, dati i livelli estremi di iperalgesia oppioide raggiunti alla presa in carico. È in questo ambito che la disponibilità dell'L-MTD, doppiamente efficace a livello analgesico rispetto al MTD tradizionale e senza le problematiche cardiologiche legate all'isomero destrogiro, può rappresentare un'importante novità. I SerD potrebbero essere *preziosi veicoli* per la continuità terapeutica dell'L-MTD, non prescrivibile dal MMG essendo in fascia H. *Follow-up*, dove solitamente si gestisce un decalage progressivo di MTD da dosi anti-craving a dosi analgesiche, generalmente più basse. Nel caso ci sia convincente documentazione che il dolore che ha richiesto la terapia analgesica non sia più presente ed il paziente sia fermamente determinato ad un *wash out* oppioide, viene effettuato un ricovero della durata di 7 gg circa, dove viene effettuata una disintossicazione con lofexidina e sintomatici, solitamente efficace e con drop-out molto bassi, ma spesso con sequele che richiedono visite ripetute nell'arco di 1-2 mesi. Il seguente schema terapeutico si è rivelato quasi sempre efficace, con drop-out pressoché nulli, porta generalmente ad un netto sollievo nei pazienti ed a una riduzione dei costi terapeutici impressionante.

Nel **secondo caso** (abuso di PK di rientro) la componente del *craving* è maggioritaria, ma l'aspetto algico non può essere trascurato. In questi casi è doveroso proporre una ripresa in carico del SerD (se presente) per una terapia con MTD o buprenorfina (BUP). Spesso però il pz. rifiuta questa proposta, ritenendo "diversa" la dipendenza da PK, rispetto all'eroina. Anche i SerD sollevano perplessità su queste riprese in carico, ritenendosi non idonei a curare il dolore (parallelamente i servizi algologici si ritengono non idonei a curare l'*addiction*), trovano spesso inconcepibile trattare una dipendenza, per es. da tramadolo o ossicodone, senza poterla monitorare con dosaggi urinari di controllo. La collaborazione con MDD ha portato spesso ad indurre il farmaco idoneo (più facile quella con MTD rispetto a quella con BUP, ma più facilmente accettata la BUP, meno stigmatizzata e presente anche in cerotti, formu-

lazione da tenere ben presente), per poi passare il pz. per un tempo sufficiente di mantenimento presso il SerD di riferimento. Il semplice ricovero di disintossicazione c/o MDD ha invece portato, in questi casi, a risultati deludenti ed a ricadute drammatiche che, se da un lato rendono evidente al paziente ed ai suoi famigliari la ricomparsa di una dipendenza patologica, da un altro pongono gravi problemi di ordine psichiatrico. Questa ultima opzione viene quindi riservata solo a pz. molto selezionati.

Nel **terzo caso** si tratta di una vera e propria *addiction* dove il controllo del *craving* è centrale e la prevenzione della ricaduta ineludibile. Il paziente viene solitamente invitato a presentarsi al SerD di competenza creando però spesso le resistenze sopra riportate. Anche in questo caso la disintossicazione può essere presa in considerazione ma con un imprescindibile follow-up di prevenzione della ricaduta, spesso accompagnata con una terapia di naltrexone.

Conclusioni

L'esperienza americana ha insegnato alcune cose a quella classe medica che dovremmo imparare anche noi. Il medico prescrittore (a qualsiasi livello), nel momento della scelta di un oppioide dovrebbe fare una semplice anamnesi per valutare NON se dare un PK, MA QUALE PK usare. La BUP, negli USA, è il farmaco maggiormente indicato in questi casi, ma anche il MTD è sempre più considerato. Diversa la situazione dei pazienti un tempo eroinomani con un abuso di "rientro" per incongrua terapia con PK. Il problema, in questo caso, è "chi fa che cosa"? I SerD, che magari hanno conosciuto il soggetto, si sentono impreparati a fare questo, dimenticando che tale pratica è del tutto simile all'induzione di MTD in un soggetto eroinomane. L'impreparazione a farlo è segno di un impoverimento culturale e tecnico davvero preoccupante. C'è però, generalmente, la resistenza del paziente a rifarsi seguire da un SerD, identificandolo in tutto e per tutto con la precedente esperienza tossicomane e sentendo la dipendenza iatrogena come profondamente diversa nei modi e nelle finalità, purtroppo solo apparenti.

L'uso di PK a scopo euforizzante dovrebbe essere di totale competenza dei SerD, in quanto indistinguibile dall'abuso di eroina. Negli USA, i giovani iniziano ad abusare di ossicodone o idromorfone perché li trovano in casa, procurandoseli (a caro prezzo) poi su Internet, per finire spesso ad usare la più economica eroina da strada. La complicazione italiana è che, come abbiamo visto, il fenomeno attualmente riguarda soprattutto quanti hanno più facile accesso ai PK, quindi i sanitari ed i farmacisti. Questi faranno fatica a chiedere una presa in carico ai SerD se questi servizi non faranno un salto di qualità in termini di competenza, accessibilità ed immagine, ossia diventare dei veri centri di eccellenza per tutte le dipendenze.

Riteniamo che sempre più i SerD debbano aprire le porte a questi casi complessi, che difficilmente trovano adeguato trattamento presso i centri specialistici dove vengono curati per la malattia di base. Solo un maggior coinvolgimento scientifico dei medici ospedalieri e di medicina generale riuscirà, a nostro avviso, a rimuovere lo stigma negativo che aleggia ancora intor-

no al MTD che, per certe caratteristiche, resta un farmaco difficilmente sostituibile.

Conflitto di interessi: nessuno.

7

LE BENZODIAZEPINE NEI TOSSICODIPENDENTI IN TERAPIA SOSTITUTIVA PER OPIOIDI

Casari Rebecca, Faccini Marco,
Morbioli Laura, Lugoboni Fabio
*Medicina delle Dipendenze- Azienda Ospedaliera
Universitaria Integrata di Verona*

Introduzione

Le benzodiazepine (BZD) sono farmaci ad azione ansiolitica e/o ipnoinducente molto conosciute sia dai medici che dalla popolazione generale; sono entrate in commercio negli anni 60 quando fu immesso sul mercato il clordiazepossido. Negli anni 70, in America, la diffusione del diazepam raggiunse le caratteristiche dell'epidemia; successivamente, negli anni, furono sintetizzate numerose molecole benzodiazepiniche. Una peculiarità delle BZD che ha facilitato nel tempo la loro propagazione è il loro ampio indice terapeutico, cioè la capacità di essere poco tossiche anche ad alte dosi; infatti anche una overdose non provoca la morte, a meno che non vengano associati altri agenti depressogeni del sistema nervoso centrale. Questa caratteristica è stata precocemente scoperta dalla popolazione dei tossicodipendenti che assume da sempre questi farmaci anche in forma di abuso, a scopo ricreazionale; ricordiamo negli anni 70-80 l'enorme diffusione del famigerato flunitrazepam (Roipnol) utilizzato in modalità diversiva (prevalentemente per via endovenosa) proprio per sfruttarne il rapido effetto psicoattivo. L'assunzione di questo farmaco per una via di somministrazione diversa rispetto a quella prevista per l'immissione sul mercato (fenomeno chiamato oggi diversione) fu responsabile di un grande numero di decessi, motivo per cui successivamente venne soggetto ad una rigida regolamentazione che ne limitò nel tempo l'ulteriore diffusione; oggigiorno è praticamente scomparso dal mercato anche perchè ottenibile solo con una complessa procedura di prescrizione. Da molto tempo, pertanto, i tossicodipendenti assumono BZD: quali sono allora oggi le molecole benzodiazepiniche più utilizzate?

La dipendenza da alta dose di BZD

Medicina delle Dipendenze, dal 2003 effettua ricoveri per detossificazioni rapide da sostanze; negli ultimi 13 anni si è occupato molto di BZD, rispondendo alle numerose richieste di aiuto di pz che avevano sviluppato una dipendenza da alte dosi. In letteratura esistono ancora poche pubblicazioni sugli utilizzatori cronici ad alte dosi di BZD; nei pochi articoli esistenti questa popolazione sarebbe il 9% di tutti i dipendenti dalle BZD. Sono pazienti che hanno iniziato il

farmaco a dose terapeutica per ansia o insonnia e che lo hanno proseguito nel tempo fino a diventarne dipendenti; sviluppando successivamente tolleranza farmacologica, hanno quindi aumentato il dosaggio al di sopra di quello terapeutico assestandosi su una dipendenza ad alta dose (superiore ad almeno 40 mg di diazepam equivalenti). Spesso questi pz si sono rivolti a vari medici o ospedali richiedendo una soluzione per trattare questa dipendenza, ottenendo però frequentemente scarsi risultati (sospensione improvvisa della BZD ad alta dose con gravi sintomi di astinenza, sostituzione con neurolettici e/o antidepressivi, sostituzione con altre BZD a diversa emivita) e sperimentando varie sintomatologie astinenziali che portano frequentemente a ricadere nella benzodiazepina precedentemente utilizzata. Una sottopopolazione di dipendenti da alte dosi di BZD è rappresentata dai soggetti in terapia sostitutiva per oppioide che si sono affrancati dalle sostanze illegali ma che sono rimasti "intrapolati nella rete" delle BZD.

Trattamento della dipendenza da alta dose di BZD nei pz in terapia sostitutiva oppioide

Dal 2003 al 2016 il Servizio di Medicina delle Dipendenze ha ricoverato 864 pz per detossificazione da alte dosi di BZD. All'interno di questa popolazione emergevano anche tossicodipendenti in terapia sostitutiva per oppioidi che da tempo avevano sospeso le sostanze illegali ma che erano rimasti legati alle BZD, spesso prescritte per ansia o insonnia insorte dopo le disintossicazioni dalle altre sostanze di abuso. Nella nostra casistica, di tutti i ricoveri effettuati per disintossicazione da BZD, 96 erano tossicodipendenti con totale astensione dalle sostanze illecite da almeno 6 mesi, in terapia sostitutiva per oppioidi, di cui 72 era in metadone e 24 era in buprenorfina. I maschi erano 86 (65 in metadone e 21 in buprenorfina) con età media di 38 anni, le femmine 10 (7 in metadone e 3 in buprenorfina) con età media di 40 anni. In alcuni casi la prescrizione della BZD avveniva al Sert di riferimento, in molti casi il pz la procurava da farmacisti compiacenti o sul mercato grigio. Tra tutte le BZD, il lormetazepam occupava la maggior quota di disintossicazioni (62 pz, pari al 65,6%), seguito da lorazepam (11, pari all'11,5%) e alprazolam (6 e pari al 6,2 %); meno rappresentati erano clonazepam, diazepam, triazolam, zolpidem (farmaco che non è classificato come una benzodiazepina ma come imidazopiridina; agisce però sullo stesso recettore al quale si legano le BZD) e solo 1 pz aveva dipendenza da alta dose di bromazepam. In altre parole, **a 3 BZD corrispondeva 82,3% di tutte le disintossicazioni, mentre alle altre 26 BZD presenti sul mercato italiano corrispondevano solo il 17,7% delle disintossicazioni.** La dose media di lormetazepam assunta al momento del ricovero era 70 mg/die. (ricordiamo che la dose massima terapeutica è 2 mg/die!), cioè 350 mg equivalenti di diazepam. 74 pz assumevano solo 1 benzodiazepina, 14 pz riportavano associazione di 2 BZD e 8 pz utilizzavano 3 o più BZD; in merito alla via di assunzione 64 pz utilizzavano solo la via orale, 18 associavano assunzione orale e iniettiva, 12 pz solo la via iniettiva e 2 pz la via inalatoria. I pz che utilizza-

vano le BZD dichiaravano in 27 casi di utilizzare il lormetazepam, 1 alprazolam, 1 lorazepam e 1 clonazepam. I pz venivano ricoverati per 7 giorni e sottoposti a procedura di disintossicazione con Flumazenil infuso in continuo per via sottocutanea alla dose di 1 mg/die, sfruttandone l'effetto di antagonismo parziale. Il Flumazenil agisce resettando i recettori per le BZD che alla fine del trattamento risultano praticamente normalizzati.

La procedura è risultata sicura, anche grazie ad una terapia profilattica antiepilettica (esiste un rischio di crisi comiziali durante una disintossicazione da BZD), e ben tollerata dai pz; i sintomi di astinenza più registrati sono stati insonnia ed ansia lieve. In tutti i casi, il craving per la benzodiazepina utilizzata in fase pre ricovero regrediva dopo il terzo giorno di degenza, fenomeno per il quale non abbiamo ancora una spiegazione esauriente e che meriterà di essere indagato in ricerche future.

Considerazioni finali

Esiste una popolazione di soggetti, ancora troppo poco studiata, con dipendenza da alte dosi di BZD, che assume spesso una BZD a breve emivita come il lormetazepam gocce. Questo farmaco ha evidentemente particolari caratteristiche che lo rendono "accattivante": gusto fruttato, diluizione in alcool molto concentrato, ristretto indice terapeutico, e soprattutto estrema rapidità di azione. Non trascurabile è la notizia sulla via di somministrazione endovenosa, frequente nella nostra casistica, che espone il soggetto ad un rischio elevato di mortalità in primis per tromboembolismo. Particolarmente esposti a questa dipendenza sono i TD in terapia sostitutiva per oppioidi. A nostro parere occorre quindi molta cautela nella prescrizione di BZD, in particolare di quelle a breve emivita come ad esempio il lormetazepam gocce, soprattutto a questa categoria di soggetti. Dato che spesso questa dipendenza è iatrogena, è utile ricordare ai medici stessi di attuare una attenta prescrizione, possibilmente utilizzando farmaci alternativi per ansia ed insonnia che non creano dipendenza. Tale fenomeno ha un impatto fortemente negativo sulla vita delle persone, a prescindere dalla situazione sociale. La letteratura inerente alla qualità della vita delle persone che abusano di queste sostanze è ancora scarsa. È, o dovrebbe essere, prassi comune nei SerT italiani ridurre al minimo la prescrizione di BZD, ma è finora stato impossibile eliminarne il consumo improprio. Se in passato il farmaco più utilizzato in modo tossicomaniaco fu il flunitrazepam (*Roipnol/Darkene*®), da anni il LMZ (generico o *Minias*®) pare averlo sostituito e l'assunzione di alte dosi di LMZ, spesso per via endovenosa, è segnalata da alcuni anni, perlopiù in modo aneddotico. Il LMZ si è dimostrato particolarmente pericoloso non solo in quanto è stato scelto per l'abuso dal maggior numero di TD, ma perché chi lo assumeva raggiungeva l'*addiction* in tempi più rapidi e con livelli di assunzione di particolare gravità; aveva inoltre la caratteristica di indurre più frequentemente diversione verso la via endovenosa. Da rimarcare il fatto che il LMZ si è dimostrato un fenomeno nazionale, al di sopra di tradizioni prescrittive locali.

Insomma caratteristiche sovrapponibili, nel passato, al "famigerato" flunitrazepam.

Bibliografia

1. Lader M. *Benzodiazepines revisited-will we ever learn?* *Addiction* 2011; 106:2086-2109.
2. Faccini M, Leone R, Opri S, Casari R, Resentera C, Morbioli L, Conforti A, Lugoboni F. *Slow subcutaneous infusion of flumazenil for the treatment of long-term, high-dose benzodiazepine users: a review of 214 cases.* *J Psychopharmacol.* 2016, [Epub ahead of print]
3. F. Cosci, G. Mansueto, M. Faccini, F. Lugoboni. *Socio-demographic and clinical characteristics of benzodiazepine long-term users: Results from a tertiary care center.* *Compr Psychiatry*, 2016, 69: 211-215.



20 ANNI DI INTERAZIONI TRA LA CURA DELLE DIPENDENZE E DELLA COMORBILITÀ PSICHIATRICA NEL TRATTAMENTO RESIDENZIALE DI VILLA GORIZIA

**Fiocchi A., Pianezzola P., Cappellini C.,
Bonvini M., Gusmeroli P., Cavalera C.**

A seguito dell'evoluzione del fenomeno della tossicodipendenza, la relazione tra disturbi da abuso di sostanze e disturbi mentali ha assunto progressivamente una maggiore rilevanza per una serie di fattori causali: l'evoluzione nel consumo delle sostanze d'abuso con l'immissione nel mercato delle cosiddette "nuove droghe", in particolare psicostimolanti, le diverse modalità d'uso di vecchie droghe come l'alcol e la crescita delle condotte di poliabuso. La letteratura ha da anni evidenziato una elevata compromissione per i soggetti tossicodipendenti in comorbidità psichiatrica relativamente all'aspetto penale e sociale, in termini di salute fisica e di storia familiare (Carrà et al., 2015).

Il presente lavoro analizza le caratteristiche psicosociali e l'esito della cura di 223 soggetti tossicodipendenti che sono stati sottoposti a un trattamento residenziale presso la comunità terapeutica di Villa Gorizia dal 1996 al 2015.

La condizione psicosociale è stata valutata con EuropASI (Consoli & Bennardo, 1995) mentre la comorbidità psichiatrica è stata valutata con SCID-I (Spitzer et al., 1990) e SCID-II (Micheal et al., 2000). Sono descritte variabili che ne definiscono la gravità e la comorbidità per altri disturbi alla presa in carico, e l'esito della cura in termini di ritenzione di trattamento e modalità di dimissione.

Confrontando i soggetti tossicodipendenti in comorbidità psichiatrica rispetto a quelli in assenza di comorbidità, il test del chi quadrato evidenzia differenze significative in termini di compromissione rispetto a molteplici variabili relative al benessere psicofisico e all'adattamento sociale nonché una elevata resistenza e una maggiore difficoltà di trattamento.

Bibliografia

Carrà, G., Bartoli F., Brambilla G., Crocamo C., Clerici, M. (2015). *Comorbid addiction and major mental illness in Europe: a narrative review. Substance abuse, 36(1), 75-81.*

Michael B., First M. B., Spitzer R.L., Gibbon M., and Williams J. B. W. (2000), *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)*. Curatore edizione

italiana: Mazzi F., Morosini, F., De Girolamo G., Lussetti M. e Guaraldi G.P, Giunti Edizioni, OS, Firenze.

Rigliano P., (2004). *Doppia diagnosi. Tra tossicodipendenza e psicopatologia*, Raffaello Cortina, Milano.

Spitzer, Robert L., Williams Janet B.W., Gibbon Miriam, First Michael B. (1990) *StructuredClinicanInterview for DSM-III-R Axis II Disorders, (SCID-II)*. American Psychiatric Press, Inc., Washington.

METODOLOGIE E STRATEGIE DELLA PRESA IN CARICO: UTILIZZO DELLE TECNICHE DI RILASSAMENTO DI TIPO COGNITIVO-COMPARTAMENTALE NEI PAZIENTI RICOVERATI NEL REPARTO DI RIABILITAZIONE ALCOLOGICA DELLA FONDAZIONE RICHIEDEI DI PALAZZOLO SULL'OGGIO

Alessia Medioli (dirigente medico),
Mauro Novali (dirigente medico),
Marco Renaldini (psicologo),
Sabrina Ferrari (educatrice),
Alessia Pizzoccolo (educatrice),
Luigina Scaglia (direttore UO)
 Fondazione Richie dei reparto Riabilitazione Alcolologica
 Palazzolo S/O (Bs)

Introduzione

Mentre le pratiche meditative hanno una storia secolare, è solo di recente che si è acceso un interesse verso la meditazione e le tecniche di rilassamento in ambito scientifico.

Negli ultimi anni si è assistito ad una vera e propria proliferazione degli studi sulla meditazione e le pubblicazioni su riviste accademiche sono passate da poco più di una decina all'anno, quindici anni fa, a diverse centinaia all'anno.

La pratica della meditazione comporta un cambiamento della nostra mente, una trasformazione di quello che siamo. Pensieri ed emozioni spesso si susseguono in maniera incontrollata, determinando gli stati d'animo, i comportamenti, le abitudini ed il carattere.

Si sa che tre principali sistemi di controllo: nervoso, endocrino ed immunitario sono in grado di influenzarsi vicendevolmente. È a causa di questa possibilità di interazione che pensieri ed emozioni possono avere effetti anche sul fisico e sulla salute, favorendo condizioni patologiche, oppure agendo come fattori di guarigione.

I possibili e molteplici effetti positivi che si riscontrano con la meditazione e con le tecniche di rilassamento sono ormai da anni riconosciuti anche per quanto riguarda le dipendenze in generale e nello specifico i problemi alcol correlati.

Dalla letteratura scientifica si evince che le tecniche di rilassamento si dimostrano efficaci sia nel controllo del dolore cronico che nel dolore acuto. Sempre dalla letteratura si riscontrano effetti positivi nella psoriasi, nei

disturbi dell'alimentazione, nelle infezioni delle vie respiratorie, e nelle tossicodipendenze.

Finalità

Questo lavoro si propone di valutare gli effetti indotti dalle tecniche di rilassamento di tipo cognitivo comportamentale per quanto riguarda la percezione del dolore fisico in un gruppo di pazienti ricoverati per un ciclo di riabilitazione alcolica.

Metodo

Si sono considerati dati relativi agli ultimi sei mesi (da marzo ad agosto 2016). I pazienti hanno una età media di 50 anni sono per il 74,5% maschi e per il 25,5% femmine. Hanno praticato una volta alla settimana per circa un'ora tecniche di rilassamento mindfulness.

Durante l'ora di seduta si sono eseguite: tecniche di rilassamento secondo il modello Jacobson (attraverso l'attività di contrazione e decontrazione muscolare dei vari distretti corporei); tecniche di meditazione secondo Benson (che agisce alla radice della tensione modificando la percezione degli eventi interni o esterni, percezione che attiva il sistema nervoso autonomo orto-simpatico); tecniche di respirazione abbinata alla meditazione (processo che si attua isolandosi dall'ambiente esterno, risvegliando lo sguardo interiore alle cavità nasali, aiutati dalla ripetizione del suono un ripetuto mentalmente ad ogni espirazione).

Le tecniche di mindfulness non indicano un processo, ma uno stato, una condizione: lo stato di coscienza che si raggiunge mediante la meditazione. La mindfulness è un risultato di natura psicologica così come il rilassamento lo è sul piano fisico.

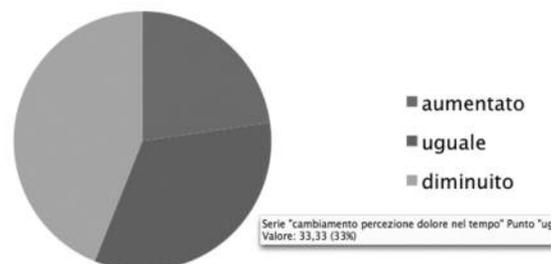
Alla fine dell'ora di rilassamento veniva consegnato un foglio in cui si chiedeva al paziente di segnare con una croce gli eventuali punti di dolore o di tensione presenti nel corpo.

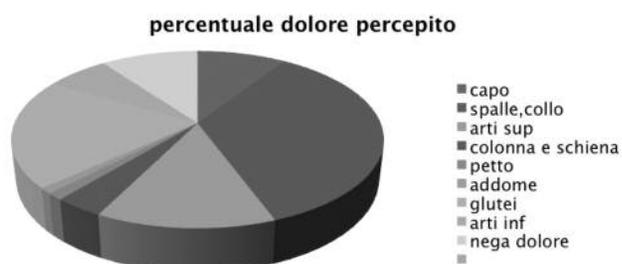
Il ricovero presso il reparto di riabilitazione alcolica è della durata di quattro settimane. Ai gruppi di rilassamento potevano partecipare solo pazienti non in fase di intossicazione acuta.

Risultati

Dei 91 pazienti che hanno partecipato allo studio 25 hanno partecipato ad una sola seduta (per motivi diversi: autodimessi, dimessi anticipatamente, o altro), dei restanti 66 pazienti il 33,33% non ha rilevato cambiamenti per quanto riguarda la percezione del dolore, il 22,72% ha rilevato una percezione del dolore aumentata dalla prima all'ultima seduta, il 43,95% ha rilevato una diminuzione nella percezione del dolore dalla prima all'ultima seduta.

cambiamento percezione dolore nel tempo





Nello schema corporeo consegnato il 9,28% dei pazienti ha segnato dolori al capo; il 35,02% dolori alle spalle ed al collo; il 13,16% dolori agli arti superiori; il 3,66% dolore alla colonna vertebrale ed alla schiena; il 1,23% al petto; il 1,02% all'addome; il 20,07% ai glutei; il 6,46% agli arti inferiori. Il 10,10% non ha segnalato zone di dolore.

I dati rilevati ed analizzati riguardanti i pazienti ricoverati presso il reparto di riabilitazione alcologica di Palazzolo sull'Oglio sono in accordo con gli ultimi studi scientifici che mostrano che la terapia basata sulle tecniche mindfulness hanno un effetto positivo sulla percezione del dolore.

Bibliografia

Holzel BK, Lazar SW, Gard T et al. (2011) How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Persp. Psychol. l sci.* 6: 537-559

Jacobson TL, Epel ES, Lin J et al. (2011) Intensive meditation training, immune cell telomerase activity, and psychological mediators. *Psychoneuroendocrinology* 36: 664-681

Buchholz L (2015) Exploring the promise of mindfulness as medicine. *JAMA* 314: 1327-1329

Sheridan JF (2003) Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine* 65: 564-570

Banth S, Ardebil MD (2015) Effectiveness of mindfulness meditation on pain and quality of life of patients with chronic low back pain. *Int J* 8: 128-133

Bawa Flm, Mercer Sw, Atherton RJ et al. (2015) Does mindfulness improve outcomes in patients with chronic pain? Systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 65: 387-400

Beaulac J, Bailly M (2015) Mindfulness-based stress reduction: pilot study of a treatment group for patients with chronic pain in a primary care setting. *Prim Health Care Res Dev* 16: 424-428

Grant J. (2013) Meditative Analgesia: the current state of the field. *New York Academy* 1307: 55-63

Cramer H, Haller H, Lauche R (2012). Mindfulness-

based stress reduction for low back pain. A systematic review. *BMC complement Altern Med* 12: 162.

UNPLUGGED CORSO DI FORMAZIONE PER GLI INSEGNANTI DELLA I.C. "P. M. ROCCA" DI ALCAMO, A.S. 2015-2016

Formatori Unplugged:

Barbara Brunella (*Psicologa*),
Bongiorno Angela (*Educatrice*),
Cruciata Enza (*Assistente Sociale*),
Di Giovanni Caterina (*Pedagogista*),
Ribilotta Lidia Marcella (*Educatrice*),
Scalici Margherita (*Psichiatra*),
Schirò Tiziano (*Sociologo*)

Osservatore:

Papa Stefano (*Assistente Sociale Volontario*)

Premessa

Nel corso dell'anno scolastico 2015-2016 l'U.O. Coordinamento Ser.t dell'ASP di Trapani, ha realizzato nell'ambito del Programma Unplugged di prevenzione dell'uso di tabacco, alcol e droghe, un intervento di formazione rivolto ad un gruppo di insegnanti della Scuola Media "P.M. Rocca" di Alcamo.

Unplugged è un programma efficace per la prevenzione dell'uso del tabacco, alcol e droghe rivolto agli adolescenti di età compresa tra 12 e 14 anni. Tra quanti sviluppano una dipendenza da sostanze, l'età di inizio dell'uso, risale nella gran parte dei casi all'adolescenza: 4 consumatori su 5 iniziano a fare uso di sostanze prima di avere raggiunto l'età adulta. L'età scolare rappresenta il momento più appropriato per attuare programmi di prevenzione. Le scuole sono uno dei contesti più importanti per l'attuazione di programmi di prevenzione universale destinati ai giovani.

Obiettivi di Unplugged:

- prevenire la sperimentazione (in chi non ne ha mai fatto uso)
- impedire l'abitudine e la dipendenza (in chi le ha già sperimentate)

Il programma denominato *Unplugged* è l'unico programma di prevenzione scolastica basato sull'approccio CSI (*Comprehensive Social Influence - CSI*), che è stato valutato contemporaneamente in diversi paesi europei e che è disponibile gratuitamente sul sito del progetto (www.eudap.net). I programmi che integrano la formazione di *life skills con l'educazione normativa e l'acquisizione di conoscenze sulle sostanze vengono comunemente identificati come programmi di influenza sociale (Comprehensive Social Influence - CSI)*.

Valutazioni programmi di prevenzione

Questo intervento educativo è stato sperimentato e valutato nell'ambito dello studio multicentrico EU-Dap

European Drug Addiction Prevention trial che ha coinvolto sette paesi europei (Belgio, Germania, Spagna, Grecia, Italia, Austria e Svezia).

Metodi e strumenti

La formazione dell'insegnante si svolge attraverso una metodologia attivo-esperienziale, che permette di sperimentare i contenuti e le criticità di ogni singola unità e sviluppare familiarità con il programma, con un corso della durata di 20 ore.

L'intervento con gli alunni è articolato in 12 unità di 1 ora ciascuna, ed è condotto da un insegnante, viene attuato utilizzando tecniche quali il role play, il brainstorming e le discussioni di gruppo.

Valutazione

L'efficacia del programma è stata valutata tra il 2004 e il 2007 in uno studio randomizzato. Prima dell'intervento, tre mesi dopo l'intervento, e ad un anno di distanza gli studenti delle scuole di intervento e quelli delle scuole di controllo hanno compilato un questionario anonimo contenente domande sull'uso di tabacco, alcol e sostanze, su conoscenze, percezioni del rischio, aspettative, atteggiamenti, e altre caratteristiche relative alla famiglia e al clima scolastico.

Conclusioni sull'efficacia

- L'analisi statistica mostra che Unplugged è efficace nel ridurre l'uso di droghe, alcol e sigarette al post-test
 - L'effetto è mantenuto per alcol e cannabis ad un anno di follow-up
 - Il programma è efficace nel prevenire la stabilizzazione dell'uso più che nel promuovere la cessazione
- Effetti secondari del programma sono il miglioramento del clima di classe e del rispetto per l'insegnante.

Corso di formazione per gli insegnanti dell' I.C. "P. M. Rocca" - Alcamo a.s. 2015-2016

Il programma realizzato dal Ser.T di Alcamo ha previsto le seguenti fasi:

- Formazione degli operatori del Ser.T a cura dell'Ufficio Formazione dell'ASP 9 di Trapani
- Individuazione della scuola
- Definizione e condivisione delle attività con il dirigente scolastico e docente referente di educazione alla salute
- Coinvolgimento e reclutamento degli insegnanti da formare
- Formazione degli insegnanti:
n° di partecipanti: 20 insegnanti
6 incontri: per un totale di 18 ore di formazione
Gli incontri sono stati articolati in:
- parte teorica: informazione sul progetto, sulle sostanze d'abuso e sulle life skills, attraverso slide e video
- parte esperienziale: realizzata attraverso lavori in coppia, in piccoli gruppi e in plenaria; simulate, role playing, brainstorming...
- confronto e dibattito sui temi trattati
- somministrazione di un questionario di gradimento.

Gli insegnanti formati realizzeranno nell'a.s. 2016-17 specifici corsi di formazione rivolti ai propri alunni, con la supervisione degli operatori del Ser.T. "Formatori Unplugged".

VALUTAZIONE DEI LIVELLI DI FRAGILITÀ COMPORTAMENTALE ADOLESCENZIALE E GAMBLING: UN'INDAGINE ESPLORATIVA NELLE SCUOLE SECONDARIE DI SECONDO GRADO DEL DISTRETTO SANITARIO DI ALCAMO - ASP TP

Asta Claudia¹, Barbara Brunella², Calamia M. Piera³, Cruciata Enza⁴, De Luca Denise⁵, Di Giovanni Caterina⁶, Faillace Guido⁷, Mancuso Giovanna³, Ribilotta Lidia⁸, Scalici Margherita⁹, Schirò Tiziano¹⁰, Scoglio Giovanna¹, Trapani Vincenzo¹¹

¹ psicologi specializzandi; ²psicologo; ³infermieri professionali; ⁴assistente sociale; ⁵psicologo volontario; ⁶pedagogista; ⁷responsabile del Ser.T.; ⁸educatore professionale; ⁹psichiatra; ¹⁰sociologo; ¹¹medico.

Premessa

Nel corso della anno scolastico 2014-2015 l'U.O. Coordinamento Ser.T della Asp di Trapani ha realizzato, nell'ambito della prevenzione del Gioco d'azzardo patologico (GAP), un'indagine conoscitiva (come estensione del progetto "Valutazione dei livelli di fragilità comportamentale adolescenziale e Gambling: un'indagine esplorativa nelle scuole secondarie di secondo grado"¹) nelle scuole secondarie di secondo grado del Distretto Sanitario di Alcamo, in collaborazione con l'Università degli Studi di Pavia.

Lo scopo dello studio è stato quello di esplorare "la possibile correlazione tra la presenza di stili comportamentali a rischio e profili congrui di gioco d'azzardo patologico"² (G. Zanardi, 2013) nella popolazione adolescenziale (14-18 anni) che ha aderito volontariamente alla ricerca.

In particolare, si è voluto rilevare la presenza di comportamenti di propensione al rischio in una popolazione di adolescenti, promuovere attività formative e informative, come misura di prevenzione circa le manifestazioni di disagio e verificare l'effetto dell'intervento per pianificare interventi futuri.

La ricerca/intervento ha previsto, in estrema sintesi, le seguenti fasi:

1. approvazione del Comitato Etico Palermo-2 dell'indagine conoscitiva;
2. sottoscrizione di lettera di intenti tra l'Università

degli Studi di Pavia e U.O. Coordinamento Ser.T. - Asp 9 per realizzare la ricerca;

3. coinvolgimento e reclutamento degli operatori del Ser.T della Asp, e relativa formazione iniziale e gratuita, da parte di un referente del gruppo di ricerca dell'Università degli Studi di Pavia, per illustrare e presentare le finalità della ricerca, gli strumenti e i metodi di somministrazione dei questionari.

4. Mappatura

Prima dell'avvio della ricerca è stato necessario individuare le scuole secondarie superiori del distretto sanitario e determinare la relativa popolazione scolastica, (suddivisa per istituto, indirizzo, anno di frequenza e sezione di appartenenza), poi rivolgersi ai dirigenti scolastici per illustrare loro la ricerca/intervento, chiedere il benessere, definire e concordare la logistica, coinvolgere i docenti per la somministrazione dei questionari, fare in modo che la scuola garantisse l'applicazione della legge sulla privacy.

5. Formazione pratica degli operatori

È stato determinante addestrare i gruppi sul tipo di intervento psicoeducativo che si intendeva realizzare, predisporre l'intervento stesso ed assegnare agli operatori le varie classi scolastiche.

6. Prima somministrazione di questionari (test)

La somministrazione dei questionari anonimi è stata attuata, grazie alla collaborazione decisiva e fondamentale dei docenti, in precedenza istruiti³, in ogni singola classe, tra il 13 e il 14 gennaio 2015. È durata 1 ora, ha interessato e coinvolto 151 classi su 158 delle scuole secondarie superiori del Distretto Sanitario di Alcamo.

Campione

Lo studio in esame prevedeva un campione di 3515 studenti della scuola secondaria superiore e il coinvolgimento di 158 classi.

Gli studenti, invece, presenti al momento della prima rilevazione (**tab1**) sono stati 2882 unità e le classi coinvolte 151. In particolare, gli alunni presenti (1403 maschi, 1471 femmine, 9 n.r.), rappresentano l'82% degli alunni iscritti e sono così suddivisi:

- studenti del **I anno** (N= 695) pari al 24.1%;
- studenti del **II anno** (N= 538) pari al 18.7%;
- studenti del **III anno** (N= 572) pari al 19.8%;
- studenti del **IV anno** (N= 555) pari al 19.3%;
- studenti del **V anno** (N= 522) pari al 18.1%.

Per quanto riguarda la tipologia di scuola (**tab.3**):

- il 61.0 % (N= 1756) frequentava i Licei (Classico, Scientifico, Linguistico_Musicale_Economico-sociale_Scienze umane); spiegare
- il 18.0 % (N= 520) frequentava gli Istituti Tecnici (Amministrazione Finanza e Marketing; Sistemi Informativi Aziendali; Relazioni Internazionali per il

¹ G. Zanardi et altri, "Valutazione dei livelli di fragilità comportamentale adolescenziale e Gambling: un'indagine esplorativa nelle scuole secondarie di secondo grado", in "Italian Journal on Addiction", vol. 3, n. 5, 2013, pp. 24-30.

² Ibidem, p. 29.

³ I docenti, oltre i compiti di vigilanza, hanno illustrato agli alunni le procedure relative alla somministrazione dei test.

Tab. 1 – n. alunni a cui è stato somministrato il test, suddivisi per anno scolastico

Anno	n° alunni	
	Test	
	v.a.	%
I	695	24,1
II	538	18,7
III	572	19,8
IV	555	19,3
V	522	18,1
Totale	2882	100,0

Marketing; Costruzioni Ambiente e Territorio; Informatica e Telecomunicazioni; Elettronica ed Elettrotecnica);

- il 21.0 % (N= 606) frequentava gli Istituti Professionali (Agrario, Turismo, IPAA, IPSAM).

Tab. 3 – n. alunni a cui è stato somministrato il test, suddivisi per tipologia di scuola

Tipologia scuola	n° alunni	
	Test	
	v.a.	%
Licei	1756	60,9
Istituti Tecnici	520	18,0
Istituti Professionali	606	21,0
Totale	2882	100,0

Le scuole fanno parte dei 3 comuni del Distretto Sanitario di Alcamo (Alcamo, Castellammare del Golfo, Calatafimi Segesta).

7. Intervento psico-educativo

L'intervento ha interessato e coinvolto 151 classi ed è stato suddiviso in due incontri.

I. Il primo articolato in due momenti:

a) uno **informativo conoscitivo**, che ha previsto la realizzazione di una lezione frontale con materiale cartaceo circa il *risk taking behaviour* e le dipendenze, e discussione aperta sulle problematiche evidenziate;

b) l'altro, di **problem solving**: esercitazioni simulate con esercizi di problem solving aspecifici (non direttamente collegate alle dipendenze).

II. Il secondo ha previsto **esercitazioni gruppali**: consegna di materiale metacognitivo per la realizzazione di soluzioni di gruppo e relativa discussione.

8. Seconda somministrazione di questionari (retest)

Somministrazione, con la stessa metodologia, di questionari anonimi agli stessi studenti per verificare l'effetto dell'intervento.

Campione

Gli studenti presenti al momento della seconda rilevazione (tab. 2), muniti di etichetta con i codici, sono 2103 unità, pari al 73 % degli alunni (graf. 1 e 2) che hanno partecipato alla prima somministrazione (963 maschi, 1133 femmine, 7 n.r.), così suddivisi:

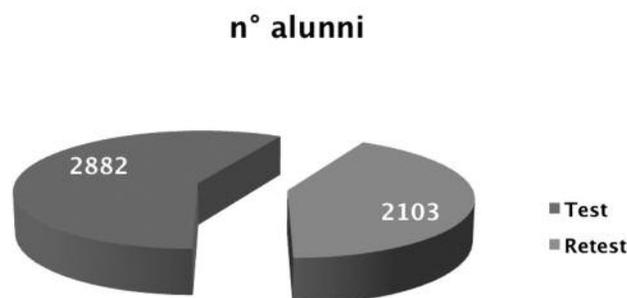
- studenti del **I anno** (N= 503) pari al 23.9%;

- studenti del **II anno** (N= 371) pari al 17.6%;
- studenti del **III anno** (N= 443) pari al 21.1%;
- studenti del **IV anno** (N= 386) pari al 18.4%;
- studenti del **V anno** (N= 400) pari al 19.0%.

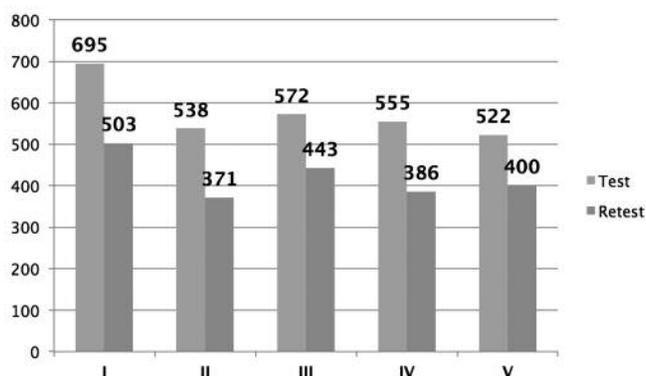
Tab. 2 – n. alunni a cui è stato somministrato il retest, suddivisi per anno scolastico

Anno	n° alunni	
	Retest	
	v.a.	%
I	503	23,9
II	371	17,6
III	443	21,1
IV	386	18,4
V	400	19
Totale	2103	100,0

Graf. 1 – Totale alunni a cui è stato somministrato il test e il retest



Graf. 2 – N° alunni a cui è stato somministrato il test e il retest, suddivisi per anno scolastico



Per quanto riguarda la tipologia di scuola (tab.4):

- il 62.5 % (N= 1315) frequentava i Licei (Classico, Scientifico, Linguistico_Musicale_Economico-sociale_Scienze umane);

- il 19.7% (N= 415) frequentava gli Istituti Tecnici (Amministrazione Finanza e Marketing; Sistemi Informativi Aziendali; Relazioni Internazionali per il Marketing; Costruzioni Ambiente e Territorio; Informatica e Telecomunicazioni; Elettronica ed Elettrotecnica)

- il 17.7% (N= 373) frequentava gli Istituti Professionali (Agrario, Turismo, IPAA, IPSAM).

Tab. 4 – n. alunni a cui è stato somministrato il **retest**, per tipologia di scuola

Tipologia scuola	n° alunni	
	Retest	
	v.a.	%
Licei	1315	62.5
Istituti Tecnici	415	19.7
Istituti Professionali	373	17.7
Totale	2103	100.0

9. Registrazione dei dati

I dati sono stati caricati dagli operatori che hanno curato l'intervento psicoeducativo nelle scuole.

10. Analisi ed elaborazione dei dati

A cura del referente del gruppo di ricerca dell'Università degli Studi di Pavia. I dati sono in fase di elaborazione.

11. Presentazione dei risultati della ricerca

Si darà successivamente comunicazione appena i dati saranno in nostro possesso.

IL CAMBIAMENTO ATTRAVERSANDO LA FORZA Gruppi Funzionali al Ser.T

Guido Faillace – *Responsabile Ser.T.,*
Caterina Di Giovanni – *Dirigente Pedagogista Ser.T.,*
Counselor Formatore Funzionale,
Franca Elisa Di Girolamo – *Pedagogista tirocinante*

Ser.T. Alcamo A.S.P. n°9 TP

Il Servizio per le Tossicodipendenze di Alcamo (ASP n°9 TP) sin dal 2001 ha organizzato progetti di prevenzione, finalizzati alla riapertura di quei *Funzionamenti di fondo* che favoriscono e permettono l'accesso al Benessere. Vari sono gli itinerari *Funzionali* già realizzati e rivolti a bambini, adolescenti, genitori, docenti e adulti con problematiche di dipendenza e non, che hanno già raggiunto 1460 persone, per un totale di 472 incontri di gruppo, pari a 1416 ore di lavoro.

Questi percorsi *Funzionali*, pur differenziandosi per tecniche e modalità conduttive in rapporto alle fasce d'età e alle finalità degli incontri, sono accomunati da una impostazione metodologica che prevede l'attraversamento di *Esperienze Basilari del Sé* (E.B.S.) utili al potenziamento delle capacità del Sé, ma anche alla riapertura ed al consolidamento, nei partecipanti, di Funzioni e Funzionamenti, che, per storie di vita personale, possono essersi alterati o non pienamente sviluppati.

Progetto Gruppi Forza

L'idea di organizzare un gruppo sulla Forza nasce dalla richiesta pervenuta da adolescenti, giovani, adulti, genitori che, avendo partecipato a *Gruppi Benessere* realizzati sempre al Ser.T di Alcamo, hanno raggiunto la consapevolezza di avere qualche difficoltà relativamente all'E.B.S. **Forza**.

La richiesta da parte dell'utenza di poter partecipare a tali percorsi tematici, supportata da ampia letteratura, che ne legittima l'utilità, viene accolta dal Ser.T a partire dal 2008, nel tempo sono stati attivati n° 8 gruppi tematici sulla Forza: 2 con adolescenti, 6 con adulti.

Finalità

Il progetto, attraverso una metodologia innovativa e multidimensionale, permette una chiave di lettura dell'individuo e fornisce indicazioni per intervenire in modo preventivo al riequilibrio di eventuali situazioni in stato di nascente alterazione. Dopo la valutazione delle reali condizioni dei partecipanti è possibile, infatti, programmare attività specifiche, che permettono un miglioramento dei Funzionamenti del Sé ed un

recupero delle Esperienze Basilari relative alla Forza. Il progetto è rivolto a soggetti che hanno già frequentato un percorso sul Benessere.

Obiettivi

- Incremento della Consapevolezza di Sé
- Incremento della Consistenza personale
- Apertura ed ampliamento della Forza
- Incremento della capacità di utilizzare la Forza Calma e la Forza Aperta.

Fasi del percorso

- Incontro preliminare di presentazione del progetto a soggetti con pregressa esperienza in gruppi Benessere raccolta delle adesioni
- Valutazione *Funzionale* degli iscritti e programmazione del percorso
- Realizzazione del Percorso Psicocorporeo sulla Forza
- R-Test e verifica finale
- Restituzione al gruppo.

Metodologia

Alternanza di attività pratico-esperienziali con riflessioni sulle personali modalità di funzionamento, secondo l'approccio del Neo-Funzionalismo. Per il recupero della Forza (Rispoli 2004) è necessario che il gruppo riattraversi l'intero percorso della Forza ed è importante aprire bene la Forza Calma, la Forza Giocosa, la Forza Morbida; perché queste Esperienze e queste capacità costruiscono relazioni più dirette e aperte e possono anche far sciogliere la rabbia chiusa e accumulata, favorendo il ritorno della Serenità e della Tenerezza. L'intervento è prevalentemente rivolto a riaprire i canali sensoriali e percettivi, per tornare in contatto con se stessi, con la propria Forza, con la possibilità di accedere ad uno stato di Benessere generale, e riprendersi con Determinazione la propria esistenza. La conduzione è direttiva.

Target: da 10 a 20 partecipanti.

Tempi: da 10 a 12 incontri a cadenza settimanale, di tre ore ciascuno, più un incontro di restituzione finale.

Spazi: Salone del Ser.T.

Materiali e strumenti: un materassino, un cuscino, una benda, una corda di tre metri ed una coperta per ogni partecipante; 1 risma di carta 21x29,7, pennarelli, registratore con lettore CD, macchina fotografica digitale, Video-proiettore, computer.

Ai partecipanti è consigliato abbigliamento comodo e due paia di calzoncini.

Verifica

La verifica è realizzata in base a:

- risultati delineati dalla elaborazione dei dati delle schede di valutazione somministrate pre e post percorso;
- livello di partecipazione;
- livello di gradimento.

È prevista la presenza di un'osservatrice in tutte le fasi del progetto.

Valutazione Funzionale dei partecipanti di un gruppo Forza

Situazione iniziale. A tutte le partecipanti (n°12 donne), iscritte al percorso formativo, è stata somministrata individualmente la scheda: "Scheda Valutazione Adulti" del Prof. Luciano Rispoli1995 (versione 2011), ma in questo lavoro vengono considerate solo le valutazioni dei soggetti presenti almeno all'80% di tutto il percorso formativo (n°8). Attraverso le risposte alle prove "che vanno da "A" migliore risposta positiva (Funzionamento aperto) a "D" peggiore risposta negativa (Funzionamento alterato)" della valutazione iniziale vengono analizzati i Funzionamenti delle EBS esaminate. Le prove sui vari Funzionamenti del Sé evidenziano una lieve prevalenza di risposte collocate nell'area A+B (69), che rappresentano il 54% dei dati forniti, mentre le risposte collocate nell'area C+D (59) ne rappresentano il 46%.

Attività

In rapporto alla valutazione iniziale vengono programmate attività relative alle seguenti EBS: Lasciare, Stare, Essere Portati, Allentare il Controllo, Benessere, Contatto, Forza Originaria, Essere Nutriti, Forza Morbida, Aggressione affettuosa, Rabbia, Essere protetti, Forza Calma, Forza aperta, Consistenza, Autoaffermazione, Tenerezza.

Livello di partecipazione

Il gruppo ha lavorato con interesse continuo, con una media dell'80% di presenze ad incontro, svolgendo con grande impegno le attività proposte in un crescendo di motivazione, coinvolgimento ed evoluzione. Alla fine del percorso nei partecipanti con frequenza costante si è riscontrata una ritrovata Forza, Consapevolezza di Sé, Consistenza e Determinazione, che ha stimolato in loro la ricerca e spesso il raggiungimento di nuovi stili di vita.

Gradimento

L'indice di gradimento espresso dai partecipanti è stato del 100%.

Situazione finale

Tutte le partecipanti (n°12) del percorso formativo sono state nuovamente sottoposte alla somministrazione individuale della scheda: "Scheda Valutazione Adulti" del Prof. Luciano Rispoli1995 (versione 2011), considerando questo momento importante, anche per una restituzione individuale ad ogni singolo componente del gruppo. Le prove sui vari Funzionamenti del Sé evidenziano una notevole prevalenza di risposte collocate nell'area A+B (109), che rappresentano l'85% dei dati forniti, mentre le risposte collocate nell'area C+D (19) ne rappresentano il 15%. Il notevole aumento nel post-test di risposte A+B e la diminuzione di C+D evidenziano il raggiungimento degli obiettivi programmati.

Restituzione al gruppo

Nell'incontro di restituzione i corsisti prendono visione del filmato realizzato sul percorso e dei risultati della valutazione del gruppo. Già l'osservazione del filmato

permette una riflessione sui cambiamenti personali nel tempo, che, ora, i partecipanti avvertono più chiaramente, che sono rintracciabili sia nelle espressioni del viso, nelle posture, nel tono della voce, nel cambiamento dei valori esplicitati, nella gradualità di coinvolgimento nel lavoro.

L'analisi dei dati della valutazione di gruppo conferma il sentire nuovo dei partecipanti. In tutti è presente un Funzionamento pieno e senza più alterazioni rispetto a Tenerezza, Rabbia, Morbidezza, Vitalità, Forza Calma, Sentirsi, Autoaffermazione e Benessere.

L'evidenza dei dati e dei vissuti personali sottolineano il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Bibliografia

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

Faillace G., Di Giovanni C., Pipitone M. (2014), *Gruppi sulla Forza al Ser.T.*, Federserd Informa n° 25.

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

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

Rispoli L. (2010), *Il Manifesto del Funzionalismo Moderno*. Napoli. Scuola Europea di Psicoterapia Funzionale (SEF).

Rispoli L. (2011), *Manuale delle Tecniche Funzionali*. Napoli. Scuola Europea di Psicoterapia Funzionale (SEF).

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

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

METODOLOGIE E STRATEGIE DELLA PRESA IN CARICO: NUOVO SERVER WEB FRA LA RIABILITAZIONE ALCOLOGICA DI PALAZZOLO SULL'OGGIO ED I VARI SERVIZI INVIANI

Alessia Medioli – dirigente medico,
Mauro Novali – dirigente medico,
Marco Renaldini – psicologo,
Sabrina Ferrari – educatrice,
Alessia Pizzocolo – educatrice,
Luigina Scaglia – direttore UO
 Fondazione Richiedei reparto Riabilitazione Alcolica
 Palazzolo S/O (Bs)

Introduzione

Questo lavoro è relativo ad un nuovo progetto, in via di sperimentazione, in corso fra la riabilitazione alcolica di Palazzolo sull'Oglio della fondazione Richiedei ed i servizi invianti (NOA, SERT, SMI). Nasce dall'assoluta necessità di un costante ed aggiornato inter scambio di informazioni di tipo: clinico, psicologico, legale, socio assistenziale e famigliare fra il nostro servizio residenziale ed i servizi del territorio, mettendo così le nuove tecnologie al servizio della clinica e della presa in carico globale del paziente in tempo reale.

Il 2 dicembre 2014 si è presentato attraverso una giornata conoscitiva, nella quale i servizi territoriali invianti sono stati invitati presso la nostra sede, il server web. Durante tale giornata i medici di reparto e l'Ing. Bonandrini, che ha tradotto in termini informatici il progetto, hanno illustrato il nuovo strumento di lavoro. Da tale giornata, molto produttiva, nuovi input apportati dai colleghi dei servizi hanno portato all'attuale conformazione della piattaforma informatica.

Finalità

Questo lavoro si prefigge di descrivere la modalità attraverso cui avviene lo scambio di informazioni informatiche fra i servizi invianti ed il reparto di riabilitazione alcolica di Palazzolo sull'Oglio.

Metodo

1. Descrizione della tipologia dei servizi invianti
2. Analisi dei dati informatici scambiati fra i servizi invianti ed il reparto di riabilitazione alcolica

1) Descrizione della tipologia dei servizi invianti

La riabilitazione alcolica della fondazione Richiedei di Palazzolo sull'Oglio accoglie 15 pazienti maggiorenni per la durata di 4 settimane, essi hanno un'età media di 47,21 e sono per il 71,77% maschi e per il 28,23% femmine. Sono provenienti da 48 servizi dislocati in 11 provincie che afferiscono a 2 regioni.

Il bacino d'utenza nel corso degli anni si sta allargando e di servizi invianti sono, nel tempo, divenuti sempre più numerosi passando dai 22 del 2011 ai 48 del 2015.

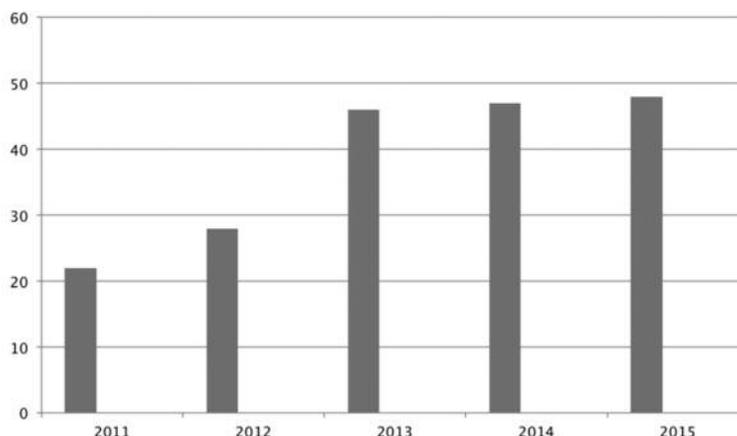
Il carico di lavoro dei servizi invianti e del reparto riabilitativo rende, a volte, difficile il contatto diretto telefonico, lo strumento web consente di facilitare le comunicazioni.

Da qui la necessità sempre più impellente di avere uno scambio di informazioni giornaliero, aggiornato e costante attraverso l'utilizzo di un server web che si mette in quest'ottica a servizio dei NOA/SERT/SMI del territorio di appartenenza dell'ospite.

2) Analisi dei dati informatici scambiati fra i servizi invianti ed il reparto di riabilitazione alcolica

Nella pagina web del server sono riportate le seguenti informazioni: il nome del servizio inviante con relativi numeri telefonici e di indirizzo mail; i nominativi dei pazienti, sia attivi che storici; il referente del servizio inviante che ha a disposizione anche uno spazio per le note.

Per accedere alla pagina web sia il riferimento del servizio inviante, che il personale della riabilitazione alcolica, devono introdurre un nome



utente ed una password che sono specifici ed univocamente per ciascuno operatore. Il servizio web è tutelato da una serie di sicurezze simili a quelle utilizzate per inserire i dati nelle banche online, ai fini di garantire e tutelare la massima privacy del paziente.

Il sistema lavora in modo asincrono fra servizio inviante ed ente ospedaliero. L'ospedale accoglie ed elabora i dati inviati dai SERT, NOA, SMI ed in prima istanza stabilisce un appuntamento finalizzato ad un colloquio fatto con lo psicologo o con le educatrici condotto per stabilire l'idoneità al ricovero. L'esito di tale colloquio verrà quindi segnalato sulla pagina web al nominativo del paziente (a tale segnalazione spesso segue un colloquio telefonico fra le varie équipe curanti) e si stabilisce così la data del ricovero o un eventuale secondo o terzo colloquio.

Durante la degenza del paziente questo metodo di comunicazione di tipo informatico è un valido alleato nel dialogo fra équipe inviante ed équipe riabilitativa ai fini di segnalare i dati in diretta là dove non sia possibile la comunicazione telefonica in tempo reale.

Alla dimissione nelle note a disposizione del personale ospedaliero vengono segnalate la data e l'orario del colloquio di ripresa in carico da parte del servizio inviante.

Lo storico sul paziente permette un follow up

aggiornato e costante, e consente una visione globale dei pazienti dimessi anche a distanza di tempo.

Conclusioni

L'importanza di un fluido scambio di informazioni che prevede la presa in carico del paziente ancor prima del ricovero vero e proprio, e che segue il paziente una volta dimesso attraverso il follow up appare evidente e quanto mai necessario.

Le criticità evinte in questi mesi di lavoro sono: da un lato il fatto che non tutti i servizi invianti abbiano aderito a questo progetto, dall'altro il fatto che non tutti gli operatori dei servizi invianti e della riabilitazione alcolologica siano stati formati per poter utilizzare adeguatamente lo strumento web.

Il lavoro di équipe, che caratterizza da sempre, gli operatori che lavorano nell'ambito delle dipendenze, caratterizza anche la struttura del nostro reparto, che prevede il lavoro integrato di: medici, psicologi, educatori professionali, fisioterapisti, infermieri professionali ed OSS e si estende anche attraverso l'utilizzo di tale piattaforma web ai servizi invianti senza il supporto dei quali la struttura residenziale non avrebbe ragione di esistere. Questo nuovo strumento tecnologico promette di essere sempre più un valido alleato per la presa a carico completa e globale dei pazienti che presentano problemi alcol correlati.

ASSESSMENT NEUROFUNZIONALE DELL'ATTRIBUZIONE DI SALIENZA E DEL CONTROLLO INIBITORIO NEI GIOCATORI PATOLOGICI SOTTOPOSTI AD UN TASK GO-NOGO

Ricercatori coinvolti nello studio:

Maniaci G.¹, Piccoli T.¹, Picone F.⁵, Dimarco T.⁵, Serra S.⁵, van Holst R.J.², Goudriaan A.E.^{2,3}, Lipari A.⁵, Scardina S.⁵, Gagliardo C.⁶, Cannizzaro C.⁴

¹. Department of Experimental Biomedicine and Clinical Neurosciences, University of Palermo, Italy

². Academic Medical Center, Department of Psychiatry, University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands

³. Arkin Mental Health Care, Amsterdam, The Netherlands

⁴. Department of Sciences for Health Promotion and Mother and Child Care "Giuseppe D'Alessandro" University of Palermo, Italy

⁵. Department of Pathological Addiction, ASP Palermo

⁶. Dept. of Biopathology and Medical Biotechnologies, University of Palermo, Italy

Introduzione

Un influente ed empiricamente valido modello neurobiologico di studio delle dipendenze da sostanza, l'Impaired Response Inhibition Attribution (I-RISA), postula che il ripetuto uso di droghe porta ad una serie di adattamenti neurali che coinvolgono la motivazione, la memoria e il controllo cognitivo. Sebbene il modello I-RISA sia basato sui risultati degli studi sulla dipendenza da sostanze, un certo numero di ricerche ha evidenziato come esso possa essere applicato anche nel caso del GAP (Petry, 2006; Potenza, 2006; van Holst et al., 2010). In questo studio abbiamo costruito un task Go-NoGo per investigare il processo di attribuzione di salienza e il controllo inibitorio in un gruppo di giocatori patologici ad inizio trattamento. La scelta di questo task è stata effettuata anche per valutare l'efficacia di due trattamenti non farmacologici per il GAP.

Soggetti

11 giocatori patologici (PGs) e 3 controlli sani (HCs) di età compresa tra 26-53 hanno partecipato. I PGs sono stati preclutati presso il "Servizio Gap & Nuove Dipendenze ASP Palermo", mentre gli HCs sono stati reclutati tramite annunci.

Strumenti

- South Oaks Gambling Screen (SOGS).
- Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III)
- Barratt Impulsiveness Scale, 11th version (BIS-11)

- Gambling Attitudes and Beliefs Survey (GABS)
- functional Magnetic Resonance Image (fMRI)

Risultati

Dati sociodemografici e psicodiagnostici

L'analisi dei dati non rivela nessuna differenza statisticamente significativa in merito all'età ($F = 4.539$, $p=.055$) e al livello di istruzione ($F = 2.930$, $p=.113$). Il punteggio medio alla severità del disturbo da gioco d'azzardo era di 38. La percentuale dei giocatori patologici che ha ricevuto punteggi idonei a ricevere una diagnosi di disturbi di personalità è stata del 63.6% e il disturbo più frequente è stato il disturbo di personalità negativistico (54.5%). Il 54.5% dei giocatori patologici ha mostrato almeno una diagnosi in Asse I e quelle più frequenti sono state l'ansietà (36.3%) e la distimia (18.18%). Nel gruppo di controllo nessuno ha mostrato punteggi superiori al cut off per una diagnosi in Asse I o Asse II. Sono state rilevate differenze statisticamente significative in merito ai livelli di impulsività ($p=.005$).

3.4.3. Risultati dell'analisi fMRI

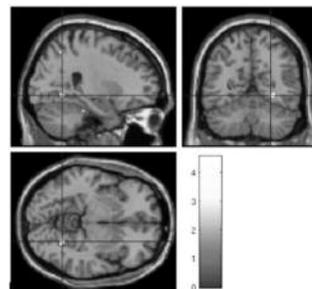
Attribuzione di salienza

Per testare le differenze nell'attribuzione di salienza verso gli stimoli affettivi nei due gruppi abbiamo comparato l'attivazione cerebrale durante i seguenti contrasti: "Gambling Go vs Neutral Go", "Positive Go vs Neutral Go" e "Negative Go vs Neutral Go".

Interazione di gruppo tra Gambling Go versus Neutral Go

I giocatori patologici mostrano più attivazioni sulla corteccia visiva associativa (Area 19 Brodmann) (peak voxel: $x, y, z = 26, 58, -6$, $T = 4.56$, $kE=17$) (Fig. 2).

Figure 2



Interazione di gruppo tra Positive Go versus Neutral Go

I giocatori patologici mostrano più attivazioni sul giro frontale inferiore destro (peak voxel: $x, y, z = 48, 36, 0$, $T = 5.35$, $kE=9$) (Fig. 3) e nella corteccia visiva primaria (peak voxel: $x, y, z = 26, -70, 12$, $T = 5.21$, $kE=8$) (Fig. 4).

Figure 3

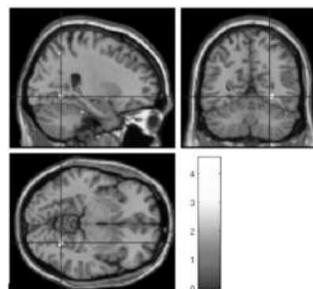
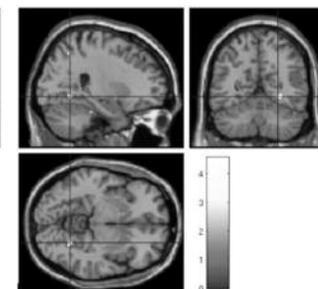


Figure 4



Risposta inibitoria neutrale

Per testare le differenze nella risposta inibitoria verso stimoli neutrali nei due gruppi abbiamo comparato l'attivazione cerebrale durante contrasto "Neutral Go vs Neutral NoGo".

Interazione di gruppo tra Neutral Go versus Neutral NoGo

I giocatori patologici non mostrano una maggiore attivazione rispetto a controlli sani. Questi ultimi invece mostrano maggiori significative attivazioni nel giro frontale medio (peak voxel: x, y, z = -6, 56, 22, T = 5.08, kE=9) (Figura 5) e nella corteccia cingolata anteriore (peak voxel: x, y, z = -14, 32, 28, T = 5.06, kE=23) (Figura 6).

Figure 5

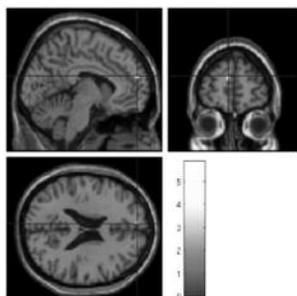
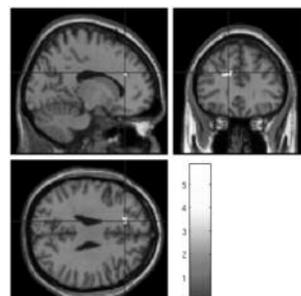


Figure 6



Risposta inibitoria durante gli stimoli affettivi

Per testare le differenze nella risposta inibitoria verso stimoli affettivi nei due gruppi abbiamo comparato l'attivazione cerebrale durante i seguenti contrasti: "Gambling NoGo vs Neutral NoGo", "Positive NoGo vs Neutral NoGo" e "Negative NoGo vs Neutral NoGo".

Interazione di gruppo tra Positive NoGo versus Neutral NoGo

I giocatori patologici mostrano più attivazione nel giro frontale medio (peak voxel: x, y, z = 38, 50, -10, T = 5.99, kE=9) (Fig. 7) e nel giro cingolato (peak voxel: x, y, z = -6, 18, 46, T = 5.82, kE=34) (Fig. 8).

Figure 7

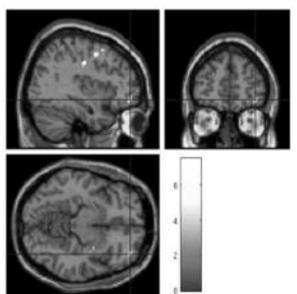
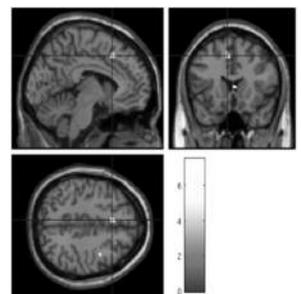


Figure 8



Discussione

In questa prima fase dello studio è stata evidenziata una marcata presenza di comorbidità nel gruppo di giocatori patologici, significativamente maggiore rispetto ai controlli sani e questo conferma quanto già emerso da varie ricerche (Maniaci et al., 2015; Maniaci et al., 2016; Odlaug et al., 2013; Petry et al., 2005). In particolare abbiamo trovato una elevata presenza di

disturbi di ansia e depressivi e il disturbo di personalità negativistico è stato diagnosticato nella metà dei giocatori patologici reclutati. Inoltre, il gruppo clinico ha mostrato elevati livelli di impulsività rispetto al gruppo di controllo, confermando il ruolo rilevante del discontrollo degli impulsi nel GAP (Castellani & Rugle, 1995; Marazziti et al., 2014). Nei dati di fMRI emerge che i PGs hanno mostrato una maggiore salienza verso le immagini connesse al gioco e verso gli stimoli positivi. Inoltre i OGs hanno mostrato un decremento dell'attività prefrontale durante l'inibizione di stimoli neutrali e un incremento delle aree prefrontali durante l'inibizione di stimoli a forte valenza affettiva.

STUDIO PRELIMINARE RELATIVO AGLI STILI DI ATTACAMENTO E ALESSITIMIA IN UN CAMPIONE DI GIOCATORI D'AZZARDO PATOLOGICI

Margherita Taddeo - Dirigente Psicologo-Psicoterapeuta, Coord. Servizio GAP DDP ASL TA

Lucia Ponzetta - Infermiere CPS- Servizio GAP DDP ASL TA

Antonella Evangelista - Educatore Servizio GAP DDP ASL TA

Lidia Sileno - Educatore Servizio GAP

Angela Cafagna - Tirocinante Psicologo DDP ASL TA

Vincenza Ariano - Dirigente Medico Tossicologo-Direttore FF Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL TA

Premessa

Da circa un decennio, il Dipartimento Dipendenze Patologiche della ASL di Taranto si occupa di Gioco d'Azzardo Patologico (GAP), o Disturbo da gioco d'azzardo (DSM-5), utilizzando un modello operativo concepito in un'ottica sistemico-relazionale e cognitivo-comportamentale, caratterizzato dalla presa in carico del soggetto e della sua famiglia attuale o d'origine. Attraverso tale approccio, è stato possibile intervenire sulle distorsioni cognitive e sulle disfunzioni comunicativo-relazionali all'interno del sistema familiare, e approfondire, il possibile legame tra comportamento di gioco, alessitimia e stile di attaccamento, alla luce dei numerosi studi in cui è stato evidenziato il legame esistente tra dipendenze, da sostanze e comportamentali, trauma relazionale precoce e alessitimia (10, 11). La trascuratezza emotiva da parte della figura di accudimento primaria può indurre un deficit di sviluppo della regolazione emotiva e della capacità di mentalizzare, oltre che un'esperienza traumatica difficilmente elaborabile proprio a causa dei suddetti deficit. Spesso intervengono difese dissociative che persistono anche nell'età adulta e che possono facilmente tradursi nella ricerca di sostanze o comportamenti di *addiction* (1, 2, 3, 6, 7, 8, 13).

Ipotesi di lavori

A partire da queste premesse, e in considerazione del fatto che la maggior parte degli studi sull'argomento siano stati effettuati su campioni di tossicodipendenti, abbiamo avviato uno studio preliminare, con finalità descrittive, su un campione di giocatori d'azzardo patologici, utenti del Servizio GAP e Dipendenze Comportamentali della Asl di Taranto, ipotizzando di riscontrare, accanto ad aspetti di alessitimia, anche esperienze infantili di accudimento traumatiche o trascuranti e tratti di insicurezza nei comportamenti adulti di attaccamento.

Soggetti, metodi, strumenti

Dai 220 utenti complessivi, seguiti dal Servizio GAP abbiamo estratto un campione di 27 soggetti, di cui 26 di sesso maschile e 1 di sesso femminile, con diagnosi di Disturbo da Gioco d'Azzardo, diagnosticato in base ai criteri del DSM-5 e con l'utilizzo di strumenti specifici (4, 9). Inoltre, ci sembra utile evidenziare che il 52% del campione predilige l'uso di *slot machines*, una tipologia di gioco caratterizzato da meccanicità, isolamento, scarsa necessità di processi cognitivi e immaginativi (grafico 1).

Al suddetto campione, sono stati somministrati i seguenti questionari ed interviste strutturate:

1. Il Parental Bonding Instrument (PBI) di G. Parker et al. (1979): questionario auto-somministrato in grado di valutare la percezione dei comportamenti di accudimento ricevuti nei primi 16 anni, da entrambi i genitori (12);
2. L'Attachment Style Questionnaire (ASQ) di Feeney, Noller e Hanrahan (1994): questionario autosomministrato utilizzato per valutare le differenze individuali nell'attaccamento adulto (5);
3. Il Relationship Questionnaire (RQ) di Bartholomew e Horowitz (1991): strumento self-report che propone al soggetto quattro autodescrizioni relative a diversi stili di attaccamento, con la richiesta di selezionare lo stile in cui ci si identifica maggiormente nelle relazioni sentimentali significative (5).
4. La Toronto Structured Interview for Alexithymia (TSIA) di Taylor J., Bagby R.M., Caretti V., Schimmenti A. (2014) è un'intervista clinica strutturata, nata per offrire un'alternativa più valida e attendibile alla Tas-20 per la valutazione dell'alessitimia, ma applicabile anche per la misurazione del costrutto più ampio di disregolazione affettiva: il deficit di autoregolazione e regolazione interattiva delle emozioni (14).

Analisi della discussione

Gli utenti reclutati per lo studio hanno mostrato subito disponibilità e collaborazione, oltre che interesse per i costrutti valutati. Difatti, per la maggior parte di essi, non si è trattato di una semplice compilazione di questionari, ma di un pretesto per approfondire gli argomenti oggetto dei singoli item, attraverso ricordi e riflessioni. Particolarmente significativo ci è sembrato l'utilizzo della TSIA, l'intervista strutturata per la valutazione dell'alessitimia, di recente validazione e, di conseguenza, ancora poco utilizzata. L'intervista prevede risposte corredate da esempi che possano sostenerle, ed è utile per valutare sia l'alessitimia, che il costrutto più ampio di disregolazione affettiva. Proprio grazie agli esempi riportati dai nostri intervistati, è stato possibile evidenziare, ed approfondire all'occorrenza, non solo deficit di consapevolezza emotiva, ma anche di autoregolazione delle emozioni e regolazione interattiva delle stesse. Da un punto di vista quantitativo, i risultati della TSIA (grafico 2) mostrano che il nostro campione, in media, rispetto alle medie normative estratte dallo studio di validazione dell'intervista, presenta alessitimia, con valori significativamente più elevati nel macrofattore OT (pensiero orientato all'esterno) e nel sottofattore IMP (processi immaginativi),

indicando poco utilizzo della fantasia e tendenza all'azione più che alla riflessione. Tale risultato indica un deficit della capacità di mentalizzare; capacità che si sviluppa grazie ad un accudimento sufficientemente buono, da consentire lo sviluppo dell'abilità di discriminare gli stati interni propri ed altrui, anche grazie all'utilizzo dell'immaginazione e della fantasia.

Riguardo agli stili di attaccamento attuali, tramite RQ, i nostri soggetti si attribuiscono uno stile sicuro, basato sulla fiducia (grafico 3), sebbene alcuni di essi riconoscano aspetti di evitamento nei propri comportamenti. Difatti, attraverso l'ASQ, questionario che permette la valutazione di singole dimensioni dell'attaccamento, emergono valori elevati anche nelle scale dell'insicurezza, soprattutto "disagio per l'intimità" e "secondarietà delle relazioni", tipiche di uno stile di attaccamento "insicuro-evitante" (grafico 4). Questi dati potrebbero suggerire che la sicurezza nelle relazioni attuali sia una conquista recente, rispetto a precedenti stili di attaccamento più insicuri costruiti nell'infanzia, ma anche scarsa consapevolezza di sé e modalità di pensiero magico, tipico del giocatore. Inoltre, i risultati del PBI, che valuta la percezione degli stili genitoriali, indicano che entrambi i genitori vengano prevalentemente percepiti dai soggetti con elevata iperprotezione, ossia un eccessivo controllo, tale da non avergli consentito lo sviluppo dell'autonomia. Riguardo alle cure, i padri risultano più anaffettivi delle madri, e difatti solo al 19% delle madri e al 12% dei padri si può attribuire una percezione di accudimento ottimale (grafico 5-6-7).

Al di là dei dati quantitativi, questo tipo di approfondimento è stato utile da un punto di vista diagnostico e terapeutico. Gli strumenti oggetto di questo studio

offrono l'opportunità di esplorare le relazioni presenti e passate e di cogliere l'eventuale nesso tra queste e il comportamento di gioco sviluppatosi quale difesa dissociativa da esperienze relazionali traumatiche o trascuranti. È opportuno però specificare che il campione è composto da soggetti già in trattamento, da medio o lungo termine, con i quali si è andata costruendo nel tempo un'alleanza terapeutica o, in termini "Bowlbiani", una base sicura, in grado di ascoltare, convalidare i vissuti emotivi, confortare e sostenere, fornendo l'ambiente ideale per approfondire vissuti infantili traumatici (10) e per sostenere il cambiamento degli schemi comportamentali disfunzionali che da tali vissuti derivano.

Conclusioni

Come ipotizzato, dal nostro campione emerge una percezione di stili genitoriali per lo più trascuranti, caratterizzati soprattutto da scarse cure affettive, elevato controllo e inibizione dell'autonomia personale. Tali evidenze potrebbero spiegare gli aspetti alessitimici scaturiti dallo studio e, in particolare, il deficit nei processi immaginativi e nella mentalizzazione. Inoltre la contraddittorietà di alcuni dati relativi agli stili di attaccamento attuali mostrerebbe scarsa percezione e consapevolezza di sé, dei propri stati interni e di quelli altrui; condizione correlabile agli aspetti tipici della personalità narcisistico-borderline del giocatore, al pensiero magico e agli stili di relazione emotivamente precari. Lo studio continuerà con l'ampliamento del campione e con il coinvolgimento anche dei familiari, al fine di evidenziare eventuali analogie o complementarietà di stili di attaccamento e percezione dell'accudimento genitoriale.

Grafico 1

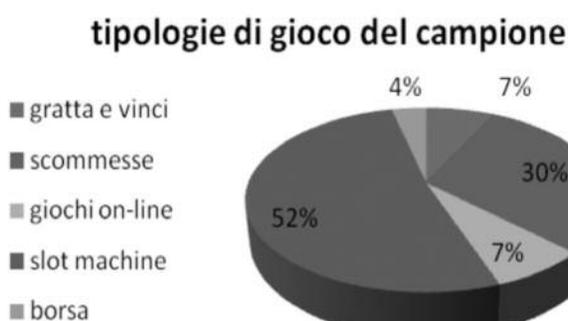


Grafico 3



Grafico 2

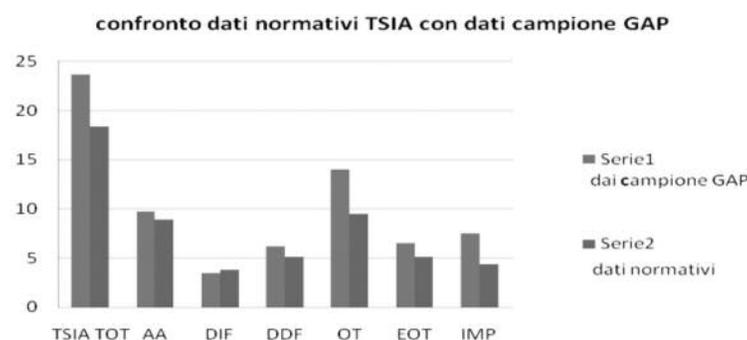


Grafico 4

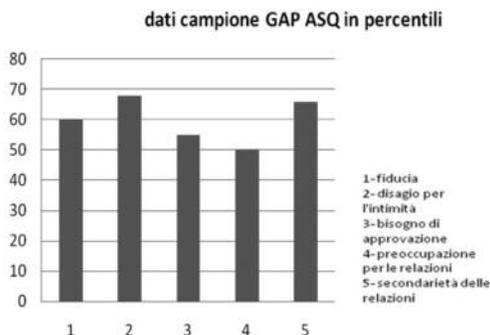


Grafico 5

accudimento madre

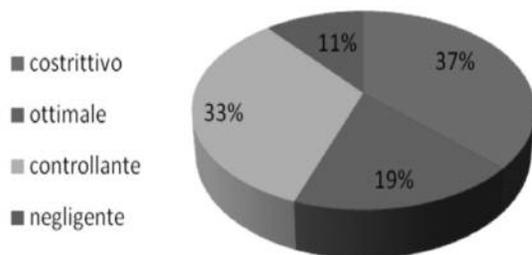


Grafico 6

accudimento padre

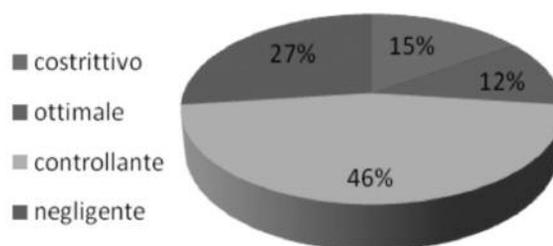
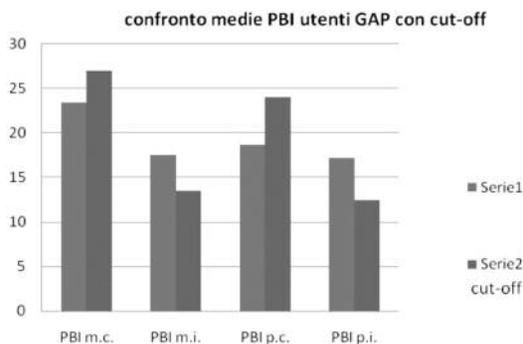


Grafico 7



Bibliografia

1. Ainsworth M.D.S., Blehar M.C., Waters E., Wall S. (1978). Patterns of Attachment. A Psychological Study of the Strange Situation. Erlbaum, Hillsdale, NJ.
2. Allen J.G. & Fonagy P. (2006). La mentalizzazione: psicopatologia e trattamento. Il Mulino, Bologna 2008.
3. Allen J.G., Fonagy P., Bateman A.W. (2008). La mentalizzazione nella pratica clinica. Tr.It. Raffaello Cortina Editore, Milano 2010.
4. American Psychiatric Association (2014) Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali DSM-5, Raffaello Cortina Editore, Milano
5. Barone L., Del Corno F. (2007), La valutazione dell'attaccamento adulto. Raffaello cortina Editore. Milano
6. Bateman A., Fonagy P. (2006). Il trattamento basato sulla mentalizzazione. Raffaello Cortina Editore. Milano.
7. Bowlby J. (1973) attaccamento e perdita. Tr.It. Boringhieri Torino 2000.

8. Bowlby J. (1988). Una base sicura. Tr.It. Cortina, Milano 1989.
9. Capitanucci D., Carlevaro T. (2004), Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici nel Disturbo da gioco d'azzardo patologico
10. Caretti V., La Barbera D. (2009). Le nuove dipendenze: diagnosi e clinica. Carocci Editore S.p.A. Roma.
11. Caretti V., Schimmienti A. (2011) La valutazione della disregolazione affettiva con la Toronto Structured Interview for Alexithymia (TSIA)
12. Parker G., Tupling H., Brown L.B. (1979). Parental Bonding Instrument, British Journal of Medical Psychology, 52, 1-10.
13. Schore A.N. (1994) Affect Regulation and the Origin of the Self. The Neurobiology of Emotional Development. Lawrence Erlbaum Associated, Hillsdale.
14. Taylor G.J., Bagby M., Caretti V., Schimmienti A. (2014) La valutazione dell'alestitimia con la TSIA. Raffaello Cortina Editore, Milano

16

GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO: DALLA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI AL SERVIZIO SPERIMENTALE DIPARTIMENTALE

Margherita Taddeo - *Dirigente Psicologo-Psicoterapeuta, Coord. Servizio GAP DDP ASL TA*

Lucia Ponzetta - *Infermiere CPS- Servizio GAP DDP ASL TA*

Antonella Evangelista - *Educatore Servizio GAP DDP ASL TA*

Lidia Sileno - *Educatore Servizio GAP*

Angela Cafagna - *Tirocinante Psicologo DDP ASL TA*

Vincenza Ariano - *Dirigente Medico Tossicologo-Direttore FF Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL TA*

Premessa

La diffusione dei luoghi di gioco ha stimolato a più livelli nella popolazione generale un aumento del comportamento di Gioco Informale e ricreativo che può sfociare in un Gioco problematico, un comportamento volontario che mette a rischio la salute psicofisica e sociale dell'individuo e che può avere un'evoluzione prognostica negativa verso il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP). Quest'ultimo, come indicato nel DSM-5, è incluso tra i Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction ed è diagnosticato come Disturbo da Gioco D'azzardo con diversi livelli di gravità.

Il gioco d'azzardo in Puglia

Relativamente ai consumi, la Puglia ha speso per il gioco d'azzardo 3.886 milioni di Euro nel 2013; 3.969 nel 2014 e 4.074 nel 2015; con una spesa media pro-capite di 941 euro nel 2015 (in aumento rispetto al 2013 e 2014). Dallo studio ESPAD del CNR sulla popolazione pugliese, è stato stimato che su una popolazione di 2.900.000 soggetti di età compresa tra i 18 ed i 74 anni, 1.566.000 sono giocatori sociali, 37.700-110.200 giocatori problematici e 14.500-63.800 giocatori patologici. Da quanto registrato nel Sistema Informativo Regionale Dipendenze (SID), i soggetti in cura presso i Dipartimenti delle Dipendenze sono stati, nel 2015 circa 650; numero ancora esiguo viste le scarse risorse dei Servizi per le dipendenze ma che è destinato a crescere in modo esponenziale alla luce delle diverse stime che riguardano il sommerso.

Dall'ambulatorio al servizio GAP

Il territorio tarantino nell'ultimo decennio è stato caratterizzato da una serie di eventi critici nel settore siderurgico, che hanno inciso profondamente sull'economia del territorio e sugli stili di vita della popolazione residente, stimolando i consumi di gioco d'azzardo nella speranza di voler migliorare il proprio futuro. Le prime richieste di aiuto sono giunte al Dipartimento delle Dipendenze Patologiche della ASL di Taranto a

partire dal 2014, condizione che ha reso necessario organizzare un Ambulatorio specialistico. Il modello clinico-operativo dell'Ambulatorio GAP è divenuto negli anni un modello di riferimento per il Servizio di Programmazione e Assistenza Territoriale dell'Assessorato alla Salute della Regione Puglia che, secondo tale modello, ha approvato un Progetto triennale Sperimentale, per l'organizzazione di Servizi Dipartimentali sul GAP in tutte le ASL pugliesi. Prima di dare avvio ai Servizi GAP si è avviato un corso di formazione regionale e la ASL di Taranto è stata individuata come capofila e referente scientifico. In riferimento a tutto ciò la ASL di Taranto ha istituito con delibera 1776 del 24.11.2015 il Servizio Dipartimentale sul Gioco D'azzardo Patologico. Quest'ultimo opera a livello Dipartimentale, risultando l'unico riferimento specialistico per tutti i SERD di Taranto e segue circa 220 soggetti con diagnosi primaria di dipendenza da gioco patologico. Il modello di intervento integra l'approccio "clinico" con quello "di rete", eroga interventi multidisciplinari psicodiagnostici, psicoterapeutici, medici specialistici, sociali ed educativi rivolti sia al soggetto portatore della patologia che ai suoi familiari. Il modello operativo utilizzato è quello della presa in carico del soggetto e della sua famiglia. L'accesso al Servizio è gratuito e libero.

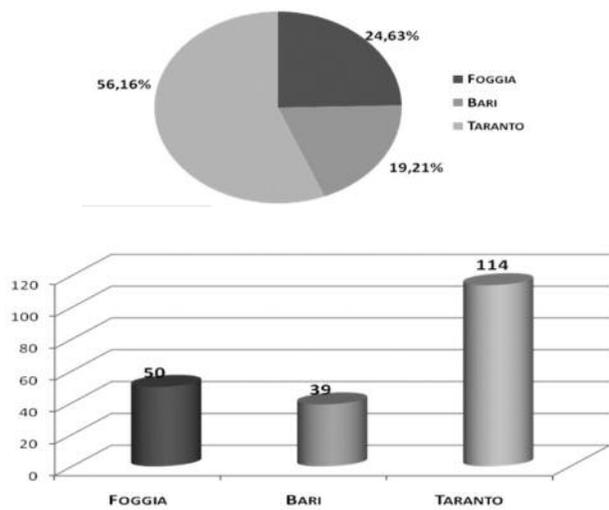
Regione Puglia: la formazione degli operatori

Di fronte al crescere dell'incidenza del fenomeno e alla necessità di interventi di prevenzione cura e riabilitazione, la Regione Puglia ha promosso la LR n°43 del 13 dicembre 2013 e in riferimento a questa ha attivato un Programma di formazione regionale degli operatori del settore pubblico, del privato sociale e associazioni di auto mutuo-aiuto che si occupano di prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti affetti da Gioco d'Azzardo Patologico (GAP). La finalità di tale progetto, che ha coinvolto l'intero territorio della Regione Puglia, è stata quella di orientare il sistema dei Servizi regionali secondo criteri scientifici e indicazioni univoche standardizzate puntando ad una formazione condivisa a livello regionale. Capofila del progetto di formazione e coordinatore scientifico è stato il Dipartimento delle Dipendenze della ASL di Taranto, per la decennale esperienza maturata con il Servizio GAP e per la partecipazione a numerosi progetti nazionali (deliberazione di Giunta Regionale n. 614 del 30/03/2015).

Tra gli argomenti trattati durante il corso si sono approfonditi i vari aspetti della patologia, i dati epidemiologici sul fenomeno, i diversi strumenti diagnostici e i trattamenti terapeutico-riabilitativi. Il coinvolgimento delle diverse realtà della Regione Puglia ha dato la possibilità di avviare un confronto sugli aspetti di prevenzione e cura della patologia evidenziando le risorse e le criticità dei Servizi, con il comune progetto di formulare linee guida comuni e una sinergica progettualità. Obiettivo del programma di formazione è stato la diffusione di un approccio basato sulle evidenze scientifiche, per quanto riguarda la prevenzione, l'attività di diagnosi, la cura e la riabilitazione, con standard ed indicazioni metodologiche univoche. La formazione si è conclusa a marzo 2016.

Esiti del progetto

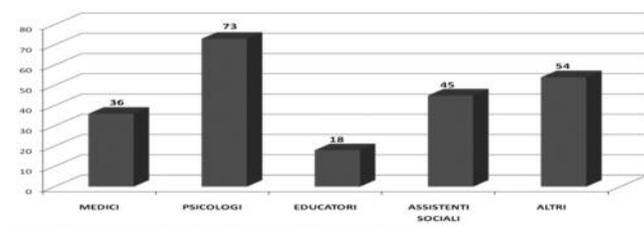
Sono stati realizzati 3 moduli di 4 giornate ciascuno (Foggia, Bari e Taranto) in cui sono stati previsti momenti di formazione frontale, lavori e laboratori di gruppo, discussione e confronto fra i partecipanti. Si è organizzata una giornata conclusiva a Bari finalizzata al coinvolgimento di tutti i soggetti che a vario titolo sono interessati alla problematica GAP. Il corso è stato accreditato con ECM. I destinatari del progetto di formazione sono stati individuati tra gli operatori motivati e/o già impegnati nella problematica del GAP prevedendo complessivamente un massimo di 200 operatori, così distribuiti:



Totale partecipanti con crediti formativi = 203

Figure professionali coinvolte nella formazione

Come si evince dal grafico il maggior numero di operatori coinvolti riguardano la figura professionale dello psicologo poi di seguito assistenti sociali, medici, educatori e nella dicitura altri sono compresi infermieri e altre figure del volontariato e dell'autoaiuto.



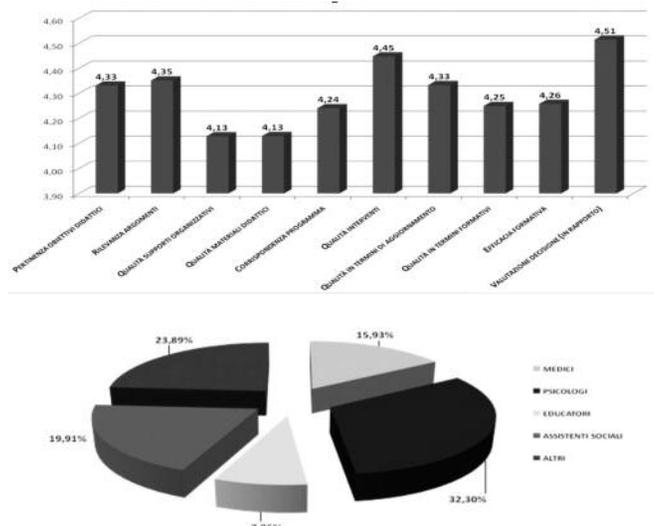
Operatori e servizi

Il maggior numero di operatori appartiene alle ASL, Dipartimenti e SERD 81,70% ; Associazioni e Comunità 8,93%, Cooperative 6,70, Altro (volontariato) 2,68%.



Valutazione dei risultati

Dall'elaborazione dei questionari di valutazione somministrato a fine corso è emerso un livello elevato di qualità degli interventi, ottima pertinenza degli obiettivi didattici e rilevanza degli argomenti trattati. La formazione ha raccolto il consenso dei partecipanti in relazione al bisogno di formazione e di confronto rispetto a questa tematica. Si è ottenuta una condivisione di metodi e strumenti e una maggiore sinergia tra gli operatori del pubblico, del privato, dell'autoaiuto e ha stimolato inoltre la necessità di ulteriori momenti di confronto di alcune tematiche.



Servizi sperimentali sul GAP

Partendo da una formazione comune e condivisa la Regione Puglia, ha promosso l'organizzazione di un "Servizio Sperimentale sul Gioco d'Azzardo Patologico" approvato con provvedimento n. 867 del 29 aprile 2015 dalla Giunta regionale con il "Documento d'Indirizzo Economico Funzionale del Servizio Sanitario Regionale Ripartizione 2014-2015." Tale progetto, di durata triennale, ha ottenuto un finanziamento annuo complessivo di € 350.000,00 assegnato alle sei Aziende Sanitarie Locali. Il Progetto è stato motivato dalla complessità del disturbo da gioco d'azzardo e dalla necessità di strutturare un percorso differenziato e specialistico nell'ambito di ogni Dipartimento delle Dipendenze Patologiche delle diverse ASL, attraverso un modello terapeutico con specifiche modalità di intervento per il trattamento del GAP.

Il GAP si presenta come una patologia complessa che coinvolge non solo l'individuo ma l'intero sistema familiare con problematiche rilevanti di tipo sanitario, sociale, relazionale ed economico-finanziario, pertanto richiede interventi terapeutici e un'organizzazione strutturata poichè questa tipologia di "nuovi dipendenti" presenta caratteristiche sociali, culturali, di età e di sesso diversificate con un ulteriore elemento di problematicità che è legato alla percezione del livello di consapevolezza del proprio comportamento di giocatore, in quanto spesso compatibile con i tempi di vita, di lavoro e familiari. Si è reso necessario proporre modalità di intervento differenziali che supportino la presa di coscienza della propria condizione di dipen-

denza, centrino l'intervento sulla motivazione al cambiamento e sul rafforzamento delle abilità di gestione del craving e della ricaduta, che agiscano verso una modifica personale dello stile di pensiero, di comportamento e di vita, strutturando un intervento sia sul soggetto portatore della patologia che sull'intero nucleo familiare. Fondamentale risulta il coinvolgimento della rete familiare nel percorso di emancipazione dalla dipendenza da gioco. Il Servizio GAP deve avere un'organizzazione dipartimentale e una sede autonoma, al fine di garantire un percorso differenziato rispetto alle dipendenze da sostanze, tale indicazione nasce da un'esperienza maturata sul campo dal Dipartimento Dipendenze Patologiche della ASL Taranto e dal coinvolgimento della famiglia nella richiesta d'aiuto e nei trattamenti terapeutici. Il modello d'intervento deve integrare l'approccio "clinico" con quello "di rete" erogando interventi psicodiagnostici e psicoterapeutici, interventi medici specialistici, interventi educativi e di counselling, consulenza finanziaria e legale rivolti al soggetto e ai familiari. L'approccio clinico è di tipo cognitivo-comportamentale finalizzato a controllare il comportamento di gioco e correggere le distorsioni cognitive e le false credenze. Si interviene inoltre secondo un approccio sistemico-relazionale poiché siamo di fronte ad una patologia complessa che coinvolge l'intero nucleo familiare e rischia di compromettere sia le relazioni che l'armonico sviluppo emotivo-affettivo dei figli. Gli interventi di prevenzione dovranno essere di tipo:

- Universale (PU), impostazione informativa/comunicativa generale sul rischio dipendenza da gioco;
- Ambientale (PA) indirizzata al territorio e agli ambienti dove si concentra il rischio (sale, ambienti di intrattenimento, bar, internet, ecc);
- Selettiva e indicata (PS/I) indirizzata alle persone vulnerabili (che non abbiano ancora sviluppato un gioco problematico ma per caratteristiche individuali abbiano un rischio aumentato) e a persone con gioco d'azzardo problematico (con rischio evolutivo verso il gioco patologico).

L'equipe terapeutica multidisciplinare dedicata deve essere formata da psicologo-psicoterapeuta, medico, infermiere, assistente sociale, educatore, con l'integrazione di un esperto informatico e di un consulente finanziario-legale.

Conclusioni

Dalla nostra esperienza, maturata nell'ambito della dipendenza patologica da gioco d'azzardo è emerso, come sia fondamentale, per la presa in carico di tale disturbo, una formazione specifica, un percorso specialistico con una definita metodologia differenziata rispetto alle dipendenze da sostanze e la necessità di un'equipe multidisciplinare dedicata. Il Servizio che si occupa di GAP, deve essere visibile e presente sul territorio attraverso interventi di sensibilizzazione e prevenzione oltre che clinico-terapeutici di cura. A tale fine, riteniamo indispensabili le occasioni di confronto e di formazione tra gli operatori, la partecipazione a progetti nazionali che consentano di approfondire le conoscenze sul fenomeno e la formulazione di linee guida che consentano di uniformare gli interventi di

prevenzione, diagnosi e trattamento, tra i Servizi pubblici e del privato sociale che si occupano di tale patologia. Tutto ciò appare necessario alla luce di importanti novità come l'avvento dei nuovi LEA, la presa di coscienza che il fenomeno del GAP crea un disagio grave ed è in continua espansione e con la volontà del Governo Regionale di spostare l'asse dell'attenzione verso l'assistenza territoriale. Si auspica infine un'azione coordinata tra Regione, ASL, Enti Locali e altre Istituzioni, affinché possano essere garantiti interventi adeguati, in termini sia preventivi, che di reale presa in carico.

Bibliografia

DSM 5.

CAILLOS R.. Les jeux et les hommes, Le masque et la vertige, 1958. I giochi e gli uomini. La maschera e la vertigine, trad.it Bompiani Milano 1981.

LUCCHINI ALFIO, CICERONE PAOLA: Oltre l'eccesso quando internet, shopping, sesso, sport, lavoro, gioco diventano dipendenza. Ed. Franco Angeli.

PRANDSTARLLER Un approccio al nursing e alla professione infermieristica. Franco Angeli

FIASCO M .Aspetti sociologici, economici e rischio di criminalità. In CROCE M., ZERBETTO R.(a cura di)Il gioco e l'azzardo. Milano, Franco Angeli, 2001

SERPELLONI G.: Gioco d'azzardo problematico e patologico:inquadramento generale, meccanismi fisiopatologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione cura e riabilitazione. Febbraio 2013; Manuale per i Dipartimenti delle Dipendenze.

CALAMANDREI CARLO "I fondamenti della scienza infermieristica: metaparadigma e paradigmi, Nursing oggi" n.1/2000

CAPITANUCCI D. (in press). Il processo di valutazione del giocatore patologico e gli strumenti di assessment. In Manuale sul trattamento e la cura del GAP (a cura di) Bellio G. e Croce M. Franco Angeli.

CAPITANUCCI D. et al. (a cura di) (2013). Il gioco d'azzardo, la tua famiglia e tu. Manuale di auto aiuto per i familiari. And-in-carta ed. Biganzoli A., Colombo A., Vignati L., Bassi A., Smaniotto R., Capitanucci D., Airoldi S. (in press). Strumenti psicoeducativi per giocatori e familiari. In Manuale sul trattamento e la cura del GAP (a cura di) Bellio G. e Croce M. Franco Angeli.

ADOLESCENTI E GAMBLING: L'ESPERIENZA DI PREVENZIONE NELLE SCUOLE SECONDARIE DEL SER.T DSB 33 ASL NAPOLI 1 CENTRO

**Alessandro Limardi, Vincenzo Carbone,
Maurizio Cardone, Giovanna Coppola,
Massimo Corrado, Alessia Giacomardo**
Ser.T DSB 33 ASL Napoli 1 Centro

A seguito delle richieste effettuate dai docenti, allarmati dalla diffusione cospicua del gioco d'azzardo ed in particolare delle scommesse sportive tra i loro studenti, gli operatori ed i volontari del Ser.T DSB 33 ASL Napoli 1 Centro hanno effettuato un capillare intervento di prevenzione con gli alunni di alcune scuole medie superiori della IV Municipalità di Napoli nel corso degli anni scolastici 2014-2015 e 2015-2016.

Metodologia e strumenti

L'intervento si è avvalso di una metodologia fondata sulle teorie cognitivo-comportamentali che spiegano lo sviluppo ed il mantenimento del Disturbo da Gioco d'Azzardo, le più accreditate a livello internazionale per una prevenzione efficace. Esse sono incentrate sul ruolo delle cognizioni e delle convinzioni (Derevensky e Gupta, 1998; Gupta e Derevensky, 2000 in Capitanucci, 2012): quelle errate, in particolar modo relative al caso, al calcolo delle probabilità di vincita ed al ruolo dell'abilità personale, costituiscono un fattore di rischio per il Disturbo da gioco d'azzardo, conducendo il giocatore di ogni età a sviluppare comportamenti guidati dall'illusione di controllo (Ladouceur, 1994; Johansson et al., 2009) e dall'idea che il risultato della giocata precedente influenzi quello successivo (Ladouceur et al., 1998; Ferland, Ladouceur, Vitaro, 2002; Capitanucci, Smaniotto, Biganzoli, 2010; Capitanucci, 2012).

L'attività di prevenzione ha interessato 672 studenti con un'età media di 17 anni e per il 60,6% di sesso femminile, ed è consistita in incontri con gli operatori del Servizio di circa due ore per classe, volti a modificare le conoscenze errate, a stimolare una visione critica del gioco d'azzardo, dei suoi meccanismi e dei suoi pericoli, e a fornire informazioni sulle possibilità di accesso ai Servizi per la cura delle dipendenze. Le sessioni sono state così strutturate:

1. Somministrazione di un questionario pre-test per indagare la diffusione di alcuni comportamenti a rischio (gambling, uso di droghe ed alcol), che la letteratura ha dimostrato essere spesso presenti nella popolazione adolescente (Vitaro et al.,

2001); rilevare conoscenze e convinzioni su vari aspetti del gioco d'azzardo (statistica, dipendenza etc.), al fine di confrontarle con i risultati del post-test e valutare l'efficacia dell'intervento sulla base della loro modifica.

2. Parte informativa supportata da diapositive realizzate dagli operatori del Ser.T, concernenti: funzione delle attività ludiche nello sviluppo intellettuale e nella socializzazione; differenza tra gioco tradizionale (gaming) e gioco d'azzardo (gambling); convinzione di illusione di controllo e superstizione; fasi che conducono dal gioco responsabile al Disturbo da Gioco d'Azzardo; differenze tra il giocatore responsabile e quello dipendente; statistiche sulla diffusione del problema in Italia e nel mondo e dati finanziari; lo sviluppo della dipendenza, le neuroscienze ed il ruolo del meccanismo dopaminergico (con particolare attenzione all'adolescenza); possibili percorsi terapeutici.
3. Visione del filmato «Il caso, Lucky, non si può influenzare», che illustra in modo divertente e coinvolgente i meccanismi statistici che regolano il gioco d'azzardo e vanificano i comportamenti scaramantici e l'illusione del controllo (Ferland, Ladouceur, Vitaro, 2002; Capitanucci, Smaniotto, Biganzoli, 2010). Il video è stato realizzato dall'équipe canadese del Prof. Robert Ladouceur del "Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu", e da questa testata in Canada su 427 studenti di età compresa tra 11 e 15 anni (Ferland, Ladouceur e Vitaro, 2002). Esso è stato poi tradotto e validato per la popolazione di studenti italiani dall'équipe di Capitanucci e colleghi (2010).
4. Somministrazione di un questionario post-test che, riproponendo alcuni quesiti del pre-test, valutava la modifica delle convinzioni errate e l'efficacia dell'intervento.

I dati raccolti attraverso i questionari pre-test e post-test sono stati analizzati mediante il programma Stata e confrontati.

Risultati e Conclusioni

Per ciò che concerne la percezione della diffusione dei comportamenti a rischio, il 62% ritiene che i coetanei fumino tutti i giorni, il 47% che bevano poche volte la settimana, ma meno del 10% ritiene che bevano tutti i giorni. Solo il 32,78% ritiene che i coetanei non facciano uso di droghe, mentre il 17% pensa che le assumano tutti i giorni. Il 20% dei coetanei, secondo gli intervistati, non ha mai giocato d'azzardo nell'ultimo anno, il 33% non ha mai scommesso. Il 33% ritiene che le scommesse siano diffusissime tra i coetanei; una percentuale analoga ritiene che siano molto diffuse; il 23,6% che siano abbastanza diffuse.

Passando ai comportamenti personali, nell'ultimo anno solo il 31% non ha mai fatto scommesse sportive, che risultano la forma di gambling più popolare anche tra gli adolescenti intervistati dall'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza (2014), mentre decisamente meno diffusi appaiono giochi come Bingo, Lotto e slot-machine.

I risultati sulle convinzioni e le conoscenze in merito

al gambling, oggetto dell'intervento, mostrano che il 24,85% è per niente e il 30,24% poco d'accordo con l'affermazione che nel gioco d'azzardo esistono elementi di abilità; più del 60% non è per niente d'accordo che sia utile avere con sé un portafortuna; il 30% non è per niente e il 31% poco d'accordo che esistano leggi statistiche che ci diano la possibilità di prevedere il caso; il 22,17% non è per niente e il 33% poco d'accordo con l'affermazione che un giocatore esperto, che scelga di persona i numeri, abbia maggiori possibilità di vittoria nel gioco d'azzardo. Il 68% è molto d'accordo e il 21% d'accordo con l'affermazione che il gioco d'azzardo dia dipendenza; il 40% molto d'accordo e il 28% d'accordo con l'affermazione che il giocatore d'azzardo miri a riguadagnare quello che ha perso in precedenza; il 39% molto d'accordo e il 30% d'accordo col considerare le relazioni sociali del giocatore patologico condizionate dalla dipendenza; il 9% molto d'accordo e il 26% d'accordo con l'affermazione che nel solo anno 2011 si siano spesi per il gioco d'azzardo 79,9 milioni di euro. Solo il 61% nel pre-test sapeva dell'esistenza di servizi, come il Ser.T, specializzati nella cura del Disturbo da Gioco d'Azzardo e delle altre dipendenze.

I risultati della richiesta di classificazione di vari giochi come d'azzardo o meno hanno rivelato un ottimo tasso di consapevolezza.

Per quanto riguarda la valutazione dell'efficacia dell'attività di prevenzione, il confronto tra pre-test e post test in merito ad alcune convinzioni sul gioco d'azzardo mostra una percezione del fenomeno per lo più corretta, migliorata dall'intervento, in linea con i risultati ottenuti con una metodologia analoga e riportati in letteratura (Ferland, Ladouceur e Vitaro, 2002; Capitanucci, Smaniotto, Biganzoli, 2010).

Il totale disaccordo rispetto all'utilità di un portafortuna passa dal 60,2% del pre-test al 70,3% del post-test. Ancora più cospicui e soddisfacenti i risultati in merito alla convinzione che il gioco d'azzardo sia governato dal caso e non dall'abilità, indagata attraverso gli enunciati "Un giocatore esperto, se non si affida al caso, ma sceglie lui i numeri, ha più probabilità di vincere" (grado di totale disaccordo più che raddoppiato, dal 22,2% al 48,6%), e "Nel gioco d'azzardo ci sono molti elementi di abilità, se uno si esercita il risultato migliora" (totale disaccordo quasi raddoppiato, dal 24,9% al 47,4%). Parte da risultati già discreti e migliora di poco, invece, la percezione del gioco come possibile dipendenza patologica, rispetto a cui il totale accordo passa dal 68,8% del pre-test al 71,7% del post-test. Il grado massimo di accordo all'enunciato "Le relazioni sociali, il lavoro e la vita quotidiana del giocatore patologico sono condizionate dal gioco" passa invece dal 39,2% del pre-test al 48,4% del post test. La conoscenza di servizi per la cura delle dipendenze patologiche sul proprio territorio è stata invece incrementata del 15% dall'intervento: dal 60% al 75%. Tali risultati, benché dimostrino un'efficacia minore dell'intervento nel modificare le conoscenze relative al gioco come dipendenza e all'esistenza di servizi di cura, sono tuttavia migliori del quadro illustrato dai già citati dati governativi, secondo cui il 77% degli adolescenti intervistati non ha mai sentito parlare di

gambling, e solo il 41% lo equipara alla dipendenza da alcol e droghe.

Bibliografia

- Addressi, E., Albano, M., De Petrillo, F., Laviola, G., Mirolli, M., Paglieri, F., Parisi, D., Petrosino, G., Ventricelli, M., Zoratto, F., Adriani, W. (2015). Basi neurobiologiche del gioco d'azzardo: il contributo integrato di Psicobiologia, Etologia Cognitiva e Robotica. *Sistemi intelligenti*, a. XXVII, n. 3. Trad. da Paglieri, F., Addressi, E., De Petrillo, F., Laviola, G., Mirolli, M., Parisi, D., Petrosino, G., Ventricelli, M., Zoratto, F., Adriani, W. (2014). Nonhuman gamblers: Lessons from rodents, primates, and robots. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 8, 33 DOI: 10.3389/fnbeh.2014.00033.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders*, 5 ed. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, SWG (2014). Gli adolescenti italiani e il gioco d'azzardo: report analitico. Testo disponibile al sito <http://www.garanteinfanzia.org/news/l'azzardo-non-è-un-gioco> (01/04/2016).
- Blinn-Pike, L., Lokken Worthy, S., Jonkman, J. N. (2010). Adolescent Gambling: A Review of an Emerging Field of Research. *Journal of Adolescent Health*, 47: 223-236. DOI:10.1016/j.jadohealth.2010.05.003.
- Capitanucci, D. (2012). Strategie di prevenzione del gioco d'azzardo patologico tra gli adolescenti in Italia. L'utilizzo di strumenti evidence-based per distinguere tra promozione e prevenzione. *Italian Journal on Addiction*, vol 2, n. 3-4.
- Capitanucci, D., Smaniotto, R., Biganzoli, A. (2010). La prevenzione del gioco d'azzardo problematico negli adolescenti attraverso l'adattamento del video Lucky. *Quaderni Italiani di Psichiatria*, 29 (1): 30-39. DOI: 10.1016/S.QUIP2010.04002.
- Derevensky, J., Sklar, A., Gupta, R., Messerlian, C. (2010). An Empirical Study Examining the Impact of Gambling Advertisements on Adolescent Gambling Attitudes and Behaviors. *International Journal of Mental Health Addiction*, 8: 21-34. DOI 10.1007/s11469-009-9211-7.
- Derevensky, J.L., Gupta, R., Dickson, L. (2010). Prevenzione e trattamento del gioco d'azzardo problematico e patologico negli adolescenti. In: Grant, J. E., Potenza, M. N., a cura di, *Il gioco d'azzardo patologico. Una guida clinica al trattamento*. Milano: Springer-Verlag Italia. DOI: 10.1093/heapro/dah509.
- Ferland, F., Ladouceur, R., Vitaro, F. (2002). Prevention of Problem Gambling: Modifying Misconceptions and Increasing Knowledge. *Journal of Gambling Studies*, Vol. 18, No. 1. DOI: 1050-5350/02/0300-0019/0.
- Griffiths, M. D., Parke, J. (2010). Adolescent gambling on the internet: A review. *Journal of Adolescent Medicine and Health*, 22 (1): 58-75.
- Griffiths, M., Wood, R. T. A. (2000). Risk Factors in Adolescence: The Case of Gambling, Videogame Playing, and the Internet. *Journal of Gambling Studies*, Vol. 16, N° 2/3. DOI: 1050-5350/00/0900-

0199\$18.00/0.

Johansson, A., Grant, J. E., Kim, S. W., Odlaug, B. L., Gotestam, K. G. (2009). Risk Factors for Problematic Gambling: A Critical Literature Review. *Journal of Gambling Studies*, 25: 67–92. DOI: 10.1007/s10899-008-9088-6.

McBride, J., Derevensky, J. (2012). Internet gambling and risk-taking among students: An exploratory study. *Journal of Behavioral Addictions*, 1(2): 50–58. DOI: 10.1556/JBA.1.2012.2.2.

Messerlian, C., Derevensky, J., Gupta, R. (2005). Youth Gambling Problems: a public health perspective. *Health Promotion International*, Vol. 20 n°1.

Molinaro, S. (2015). La diffusione del gioco in Italia. Testo disponibile al sito http://www.ama.coop/userdata/news/allegati/dati_cnr1.pdf (20/05/2016).

Serpelloni, G. (2013). *Gambling. Gioco d'azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisio-patologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione. Manuale per i Dipartimenti delle Dipendenze*. Roma: Dipartimento Politiche Antodroga.

Shead, N. W., Derevensky, J. L., Gupta, R. (2010). Risk and protective factors associated with youth problem gambling. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 22 (1): 39-58.

Temcheffa, C. E., Derevensky, J. L., Paskus, T. S. (2011). Pathological and disordered gambling: a comparison of DSM-IV and DSM-V criteria. *International Gambling Studies*, Vol. 11, No. 2, 213–220. DOI: 10.1080/14459795.2011.581677.

Vitaro, F., Brandgen, M., Ladouceur, R., Tremblay, R. E. (2001). Gambling, Delinquency, and Drug Use During Adolescence: Mutual Influences and Common Risk Factors. *Journal of Gambling Studies*, Vol. 17, No. 3. DOI: 1050-5350/01/0900-0171\$19.50/0.

DOPPIA DIAGNOSI

Fabio Venturella – Docente di Tossicologia e Farmacognosia Facoltà di Farmacia Università degli Studi di Palermo,

Francesca Catania – Dott.ssa in Farmacia,

Guido Faillace – Psichiatra, Responsabile Ser.T. di Alcamo, Responsabile U.O.C. Coordinamento Ser.T. Trapani,

Vincenzo Trapani – Internista, Dirigente Medico Ser.T. di Alcamo

Summary

A person with dual diagnosis is a subject that simultaneously presents psychiatric disorders and drug addiction. Below are presented seven cases of individuals with these conditions of the area of Alcamo and treatment conditions. Objectives: trace in general the concept of dual diagnosis and analyse cases at Ser.T. of Alcamo with the respective treatment.

Con il termine “doppia diagnosi” ci si riferisce ad un’espressione utilizzata da alcuni autori per definire una concorrenza tra un disturbo psichiatrico ed una condizione tossicomana. Il termine presenta un’ambiguità di fondo dovuta alla complessità diagnostica dei soggetti che presentano un quadro comorbile (nella maggior parte dei casi non esistono due diagnosi separate, bensì condizioni che si influenzano reciprocamente e quadri molto complessi in cui la dipendenza da sostanze sembra essere il sintomo di una psicopatologia definita). Sia l’assunzione di sostanze che il sintomo psichiatrico possono essere riferiti o meno ad una diagnosi di dipendenza o ad una diagnosi di disturbo psichiatrico: l’incrocio delle possibilità genera quattro diverse situazioni.

	DIAGNOSI PSICHIATRICA CODIFICATA	DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI ANOMALI NON CODIFICABILI
	1	2
DIAGNOSI DI DIPENDENZA	VERA E PROPRIA DOPPIA DIAGNOSI	DIPENDENZA CON DISTURBI PSICHICI
	3	4
ABUSO DI SOSTANZE O ALTRI USI PROBLEMATICI	PATOLOGIA PSICHIATRICA CON ABUSO DI SOSTANZE	CONDIZIONI NON CODIFICATE

1 = Ci troviamo nel primo caso solamente quando è possibile porre sia una diagnosi di disturbo psichiatrico sia una diagnosi di dipendenza

2 = Quando è possibile porre una diagnosi di dipen-

denza ma non quella psichiatrica

3 = Quando è possibile porre una diagnosi psichiatrica ma non ci sono elementi per porre una diagnosi di dipendenza

4 = Non si riesce a soddisfare né i criteri della diagnosi di dipendenza né quelli della diagnosi psichiatrica

Ovviamente procederemo in maniera diversa a seconda delle condizioni in cui ci troviamo. Una condizione di doppia diagnosi prevede l’integrazione dei servizi per tossicodipendenze e psichiatriche; nei casi in cui è invece possibile porre solo una delle diagnosi le competenze e gli strumenti di un servizio possono essere di supporto all’altro ma il trattamento può rimanere prevalentemente in una sola area specialistica. Ad esempio un soggetto depresso potrebbe essere indotto ad assumere eroina per alleviare le sofferenze ma non si può parlare di doppia diagnosi in quanto la modalità e frequenza di somministrazione non soddisfano i criteri per la diagnosi quindi il trattamento è gestito essenzialmente dal servizio psichiatrico con l’aiuto di specialisti per le tossicodipendenze. Successivamente si potrebbe sviluppare un quadro di dipendenza completo e si potrà parlare di doppia diagnosi. Il quarto punto invece è tipico di adolescenti che assumono sostanze di vario tipo senza un vero craving e hanno comportamenti disfunzionali, difficoltà relazionali senza che si configuri in un disturbo psichiatrico.

Protocollo di trattamento: i pazienti vengono trattati sia per quanto riguarda il trattamento delle tossicodipendenze sia per quanto riguarda i disturbi psichiatrici. Nel primo caso viene somministrato al paziente Metadone che poi viene sostituito con Buprenorfina, mentre per i disturbi psichiatrici vengono somministrate benzodiazepine e in base al tipo di disturbo antidepressivi o antipsicotici.

Il Metadone (noto con diversi nomi tra cui: Polamidon, Eptadone, Dolophine, ecc) è un oppioide sintetico, usato in medicina come terapia sostitutiva (disuasente) nella dipendenza da Eroina. È stato sintetizzato in Germania nel 1937; pur chimicamente differente dalla morfina o dall’eroina, agisce come questi primariamente sul μ -recettore degli oppioidi comportandosi da agonista puro, con effetti clinici simili.

Semplicemente ha la proprietà di consentire l’inizio della cura senza passare attraverso l’astinenza, cosa che facilita l’aggancio terapeutico in molte situazioni. Caratteristica tecnica del trattamento: il “blocco narcotico”:

- La persona sentirà meno l’eroina se la dovesse usare “sopra il Metadone”
- Il Metadone ha caratteristiche farmacocinetiche diverse: cioè il modo in cui la sostanza entra e si distribuisce nel cervello, violento e immediato per l’eroina, lento e ritardato per il Metadone
- Viene eliminato molto lentamente dal nostro organismo per cui la sindrome d’astinenza insorge più tardi (dopo almeno due giorni dall’ultima assunzione), ed è meno intensa



- Elimina il rischio da rituale del 'buco' e i rischi da sostanze da taglio
- Il Metadone va somministrato solo ad un individuo sicuramente dipendente da eroina
- Il primo approccio alla terapia consiste nello stabilire in modo empirico la dose utile al paziente.

Il Metadone in eccesso viene immagazzinato nel fegato e nel flusso sanguigno.

Meccanismo per il quale il Metadone compie il suo "trucco di rilascio nel tempo" ed agisce per 24 ore ed oltre. Più il dosaggio è alto, e più Metadone viene immagazzinato. Questo è anche il motivo per cui i pazienti che assumono dosi bloccanti (oltre 70 mg al giorno) hanno la possibilità di rimanere un giorno intero senza la loro dose di farmaco. Naturalmente, lo svantaggio sta nel fatto che quando un paziente salta una dose incomincia a "destabilizzarsi" e ciò lo mette a rischio di overdose, se egli tentasse di usare dell'eroina. Il paziente perde lentamente l'effetto di bloccaggio del Metadone e può incominciare a sentire "fame e voglia di droga". Si fa una terapia a scalare

- Metadone a scalare: si comincia a diminuire di 5 mg ogni 3 giorni a partire dalla dose iniziale (100/80 mg) fino a raggiungere 20 mg. Da questa dose in poi si riduce di 2 mg ogni 3 giorni fino alla fine.
- In genere la percentuale di ricadute nel primo anno dopo l'assuefazione è elevatissima
- Metadone e gravidanza: la gravidanza è un'indicazione specifica all'uso del Metadone a mantenimento. La dose è quella necessaria perché la paziente non usi eroina da strada. Il Metadone ha minima tossicità per il feto, comunque irrilevante di fronte ai rischi di overdose e di astinenza.

Quando si raggiunge uno stato di equilibrio con "urine pulite" (per 3 volte consecutive), si può prendere in considerazione un diverso sistema di somministrazione. Si vanno a ricercare i METABOLITI DELL'EROINA:

- 3-MONOACETILMORFINA (3-MAM)
- 6-MONOACETILMORFINA (6-MAM)

Presenti nelle urine solo poco dopo l'assunzione:

- MORFINA LIBERA 5% del totale
- MORFINA 3 GLUCORONIDE 90% del totale
- MORFINA 6 GLUCORONIDE 1% del totale
- MORFINA 3 SOLFONATA 2% del totale
- CODEINA

A questo punto il medico può valutare la possibilità di una "terapia domiciliare". Il medico decide di affidare una terapia domiciliare in base alla compliance.

Buprenorfina

Molecola di sintesi utilizzata da qualche anno nei trattamenti sostitutivi in alternativa al Metadone, si tratta di un oppiaceo semisintetico derivato della tebaina. È un analgesico centrale.

Agonista parziale dei recettori μ e Antagonista dei recettori κ , genera scarsa dipendenza fisica, ha un elevato profilo di sicurezza dovuto all'effetto "tetto" ed una breve emivita plasmatica, notevole emivita tissutale.



Lunga durata d'azione (dosaggio ogni 2-3 gg). Sintomi astinenziali a lenta insorgenza e di lieve entità moderata. Per le sue caratteristiche farmacodinamiche la Buprenorfina è più sicura rispetto al Metadone e per questo non è necessario conoscere i livelli di tolleranza del soggetto per iniziare il trattamento e, soprattutto, per incrementare il dosaggio della stessa. È soltanto necessario iniziare il trattamento con un intervallo di almeno 6 ore dall'ultima dose di eroina o di 24 ore dall'ultima di Metadone assunti per evitare lo scatenamento di una sindrome astinenziale acuta da spiazzamento di queste due molecole da parte della Buprenorfina.

Suboxone

(BUPRENORFINA 2 o 8 mg E NALOXONE 0,5 o 2 mg)

- Somministrato per via sublinguale: Max effetto della Buprenorfina, nessuna azione del Naloxone
- Se il paziente lo somministra Endovena: nessun effetto Buprenorfina per azione del Naloxone.



Da un punto di vista farmacodinamico Metadone e Buprenorfina interagiscono con i recettori degli oppiacei occupandoli ed attivandoli in maniera differente. Il Metadone è un agonista "full" dei recettori μ e κ degli oppiacei. Li occupa totalmente e li attiva completamente. Questa capacità è alla base del cosiddetto effetto oppiaceo (eroina-like) proprio del Metadone e non della Buprenorfina. L'effetto sui recettori κ sviluppa un'azione anti-disforica. L'associazione dei due effetti favorisce una migliore condizione generale del soggetto che appare più vigile e meno depresso.

Casi clinici

Soggetto num.1: inizia eroina all'età di 17 anni.

Diagnosticata schizofrenia paranoide. Terapia tossicodipendenza: inizia con Metadone cloridrato sciroppo, la prima dose è di 20 mg e sale fino 30 mg, poi terapia a scalare fino a 20 mg e si sostituisce con Buprenorfina (si inizia da 4 mg e si alza la dose gradualmente fino a 8 mg, successivamente si scala fino a 4 mg), dalla terapia con Buprenorfina si ripassa a quella con Metadone, si parte da 20 mg e si aumenta la dose fino a 50 mg, successivamente interrompe il programma arbitrariamente. Interrompe e riprende più volte la terapia. Terapia psichiatrica: il medico prescrive Sereupin (1/2 compressa al mattino), Isimet 400 (una fiala al di) e Minias gocce. Il soggetto ha assunto l'antidepressivo un solo giorno, non ha mai fatto le iniezioni e ha consumato un flacone di Minias in tre giorni. Il paziente dice che sta bene e che ormai visto che non si buca più non ci sono problemi. La madre racconta che nei primi tempi dell'arresto (nella maggior parte dei casi questi soggetti hanno anche problemi legali) ha continuato a bucarsi perché la roba gliela portavano alcuni amici, quando si è resa conto ha impedito che lo andassero a trovare a casa. Si prescrive terapia con TAVOR 2,5 (una compressa la sera) che vengono tenute dalla madre. Successivamente presenta insonnia, allucinazioni uditive e visive e disturbi comportamentali. Si prescrivono

15 gocce di Serenase la sera. Negli anni seguenti viene detenuto presso un carcere e trattato con Risperdal 2mg (una compressa due volte al giorno) e Alprazolam 0,5 (una compressa la sera), e ricoverato presso una comunità per doppia diagnosi dove segue un trattamento con neurolettici (Risperdal 2 mg una compressa due volte al giorno) e ansiolitici (Xanax 0,5 una compressa la sera) e Imovane una compressa la sera. Il soggetto comunque abbandona prima la terapia e muore in carcere.

Soggetto num.2: inizia a 18 anni con *THC* e a 20 *eroina*. Presenta *allucinazioni* e *delirio*. Fino a settembre 2004 ha effettuato terapia sostitutiva per la dipendenza a oppiacei, prima con Metadone cloridrato e successivamente con Buprenorfina cloridrato, tale trattamento è stato sospeso nel settembre 2008 perché il paziente è stato ricoverato presso l'ospedale di Alcamo in stato di coma. Il pz si riprende dallo stato di coma dopo circa 48 ore, è stato evidenziato un calo dei valori di emoglobina, si è notata la presenza di melena e sono state trasfuse due unità di eritrociti concentrati. Terapia consigliata: Kinakion (una fiala due volte al giorno), un cucchiaino di Laevolac, Mepal 20 (una cp), Risperdal 4 mg (1 cp al mattino), Risperdal 20 mg (una cp la sera), Tavor 2,5 mg (1 cp due volte al giorno). È affetto da psicosi schizofrenica di tipo disorganizzato con prevalente sintomatologia di tipo negativo (tendenza all'isolamento, inadeguatezza affettiva e tendenza alla regressione) trattata fino al settembre 2008 con neurolettici e benzodiazepine e da cirrosi epatica HCV correlata (il soggetto ha avuto anche problemi di alcol), in trattamento presso il reparto di medicina dell'ospedale di Alcamo in atto è sottoposto a terapia con benzodiazepina Clonazepam 2,5 mg una compressa tre volte al giorno. Il pz ha effettuato terapia con Metadone cloridrato sciroppo, poi sostituito con Buprenorfina cloridrato. Allo stesso presso il Ser.T veniva effettuato un trattamento psicofarmacologico con Risperidone 2mg/die, Lorazepam 7,5 mg/die, Citalopram 20 mg/die e Zolpidem 10 mg/die. Il soggetto, spesso ricoverato in ospedale, è deceduto in attesa di trapianto.

Soggetto num.3: *alcol* e *cannabinoidi*. Il padre, alcolista e violento convive con una donna affetta da schizofrenia da cui è nato un bimbo disabile con ritardo mentale. Due zie paterne sono schizofreniche, il nonno paterno è stato ricoverato in ospedale psichiatrico. Un zio paterno e uno materno sono morti per overdose. Una zia materna presenta insufficienza mentale. Nonno materno e zio alcolisti. Il soggetto già all'età di 16 anni ha comportamenti violenti, rompe i vetri della scuola perché rimproverato in quanto in possesso di alcol e spinelli. Sembra infantile e ha cattive compagnie. Messo davanti alla scelta di comportarsi bene o andare via di casa ha optato per la seconda opzione. Il soggetto presenta vari precedenti penali. È stato seguito dal centro di salute mentale di Alcamo per sindrome schizofrenica paranoide con turbe relazionali e comportamentali sociopatici. Estrema vulnerabilità e slatentizzazione delle patologie psichiatriche dovute all'uso ed abuso di alcol e cannabinoidi.

Ricoverato presso C.T.A. e O.P.G. segue trattamento psichiatrico con Akineton una fiala i.m., Aloperidolo 2 mg una fiala e per il trattamento della dipendenza da alcol con Alcover.

Soggetto num.4: inizia all'età di 20 ad usare cannabinoidi e successivo passaggio ad *eroina*, qualche volta fa anche uso di cocaina. Presenta *psicosi*. Si procede al trattamento con Metadone cloridrato e si inizia con 25 mg. Il pz riferisce che il dosaggio non è sufficiente a coprire il craving e si passa a 35 mg. Il pz riferisce che la somministrazione mattutina lo copre solo in parte durante la giornata e si concorda la somministrazione in tarda mattinata. Si pone l'attenzione sulla possibilità di somministrare anche farmaci psichiatrici per meglio controllare il soggetto dal punto di vista psicopatologico ma viene rifiutata questa possibilità dal pz. Successivamente decide di interrompere il trattamento con Metadone, piuttosto irrequieto e tende ad aggredire verbalmente gli operatori. Riprende il trattamento con Buprenorfina 8 mg a scalare. Entra presso la C.T. di Trabia e inizia terapia con Veclam 250 (due compresse due volte al giorno). È stato ricoverato in psichiatria a causa di un ictus cerebrale. Inserito in diverse comunità per allontanare l'utente dal gruppo tossicofilo ma la richiesta era spesso legata a situazioni contingenti piuttosto che ad una reale motivazione di cambiamento o alle richieste continue dei familiari che non riescono a gestire il loro rapporto con il figlio sia per le continue richieste di soldi necessari all'acquisto di stupefacenti sia per la scarsa capacità di accettare i disturbi psichiatrici. Si presenta una vota al servizio ubriaco e l'alcolometro segna un valore di 2,48. È in cura presso il D.S.M: di Alcamo perché affetto da disturbo schizofrenico di tipo paranoide e in trattamento con neurolettici long-acting (HALDON DECANOAS 150 mg ogni 28 giorni). Abbandona per ictus.

Soggetto num.5: inizia *eroina* a 19 anni. Fa anche uso di cocaina. Diagnosi di *schizofrenia*. Terapia con Subutex, abbandona e riprende la terapia più volte. Subutex 8 mg/die, Lorazepam 2,5 mg (una compressa tre volte al giorno), Halcion 0,25 (una compressa la sera), TAVOR 2,5 mg. Viene diagnosticata la schizofrenia pseudo-nevrotica cronica e fa terapia con neurolettici e benzodiazepine. Prescrizioni: Seroquel 200 mg (1 al mattino e 1 a pranzo), Seroquel 300 mg (2 la sera), Tavor 2,5 mg (una compressa tre volte al giorno), Halcion 0,25 (1 la sera), Ranitidina 150mg (1 compressa due volte al giorno), Entact 10 mg (1 al mattino). Entra nella C.T. Samen per seguire il programma terapeutico di doppia diagnosi. Terapia psichiatrica:

- ABILIFY 15 mg cpr ore 8:00
- CARBOLITHIUM 300 mg 1 cpr ore 8:00 e 1 ore 21:00
- SEROQUEL (QUETIAPINA) 400 mg RP 2 ore 21:00
- TAVOR(O LORAZEPAM) 2,5 mg cpr 1/2 ore 8:00, 1/2 ore 14:00, 1/2 ore 21:00
- EN (O DELORAZEPAM) 2 mg 1 cpr ore 21:00
- HALDON gocce 10 ore 8:00, 10 ore 14:00, 10 ore 21:00
- FELISON (O VALDORM) 30 mg 1 ore 21:00
- TERAPIA METADONICA SOSTITUTIVA
- TERAPIA AL BISOGNO: 1 CPR TAVOR 2,5 mg per rilas-

sarsi ed addormentarsi.

Sospende tre mesi dopo. Successivamente è stato ricoverato in psichiatria una volta in seguito ad overdose da eroina, la volta successiva in seguito ad uso di cocaina. Dice di essere dipendente dal gioco (gioca tutti i pomeriggi da 10 a 15 euro) e vuole entrare in una C.T.A. rifiuta l'ingresso in una C.T. per doppia diagnosi. Sostiene di poter riuscire a sospendere l'uso di stupefacenti. Successivamente entra nella C.T.A. di Trapani.

Soggetto num.6: inizia a bere durante il periodo militare perché a suo dire "così fan tutti". Si presenta con scarsa affettività, umore instabile con tendenza alla disforia, pensiero povero e ripetitivo. Le funzioni psichiche superiori sono globalmente compromesse con distraibilità e deficit della concentrazione e della comprensione. Le capacità critiche e di giudizio sono compromesse. Assente la coscienza di malattia con relativa incapacità a comprendere il significato protettivo di una terapia a lungo termine. Tendenza al passaggio all'atto con incapacità nel prevedere le conseguenze dei propri gesti, insieme ad una scarsa tolleranza alle frustrazioni. Per le sue vicende legali e giudiziarie subirà diversi periodi di carcerazione. Viene diagnosticato il *disturbo schizofreniforme in alcolista cronico*. Fa anche uso di eroina. Ha iniziato ad assumere cannabinoidi all'età di 10 anni, cocaina per via nasale a 18 anni ed eroina a 18 anni. Ha tentato il suicidio, vi sono stati tentativi di disintossicazione e ricoveri psichiatrici. Presenta inoltre fegato ingrandito e steatosi con calcoli. Terapia: TAVOR 2,5 mg (4 al giorno), ELOPRAM 20 mg (1 al giorno), RISPERDAL 3 mg (1 al giorno). Successivamente inserito presso una comunità per doppia diagnosi.

Soggetto num.7: inizia ad assumere alcol a 14 anni e fa uso continuo. Nel 2007 inizia trattamento con Alcover 10ml/3 volte al dì, Lorazepam 2,5 mg (una compressa mattina e sera). Successivamente il dosaggio scende a Alcover 5 ml x 3 e Tavor 2,5 mg una compressa la sera, ma dopo essersi presentato ubriaco si riporta la dose di Alcover a quella iniziale. La madre affetta da disturbi psichici non assume la terapia prescritta e scatena le sue problematiche su di lui e sul marito. Il soggetto più volte abbandona il programma in varie comunità e poi rientra. Nel 2014 entra nella comunità SAMAN e segue una terapia con Depakin 500mg mattina e sera e Tavor 2,5 mg 1/2 la mattina e 1 la sera. In seguito alla prima ricaduta la terapia viene modificata come segue:

- DEPAKIN 500 mg 1 la mattina e una la sera
- DIAZEPAM 2,5 20 gocce la mattina e 20 il pomeriggio
- 172 CITALOPRAM 20 mg
- 1 SEROQUEL 300 mg la sera
- RIVOTRIL 10:30 gocce la mattina, 10 il pomeriggio e 10 la sera
- TAVOR 2,5 mg la sera

Nel corso di numerosi colloqui sono emersi vissuti depressivi correlati ad insicurezza, incapacità reale a strutturare un pensiero costruttivo sulla propria volontà, notevoli tratti di immaturità affettiva, tendenza ad evitare i propri conflitti interiori piuttosto che affron-

tarli, grande difficoltà di adattamento. L'adattamento in campo affettivo, sociale, lavorativo è reso meno possibile dalla personale soglia di tolleranza alle frustrazioni notevolmente ridotte le spinte volitive e pragmatiche con deficit sostanziale dell'autostima ed evidente povertà emotiva. Scarsa capacità di giudizio e di verità. La memoria è lacunare e la capacità intellettuale inadeguata rispetto all'età cronologica.

L'atteggiamento verso la malattia, dipendenza da alcol associata ad evidente disturbo di personalità, è di scarsa consapevolezza con capacità di giudizio e di critica inesistente. Presenta sintomi organici quali allucinazioni, fobia, deliri di persecuzione e aggressività.

Conclusioni

In molti casi si può solo prendere atto che "due diagnosi" coesistono in un definito soggetto ad un definito punto della sua storia creando un circolo vizioso di aggravamento del disturbo mentale e dell'abuso di sostanze con maggiori rischi di ricaduta reciproca, scarsa compliance al trattamento e difficoltà di gestione del caso. La "comorbidità" tra abuso di sostanze e disturbo psichiatrici si associa ad un peggior profilo clinico, ad una peggiore prognosi e ad un peggior outcome per entrambi i disturbi. Di questi sette casi riportati nella maggioranza (6 su 7) è insorta prima la tossicodipendenza e successivamente, presentandosi disturbi psichiatrici sono stati mandati al Centro di salute mentale ed è stata identificata la doppia diagnosi. Solo un caso su sette aveva prima problemi psichiatrici e successivamente ha fatto uso di sostanze d'abuso probabilmente come auto-terapia. Il trattamento integrato si è visto essere il migliore per questa condizione in quanto si caratterizza per il fatto che è la stessa équipe di clinici ad occuparsi di entrambi i disturbi del paziente, coordinando i programmi specifici. Gli obiettivi sono il recupero del soggetto e il miglioramento di entrambe le problematiche. Secondo molti autori il modello integrato rappresenta la forma di trattamento ideale per la popolazione con doppia diagnosi. Nel modello integrato i servizi di psichiatria coesistono con quelli per tossicodipendenti in un unico sistema, in grado di andare incontro alle esigenze dei pazienti con comorbidità. La presenza di clinici preparati in entrambe le aree è necessaria per identificare il tipo di trattamento più adeguato (farmaci, terapia di gruppo, psicoterapia individuale). I pazienti che presentano deficit significativi a livello relazionale e comunicativo, possono essere avvantaggiati da un trattamento integrato, che prende in considerazione queste difficoltà. Il modello è anche proposto con i pazienti con disturbi tossicomani cronici, in terapia metadonica di mantenimento (per stabilizzare sintomi psichiatrici). Nella maggior parte dei soggetti con doppia diagnosi vi è la tendenza alla recidiva e proprio per questo motivo bisognerebbe stimolare la motivazione di questi soggetti. La motivazione del paziente è essenziale per determinare il successo del trattamento ed è inoltre associata alla riduzione dell'uso di sostanze d'abuso e anche con l'aderenza al trattamento nel caso di pazienti con problemi psichici o con doppia diagnosi. L'importanza della valutazione della

motivazione deriva da molti elementi: aiuta a pianificazione al trattamento, aiuta a prevedere il risultato del trattamento e aiuta ad identificare immediatamente i pazienti che hanno bisogno di aumentare la motivazione prima di cominciare qualsiasi forma di terapia. Attraverso domande o dei questionari potremmo riuscire a comprendere in quale fase del cambiamento si trova il soggetto ma ricordiamo anche che la motivazione è una condizione psicologica che cambia da un'interazione all'altra, è qualcosa che varia e che è possibile modificare attraverso il giusto approccio. Non si può costringere una persona alla diagnosi o ad un determinato trattamento. Dovremmo partire dal punto di vista del paziente piuttosto che da un sistema o una prospettiva teorica. È necessario partire dal paziente, non dalle nostre idee, ma dalle necessità del paziente. Inoltre i pazienti dovrebbero essere trattati come persone adulte e consentire loro di avere la possibilità di una scelta. A volte i pazienti non sono disponibili a riconoscere i loro problemi quindi bisogna evitare raccomandazioni specifiche perché spesso non ascoltano. Bisognerebbe piuttosto porre domande aperte, aiutare il paziente a vedere la differenza tra la situazione nella quale si trova e quello che vuole diventare, non quello che noi vogliamo che diventi ma quello che vuole diventare. Devono sapere di poter cambiare. Si possono fare loro delle domande in maniera tale da esortarli a dare risposte, non criticarli, evitare discussioni e conflitti ma cercare di capirli ed aiutarli. La terapia farmacologica è sicuramente efficace ma a mio parere la motivazione è alla base di tutto, rappresenta l'inizio di tutto il percorso. Infatti, anche se diamo al paziente il programma per così dire "su un piatto d'oro", non significa che il paziente sia pronto ad aderire e a crederci. Quindi l'intervista motivazionale serve a capire dove si trova il paziente, a ragionare insieme a lui e infondergli fiducia e prospettiva.

Bibliografia

- 1) Emanuele Begnamini, Marina Cortese, Sabrina Garau, Sabrina Sebastiano Dipendenza da sostanze e patologia psichiatrica percorsi di ricerca sulla comorbidità (2002)
- 2) L. Annunziato, G. Di Renzo Trattato di Farmacologia (2010) CASA EDITRICE IDELSON-GNOCCHI srl.
- 3) Fioritti A, Solomon J (2002) Doppia Diagnosi: epidemiologia clinica e trattamento. Franco Angeli, Milano
- 4) Alfio Lucchini la diagnosi nei disturbi da uso di sostanze
- 5) CANCRINI L., NOCERINO S. Tossicodipendenti con problemi psichiatrici e comunità
- 6) Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali DSM-5. Edizione italiana a cura di Massimo Biondi
- 7) CANCRINI L., NOCERINO S. Tossicodipendenti con problemi psichiatrici e comunità
- 8) CAPUTO F., LORENZINI F., DEL RE A., GASPARRINI G., BERNARDI M., ADDOLORATO G. L'acido gammaidrossibutirrico nel trattamento della dipendenza da bevande alcoliche. Medicina delle tossicodipendenze (2003)
- 9) Maremmani I; Daini L. Sintomi di comorbidità psichiatrica durante il trattamento della dipendenza da eroina (2000)



FeDerSerD