

56

Anno XV - dicembre 2021

Sommario

Editoriale
Ser.D. protagonisti in una nuova sanità territoriale 1

CONTRIBUTI SCIENTIFICI

La Comunità Terapeutica come luogo
di recupero e di ricostruzione delle relazioni
Antonino Iacolino 7Procedure tecnico-analitiche, interpretazione
e possibile adulterazione delle matrici cheratiniche
convenzionali ed alternative. Una review
Susanna Melina, Loris Rivalta, Eva De Matteis,
Francesco Gratteri 10Linee guida per la scelta dei trattamenti integrati
dell'utente in carico ai Ser.D.
Vincenzo Lamartora 15Sex addiction: fenomeno in evoluzione
Luca Rossi 21La funzione di contenimento delle comunità
terapeutiche durante la pandemia Covid-19
Antonio Simula, Francesca Andreoli 24

CASI CLINICI

Il caso di Beatrice ovvero "svezarsi dal misuso
inverato di benzodiazepine senza ricovero"
Fulvio Fantozzi, Jessica Montali 28

AGGIORNAMENTI SCIENTIFICI

Covid-19 e uso sperimentale "off-label"
delle aminochinoline
Donato Donnoli 32

SAGGI, STUDI E RICERCHE

Hepatitis delta is a public health concern
in the community setting: The role of prison
health care units in limiting the spread
of infection in general population
Felice Alfonso Nava, Giulia Bassetti, Marco Cristoforetti,
Massimo Fornaini, Raffaele Geraci, Marina Paties,
Carlo Poggi, Stefano Tollo, Claudio Pileri 43Una proposta di follow-up come attività
integrata nella presa in carico del paziente
con disturbo da gioco d'azzardo. Analisi
dei primi dati emersi dall'esperienza
dell'Ambulatorio per la prevenzione
e il trattamento del gioco d'azzardo patologico
(DGA) del Ser.D. di Padova - Ulss 6 Euganea
Silvia Lazzaro, Giulia Chinellato, Pietro Pizzolitto,
Federica Gesmundo, Anna Giordano, Annarita Brizzi,
Rosa Ranieri, Giancarlo Zecchinato, Guglielmo Cavallari 47Comorbilità tra disturbi da uso di sostanze
e disturbi dell'alimentazione e della nutrizione:
un'indagine nei Servizi per le Dipendenze
e le Comunità Terapeutiche del Veneto
Diego Saccon, Elena Boutto, Vanessa Losco 60Eradicazione possibile dell'epatite HCV
negli utenti che afferiscono al Ser.D.:
esperienza di collaborazione tra un Ser.D.
della provincia di Foggia e l'U.O.C.
Malattie Infettive Policlinico Riuniti di Foggia
Maria Rosaria Villani, Bruno Caccianotti,
Giovanni Barone, Matteo Giordano 63

RECENSIONI 9, 14, 62

LE RUBRICHE

Contaminazioni/Cosa farebbe Ippocrate
Maurizio Fea 4La Finestra
Luca di Sanseverino 6

NOTIZIE IN BREVE 5, 27, 31, 42, 46, 70

FeDerSerD/FORMAZIONE 72

FrancoAngeli

Mission

ITALIAN QUARTERLY JOURNAL
OF ADDICTIONSer.D. protagonisti in una nuova
sanità territoriale

Tra i recenti cambiamenti nel settore e le necessità di azione dobbiamo segnare:

- l'esigibilità da parte dei cittadini delle prestazioni previste dai nuovi LEA approvati nel 2017 (tra cui Il Gioco d'Azzardo Patologico e la Riduzione del Danno);
- l'attività di prevenzione e presa in carico precoce dei giovani consumatori a seguito dell'aumento notevole della diffusione delle dipendenze e dei consumi a rischio tra gli adolescenti;
- lo sviluppo di interventi specialistici multidisciplinari per contrastare la diffusione di nuove droghe e farmaci psicoattivi di potenziale abuso;
- il potenziamento del ruolo dei Ser.D. nell'ambito della sanità pubblica per ridurre gli eventi critici sanitari e sociali dei consumi a rischio, le overdose e la diffusione delle malattie infettive correlate (obiettivo strategico dell'eradicazione dell'HCV);
- la realizzazione su tutto il territorio nazionale dei programmi terapeutico-riabilitativi previsti dalle linee guida nazionali ed internazionali, per superare l'attuale disomogeneità dell'offerta di cura;
- lo sviluppo di un sistema di intervento specialistico unico inclusivo per tutte le dipendenze patologiche, sia da sostanze legali e illegali che comportamentali;
- lo sviluppo di servizi e di interventi di prossimità, per assicurare la diagnosi precoce e contrastare il bisogno sommerso.

Ne derivano i punti fondamentali per l'impegno di FeDerSerD:

- favorire l'incremento di almeno il 35% delle risorse di personale di tutte le professionalità e l'adeguamento delle strutture dei Ser.D. (come indicato dal piano Colao, e da declinare nel PNRR);
- integrare il ruolo strategico dei Servizi delle Dipendenze nella nuova sanità territoriale;
- confermare il Dipartimento delle Dipendenze come la scelta organizzativa più coerente per governare la complessità dell'offerta territoriale;

Symptoms of protracted alcohol withdrawal in patients with alcohol use disorder: A comprehensive systematic review

Silvano Gallus, Alessandra Lugo, Elisa Borroni, Teo Vignoli, Lisa Lungaro, Giacomo Caio, Roberto De Giorgio, Giorgio Zoli, Fabio Caputo

La gestione del Covid sul territorio da parte di una Unità Operativa di Alcolologia del Servizio delle Dipendenze: difficoltà, punti di forza, indicazioni per il futuro

Ruggero Merlini, Jonathan Francesco Toscano, Veronica Piccinni, Marco Rosolani, Giuseppe Fiorentino, Maurizio Schiavi

Newsletter "Clinica dell'Alcolismo", Anno VII, n. 32

Mission

Italian Quarterly Journal of Addiction

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

FrancoAngeli

ANNO XV, 2020 - N. 56

Fe Der Ser D

Editor in Chief

Alfio Lucchini, Milano

Scientific Board

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

Editorial Board

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

Editorial Office

Via Mazzini 54, 20060 Gessate (Mi),
tel. 3356612717
missionredazione@gmail.com

Proprietà: Fe Der Ser D

Sede legale

Via Giotto 3, 20144 Milano

Direttore responsabile: Stefano Angeli

Progetto grafico: Elena Pellegrini

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

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore ed è pubblicata in versione digitale con licenza Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Italia (CC-BY-NC-ND 4.0 IT)

L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/it/legalcode>

Copyright by FrancoAngeli s.r.l. - Milano
Poste Italiane s.p.a. - Sped. in Abb. Post. - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1 comma 1 - DCB Milano Autorizzazione Tribunale di Milano n. 131 del 6 marzo 2002

Chiuso in redazione il 20/12/2021

Tiratura: 3.500 copie
ISSN 2037-4798

Seguici su:



www.facebook.com/FeDerSerd/



@FeDerSerd



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



- istituire la disciplina di «clinica delle dipendenze» nell'ambito della normativa delle discipline ministeriali e promuovere la realizzazione di una specialità universitaria in «clinica delle dipendenze»;
- riconoscere alle strutture del privato sociale un ruolo essenziale nel sistema di intervento territoriale integrato;
- potenziare gli interventi, i programmi, le politiche di riduzione del danno e riconoscerli come patrimonio comune del sistema di intervento delle dipendenze.

Un Focus su "Il Territorio e il Dipartimento delle Dipendenze".

Lo sviluppo della sanità territoriale, che la pandemia Covid-19 ha accelerato, impone filiere organizzative snelle e integrate a rete. I Ser.D. possono sviluppare nuove linee operative in partnership anche con il privato sociale attraverso una regia dipartimentale pubblica. Il Dipartimento delle Dipendenze deve rappresentare la struttura specialistica di riferimento per tutti i tipi di dipendenza, sia da sostanze legali e illegali che comportamentali. Il modello autonomo denominato ai sensi della Intesa Stato Regioni del 1999 Dipartimento delle Dipendenze appare il migliore e auspicabile, con i necessari sviluppi e aggiornamenti rispetto al cambiamento dei sistemi della medicina territoriale.

E un secondo Focus su la "Formazione".

Per la dirigenza sanitaria bisogna applicare in via omogenea, fino al cambiamento dell'attuale normativa, le Tabelle di equipollenza del Ministero della Salute del 1998 e s.m. per l'accesso e la progressione di carriera all'interno dei Ser.D.

Inserire nelle Tabelle del Ministero della Salute la Disciplina in "Clinica delle Dipendenze" sul modello della precedente "Disciplina di Medicina delle Farmacotossicodipendenze" (vedi l'esempio recente della Disciplina in Cure palliative).

Prevedere l'insegnamento di "Clinica delle Dipendenze" all'interno dei percorsi di formazione del corso di laurea in Medicina e delle professioni sanitarie.

Promuovere la nascita della scuola di specializzazione medica in "Clinica delle Dipendenze".

Qualificare la formazione disciplinare per tutti i profili professionali del sistema e prevedere il ruolo attivo delle Società scientifiche nello sviluppo dei percorsi formativi universitari.

Uno sguardo dall'oggi al domani.

Proponiamo quindi un aggiornamento delle Intese Stato Regioni e le modifiche del DPR 309/90 sui punti esaminati

Infine questa Conferenza è per FeDerSerD un inizio di un lavoro in gruppi dedicati, finalizzato a declinare le modifiche della normativa e il nuovo Piano di azione nazionale.

Dall'intervento del Presidente di FeDerSerD Guido Faillace alla VI Conferenza nazionale sulle Dipendenze di Genova il 27 novembre 2021.

(Nella foto la Ministra On. Fabiana Dadone e il Presidente Guido Faillace).

Pubblicato online: 30/12/2021





MOLTENI
FARMACEUTICI 1892 | 2017

125



**C'È UNA VITA
DA RISCOPRIRE.**

**LASCIATI
SORPRENDERE
ANCORA.**

Contaminazioni

Maurizio Fea

Cosa farebbe Ippocrate

Vissuto nel V secolo ebbe a che fare con l'epidemia scoppiata ad Atene nel 430 a.C. al tempo di *Pericle* che ne morì durante la seconda ondata.

Per anni si pensò che fosse peste ma oggi le evidenze storiche suggeriscono che si sia trattato di virus. Allora le conoscenze in ambito medico biologico non permettevano diagnosi sofisticate, tuttavia *Ippocrate* e la sua scuola di Cos cercavano di imporre una visione scientifica della malattia, a dispetto della cultura dominante che trovava spiegazioni irrazionali o mistiche per giustificare le difficoltà a fronteggiare il morbo.

La divinità può essere placata, rabbonita finanche raggirata se si è dotati di solida fiducia nell'irrazionale e nella potenza del sacrificio agli dei. Quindi possiamo pensare che *Ippocrate* abbia avuto non poche difficoltà a sostenere, come probabilmente avrà fatto, l'adozione di misure igieniche commisurate all'epoca e comportamenti proattivi, contro quei diffusi e condivisi comportamenti frutto di spiegazioni irrazionali o mistiche davanti a fenomeni naturali inspiegabili.

Il negazionismo virale nostrano raramente si appella al misticismo, qualcuno lo fa, ma la maggioranza si accontenta di essere irrazionale e basta, pur di non accondiscendere al rigore insicuro della scienza. È preferibile la sicurezza ingannevole dell'ignoranza anche senza superstizione, seppure talora non guasti.

In teoria noi quindi siamo avvantaggiati rispetto ad *Ippocrate* perché non dobbiamo fronteggiare la superstizione ma solo l'ignoranza. È davvero così? Forse no, altrimenti il tanto parlare di epidemie e virus, a volte a sproposito, avrebbe dovuto colmare quelle lacune informative che si suppone siano alla base del negazionismo.

Dunque cosa farebbe *Ippocrate* in questo frangente? Era un attento osservatore che annotava tutto ciò che appariva rilevante e poteva assumere un significato nella sua visione di malattia, poi non aveva molti strumenti per intervenire e quindi i risultati erano condizionati dalla debolezza dei mezzi a disposizione.

Osservare e annotare oggi significa non solo cercare di riconoscere i segni della malattia ma anche e recentemente ancora di più, osservare e annotare i comportamenti degli umani prima di essere malati. Sanità non si identifica solo con diagnosi e cura, ma è anche questioni di politica, cosa che il grande patologo e antropologo *Rudolf Virchow* aveva già ben chiaro nella sua epoca.

Oltre conoscere il morbo occorre conoscere gli uomini.

Nel nostro ambito professionale conosciamo bene il valore dello *sconto iperbolico*, concetto interpretativo molto utile a

comprendere come mai di fronte alle evidenze di danno/malattia le persone addicted preferiscano il piacere, benessere immediato rispetto al rischio di ammalarsi in un futuro più o meno prossimo o remoto.

Quale può essere la natura della soddisfazione, di chi rifiuta il vaccino e/o le misure di protezione, pur non potendo escludere del tutto un futuro neanche troppo remoto di malattia o di morte?

Non ho una risposta soddisfacente che riesca a tenere insieme la molteplicità di sentimenti ed emozioni, che si traducono poi in paure, desideri, fantasie, esuberanze orgogliose e narcisismi disperati che animano il mondo complesso dei riottosi.

Come sanitari siamo generalmente propensi a fidarci di ciò che appare evidente, ma ciò che appare evidente non è la stessa cosa per tutti, e io penso che il nodo critico della faccenda sia esattamente questo: l'evidenza non è uguale per tutti, non allo stesso modo, non negli stessi tempi, non nelle stesse forme. Questo presupposto vale ovviamente anche per i sanitari, tant'è che un certo numero di essi, adottando ragioni diverse, si mostra scettico o contrario alle misure anti pandemiche.

Nudging parola magica per dire spinte gentili, mezzi per indurre le persone ad accettare idee e adottare comportamenti che normalmente per loro sarebbero inaccettabili, incomprensibili, o difficili da adottare. Non esisteva ai tempi di *Pericle* benché quei tempi abbiano espresso le basi della vita democratica, e forse *Pericle* era più incline alla adozione di misure drastiche che non alle spinte gentili.

Si potrebbe interpretare il green pass come una forma di spinta non troppo gentile in verità, che comunque produce l'effetto concreto di indurre i meno riottosi a considerare i vantaggi di una maggiore libertà ottenibile grazie al vaccino.

Temo tuttavia che il *nudging* abbia esaurito le sue possibilità di applicazione nell'attuale contesto sociale perché la quota di persone che rifiutano pervicacemente ogni misura protettiva si è progressivamente definita entro un perimetro pressoché invalicabile che permette la coesistenza al suo interno di pulsioni contrastanti, di ragioni indiscutibili, di evidenze accessibili solo a chi sta all'interno del perimetro identitario che lega chi si sente invincibile e può assicurare chi ha paura, con chi preferisce la sicurezza ingannevole della ignoranza all'incertezza ed al rigore insicuro della scienza. Almeno *Ippocrate* poteva forse imprecare contro i creduloni che sacrificavano agli dei in circostanze in cui lui, uomo di scienza ma anche pio, intuiva senza sapere esattamente, che altre erano le cause e altri i rimedi.

Noi possiamo solo prendercela con noi stessi, per aver alimentato e continuiamo a farlo, l'idea di scienza infallibile e di una tecnologia che saprà risolvere prima o poi tutti gli ostacoli che si frappongono al conseguimento della immortalità.

Il vaso di Pandora è stato aperto e tutto ciò che era tenuto nascosto e sottotraccia grazie al potere salvifico della certezza, è emerso senza pudore ma con molto rancore per essere stato ingannato e deluso.

Alimentare certezze è l'imperativo categorico di ogni azione politica, a cui non sfugge la sanità ovviamente, e su questo registro si sta sviluppando il ventaglio di azioni mirate a salvaguardare la salute del mondo, almeno per quanto riguarda le malattie, molto meno per quanto riguarda il clima ad esempio.

Pur riconoscendo che le certezze sono fondamentali, credo sia necessario assumere due impegni: spiegare ai più che gli umani sono evoluti anche grazie al prepotente bisogno di acquisire certezze sull'ambiente in cui sono immersi, ma

questo ambiente mutevole è diventato sempre più instabile e le certezze acquisite vengono rapidamente messe in discussione dai continui e talora repentini cambiamenti.

Dunque alla certezza si può aspirare ma di certezza non si riesce a vivere, se non al prezzo di rimanere ignoranti e forse anche morire.

La seconda cosa richiede rigore, professionalità, onestà intellettuale, competenze, e responsabilità per cercare di ridurre gli errori che inevitabilmente si commettono quando si agisce, come sanitari, come politici, come funzionari, come uomini.

L'errore può essere accettabile in condizioni di trasparenza e onestà intellettuale ed essere riconosciuto come correggibile per competenza e professionalità.

Ma se mancano le condizioni di cui sopra ogni errore commesso giustifica la perdita della fiducia, su cui fanno leva i disonesti per alimentare quel coacervo di sentimenti che concorrono alla definizione del perimetro identitario dei riottosi che saranno quindi irraggiungibili.

Pubblicato online: 30/12/2021

NOTIZIE IN BREVE

A Napoli un congresso di FeDerSerD totalmente in presenza

Il 20 dicembre a Napoli FeDerSerD ha celebrato il suo Congresso Regionale Campano sul tema **"Nuovo piano sanitario territoriale e assetto dipartimentale dei Ser.D."**.

Questo convegno segna il ritorno in presenza per gli operatori delle Dipendenze.

Il convegno è stato centrato sulle profonde trasformazioni che il Sistema Sanitario Nazionale, e i Sistemi Regionali stanno subendo, nel senso di una rinnovata consapevolezza della centralità del territorio e delle sue articolazioni: distretti sanitari, ambulatori, aggregazioni di medici specialisti, case di comunità, ma anche Comuni e ambiti, e strutture del Privato sociale accreditato.

Nell'ambito della medicina del territorio, e delle sue articolazioni sanitarie, un posto di rilievo è occupato dai Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche, la cui autonomia ha consentito di emancipare i soggetti dipendenti dallo stigma e dalla medicalizzazione, costruendo così quel background esperienziale che ha comportato importanti successi non solo nella cura delle dipendenze, ma anche nella gestione o nella eradicazione di molte patologie ad esse correlate, quali Aids ed Epatite C.

La difesa della autonomia dei Dipartimenti delle Dipendenze da proposte e tentativi di accorpamenti con altre realtà sanitarie è dunque il *core* delle riflessioni in questo congresso regionale.

I saluti di apertura sono stati significativi, dal Presidente nazionale FeDerSerD *Guido Faillace*, al Vescovo Metropolitana di Napoli

Domenico Battaglia, al direttore generale della Asl Napoli 2 Nord e vicepresidente FIASO *Antonio d'Amore*, a *Giuseppe Lumia*, mentore politico del settore.

Il Sistema delle Dipendenze dopo la Conferenza Nazionale è il titolo dell'intervento iniziale di *Alfio Lucchini*. Il dirigente dell'area socio sanitaria Regione *Ugo Trama* ha illustrato il *Nuovo Piano Sanitario Territoriale e assetto dipartimentale dei Ser.D.*

L'esperienza campana della gestione emergenziale dei pazienti giovani, tra dipendenze e salute mentale è il tema trattato da *Vincenzo Lamartora*.

Maurizio D'Orsi, ha affrontato il tema de *L'Osservatorio Territoriale GAP*.

Intercettazione e emersione precoce degli utenti comorbidi è tema della relazione della presidente regionale di FeDerSerD *Lilia Nuzzolo*.

La Tavola rotonda tra i direttori dei Dipartimenti delle Dipendenze e i Referenti istituzionali Regionali è stata ricca come il dibattito che ne è seguito.

La giornata ha permesso la presentazione di molte esperienze locali e best practice e si è conclusa con una simpatica premiazione a cura della Federazione di alcuni colleghi dei Ser.D. campani.

(A.L.)

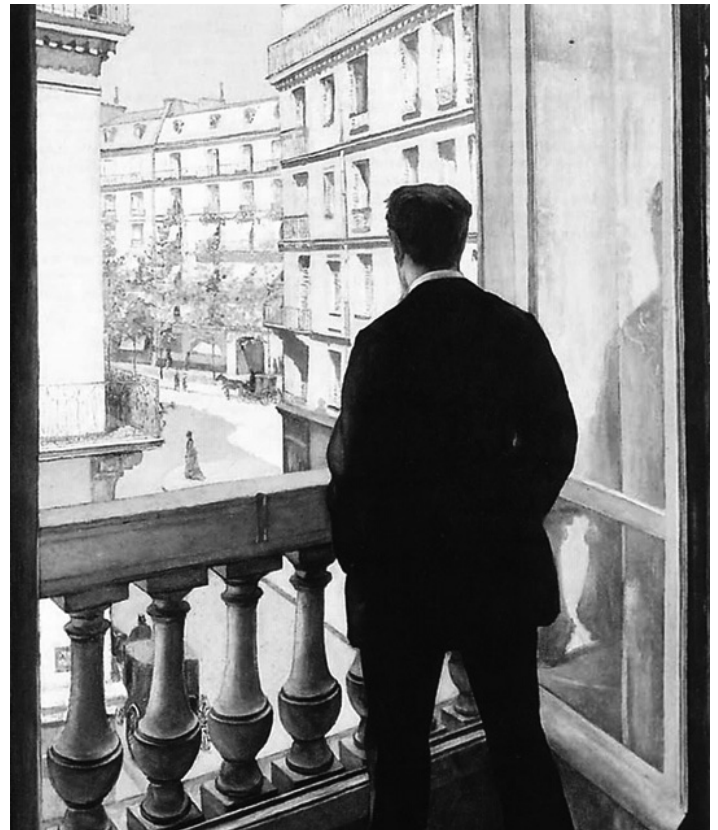
La Finestra

Luca di Sanseverino

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

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

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



La casa dell'alcolista

Nella vecchia casa dell'alcolista
ogni persona ed ogni cosa urlavano la sua colpa.
La sua donna, i suoi figli vivevano la disperazione e
non avevano che parole di rimprovero.
Le luci, le ombre, tutte le cose,
raccontavano la stessa storia, la mancanza di ogni speranza.
Ogni stanza parlava di una sconfitta senza remissione.

Ora l'alcolista ha deciso di edificare una nuova casa
e di combattere la sua malattia.
Le stanze possono raccontare nuove storie.
I mobili e gli oggetti assumono giorno dopo giorno
le forme sognate, la configurazione sognata da bambino
La luce ha una sfumatura ogni giorno diversa.
La casa si costruisce da sola
sulle fondamenta della speranza e della lotta.
Abitare una nuova casa è abitare una nuova anima.
Forse un giorno anche i figli entreranno nella nuova casa e
vi troveranno il padre che avevano ripudiato,
vi troveranno una persona nuova.

Una canzone per Dio

Il dio delle piccole cose.
Il dio dei giardini di rose.
Il dio delle violette ascose.

Il dio delle persone odiose.
Il dio delle giornate uggiose.
Il dio delle vite astiose.
Il dio delle esistenze merdose.

Il dio dell'alcolismo.
Il dio del collezionismo.
Il dio del solipsismo.

Il dio dell'overdose.
Il dio dello scalaggio.
Il dio del metadone.
Il dio dei riti di passaggio.
Il dio del testosterone.

Il dio delle sostanze vischiose,
delle superfici oleose,
delle cartilagini e delle mucose.

Il dio della depressione.
Il dio della compulsione.
Il dio della passione.
Il dio della crocifissione.
Il dio della resurrezione.
Il dio di questa canzone.

Pubblicato online: 30/12/2021

La Comunità Terapeutica come luogo di recupero e di ricostruzione delle relazioni

Antonino Iacolino*

SUMMARY

■ *The many faces of social distress and psychological suffering today share the same difficulty: the individual's inability to relate.*

From a psychological point of view we see the image of the addicted subject prisoner of arid loneliness, in which the relationship has taken on the characteristics of an absolute bond that renders him or her orphan of the relationship with the other.

An important role in the recovery and treatment of people with addiction problems are today the therapeutic communities within which the relationship with the other takes shape, in which the operators of the health, social and educational professions every day through a work of network strive to welcome, understand, dialogue and know the multiple faces of suffering and understand the causes, leading it to recover those emotional, cognitive, social, relational skills that addictions have canceled, leading them to rediscover their dignity as a man. ■

Keywords: *Therapeutic community, Relationship, Recovery of skills, Social discomfort.*

Parole chiave: *Comunità terapeutica, Relazione con l'altro, Recupero delle abilità, Disagio sociale.*

I molti volti del disagio sociale e della sofferenza psicologica, oggi hanno in comune una medesima difficoltà: l'incapacità dell'individuo a relazionarsi.

L'incremento dei numeri di giovani che fanno uso di sostanze e di persone con problematiche di dipendenza patologica, rappresentano un'emergenza per il nostro Paese.

Dal punto di vista psicologico assistiamo all'immagine del soggetto *addicted* prigioniero di un'arida solitudine, in cui la relazione, ha assunto caratteristiche di un legame assoluto che lo rende orfano della relazione con l'altro.

Un ruolo importante nel recupero e nel trattamento delle persone con problematiche di dipendenza sono oggi le comunità terapeutiche all'interno delle quali, prende forma la cultura della vita nella relazione con l'altro, in cui quotidianamente gli operatori delle professioni sanitarie, sociali e educative attraverso un lavoro di rete si sforzano di accogliere, comprendere, dialogare e conoscere i molteplici volti della sofferenza e comprendere le cause, portandola a recuperare quelle abilità emotive, cognitive, sociali, relazionali, che le dipendenze hanno cancellato portandolo a riscoprire la propria dignità di uomo.

La Comunità Terapeutica secondo il modello della Gestalt Therapy

Secondo una prospettiva della *Gestalt Therapy* la dipendenza è l'esito funzionale di una esperienza relazionale che non si integra più nello sfondo.

La persona con problematiche di dipendenza infatti è rimasta legata ad una fase dello sviluppo e non ha avuto la possibilità di destrutturare ed assimilare le esperienze sane, rimanendo in una posizione di confluenza con la sostanza, perdendo la spontaneità del contatto, l'energia e la pienezza del corpo. Citando le parole di G. Salonia: "chi è affetto da *addiction*, è bloccato in una esperienza relazionale il cui il piacere diventa – nel qui ed ora – vincolo e non più risorsa, un'interruzione di contatto, una esperienza di scissione, in cui l'individuo è bloccato nel suo processo di crescita, sperimentando un vuoto affettivo".

L'intenzionalità di contatto, che non si è conclusa, "rimane così aperta, in attesa che qualcosa spinga l'organismo verso un'esperienza di crescita al confine di contatto".

Gli studi condotti sugli stili di attaccamento su popolazioni di tossicodipendenti, continuano ancora oggi a confermare l'idea secondo la quale, la tossicodipendenza, rappresenta l'esito di un fallimento relazionale precoce (Pintus) in cui il bambino non avendo ricevuto il necessario sostegno per la costruzione di contatti sani con l'ambiente (poiché l'adulto si è ritirato precocemente dal confine di contatto), arretra dal coinvolgimento dell'esperienza di contatto, trovando

* Psicologo-Psicoterapeuta della Gestalt, Comunità Terapeutica Terra Promessa, Sicilia.

sostegno in un sostituto che rappresenta l'*instead-of* della relazione.

Le storie familiari di cui sono portatori gli ospiti delle nostre comunità terapeutiche, sono storie di vita i cui legami sono spezzati, frammentati ed impantanati in territori di non-senso, conducendo il paziente a rallentare il proprio percorso maturativo e a bloccare ogni compito evolutivo.

Ciò che noi sperimentiamo attraverso il lavoro terapeutico è che la persona e, molto spesso, la sua famiglia, non sono più in grado di leggere la realtà ed interagire con essa, poiché non riescono più a sostenere i propri ruoli.

Oggi la comunità terapeutica attraverso i suoi strumenti, può essere considerata *Setting* terapeutico privilegiato, un potente attivatore di salute mentale intesa come la capacità dell'organismo di identificare i propri bisogni, di fare una esperienza sana e spontanea sia con l'ambiente fisico che relazionale.

Secondo la Relazione annuale sui dati relativi allo stato di salute delle tossicodipendenze in Italia (Politiche Antidroga, 2017), le strutture socio riabilitative private accreditate presenti nel territorio nazionale sono: 922 di cui il 70,4% sono di tipo residenziale, il 16,3% di tipo semiresidenziali ed il 13,3% sono ambulatoriali.

Nel nostro Paese nel 2017 i soggetti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative private accreditate sono state 15.412, circa 500 in più rispetto al 2016.

Trentino Alto Adige, Emilia Romagna, Marche, Umbria e Lazio mostrano tassi più elevati di soggetti in trattamento (3 per 10.000 abitanti).

A livello territoriale il 58% delle strutture socio-riabilitative private accreditate presenti in Italia è dislocato nelle regioni del Nord; il 19% del totale delle strutture si trova nelle regioni centrali e il restante 23% nelle regioni del Sud e nelle Isole. La Comunità Terapeutica dal punto di vista tecnico, deve i suoi principi e modelli teorici e la sua operatività a diversi autori: Maxwell Jones e W. Bion, T. Main, S.H. Foulkes e Rapaport che nel 1960 ha definito i principi basilari su cui si fonda una comunità: tolleranza, democrazia, confronto con la realtà.

Negli anni '80, altri autori Zimmermann e Rappaport, introdussero il termine *empowerment* per indicare una caratteristica distintiva di alcuni loro pazienti che era determinante per una buona riuscita del percorso comunitario.

Nel nostro Paese, le prime esperienze di comunità terapeutiche per la prevenzione e la cura delle dipendenze nascono negli anni '70 ad opera di gruppi religiosi e del volontariato, tra le più importanti ricordiamo il "Progetto Uomo" del Ceis (don M. Picchi) ed in Sicilia l'Associazione "Casa Famiglia Rosetta".

Possiamo definire la "Comunità Terapeutica" una struttura di lavoro clinico-residenziale, una rete di contesti di vita e di lavoro che funzionano nel "qui ed ora" come "ambienti abilitanti", un Io Ausiliario all'interno di un complesso sistema relazionale, nei quali si attiva una convivenza comunitaria tra Persone e Gruppi di Persone significative che condividono norme, regole psico-affettive e relazionali che rimandano ad una famiglia sana, autorevole nel rispetto reciproco dei ruoli e delle funzioni, nella quale nessuno dei componenti si può percepire escluso o minacciato.

Facendo riferimento ancora ad altre definizioni, la Comunità terapeutica ancora, può essere definita un "Campo mentale" ovvero l'organizzazione relazionale che offre senso all'insieme delle esperienze cognitive, emotive ed affettive di una comunità in un tempo storico (Pontalti, Menarini, 1994).

Il campo mentale di una comunità, può essere identificato come un "campo gruppale" in grado di fondare nuovi spazi relazionali e di appartenenza, che costringono di conseguenza gli individui che la "abitano" ad accogliere sempre nuovi pensieri e nuovi valori (Di Maria, 1993).

Secondo le parole di Bin Kimura la comunità Terapeutica può essere intesa come *Traità* (Bin Kimura, 2013) in cui Spazio, Tempo e Relazione risultano intrinsecamente connessi, fanno parte della terapia, diventano chiavi ermeneutiche non solo per accogliere, orientare, ma soprattutto per fare esperienza, ed aiutare la persona *addicted* a costruire la propria competenza al contatto.

La comunità terapeutica con i suoi strumenti ed i suoi operatori, contribuisce nel "qui ed ora" ad essere un sistema dinamico e complesso, un Organismo vivente che fa sì che nell'incontro con l'altro, la persona *addicted* possa ritrovare nel "qui ed ora" le parti autentiche di sé che non è riuscito a trovare "lì ed allora" facendo sì che la comunità, diventa il luogo esperienziale, un non luogo, un luogo di passaggio, un luogo di contatto in cui l'operatore e l'ospite si incontrano in un continuum di consapevolezza.

Nel lavoro terapeutico di tipo comunitario, non dimentichiamo un ruolo importante rivestono la salute ed il benessere degli operatori che nelle loro funzioni affettive, sociali e relazionali, rimandano ad uno stile di attaccamento sicuro.

Ma perché ciò possa accadere, è necessario una formazione continua e costante, supportata da una supervisione individuale e di gruppo tale da fare acquisire consapevolezza delle proprie ferite (operatore/guaritore ferito) e anche dei propri limiti nel processo della cura.

La Comunità Terapeutica ad orientamento gestaltico con il suo programma ed i suoi operatori, continua a presentarsi come un "ambiente abilitante" in grado attraverso una grammatica relazionale ad aiutare la persona ad essere attore-protagonista del proprio processo di cambiamento.

Il "Progetto Uomo" - Associazione "Casa Famiglia Rosetta"

"Il Progetto Uomo" dell'Associazione "Casa Famiglia Rosetta" è programma trattamentale che attraverso le sue tre fasi (accoglienza, comunità e rientro) continua ancora oggi ad esprimere la centralità dell'uomo lungo un continuum di consapevolezza che si avvicina ad una prospettiva trasformativa in tutte le modalità dell'essere uomo.

Esso infatti, secondo una lettura gestaltica può essere in tal modo paragonato all'esperienza del Ciclo di Contatto in cui Organismo ed Ambiente si incontrano (pre-contatto, contatto, contatto pieno e post contatto) rivitalizzando nella persona *addicted* le interruzioni di contatto.

Citando Buber (1965) "L'essere umano, è per essenza, dialogo il quale trova la sua piena realizzazione nella comunicazione con l'altro".

Attraverso il cammino terapeutico, ogni ospite è chiamato ad incontrare se stesso e dialogare con l'altro, l'uomo *addictive* si fa IO, non più nella sostanza, ma nella relazione con l'altro ovvero con il TU".

La Comunità Terapeutica potrebbe essere interpretata non solo come un contesto di apprendimento- cambiamento ma soprattutto un ambiente di vita, *di living learning* in cui l'io si incontra con il Tu al confine di contatto.

Il Tu che incontro nella relazione, è al pari dell'io, unico, irripetibile ed autentico.

La comunità dunque costituisce un contesto relazionale dove l'IO della persona *addictive* impara a fare una nuova esperienza relazionale procedendo verso la sua vera autenticità. Secondo il modello della psicologia analitica (Jung) quanto sopra espresso, rimanda al processo di individuazione attraverso il quale, l'ospite in trattamento, dall'essere "Maschera/Persona", procede verso l'Essere/Individuo cioè un soggetto armonico e vitale in tutte le sue dimensioni esistenziali sia interne che esterne.

Secondo il modello della Gestalt Therapy la persona in trattamento attraverso il programma terapeutico recupera le Funzioni del Sé (Es, Io, Personalità) acquisisce autenticità e vive in un continuum di consapevolezza.

Conclusioni

La comunità terapeutica, diventa una palestra relazionale, luogo dell'identità emotiva, sociale e cognitiva che toglie il potere alla sostanza e dona il potere alla parola per esprimere le sensazioni e le emozioni di un corpo in relazione.

Attraverso la partecipazione attiva alla vita quotidiana della comunità, gli ospiti partecipano meglio alla vita nella comunità sociale, sostenendo così processi di convivenza politica, sociale, democratica e non per ultima quella spirituale.

La comunità, quindi non è soltanto il luogo dove l'individuo incontra se stesso ma anche il luogo, il Kairòs, che apre al Trascendente.

Citando le parole di Padre Vincenzo Sorce nel suo libro *Un Prete in avanti* dice... "laddove l'uomo, ritorna alla relazione con il Signore e gli mostra il suo volto e gli fa sentire la sua voce; là, si realizza la guarigione".

Concludendo "Solo esprimendo la propria intenzionalità al contatto, la persona riesce ad esprimere la propria autenticità".

Bibliografia

Argentino P. (1997). Comunità terapeutiche e psicoterapia della Gestalt. *Quaderni di Gestalt*, 24/25.

Brunori L., Raggi C. (2007). *Le comunità Terapeutiche*. il Mulino.

Buono G., Gagliardi G. (2007). *L'agire Terapeutico in Comunità*. Edizioni Universitarie Romane.

Cavaleri P. (2007). *Vivere con l'altro, per una cultura della Relazione*. Città Nuova.

Coletti M., Grosso L. *La comunità terapeutica per persone tossicodipendenti*. Edizioni Gruppo Abele.

Kimura B. (2013). *Per una fenomenologia dell'incontro*. Il pozzo di Giacobbe.

Pintus G., a cura di, *La relazione Assoluta*. M.V. CrolleSanti, Aracne.

Salonia G., Conte V., Argentino P. (2013). *Devo sapere subito se sono Vivo, saggi di psicopatologia gestaltica*. Il Pozzo di Giacobbe.

Saònia G. (2011). *Sulla Felicità e Dintorni, tra corpo, parola e tempo*. Il Pozzo di Giacobbe.

Sorce P. (2018). *Prete in avanti*. Caltanissetta: Edizioni Solidarietà.

Pubblicato online: 30/12/2021

RECENSIONE



Mario G.L. De Rosa

Disagio esistenziale e dipendenze patologiche

Codice: 231.3.2

Collana: Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso/Quaderni pp. 160 euro 21,00

Editore: FrancoAngeli

Quando non avviene la differenziazione e l'armonizzazione delle funzioni psichiche con la spinta naturale onnipotente a causa di un modello educativo inadeguato, come si verifica nei nostri tempi, si definisce una personalità con una dipendenza patologica, infantile nell'organizzazione psichica. La dipendenza patologica si caratterizza con una compulsione (*craving*) finalizzata ad esperire un piacere che è mancato nelle prime fasi della crescita.

Nel testo viene descritta la fenomenologia della dipendenza da sostanze psicoattive e quella da internet, nuova forma di addiction specifica dei tempi postmoderni. La modalità con cui si concretizza il transito da una dipendenza fisiologica tra soggetto e *caregiver* a una dipendenza patologica viene descritta, soprattutto, nel ruolo che svolge il *fattore esterno* nell'educare la dimensione primitiva dell'essere umano per armonizzarla nell'esistenza.

Mario G.L. De Rosa, medico, psichiatra e psicoterapeuta. È membro ricercatore del Centro di psicoterapia dinamica di Ancona, direttore del Servizio dipendenze patologiche dell'Asur-Area Vasta n. 3 di Civitanova Marche. Docente di Neuropsichiatria infantile presso il Dipartimento di Scienze della Formazione dell'Università di Macerata, ha recentemente pubblicato: *Alcolologia clinica. L'esperienza di un Servizio delle dipendenze* (FrancoAngeli, 2018).

Procedure tecnico-analitiche, interpretazione e possibile adulterazione delle matrici cheratiniche convenzionali ed alternative. Una review

Susanna Melina[^], Loris Rivalta[°], Eva De Matteis*, Francesco Gratteri**

SUMMARY

■ *The authors in this paper perform a complete and updated review of the analytical techniques most used on conventional keratin matrices and on less common matrices.*

They also expose the differential problems in the main matrices and possible adulterations and finally report the correct ways of interpreting the data. ■

Keywords: *Keratin matrices, Opiates, Adulterations, Cocaine and cannabinoids, Data interpretations.*

Parole chiave: *Matrici cheratiniche, Oppiacei, Adulterazioni, Cocaina e cannabinoidi, Interpretazione dei risultati.*

Pubblicato online: 30/12/2021

Introduzione

Le matrici cheratiniche conosciute ed utili alle analisi tossicologiche sono diverse e molteplici. La matrice da sempre più utilizzata è il capello, ma anche i peli corporei (ascellari, toracici, pubici, ecc.), le unghie e la barba sono largamente utilizzati per analisi tossicologiche.

La base del capello è costituita da un follicolo bulbare contenente al suo interno la papilla dermica vascolarizzata da cui si origina la medulla, racchiusa nella corteccia e nella cuticola basale. Da queste componenti si forma la fibra del pelo, di solito posizionata all'esterno dalla ghiandola sebacea e spesso associata all'interno alle ghiandole sudoripare.

Il ciclo vitale del pelo è divisibile in tre grandi fasi: formazione e sviluppo (fase ANAGEN) che varia mediamente dalle 7 alle 94 settimane, che in determinate regioni del cuoio capelluto può durare anche anni (2-7 aa.); la fase CATAGEN che varia mediamente dalle 3 alle 4 settimane durante la quale il capello smette di crescere, va in quiescenza ed inizia la regressione che porterà alla caduta. Spesso in questa fase si origina un altro bulbo. Passato il CATAGEN inizia la fase TELOGEN in cui il vecchio pelo sotto la spinta del nuovo che avanza, cade ed il nuovo bulbo dà inizio ad una nuova fase ANAGEN del neonato pelo. Tale ultimo periodo dura mediamente dai 2 ai 4 mesi.

La crescita media del capello non differisce nei due sessi e corrisponde mediamente a 0,35 mm/die con ampie variazioni (>

105 %) che coprono uno spettro variabile da 0,07 mm/die a 0,72 mm/die, che nella stragrande maggioranza dei casi (82% della popolazione) varia da 0,32 a 0,46 mm/die.

Da qui le linee guida, secondo le quali un capello cresce mediamente 1 cm al mese e, di conseguenza, ogni centimetro di capello contiene e rappresenta l'uso di droga, o di farmaco, assunti in quel mese dal soggetto.

A seconda delle diverse tipologie di epiteli piliferi, anche la modalità di crescita varierà a seconda dell'origine del campione, infatti mentre il capello sostanzialmente cresce in maniera lineare nel tempo, diminuendo la sua velocità man mano che si allunga, il pelo pubico, invece, ha uno sviluppo completamente diverso ed assolutamente soggettivo per cui, pur iniziando a crescere come il capello per i primi mesi, poi rallenta e rimane in fase statica per molto più tempo e non potrà crescere all'infinito.

Questa estrema variabilità soggettiva ha permesso agli enti competenti (International Association of Forensic Toxicologists - TIAFT) di stabilire nelle linee guida che la finestra temporale di rilevazione di farmaci e droghe nei peli pubici (con lunghezza superiore ai 3 cm) oscilla da un minimo di un anno ad un massimo di 4 anni.

La TIAFT nel congresso di Abu Dhabi del 1995 ha pubblicato una sezione dedicata esclusivamente all'analisi del capello, chiamata Society of Hair Testing (SoHT) e nel 2004 dettò in collaborazione con la SAMSHA, anche i cut off per le sostanze di abuso. L'incorporazione di droghe, o farmaci, nella matrice del pelo può avvenire attivamente o passivamente, mediante l'intervento congiunto di diversi fattori: l'irrorazione della papilla, che tramite il sangue spinge droga alla base del capello, le ghiandole sebacee e sudoripare e anche polveri, o vapori.

Notevole importanza nel fenomeno di assorbimento, assume anche il pH del sangue (7,3-7,4) che protona le droghe che devono venire assorbite dai cheratociti e melanociti (a citoplasma acido con pH variabile da 3 a 6) e questo spiega come mai

[^] *Biotechnologia Farmaceutica.*

[°] *Scuola di Specializzazione in Medicina Legale, Tossicologia Forense, Università di Catanzaro.*

* *Biotechnologa.*

** *CIRME - Centro Interdipartimentale per la Riferibilità Metrologica in Medicina di Laboratorio, Università degli Studi di Milano.*

le droghe ed i farmaci basici (eroina, cocaina, anfetamine) sono sostanze ben assorbite e trattene da queste cellule, mentre i farmaci, o le droghe acide (cannabinoidi, barbiturici, alcune benzo), presentano notevoli difficoltà di assorbimento. Esiste anche la possibilità di incorporazione tramite il sudore e/o il sebo, ma questi meccanismi, come quelli dei vapori, o del contatto con le polveri adsorbite per via percutanea, sono meno importanti nell'assorbimento fisiologico.

Altra curiosità, poco nota è che non tutte le melanine, che danno colore ai capelli, trattengono le droghe allo stesso modo, infatti mentre le eumelanine (colore nero e castano scuro) trattengono molto bene, soprattutto se concentrate all'interno della matrice, un po' meno le oxymelatonine (capelli castani, o castano chiaro), mentre una via intermedia presentano le feomelanine e le oxyfeomelanine (capelli rossi di vario grado).

Per quanto attiene i capelli biondi, la melanina presente, è poco concentrata e presente soprattutto nella cuticola esterna, per cui in questi soggetti dovremmo trovare lievi diminuzioni medie di droghe presenti.

I capelli bianchi trattengono ancora meno droga.

Quindi è più facile trovare quantità di droghe basiche in un soggetto con capigliatura nera, o moro scura, che non in un soggetto biondo o brizzolato con i capelli bianchi.

Inoltre, è possibile determinare una positività passiva, seppur di più ardua esecuzione (a differenza delle altre matrici convenzionali come sangue e urine), vuoi per la procedura di analisi utilizzata (i capelli vengono ben lavati prima di essere analizzati) vuoi per l'esposizione all'agente drogante che occorre essere lunga e continua per fare assorbire anche minime quantità di stupefacenti.

Quando e come utilizzare le matrici cheratiniche?

Dal punto di vista legislativo, nonostante le numerose lacune ancora presenti sulla conoscenza ed applicabilità di tali indagini, le analisi delle matrici cheratiniche sono auspicabili nelle diagnosi "drugs free" post mortem (in soggetti con sospetto clinico non solo di abuso di droghe, ma anche di uso di farmaci che potrebbero aver complicato lo stato di salute e favorito l'exitus), così come in soggetti vivi nelle seguenti casistiche:

Accertamenti sui lavoratori (Art 125 DPR 309 del 9.10.1990)

Idoneità alle mansioni (D.Lgs. n. 81 del 9.4.2008)

Revisioni di patente dopo ritiro per Art. 186, o 187 C.d.S.

Valutazione del recupero definitivo (DPR 309 del 9.10.1990)

Porto d'armi (DM 28.04.1988)

Adozione (476/1998 e segg.)

Doping

Premessa

Come ampiamente ribadito dalle linee guida dell'ISS e dal Gruppo dei Tossicologi Forensi Italiani (GTFI), la buona pratica di laboratorio comprende un uso corretto e costante della catena di custodia e delle determinazioni che abbiano validità medico legale, da confermare con metodiche di secondo livello eseguite in triplice determinazione e sotto controllo sia interno, che esterno (VEQ).

Oppiacei nei capelli

Nei capelli, mediante l'utilizzo di strumentazioni adeguate (*Gc, MS e similari*), è possibile rilevare quasi tutti gli Oppiacei, sia agonisti che antagonisti.

Le sostanze di interesse clinico maggiormente presenti e rilevanti nel capello (come dimostrato nella letteratura scientifica) sono la 6-MAM, la Morfina, la codeina, l'eroina, nonché le sostanze da taglio adulteranti quali paracetamolo, caffeina, più di rado stricnina e chinino e più recentemente la clorochina.

A volte dopo adeguata derivazione è rilevabile la presenza di qualche diluente (di solito zucchero). Chiaramente tali sostanze vanno rilevate con metodiche di secondo livello, *Gc-MS, LC-MS*, o ancor meglio con gli stessi strumenti abbinati a tandem massa (*MS-MS*).

L'interpretazione del dato, si basa su un parametro importante, ovvero il *cut-off*, cioè quel valore sopra il quale si considera positivo il campione. Da lavori scientifici eseguiti in America, il cut-off è stato fissato per le varie categorie di molecole come segue:

6 MAM 0.9 ng/mg

Morfina 0,3 ng/mg

Codeina 0,18 ng/mg

Eroina 0,17 ng/mg

È molto importante saper interpretare il dato, infatti, molto spesso la 6 MAM può degenerare in morfina (a volte per errori durante le varie procedure tecniche: ad es. pH non adeguati) per cui, secondo gli studi di Gallard e Pepin sono da considerare negativi i valori di 6 MAM inferiori a 0,5 ng/mg, *positivi* i valori al di sopra di 0,5 ng/mg; bassi i valori inferiori a 2 ng/mg, *intermedi* i valori da 2 a 10 ng/mg, ed *alti* i valori superiori a 10 ng/mg.

Altri autori (Kauert e Röhrich) considerano positivi valori di 6 MAM intorno ad 1 ng/mg associabili ad un uso raro, o settimanale di eroina, compresi tra 1 e 10 ng/mg per un uso giornaliero, o comunque di più volte in una settimana, e sopra i 10 ng/mg per abuso giornaliero (dati *SoHT* considerano un rapporto di 6MAM/Morfina superiore ad 1.3 indicativo e sufficiente per verificare l'uso di eroina).

Ai fini interpretativi bisogna però prestare particolare attenzione ad alcuni dettagli, molto importanti.

Consideriamo ad es. un morfinomane, o una persona che assume morfina a scopo terapeutico, nei suoi capelli non riusciremo a trovare nient'altro che morfina.

Quindi in questi soggetti avremo un capello con sola morfina, senza codeina, senza eroina e senza sostanze di taglio adulteranti.

Viceversa coloro che usano codeina per motivi terapeutici, o per motivi voluttuari (rari), nei loro capelli troveremo certamente codeina, ma anche tracce inferiori al 10% di morfina derivate dalla demetilazione epatica della codeina.

Inoltre non è sempre noto che il repertare nei capelli acetilcodeina viene considerato come un uso di eroina di scarsa qualità e molto poco purificata.

Adulterazioni da oppiacei

Allo stato attuale sono stati individuati molteplici tecniche di adulterazione utilizzate allo scopo di ridurre, o aumentare, la presenza di sostanze d'abuso nella matrice cheratinica.

L'aumento di positività (utile ad esempio ai detenuti per avere benefit come la possibilità di andare a scontare la pena in un centro di recupero), è più diffuso per la cocaina che per gli oppiacei. A tal scopo è sufficiente un trattamento della cute con olio, o glicerina contenente cocaina e forse anche morfina, secondo quanto riportato da numerosi studi di Kidwel *et al.* in *Forensic Sci. Int.* (2001). Infatti, un nostro studio eseguito presso il Laboratorio di Tossicologia Forense dell'A.S.P. di Catanzaro

eseguito nel corso di stesura di una tesi di laurea, ha permesso di evidenziare che trattando il capello con cocaina, la cuticola intorno al cuoio capelluto era impermeabile alla sostanza e quindi solo in minima parte rimaneva permeata ad essa.

Solo successivamente, trattando il campione con una miscela di cocaina e olio di oliva si sono ottenuti degli incrementi di concentrazione medi di 0,16 ng/mg, con limiti fiduciari da 0,07 a 0,25 ng/mg, quindi al di sotto del cut-off ufficiale di 0,5 ng/mg. Un'adulterazione negativa è invece possibile attraverso il danneggiamento della cuticola mediante trattamenti cosmetici aggressivi dei capelli, come decolorazione e colorazione, stiratura ecc., e secondo gli studi di Jurado *et al.* (*Int. Jour Medi legal*, 1997) tali procedure possono causare diminuzione dei valori in queste percentuali: Codeina 29,5%, 6 MAM 41,3% e Morfina 61,2%. Inoltre Tanaka *et al.* (*Anal. Scie.*, 2003) hanno osservato come l'acqua ossigenata trasformi la codeina e la Morfina rispettivamente in Idrocodeina ed Idromorfina in una percentuale vicina al 30%, che se non ricercata non è visibile in spettrometria di massa.

A tutto questo è facilmente possibile porvi rimedio richiedendo, come dovrebbe essere prassi, la valutazione della permeabilità del capello tramite il test di penetrazione del blu di metilene. Nel caso di presenza nella midollare del capello di blu di metilene il campione dovrà essere scartato in quanto è dimostrata in tal caso la non integrità della cuticola.

Altre molecole dosabili ed utili nel monitoraggio temporale delle matrici cheratiniche

Metadone ed EDDP con valori compresi tra 0,7 e 42 ng/mg con una media variabile tra 8 e 11 ng/mg nel 95% degli assuntori di metadone, mentre la positività per l'EDDP varia dal 75 al 50% con valori compresi tra 0,19 e 10,8 ng/mg con una media intorno a 1,2-1,5 ng/mg.

A nostro avviso i soggetti con EDDP negativo debbano essere sottoposti ad ulteriori controlli.

Buprenorfina (BUP)

La Buprenorfina è un po' problematica da determinare, sia come buprenorfina, che come il suo metabolita da CYP3/A4 *deatchilato*, o *nor buprenorfina (nBup)*.

In tal caso riteniamo che oltre al metodo immunometrico (scarsamente attendibile), l'unico metodo realmente efficace sia LC MS/MS, strumento non comunemente rilevabile in tutti i laboratori.

Vi è da dire, comunque, che ci si riesce anche con il Gc-MS, ma i valori sono piuttosto bassi al limite della sensibilità dello strumento.

La sensibilità della LC-MS, o meglio della LC MS/MS sembra essere dagli studi eseguiti nettamente superiore.

Fentanyl e similari

Anche in questo caso sarebbe preferibile l'uso di LC-MS o LC-MS/MS o GC MS/MS ed i dati ottenuti sono riconducibili soltanto ai casi di anestesia, o di morti per overdose, in un lavoro di Wang *et al.*, dove mediante analisi immunometrica di capelli di soggetti che avevano subito un'anestesia (in un intervallo di tempo da 7 a 273 giorni dopo l'anestesia) sono stati rilevati valori compresi tra 13 e 48 pg/10mg capello.

Per il Fentanyl si fa invece riferimento allo studio di Kintz *et al.* (*Foresic Scie. Int.*, 2005) dove mediante analisi in GC-MS di 4 casi di anestesia sono stati ottenuti:

- Anestesia fentanyl 644 pg/mg
- Anestesia fentanyl 101 pg/mg e su fentanyl 2 pg/mg
- Anestesia al fentanyl 30 pg/mg
- Deceduto al fentanyl 2 pg/mg + fentanyl 8 pg/mg

Altre molecole detectabili nei capelli

Sempre mediante analisi in GC-MS/MS o LC MS/MS sono stati dosati molti altri oppiacei nei capelli come il tramadolo, l'ossicodone, l'idromorfone o idrocodone, ma spesso con risultati qualitativi, più che quantitativi (a parte il tramadolo), perché trattandosi di casi rari, per attribuirne rilevanza scientifica, necessitano di ulteriori test di ripetibilità.

Cocaina

La cocaina può essere facilmente dosabile nella matrice cheratinica (a differenza delle urine nelle quali è possibile rilevare solo il suo metabolita, la benzoilecgonina) mediante l'utilizzo di un kit specifico per il dosaggio immunologico nei capelli.

Tale kit di estrazione conosciuto come VMA-T trasforma la cocaina in Benzoilecgonina-BEG e la 6 MAM in morfina in modo tale da poter utilizzare i normali reattivi immunometrici quali RIA, FPIA, ELISA, EIA, ecc. supportati da conferme in analisi cromatografiche come GC-MS ed ancora meglio in LC-MS/MS.

Le analisi di secondo livello, invece, vanno eseguite direttamente, estraendo con i metodi classici, ad esempio lavando i capelli, tagliuzzandoli a pezzettini di pochi mm, estraendo over night con HCl 0,1 N, tamponando, estraendo e concentrando con SPE ed infine l'estratto finale con diclorometano: alcool isopropilico basificato con ammoniacca viene portato a secco e derivatizzato con BSFTA.

Interpretazione dei risultati

Uno dei problemi più critici della interpretazione della positività alla cocaina nei capelli è dovuto alle numerose variabili che concorrono al dato, ovvero: scarsa correlazione tra dose utilizzata e valore trovato nei capelli, il tempo di decadimento della cocaina e la sua volatilità (che spesso fa repertare falsi positivi per inquinamento delle colonne), la capacità di attacco nella matrice così come i trattamenti estetici invasivi colorazione e decolorazione che denaturano la melanina e portano una perdita di droga in percentuale variabile da 80 al 95%.

Si pensi che solo l'acqua ossigenata fa perdere oltre il 30% delle sostanze stupefacenti ed in particolare della cocaina.

A proposito dei falsi, positivi da inquinamento strumentale suscitato, essi vanno sempre sospettati, quando in una sequenza di determinazioni si presentano molti casi, se non tutti, positivi e risulta anche il campione di controllo negativo.

Per tali ragioni, la cocaina risultata essere molto più variabile rispetto alle altre droghe (ad eccezione delle amfetamine) e difatti, per questo motivo, molti sono stati anche i cut-off proposti.

Basti pensare alla Nist che nel 1993 propose come cut-off di positività il valore di 1 ng/mg, ma subito dopo due studiosi Tagliaro e Montagna, supportati da nuovi studi proposero un cut-off di 0,1 ng/mg (eseguiti però con tecnica di elettroforesi capillare abbinata alla massa/massa).

L'interesse scientifico fu tale che Quitela propose poco dopo il cut-off di 2 ng/mg.

Kintz e Mangin invece, a seconda delle persone analizzate, proposero un range più stretto, oscillante tra 0,5 ng/ml ed 1 ng/mg. Cerchiamo di spiegare il perché tutta questa variabilità.

In effetti la cocaina essendo molto volatile è la sostanza che si presta maggiormente ad un inquinamento passivo, soprattutto per chi opera in ambienti lavorativi in cui tali contaminazioni possono avvenire con maggiore facilità (Ser.D0 locali, Centri di recupero, Laboratori di tossicologia forense, Forze dell'ordine dedite a sequestri) ecc.

Pertanto possiamo affermare che Kintz (che allora ricopriva l'incarico di Presidente della TIAFT) non era fuori strada quando propose di considerare valori diversi di cut off a seconda della persona.

Dal 2004, dopo l'accordo tra le due maggiori organizzazioni internazionali (TIAFT e SHAMSHA) si è stabilito un cut-off unico di 0,5 ng/mg per la cocaina ed un cut-off di 0,05 ng/mg per il suo metabolita, la benzoilecgonina (BEG).

A dire il vero oggi si tenta di portare il cut-off a 0,2 ng/mg., proprio per quanto sopra affermato, ovvero un cut-off così basso potrebbe coinvolgere troppi falsi positivi.

Tale decisione trova conferma nel fatto che la sola cocaina potrebbe essere presente per inquinamento, mentre la presenza di adeguate quantità di metabolita epatico BEG esclude ogni possibilità di eventuali inquinamenti accidentali.

È chiaro che qualsiasi altro metabolita fisiologico può escludere l'inquinamento e nel caso di perdita di BEG, sempre col medesimo cut-off, si possono ricercare gli altri metaboliti come la nor-cocaina (NorC), la ecgoninametilestere (EME), la etilbenzoilecgonina, o coca etilene (EBE), o l'ecgonina.

In conclusione possiamo affermare che si considera positivo un soggetto che presenti almeno 0,5 ng/mg di cocaina nel capello, con almeno 0,05 ng/mg di BEG, o di altro metabolita come sopra descritto, prova questa, o con qualsiasi altro metabolita, che serve ad accertare il passaggio epatico, e quindi l'assunzione.

La relazione dose-concentrazione pilifera

Alcuni autori hanno studiato il problema ottenendo risultati opposti, come Puschel *et al.*, i quali non trovano alcuna correlazione tra dose e valori nei capelli, o Henderson *et al.* che iniettando cocaina deuterata trovano ampia correlazione tra alte dosi ed alti valori nei capelli.

Attenendosi alle linee guida dell'ISS ed al lavoro di Gaillard e Pepin del 1997, sono stati così definiti i range i positività:

- *negativi* per valori al di sotto di 0,5 ng/mg;
- *consumo occasionale* per valori tra 0,5 ng/mg e 1 ng/mg;
- *consumo basso* per valori tra 1 ng/mg e 4 ng/mg;
- *consumo medio* da 4 ng/mg a 20 ng/mg;
- *consumo alto, o molto alto e giornaliero* con valori al di sopra dei 20 ng/mg.

In realtà questi valori presentano sicura significatività solo per i consumi alti, mentre esistono variabilità piuttosto elevate quando i consumi sono più bassi e l'assunzione non supera almeno la durata di un mese.

Comunque, una relazione sicura la si ha sia per consumi bassi, che per quelli alti dopo l'evidenza del picco di concentrazione che viene compreso tra 1 e 3 settimane dall'inizio dell'uso.

Le cause di tali variabilità sono tantissime, oltre alla diversa capacità di eliminare cocaina e i metaboliti possiamo dire che la cocaina si rileva dopo 4-5 giorni dall'assunzione e perdura, per una singola dose, mediamente sia lei, che il metabolita principale BEG per 25-30 giorni; mentre negli assuntori assidui, la cocaina la si può ritrovare addirittura a distanza di 8-10 ore dall'assunzione ed accumularsi e rimanere nel capello per 2-6 mesi e più.

Riassumendo possiamo dire che l'uso persistente di cocaina, anche dopo dismissione, porta mediamente a repertare coca e metaboliti per molto tempo (soggettivo), tenendo conto che dopo 6 mesi dalla dismissione esso tende a diminuire innanzitutto perché aumenta la presenza di capelli drugs free dalla base, per cui si riducono fisicamente le concentrazioni della coca e dei metaboliti, poi perché la coca tende a diminuire a favore del metabolita BEG e, successivamente, nel tempo tende a scomparire.

Infine la presenza di coca etilene è indice di assunzione di coca ed alcool, mentre la presenza di anidroecgonina metilestere, come per il sangue, è indice di uso di Crack.

Una ulteriore fonte da non sottovalutare è l'influenza dei trattamenti cosmetici come la decolorazione la tintura e la permanente che si eseguono con perossido di idrogeno, ammonio idrossido etanolo e pigmenti a temperature elevate che denaturano la melanina e portano ad una perdita di droga variabile percentualmente dall'80 al 95% si consideri che solo l'acqua ossigenata fa perdere oltre il 30% delle sostanze stupefacenti ed in particolare della coca.

Perciò non ci si meravigli se i soggetti che fanno trattamenti dei capelli possano presentare variabilità piuttosto consistenti.

Cannabinoidi

Esistono più di 60 cannabinoidi presenti nella pianta di cannabis, ma quelli di maggiore interesse sono il *THC (tetraidrocannabinolo)* i suoi metaboliti principali *11OH THC* e *9 carbossi THC (THCCOOH)*, il *CBD (cannabidiolo)* ed infine il *CBN (cannabinolo)*.

La principale caratteristica di queste sostanze è quella di essere da lievemente acide a fortemente acide rispetto al pH dei melanociti e dei cheratinociti, generando così il principale problema di rinvenimento di tali molecole nella matrice acida cheratinica.

Inoltre, il THC pur essendo molto lipofilo si lega alle proteine plasmatiche e non presenta alcuna affinità verso la melanina. In compenso oltre a ciò il THC COOH è acido, quindi caricato negativamente per cui viene respinto dalle matrici cheratiniche.

Da quanto esposto appare evidente che la presenza di cannabinoidi nei capelli risulterà estremamente ridotta, e questo non permette una normale analisi di primo livello (immunometrica) in quanto risulterebbe, per sensibilità, sempre negativa.

Sarebbe possibile eseguire screening immunometrici solamente con kit specifici in analisi (RIA, Microplate EIA ecc.) ma comunque con risultati che andrebbero sempre valutati con tecniche di conferma.

Lo screening potrebbe essere fatto solamente, con una certa sicurezza, solo con tecniche fast cromatografiche come la *GC-MS* solo per THC, o per gli acidi con la *GC MS-NCI* e a volte anche queste, almeno per i metaboliti acidi, lasciano a desiderare, a meno che non si usi *LC-MS/MS*.

Diciamo che *THC*, *CBD*, e *CBN* possono essere screenati con iniezioni di volumi consistenti, in splitless per 5 minuti, in *GC-MS*, mentre per il *THC COOH* o si usa la *GC-MS-NCI*, o meglio strumentazione *MS/MS*.

Tanto per capirci i cannabinoidi hanno mediamente un LOQ di 1 pg/mg, mentre il metabolita acido parte da 0,3-0,5 pg/mg.

Queste concentrazioni creano problemi anche con tecniche cromatografiche.

Passiamo adesso a definire i cut off proposti dall'ISS.

Screening conferma

Classe di sostanza	Cut-off (ng/mg)	Analita	Cut-off (ng/mg)	Cut-off (per lavoratori) (ng/mg)
Cannabinoidi	0,1	THC	0,05	0,1
		THC-COOH	0,0002	

In linea teorica, quindi, per considerare un soggetto positivo dovremmo poter dosare almeno il *THC* ed il suo metabolita principale *THC COOH*, ovvero *Delta 9 carbossi THC*.

Studi Eseguiti su Campioni

Gli studi eseguiti su campioni sono in stragrande maggioranza eseguiti su *GC MS/MS* ed hanno sortito i seguenti risultati:

- *THC* compreso mediamente tra 0,03 e 4,38 ng/mg, con un valore medio pari a 0,43;
- *THC COOH* compreso tra 0,03 e 1,53 pg/mg, con un valore medio pari a 0,322 pg/mg.

Esistono inoltre valori riportati da Kauert e Rohrich che individuano il presunto consumo in relazione alla dose di cannabinoidi assunti nei seguenti termini:

I soggetti che presentano un *THC* compreso tra 0,1 ed 1 ng/mg consumano mediamente cannabinoidi da una volta alla settimana ad una volta al giorno, mentre i soggetti che hanno concentrazioni di *THC* maggiori di 1 ng/mg consumano mediamente più di una canna al giorno (Kauert G., Rohrich J., "Concentration of DELTA9THC, cocaine and 6 MAM in hair of drugs abusers", *Int. Journ. of Legal Medicine*, 108, 294, 1996).

Moore, Guzaldo e Donahue lavorando in *GC/MS-NCI* hanno trovato valori di *THC COOH* compresi tra 0,6 ed 1,39 pg/mg fino ad un massimo di 12,9 pg/mg, ovvero circa 1,3 ng in 100 mg.

Concentrazioni medie e limiti dei Cannabinoidi nei capelli

In linea generale le concentrazioni riportate mediamente nei capelli sono le seguenti:

CBD = 0,03 – 3 ng/mg; CBN = 0,01 - 1,07 ng/mg; THC = 0,1 – 0,4 ng/mg

Per quest'ultimo abbiamo dati che danno un ampio margine di variabilità partendo da 0,009 ng/mg fino a 16,7 ng/mg.

Le concentrazioni medie trovate nei piccoli consumatori sono:

THC - 0,084 ng/mg; CBN 0,036 ng/mg e CBD 0,052 ng/mg

I valori più alti repertati nei grossi consumatori sono stati:

THC - 18,37 ng/mg; CBN 6,42 ng/mg; CBD 19,43 ng/mg

Per quanto riguarda il *THC COOH* la concentrazione media era 0,716 pg/mg contro dei valori più alti riscontrabili nei casi forensi pari a 2,3 pg/mg.

Si tenga presente che valori più alti sono riscontrabili nei peli pubici, mentre valori più bassi si trovano nei peli corporei.

RECENSIONE



Virginia Suigo

Figli violenti.
Parental abuse in adolescenza:
valutazione e intervento
Prefazione di Alfio Maggiolini

Codice: 8.58

Collana: Adolescenza, educazione
e affetti

pp. 158 euro 21,00

Editore: FrancoAngeli

Il comportamento violento reiterato dei figli verso i genitori – parental abuse o violenza filio-parentale – è un fenomeno ad oggi ancora sottostimato e sottovalutato nel nostro Paese. In realtà, sono molti gli adolescenti che intenzionalmente minacciano, aggrediscono fisicamente o verbalmente, estorcono soldi e, in generale, cercano di imporre il proprio potere e controllo nella relazione con i genitori.

Come i comportamenti di abuso dei genitori verso i figli sono stati oggetto di numerosi studi e interventi ormai consolidati, adesso è fondamentale analiz-

zare il parental abuse e capire le ragioni della violenza dei figli verso i genitori. Per farlo è necessario che i genitori superino la vergogna e ne parlino, permettendo così agli operatori di riconoscere questo fenomeno in quanto tale. Ma chi sono gli adolescenti violenti contro i genitori? Quali genitori sono più a rischio? Come rispondere alle richieste d'aiuto dei genitori-vittime? Come coinvolgere gli adolescenti in un progetto terapeutico?

Il volume cerca di dare risposte a questi e altri interrogativi, nella convinzione che per intervenire efficacemente non basti descrivere la personalità dei figli o gli stili educativi dei genitori, ma occorra anche capire le dinamiche delle loro relazioni all'interno del nucleo familiare e il modo in cui vengono affrontati i compiti evolutivi adolescenziali. Come accaduto in ambito internazionale, dove si sono sviluppati diversi modelli efficaci di intervento, il volume intende proporre agli operatori dell'adolescenza chiavi di lettura utili a riconoscere il fenomeno della violenza filio-parentale e strumenti per intervenire in queste situazioni.

Virginia Suigo, psicologa, psicoterapeuta, svolge attività clinica con adolescenti e adulti. Socia dell'Istituto Minotauro, si occupa di antisocialità minorile e fa parte dell'équipe che collabora con i Servizi della Giustizia minorile della Lombardia, in particolare con l'Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni di Milano. Svolge attività di formazione e di supervisione ed è cultrice della materia per il corso di Psicologia del ciclo di vita presso l'Università degli Studi di Milano-Bicocca.

Linee guida per la scelta dei trattamenti integrati dell'utente in carico ai Ser.D.

Vincenzo Lamartora*

SUMMARY

■ *In our study, so-called evidence of efficacy of different treatments used in the addiction clinic is reviewed and discussed.*

In the first part of the study, the criticisms made of psychoanalytic treatment, accused for many years of not being an evidence-based treatment, are examined and refuted.

All types of treatments can be useful for a Service, as long as the Operators are able to carry out a real multi-disciplinary diagnosis of the user and send it according to well-established guidelines, to this or that integrated treatment

In the second part of the study we highlighted four clinical dimensions to be explored – in the diagnosis phase – and four treatment areas (care settings, pharmacological treatments, socio-occupational rehabilitation and the defensive transformations that the user agrees to face).

Combining the four clinical dimensions with the four areas of treatment just mentioned, result in four clusters of users, characterized by increasing severity, each of which has its own clinical and existential characteristics and should be sent to a specific integrated treatment.

The difference between confusion and functional organization lies in the presence of “guidelines” that depending on the Overall Representational Structure of the user and the operating models available to the Service may serve to specifically send this or that user to this or that form of psychological therapy. ■

Keywords: *Ser.D., Guidelines, Choise of treatments, Psicoanalytic treatment, Clinical dimensions and treatment areas, Clusters of users.*

Parole chiave: *Ser.D., Linee guida, Scelta dei trattamenti, Trattamento psicoanalitico, Dimensioni cliniche e aree di trattamento, Profili di consumatori.*

Pubblicato online: 30/12/2021

Trattamenti evidence based, prove di efficacia, case report, linee guida, trattamenti integrati, regolazione pulsionale, autoconsapevolezza del soggetto, capacità di legare l'oggetto, capacità di simbolizzazione, setting di cura, riabilitazione, reinserimento sociale e lavorativo, psicoterapie cognitivo comportamentali, psicoanalisi. Negli ultimi anni 50 anni si è discusso molto della necessità di verificare empiricamente l'efficacia delle psicoterapie, cioè di differenziare il più possibile le terapie che “funzionano” da quelle che “non funzionano”.

Una delle conseguenze di questi sviluppi è stata la compilazione negli anni '90 degli elenchi dei *Trattamenti Supportati Empiricamente* (EST), dei trattamenti *evidence-based* che sarebbero le uniche terapie che funzionano mentre tutte le altre non dovrebbero più essere praticate.

* *Componente dell'Ufficio di Presidenza nazionale di FeDerSerD. Direttore del Dipartimento Dipendenze ASL Napoli 2 Nord. Membro Ordinario della Società Psicoanalitica Italiana. Docente di Neuropsicoanalisi delle Dipendenze, Facoltà di Psicologia, Università di Torino.*

Introduzione

Gli EST infatti si sono diffusi tra molti operatori della salute mentale perché tentano di rispondere al bisogno di maggiore *cost-effectiveness* nelle prestazioni assistenziali.

Tuttavia, la posizione di altri operatori e ricercatori è che occorre cautela nel trasferire la logica *Evidence-Based* dalla medicina alla psicoterapia, in quanto c'è il rischio che si trascurino alcuni importanti problemi che possono generare fraintendimenti per la pratica della psicoterapia.

Tra gli autori che hanno maggiormente approfondito questa problematica vi sono Mario Maj (1995), C. Luborsky (1990), Paolo Migone (2001) e Drew Westen. Quest'ultimo, in un lavoro pubblicato su una rivista molto autorevole, il *Journal of Consulting and Clinical Psychology* [Westen D. & Morrison K., *A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies*, 2001] ha riesaminato la base empirica delle psicoterapie brevi manualizzate, distinguendo una buona risposta iniziale dalla genuina

efficacia a lungo termine, e dimostrando che una terapia che voglia lasciare risultati stabili nel tempo, ovvero non subire ricadute per il paziente nel giro di un anno, deve durare più di due anni.

La metodologia dei trattamenti evidence-based è caratterizzata da sperimentazioni randomizzate e controllate, da utilizzo di campioni omogenei, gruppi di controllo omogenei, utilizzo del placebo, da standardizzazione della tecnica tramite manuali, dall'assunzione in trattamento di pazienti monosintomatici e non comorbili, e dalla verifica delle ipotesi causali tramite strategie di "smantellamento").

Westen e molti altri ricercatori hanno discusso uno per uno gli assunti di base impliciti in questa metodologia di ricerca, dimostrandone la debolezza metodologica.

Questo perché:

1. *I processi psicologici non sono altamente malleabili*, e occorrono anni per modificarli.
2. *La maggior parte dei pazienti*, più del 50%, presenta più sintomi, più fenomeni di abuso, e spessissimo anche della comorbidità psicopatologica.
3. *I sintomi psicologici non possono essere trattati a prescindere dalla personalità di chi li presenta*, giacché è dimostrato che la personalità gioca un ruolo rilevante.
4. *I pazienti non sono sempre capaci di riferire all'inizio della terapia quale è il loro vero problema*: quante volte abbiamo assistito a pazienti che chiedevano di essere trattati per sindromi ansiose e depressione, quando invece il trattamento ha svelato altri problemi più strutturali, quali l'identità di genere oppure lutti o traumi non elaborati.
5. Infine, poiché le psicoterapie non sono pillole, *non è possibile eseguire studi in doppio cieco* controllato, come nella sperimentazione dei farmaci.

La conclusione è che gli assunti di base dei trattamenti evidence based non sono teoricamente neutrali e non sono compatibili con quelli assunti alla base di trattamenti medici evidence based, tant'è che attualmente, sull'efficacia di questa o quella psicoterapia, non vi è alcuno studio esaustivo, almeno secondo quelli che sarebbero i criteri della Cochrane Review.

Tuttavia, a partire dalla fine degli anni '90, la ricerca scientifica sui fattori curanti delle psicoterapie è entrata in una fase più matura e meno pervasa da fanatismi ideologici. Piuttosto che stabilire graduatorie tra quale terapia sia scienza e quale sia stregoneria, si è passati a studiare quali sono i fattori determinanti, specifici e aspecifici, del *processo* terapeutico, e quali sono i fattori determinanti *l'esito* di una terapia.

Si dica solo che attualmente vi sono oltre 50 gruppi di lavoro internazionali che si occupano di questi problemi, e che circa la metà sono costituiti da psicoanalisti (interessati a comprendere le variabili terapeutiche della loro disciplina esattamente come le terapie cognitive comportamentali).

Per quanto ci riguarda, noi partiamo dalla considerazione che comprendere i fattori curativi delle diverse psicoterapie a disposizione dei Servizi per le dipendenze sia utile per due ordini di ragioni:

- perché nessuno di noi può scegliersi i propri colleghi;
- perché in ogni Servizio esistono decine di operatori con modelli culturali e operativi differenti.

La coesistenza di modelli terapeutici differenti in uno stesso Servizio si trasforma in confusione se pensiamo che non esista nessuna variabile che possa contribuire alla scelta o all'esclusione di questa o quella psicoterapia, mentre noi crediamo invece che tali variabili esistano, e siano alla base della definizione di linee guida per l'invio al trattamento integrato dell'utente.

Farò diversi esempi, a pro di alcune delle psicoterapie più rappresentate nell'ambito delle dipendenze patologiche.

Primo: spesso si sente dire che la psicoanalisi sarebbe impraticabile nei servizi pubblici, sia per la durata pluriennale della stessa, sia per la mancanza di setting adeguati ad esercitarla (i SerD sarebbero luoghi caotici, promiscui, che non garantiscono il silenzio e la concentrazione), sia perché non vi sono prove evidence based che la psicoanalisi serva a produrre cambiamenti utili nei soggetti con dipendenze gravi.

Ebbene, a questo primo tipo di obiezioni risponderò dicendo che:

1. ho dimostrato per 27 anni di avere praticato sistematicamente, due volte a settimana, la terapia analitica classica con tanto di lettino e registrazione delle sedute in un SerD pubblico;
2. ho potuto organizzare la mia stanza e il mio setting di cura in modo adeguato, senza interruzioni o interferenze;
3. ho svolto e portato a termine 12 trattamenti analitici, di durata compresa tra 5 e 12 anni. Ognuno degli utenti trattati ha un nome e cognome.
Ognuno è stato diagnosticato e mi è stato inviato da un'équipe multidisciplinare indipendente da me;
4. alla fine dei trattamenti, di ognuno di questi dodici utenti ho scritto dei *case reports* lunghi e dettagliati, riportando molte sedute in diretta (corrispondenti a quanto registrato), e molti miei interventi.

Tutti questi case reports sono stati letti dagli utenti e approvati perché considerati aderenti a quanto si era detto e svolto in analisi.

Ognuno di questi case reports è stato presentato in supervisione all'interno del training continuo della SPI, e poi approvato, pubblicato e archiviato nella biblioteca di Via Panama 48, a Roma. (Per una disamina di questi *case reports*, vedi Vincenzo Lamartora, *Psicoanalisi e Neuroscienze*, e *La civiltà dell'abuso*, 2017).

Secondo esempio.

Venti anni fa accettammo di iniziare una formazione di servizio in psicoterapia fenomenologica.

Alcuni miei colleghi erano interessati ad approfondire questa tecnica specifica.

Per un anno organizzammo gruppi settimanali con il formatore, e questi gruppi erano tanto partecipati quanto attraversati da forti emozioni (pianti, angoscia, imbarazzo).

Alla fine, due colleghi si ritennero convinti dal modello e cominciarono a praticarlo in un Servizio territoriale: i loro gruppi, a distanza di anni, contano ancora decine di utenti che vi partecipano con continuità e soddisfazione.

Terzo esempio.

Nella Regione e nel Servizio in cui lavoravo un tempo, uno dei colleghi cominciò a manifestare interesse per la psicotraumatologia.

Eravamo alla fine degli anni '90, e questo approccio era ancora poco frequentato nei servizi pubblici. Il collega riesci a trovare spazi, risorse e appoggi nella direzione aziendale e dipartimentale cosicché, dieci anni dopo, il suo studio pubblico era diventato una Unità Operativa Dipartimentale, e le sue prestazioni terapeutiche erano diventate uno degli strumenti consolidati all'interno di quelli presenti nel Dipartimento di salute mentale.

Adesso, questa Unità di Psicotraumatologia assembla colleghi che praticano EMDR, Mindfulness, Trauma Informed Care.

In ultimo, in uno dei miei Servizi attuali, vi è una collega formata in psicoterapia gestaltica, utile nei trattamenti con i pazienti affetti da DGA; vi è un collega con formazione sistemico relazionale, bravissimo nel trattare pazienti affetti da lunga storia di tossicodipendenza ed emarginazione sociale.

E infine, vi è un'altra collega che ha maturato una notevole esperienza nelle terapie gruppali di genere, conducendo gruppi di sole donne.

Quindi, i Servizi sono capaci di accogliere la diversità dei modelli, e di impiegare tale ricchezza a seconda delle necessità cliniche dell'utente.

L'abilità sta nel conoscere e poter impiegare le varie tecniche psicoterapeutiche in modo appropriato allo specifico utente, sartoriale, in modo sostenibile ed efficace.

L'importante è poter definire delle "linee guida per la scelta del trattamento integrato da proporre all'utente, senza far indossare lo stesso abito a utenti diversi, e facendo in modo che questi possano scegliere tra le varie opzioni terapeutiche quella che più si confà alla loro storia clinica e alle loro aspettative.

In questo approfondimento, partiremo da una disamina veloce delle determinanti della psicoanalisi, per poi passare alla proposizione di criteri clinici e delle linee guida per la scelta del trattamento integrato da proporre all'utente.

Teoria clinica della psicoanalisi

La psicoanalisi nasce ufficialmente nel 1895, con la pubblicazione de *L'interpretazione dei sogni*, di S. Freud.

Nasce con la scoperta, o riscoperta, dell'inconscio, ovvero di quella enorme mole di dati rappresentazionali che costituiscono più del 90% della mente umana.

La coscienza – dice L. Russo – è un piccolissimo isolotto circondato da un immenso oceano di inconscio, cioè di dati engrammati in catene neuronali (rappresentazioni) che per la maggior parte dei casi non accedono alla coscienza poiché non aggan- ciano i neuroni " ω_s " della corteccia frontale.

Le caratteristiche fondamentali della teoria psicoanalitica sono le seguenti:

1. *L'importanza dell'ambiente nel determinare l'Assetto Rappresentazionale Complessivo – ARC – del soggetto.*
Tutti gli analisti del Novecento hanno dimostrato che la qualità e intensità dello stimolo ambientale reiterato sul bambino produce una rappresentazione psichica del suo corpo, cioè un'iscrizione psichica del corpo, diversa a seconda della qualità e intensità stimolo ambientale.
2. *L'importanza assegnata all'inconscio nel determinare le azioni, emozioni, pensieri e parole.*
I neuropsicoanalisti hanno dimostrato, con tecniche di neuroimaging neuropsicologiche, come l'attivazione di rappresentazioni inconsce a seguito dell'interazione con l'ambiente precede di svariati millisecondi la coscienza di cosa sia successo: noi crediamo di "aver scelto" liberamente un pensiero o una risposta agita, mentre in realtà questa è stata processata in modo incosciente diversi millisecondi prima della nostra percezione cosciente.
3. *L'importanza assegnata alla relazione analitica nel determinare il processo e l'esito del trattamento*, la cui riuscita non dipende solo dall'efficacia del modello teorico adottato dal terapeuta, ma anche dalla sua *equazione personale*.
Questo rende necessario, per la psicoanalisi, che l'analista si sottoponga per primo a un trattamento analitico, e poi a un lungo training formativo esperienziale, prima di prendere in cura i primi utenti.
4. *L'importanza assegnata al transfert* (ovvero al trasferimento inconscio, da parte dell'utente sull'analista e di questo sull'utente, di ricordi, fantasie, emozioni e istanze infantili).

Il transfert a nostro avviso conta più delle parole coscientemente affermate dal paziente, e determina in modo fondamentale la qualità della relazione analista/analizzando, oltreché l'esito del trattamento.

5. *L'importanza assegnata al lavoro sul controtransfert.*
L'esistenza di memorie somatiche, di emozioni, di pensieri, di schemi reattivi e comportamentali, di marcatori somatici che vengono inconsciamente trasferiti sull'utente, rende necessario per l'analista lavorare continuamente sul proprio controtransfert, in modo da non confondere l'utente con i propri elementi interni, e permettere al campo analitico di restare insaturo.
6. *L'importanza assegnata al lavoro del sogno e sul sogno.*
Freud è partito con la scoperta che il sogno fosse una rappresentazione inconscia del desiderio. Ma la riflessione analitica successiva si è focalizzata anche sul lavoro "del" sogno, ovvero sulla funzione che il sogno ha nell'economia della psiche, arrivando a comprendere che esso serve essenzialmente a ripulire la mente dalle rappresentazioni non consolidate o inutili, e a consolidare quelle più adattative per il soggetto.
Al lavoro del sogno notturno, si è via via affiancata la riflessione sul lavoro del *sogno diurno*, quello che si fa ad occhi aperti – come lo chiama W.R. Bion –, una sorta di day dreaming che rappresenta il livello preconscious della mente, e che deve essere il target da raggiungere per l'analista, alla ricerca del cosiddetto "Vero Sé".
7. *La tecnica delle libere associazioni.*
L'analista non cerca di far parlare la coscienza, poiché il materiale coscientemente riferito dall'utente è inconsapevolmente o consapevolmente alterato da distorsioni inconsce o opportunistiche.
L'analista cerca di dare voce al preconscious, cioè di raggiungere e attivare il nucleo di rappresentazioni primarie essenziali per la definizione della identità del soggetto e per il suo equilibrio psicofisico.
A tal scopo, la dislocazione dell'analista rispetto al campo di coscienza dell'utente, dovuta all'uso del lettino, e la sua "attenzione fluttuante", permettono all'analista/ricevente di captare proprio le *onde radio* dell'inconscio, impossibili da captare con l'orecchio della coscienza.
8. *La finalità della psicoanalisi*, non è quella di consolidare l'assetto difensivo del paziente, o quello di lavorare su cluster di sintomi, o sugli schemi cognitivi e comportamentali consolidatisi nell'utente, rielaborandoli in senso più socialmente adattativo, ma quello di promuovere modifiche a tale assetto rappresentazionale complessivo.
Sarà questa la differenza fondamentale su cui l'utente dovrà essere informato e su cui dovrà scegliere.
9. *La prova di efficacia in psicoanalisi.*
Nella psicoanalisi, la prova fondamentale di efficacia sta nella valutazione dell'utente, unico soggetto legittimato a porre obiettivi iniziali e a stabilire l'effettivo esito del trattamento. Pertanto, l'esito delle trasformazioni avvenute a carico del soggetto non può che essere valutato dallo stesso soggetto in analisi, attraverso i "*case reports*", che vengono considerati alla stregua di un test proiettivo scritto a quattro mani, e che sono utili a presentare l'esito del trattamento analitico.

Criteri di invio

Noi partiamo dal postulato che oggi non sia più sostenibile un modello psichiatricocentrico nella clinica delle dipendenze, e che non sia più sostenibile l'esistenza di un "soggetto presunto

sapere" (J. Lacan), e di un soggetto presunto ignorante (l'utente). Questo postulato, nella nostra esperienza clinica, induce a considerare che:

1. è l'utente colui che sa, meglio di chiunque altro, quali siano i suoi vissuti, quali siano le sue aree di discontrollo emotivo e compulsivo, e quali siano gli obiettivi possibili a cui puntare in un trattamento terapeutico.

È questa la logica della *recovery*, oggi proposta a paradigma della prassi clinica in tema di dipendenze e non solo.

Non sarà indifferente, in termini di outcome, se l'utente sceglie come obiettivo di continuare a bere, magari soltanto riducendo l'entità del consumo e integrando tale condotta in una vita più produttiva socialmente;

2. il gruppo di lavoro e il case manager che prendono in carico l'utente lavorino in modo multidisciplinare e siano indipendenti dal terapeuta a cui invieranno l'utente.

Se uno psicoterapeuta fa parte del gruppo che definisce la diagnosi e l'invio, non può inviare l'utente a se stesso, poiché in tal caso la definizione della diagnosi e la correttezza dell'invio sarebbero viziati da interferenze di varia natura;

3. il Servizio ha il dovere, una volta definita una rappresentazione clinica e rappresentazionale complessiva, di comunicare all'utente quale trattamento vorrebbe proporgli.

Starà alla deontologia dei singoli professionisti del Ser.D. essere chiari, far comprendere bene all'utente che tipo di lavoro si intende fare con lui e per quale motivo.

L'utente è sempre il committente, è colui che conosce i nodi da sciogliere, e dev'essere colui che stabilisce i propri obiettivi terapeutici ed esistenziali, oltretutto valutarne gli esiti.

Noi sosteniamo che la diagnosi del gruppo di lavoro che definisce il Programma Terapeutico Individualizzato non debba essere una diagnosi su Asse I, né una diagnosi di Personalità, ma – in parallelo con il lavoro *multidisciplinare* dei Ser.D. – una rappresentazione de l'Aspetto Rappresentazionale Complessivo dell'utente.

Quando parliamo di ARC intendiamo riferirci all'insieme delle macro rappresentazioni integrate che fanno di quel soggetto un soggetto unico e specifico.

Pertanto, l'ARC è l'insieme delle catene rappresentazionali (*neuronal assemblies*) che costituiscono il sostrato neuronale delle memorie somatiche e psichiche inconscie dell'utente, delle sensazioni, emozioni, sentimenti, pensieri e atti che compongono l'unicità del soggetto.

Ne consegue che gli elementi di base da definire nelle intervistoni tra colleghi, e sui quali decidere l'*Invio Terapeutico Personalizzato* a questa o quella forma di trattamento, sono rappresentate da *dimensioni cliniche* e non da sintomi o *categorie* cliniche.

Nella nostra proposta, tali dimensioni sono quattro:

A) $\pm$ **regolazione delle pulsioni.**

Nella dimensione che va da un pervasivo discontrollo pulsionale fino a un eccellente controllo dell'abuso, nell'invio al trattamento si passerà:

- da moduli trattamentali residenziali a moduli semiresidenziali (gruppi appartamento, centro diurno), ambulatoriali o domiciliari;
- da moduli trattamentali di tipo gruppale a moduli familiari o individuali;
- da moduli trattamentali di tipo supportivo (gruppi di sostegno, contingency management, *et al.*) a gruppi psicoeducazionali (che D. Winnicott colloca nella cosiddetta "area terziaria", quando il soggetto è ancora incapace di reggere una relazione duale), a moduli psicoterapeutici dinamici o cognitivo comportamentali (quando invece il soggetto è capace di sostenere una relazione duale).

B) $\pm$ **coscienza del ARC (grado di autoconsapevolezza del soggetto).**

Nella dimensione che va da una configurazione psichica totalmente inconscia (è il caso di soggetti in fasi evolutive primarie, oppure di soggetti affetti da patologie organiche, da demenze, da intossicazioni irreversibili o da gravi deficit di organizzazione del Sé) a una configurazione psichica caratterizzata da una buona coscienza delle proprie pulsioni, emozioni, pensieri o condotte, passando da un minimo di autoconsapevolezza a un massimo di consapevolezza, l'invio transiterà:

- da moduli trattamentali residenziali a moduli semiresidenziali (gruppi appartamento, centro diurno), ambulatoriali o domiciliari;
- da trattamenti con agonisti e psicofarmaci a scalare o a mantenimento, fino alla dismissione di ogni farmaco (o al non utilizzo fin dall'inizio del trattamento di farmaci);
- da moduli trattamentali di tipo gruppale a moduli familiari o individuali;
- da moduli trattamentali di tipo supportivo (gruppi di sostegno, contingency management, *et al.*) a gruppi psicoeducazionali, a moduli psicoterapeutici cognitivo comportamentali o dinamici.

C) $\pm$ **capacità di legare l'oggetto.**

In questa dimensione, che va dall'estremo di una forte distruttività all'estremo di una forte capacità di mantenere buone relazioni oggettuali, nel determinare l'invio a questa o quella forma di trattamento si passerà:

- da moduli trattamentali residenziali a moduli semiresidenziali (gruppi appartamento, centro diurno), ambulatoriali o domiciliari;
- da trattamenti con agonisti e psicoanalitici, a scalare o a mantenimento, fino alla dismissione di ogni farmaco o al non utilizzo fin dall'inizio del trattamento di farmaci;
- da moduli trattamentali di tipo gruppale a moduli familiari o individuali;
- da moduli trattamentali di tipo supportivo (gruppi di sostegno, contingency management, *et al.*) a gruppi psicoeducazionali, a moduli psicoterapeutici cognitivo comportamentali o dinamici.

D) $\pm$ **capacità di simbolizzazione.**

Nello spettro dimensionale che va da un'estrema povertà espressiva a un'eccellente capacità espressiva, l'invio passerà parallelamente da:

- da moduli trattamentali residenziali a moduli semiresidenziali (gruppi appartamento, centro diurno), ambulatoriali o domiciliari;
- da trattamenti con agonisti e psicoanalitici, a scalare o a mantenimento, fino alla dismissione di ogni farmaco o al non utilizzo fin dall'inizio del trattamento di farmaci;
- da moduli trattamentali di tipo gruppale a moduli familiari o individuali;
- da moduli trattamentali di tipo supportivo (gruppi di sostegno, contingency management, *et al.*) a gruppi psicoeducazionali, a moduli psicoterapeutici cognitivo comportamentali o dinamici.

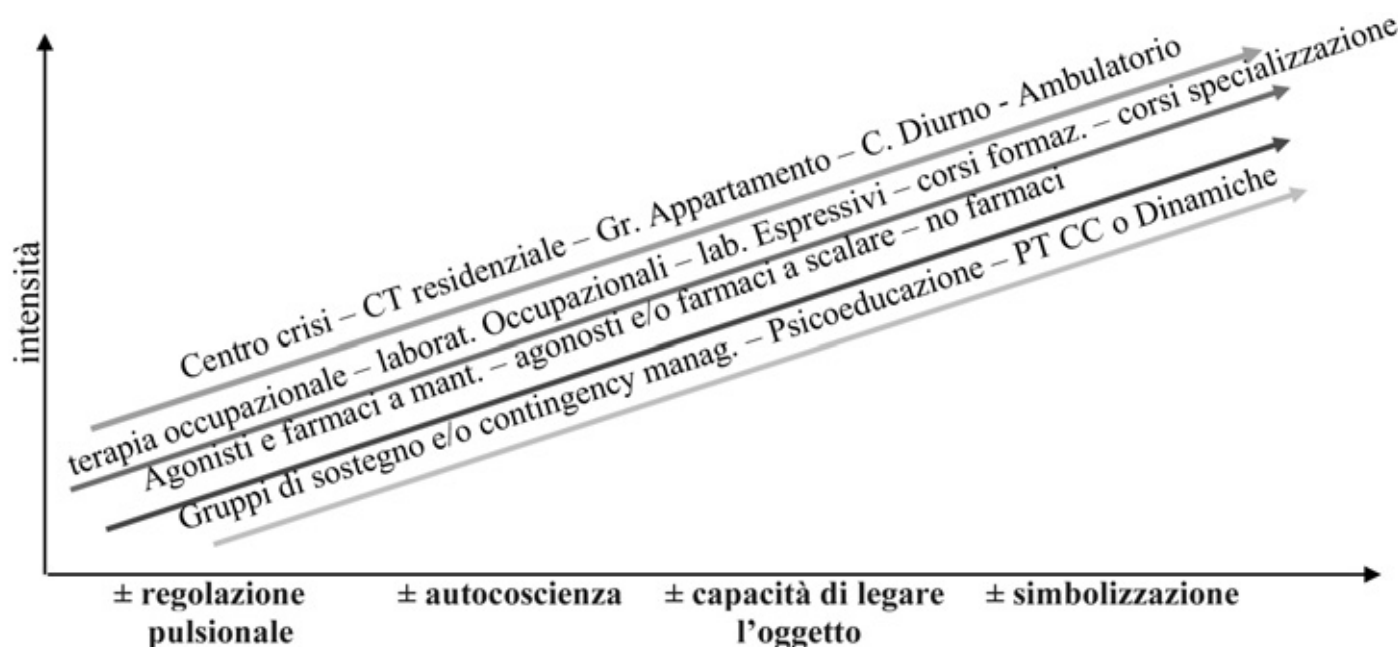
Combinando tra di loro in diverse configurazioni possibili gli elementi di base descritti, ne vengono fuori 4 invii ad altrettante possibili combinazioni trattamentali, che riguardano:

- a) intensità trattamentale esterna (ovvero, il setting di cura), la quale procede dal minimo dei trattamenti domiciliari al massimo di un inserimento in un Centro Crisi o in una Comunità residenziale, passando per i trattamenti semiresidenziali.

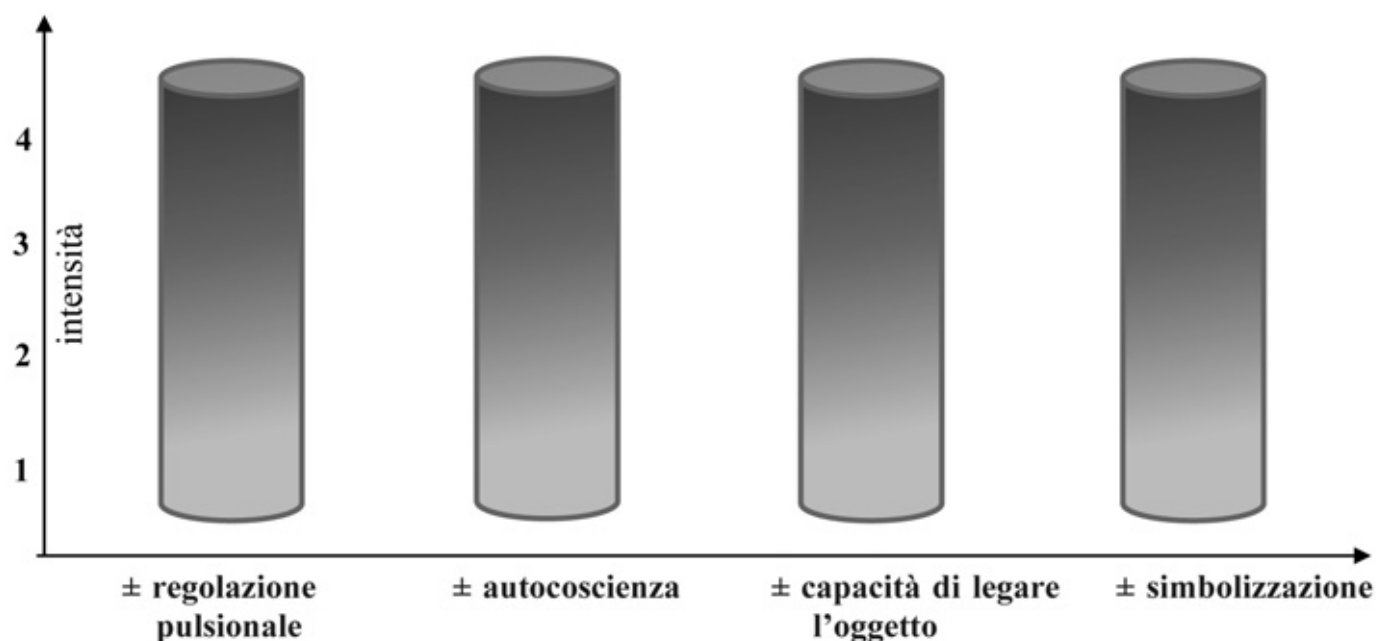
- denziali, ambulatoriali, per i gruppi appartamenti e i centri diurni;
- b) presenza/assenza di trattamenti sostitutivi e/o farmacologici, a scalare o a mantenimento;
 - c) riabilitazione psichiatrica, psicologica e relazionale, e reinserimento socio lavorativo, attuati con l'invio dell'utente a progetti di terapia occupazionale, oppure a laboratori di formazione, oppure con l'assegnazione di borse lavoro, o infine attraverso corsi di formazione specialistica;

d) intensità trattamentale interna, ovvero quel lavoro sulle difese (di tipo adattativo o trasformativo) che va dai trattamenti sul corpo ai gruppi psicoeducazionali, ai trattamenti psicoterapeutici, dinamici o cognitivo comportamentali.

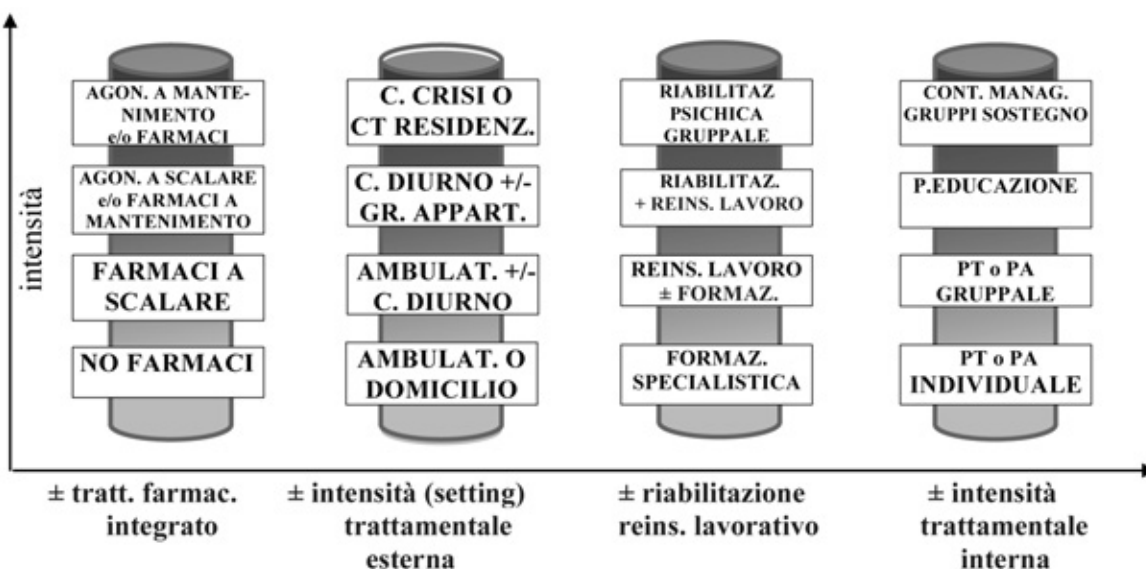
Ecco una rappresentazione diagrammatica dell'aumento dell'intensità trattamentale per ciascuna delle dimensioni del soggetto esplorate durante la diagnosi multidisciplinare:



Qui di seguito, un istogramma che rappresenta l'incremento di intensità trattamentale per ciascuna delle quattro dimensioni esplorate in fase di diagnosi multidimensionale:



Qui sotto, invece, un secondo istogramma che rappresenta i diversi trattamenti farmacologici, i vari setting di cura, le differenti attività riabilitative e le differenti psicoterapie possibili per ciascuna delle dimensioni esplorate:



Ebbene, sovrapponendo i due istogrammi a quattro dimensioni, ne emergono **cluster clinici** che indirizzano il Servizio ad altrettanti invii terapeutici, ovvero ad altrettanti piani terapeutici integrati:

CLUSTER 4 (massima gravità, 4)

Pazienti con ARC di tipo inconscio, scarsa simbolizzazione, scarsa capacità relazionale e regolazione pulsionale.

Si tratta di utenti gravi, tipicamente in fase di scompenso tossicomane ed esistenziale, incapaci di essere gestiti a domicilio o in ambulatorio, caratterizzati da estrema povertà rappresentazionale, grave discontrollo degli impulsi, continui agiti distruttivi, e per i quali l'obiettivo trattamentale (auspicabilmente condiviso con l'utente) sia innanzitutto la stabilizzazione del controllo degli impulsi, la riduzione degli agiti distruttivi e il rientro della crisi. In tal caso, l'invio sarà a un trattamento integrato che preveda:

- inserimento in Centro Crisi o CT residenziale;
- agonisti a mantenimento o a scalare e/o farmaci a mantenimento o a scalare;
- riabilitazione gruppe attraverso l'inserimento in laboratori di ergoterapia o terapia occupazionale;
- inserimento dell'utente in gruppi di sostegno o contingency management.

CLUSTER 3 (gravità media, 3)

Si tratta di pazienti con ARC di tipo inconscio, con una qualche capacità di simbolizzazione, con una iniziale capacità di legare l'oggetto e un discontrollo degli impulsi sporadico ma senza agiti distruttivi.

In questo caso l'invio potrà essere a un trattamento integrato che preveda:

- trattamento residenziale breve, o inserimento in gruppo appartamento;
- trattamento farmacologico con agonisti e/o farmaci a scalare;
- riabilitazione psichica attraverso inserimento in laboratori espressivi o lavorativi o corsi di formazione;
- inserimento dell'utente in gruppi psicoeducativi.

CLUSTER 2 (bassa gravità, 2)

Pazienti con sufficiente coscienza di Sé, sufficiente capacità di legare l'oggetto, sufficiente simbolizzazione e buona regolazione pulsionale (abuso contenuto o assente).

In tal caso, l'utente potrà essere inviato a un trattamento integrato che preveda:

- inserimento in gruppo appartamento, o in C. Diurno, oppure presa in carico ambulatoriale;
- eventuale trattamento farmacologico, a scalare fino a zero;
- trattamento psicoterapico di gruppo o individuale, di tipo cognitivo comportamentale o dinamico a seconda degli obiettivi decisi dall'utente;
- percorsi di laboratori formativi e/o espressivi e/o borse lavoro.

CLUSTER 1 (gravità minima 1)

Pazienti con buona autocoscienza, buone capacità espressive, buone capacità di stabilire e mantenere relazioni duali, ma presenza di angosce e/o abuso saltuario.

In tal caso, l'invio potrà essere a un trattamento integrato che preveda:

- una presa in carico ambulatoriale o domiciliare;
- partecipazione a moduli abilitativi che prevedano corsi di specializzazione o inserimento lavorativo;
- invio dell'utente a psicoterapie individuali di tipo dinamico o cognitivo comportamentale, a seconda degli obiettivi decisi dall'utente.

Conclusioni

Nel nostro studio, abbiamo discusso delle cosiddette prove di efficacia dei diversi trattamenti utilizzati nella clinica delle dipendenze. Abbiamo chiarito come tutti i tipi di trattamenti possono essere utili per un Servizio.

La differenza tra la confusione e l'organizzazione funzionale sta nella definizione di linee guida che a seconda dell'Assetto Rappresentazionale Complessivo dell'utente e dei modelli operativi a disposizione del Servizio possano inviare correttamente e specificamente questo o quell'utente a questa o quella forma di terapia psicologica.

Abbiamo proposto delle linee guida e un modello di invio al trattamento integrato dell'utente in carico ai Ser.D.

Le differenze tra le psicoterapie sono una ricchezza. È un bene avere un ventaglio ampio di tecniche a disposizione dei Servizi. Occorre formare operatori che, oltreché preparati in qualche forma di terapia, siano onesti e capaci di organizzare **percorsi di invio non evidence based ma client based**.

Sex addiction: fenomeno in evoluzione

Luca Rossi*

SUMMARY

■ *Sex addiction is a progressively growing phenomenon, both from diagnostic point of view – in constant updating in mental disorders manuals – and for the ever growing number of patients searching for an answer and a help from trained specialists to face the pathology. This is related to the easier and bigger availability of pornographic material for young people, thanks to the wide spreading of fast internet connection in rich countries. Every person tries sex in his life and sexual behaviour produces one of the biggest spreading of dopamine, linked with the contemporary presence of adrenaline and endogenous opioids such as endorphins and dynorphins, that make sexual experience incomparable to most other usual experiences. According to the little scientific literature on the phenomenon, sex addiction comes out in late adolescence and rises with the growing of age, with a consequent both physical and psychic decline of the patient. Sex addicted people are often married with children, or they will to have, and well inserted in their communities. They feel a strong duplicity toward sexual pleasure: they feel a strong uncontrollable attraction and, after reaching the orgasm, they come throughout pain, confusion and bad mood. In order to make a sex addiction diagnosis, clinical interviews and specific tests are used as well. Sex addiction has peculiar characteristics and needs a specialistic help. ■*

Keywords: Sex addiction, Diagnosis, Treatment, Dopamine, Pleasure.

Parole chiave: Sex addiction, Diagnosi, Trattamento, Dopamina, Piacere.

Publicato online: 30/12/2021

Introduzione

Dagli anni novanta, gli interventi clinici offerti dai Ser.T. prevedono la presa in carico di pazienti che presentano un uso di sostanze stupefacenti illegali, un abuso o dipendenza da sostanze legali o illegali.

Da circa una quindicina di anni diversi Servizi sul territorio hanno intrapreso il trattamento dei giocatori d'azzardo patologici, spronati dalla letteratura scientifica che sottolineava come un comportamento che per molti risulta sociale e positivo, potesse trasformarsi in una patologia. Solo a partire dal 2017 il trattamento dei giocatori patologici è rientrato nei LEA venendo riconosciuta come patologia di cui il Sistema Sanitario Nazionale deve occuparsi.

Progressivamente negli ultimi anni, alcuni Servizi hanno preso in carico pazienti con problematiche ricollegate al sesso, spesso riconducibili a disturbi dell'erezione, disturbi del desiderio, anorgasmia ecc. più raramente soggetti con un abuso o dipendenza da tale comportamento portando diversi pazienti a sperimentare sedute con psicoterapeuti, sessuologi, urologi e/o andrologi con la speranza, frequentemente disattesa, di trovare una cura o una soluzione ad un desiderio morboso ed incontrollato di fare sesso. Di per sé il sesso risulta essere un bisogno fisico e mentale. Grazie all'ottimo sistema della ricompensa perfezionato dall'evoluzione, gli esseri sessuati, compreso l'uomo, adottano un comportamento che attiva dopamina, adrenalina, oppioidi endogeni con conseguente forte sensazione di piacere.

Importante sottolineare come indipendentemente dalla consapevolezza che da un rapporto sessuale tra una donna e un uomo possa crearsi una nuova vita, siamo arrivati ai giorni nostri trasportati dall'esigenza di soddisfare un piacere.

Solo 10.000 anni orsono (Andreoli, 2015), una popolazione della Mesopotamia, in precedenza nomade per necessità di procacciare cibo, è diventata sedentaria e ha sperimentato la coltivazione in modalità più strutturata. Progressivamente associando la semina, con l'introduzione del seme nel terreno e un periodo per farlo germogliare con conseguente nascita della pianta, all'atto sessuale con il passaggio di un liquido dal maschio a un terreno fertile (la donna) e dopo nove mesi l'arrivo di una nuova vita, i nostri avi hanno scoperto il meccanismo della riproduzione. Prima di allora senza nessuna conoscenza fisiologica, gli esseri umani si sono riprodotti portando avanti la specie.

Tutto ciò che in qualche modo determina piacere può sfociare in abuso e/o in una dipendenza; che sia una sostanza a determinarlo o un comportamento, non cambia.

Mangiare cibi particolarmente calori, giocare d'azzardo, fare sesso e per i mammiferi accudire può comportare in alcuni soggetti una progressiva perdita di controllo dell'atto, trasformandolo da una scelta consapevole ad una necessità impellente ed irrinunciabile. Risulta poco probabile abusare o essere dipendenti da qualcosa che non comporta piacere. Il sistema della ricompensa lavora nel fissare una determinata esperienza come piacevole e ci spinge a ripeterla dopo un certo lasso di tempo.

Il sesso più di altri comportamenti riveste una forte attivazione di dopamina. Durante la fase di eccitazione, grazie alla via meso-

* Psicoterapeuta, Sessuologo Clinico, Ser.D. ASL TO3.

limbica che permette il passaggio della dopamina dalla sostanza nigra e dall'area tegmentale ventrale al nucleo accumbens, sperimentiamo il piacere. Tale sensazione viene poi fissata a livello della corteccia prefrontale e tradotta come strategia atta a ritrovare la modalità per risperimentarlo.

A differenza di altri piaceri, durante l'orgasmo si attivano anche oppioidi endogeni, quali l'endorfina e la dinorfina. Per completare questo già ottimo cocktail viene aggiunta una dose variabile di adrenalina sintetizzata dal surrene. L'esito è un livello di piacere non eguagliabile da nessun altro comportamento e verosimilmente sostanza utilizzata.

Chi sono i sex addicted?

Il fenomeno della sex addiction risulta poco studiato. Scarse sono le ricerche e i dati raccolti. Si stima che sia una patologia più presente negli uomini: ne soffre circa 6% della popolazione maschile contro il 3% di quella femminile (Carnes, 1991). Solitamente sono soggetti con un'età variabile tra i 15 e 70 anni con maggior frequenza nella fascia 30/40. Ben inseriti a livello sociale, vivono in coppia spesso con figli o con il desiderio di averne. I/le compagni/e dei pazienti, malgrado la consapevolezza della patologia rimangono accanto al sex addicted riportando al contempo nei colloqui la loro fatica, ed il senso di colpa spesso ingiustificato di essere corresponsabili di quanto accade.

I sex addicted vivono una sorta di doppia vita: da una parte sono persone affettive, attente ai bisogni degli altri, empatiche. Malgrado la dipendenza, ottengono discreti risultati nei contesti lavorativi, sovente praticano sport e hanno un buon numero di hobby. Dall'altra, durante la fase di craving, diventano soggetti esclusivamente orientati alla ricerca del piacere sessuale, meglio se estremo e se arricchito da una forte componente adrenalinica. Empatia, fedeltà, accudimento lasciano spazio al bisogno di dopamina come unico scopo di vita. Distaccati dal pensiero delle conseguenze durante la fase di attivazione sessuale, al termine del comportamento si percepiscono disorientati, perplessi e con forte senso di colpa: la vergogna la fa da padrone fino al successivo emergere del craving.

Fenomeno in espansione?

Come si diventa sex addicted? La letteratura non ha ancora chiarito dettagliatamente i parametri alla base della trasformazione di un meccanismo evolutivo funzionale ed efficace in una patologia con forte componente di sofferenza.

Una possibile spiegazione si ritrova negli approcci preadolescenziali/adolescenziali con il sesso. Sovente i pazienti ripercorrono le prime esperienze connotate da incontri occasionali con materiali per adulti, conservati in casa o condivisi con amici. Con un'età variabile dai 12 ai 16 anni, privi o scarsi di conoscenze sulla tematica sessuale per mancanza di confronto con genitori e adulti sull'argomento o educati a concepire il sesso come qualcosa di sporco ed inopportuno, entrano in contatto con un mondo fatto da forti "stimolatori" che scatena in loro reazioni sconosciute ed al contempo estremamente piacevoli. Smarriti, spaventati, ricercano progressivamente ulteriore materiale e stimoli che possano permettergli di risperimentare sensazioni intense.

A complicarne ulteriormente il quadro è la tipologia del materiale. Pratiche sessuali estreme, più partecipanti alle sessioni sessuali, durate infinite dell'amplesso, facilità nei filmati ad attivare un comportamento sessuale tra persone che si conoscono da pochi istanti, creano nel preadolescente delle aspettative che

verosimilmente verranno disattese nella realtà. Viene a crearsi una sorta di discrepanza tra mondo esterno e mondo cartaceo/virtuale. In alcuni soggetti vi è un progressivo disinteressamento del rapporto con i coetanei soprattutto se finalizzato all'atto sessuale.

Il mondo virtuale offre maggiore disponibilità, anonimato, rapidità nel concretizzare l'atto, stimoli più "potenti" e svincola l'individuo da possibili insuccessi. Difficile poi per alcuni adolescenti riscoprire il piacere del sesso con coetanei, essendo anche prime esperienze, spesso solo parziale soddisfacenti.

A complicare l'attuale quadro, secondo alcuni studi (Telefono Azzurro, 2017; Eu Kids Online, 2010) l'accesso a materiale pornografico avviene sempre più in giovane età, grazie anche all'utilizzo di dispositivi costantemente collegati al web.

Internet può trasformarsi in una sorta di distributore inesauribile di stimoli sessuali gratuiti, fruibili da chiunque, ovunque ed in qualsiasi momento della quotidianità.

Il piacere dettato dal sesso progressivamente acquisisce nella vita del soggetto più significati: non solo una gratificazione contestualizzata nell'arco della giornata o della settimana, ma una sorta di soluzione per diverse situazioni di disagio.

Noia, preoccupazioni, difficoltà relazionali, insuccessi, solitudine trovano nel sesso un'efficace azione per contrastarli e sopravvivere ad essi. Si evince come l'atto sessuale perda, con il trascorrere dei mesi e degli anni, più l'aspetto di condivisione di piacere con una persona *speciale* e diventi comportamento pressoché solitario, autoprodotta e vissuto con sempre più ambivalenza e disorientamento.

Secondo alcune ricerche (Reisman, 2003) l'utilizzo marcato di materiale pornografico, soprattutto negli adolescenti risulta responsabile dell'attivazione di forti reazioni emotive che a loro volta alterano la configurazione della struttura cerebrale e delle funzioni cognitive del soggetto.

In parallelo all'aspetto esperienziale, la componente genetica gioca un ruolo rilevante nella determinazione della sex addiction. Come per altre dipendenze una spiegazione rispetto alla maggior predisposizione nel acquisire, durante la propria storia di vita, un comportamento additivo deriva da una alterazione della sensibilità recettoriale alla dopamina (Comings *et al.*, 1998; Noble, 1998) ed in parallelo da una compromissione del sistema della serotonina (Nakamura *et al.*, 1999).

In alcuni soggetti, di fronte ad un craving marcato ed ad una quantità pressoché inesauribile di stimoli sessuali emerge una sorta di attivazione di un meccanismo che va ad autoalimentarsi, creando però alla lunga nell'individuo forti reazioni emotive contrastanti e un disagio sempre più marcato.

Una patologia progressivamente riconosciuta?

Malgrado quanto appena affermato, la diagnosi da abuso o dipendenza da sesso ha tardato molti anni prima di essere riconosciuta. A partire dal DSM III si introduce il concetto di disagio "derivato da un continuo tentativo di conquiste sessuali o comunque forme di dipendenza sessuale non riconducibili alle parafilie, in cui il tema ricorrente sono le persone viste come oggetti sessuali" (Morgese, 2015). Manca una diagnosi specifica ed una descrizione sintomatologica dettagliata ad essa associata. Anche con l'uscita del DSM IV non si fanno passi avanti; la sex addiction rimane una patologia in secondo piano non ben definita, accennata come aspetto marginale senza una categoria specifica dedicata.

Con la pubblicazione del DSM V la diagnosi di sex addiction scompare in modo radicale dal manuale, a detta degli autori per "mancanza di studi e approfondimenti sul fenomeno".

Discorso diverso per quanto riguarda l'ICD. Nella decima edizione del volume, la patologia in oggetto viene inserita in una categoria a se stante chiamata "ipersessualità" distinta e separata dalle dipendenze. Risulta inoltre interessante la puntualizzazione descritta nel manuale tra soggetto che ne soffre di sesso maschile (satiriasi) e soggetto femminile (ninfomania).

Le motivazioni per tale distinzione tra ipersessualità e dipendenza è riconducibile secondo gli esperti al bisogno che spinge l'individuo a mettere in atto un comportamento sessuale: nel comportamento dettato dalla dipendenza, il piacere risulta il motore scatenante mentre nell'ipersessualità, è più connotato su di un versante autocurativo, dove il sesso risulta una strategia per combattere ansie e preoccupazioni.

Per completezza di indagine va considerato inoltre che la difficoltà nel fare diagnosi è sovente riconducibile alle caratteristiche della patologia: trattandosi di un disturbo prevalentemente egosintonico, il disagio viene spesso portato all'attenzione dei clinici da parte dei partner e non del soggetto che ne soffre.

Una prima indagine viene svolta con il compagno/a del paziente per individuare la possibile sintomatologia. Solo a quel punto il paziente riconosce o diventa parzialmente consapevole della patologia. L'undicesima edizione dell'ICD, inserisce la sex addiction nella categoria del disturbo del controllo degli impulsi specificando che: "emerge una perseverante incapacità di controllare gli impulsi sessuali vissuti come intensi e ripetitivi. Tale disagio è presente per un periodo di almeno sei mesi ed altera in modo marcato l'equilibrio personale, familiare e professionale del soggetto intaccando importanti aree di funzionamento" (Shane, 2018).

Altrettanto interessante è l'ipotesi formulata da *Eli Coleman et al.* (2003), che individuarono una sorta di correlazione tra la sex addiction ed il Disturbo Ossessivo Compulsivo. Apparentemente in entrambe le categorie diagnostiche coesistono fantasie e pensieri ricorrenti che compromettono la quotidianità dei soggetti che ne soffrono. L'aspetto che però si discosta tra le due patologie è la funzione di questi pensieri.

Nella sex addiction la fantasia viene alimentata dal paziente, accentuata fino al raggiungimento dell'orgasmo.

Nel disturbo ossessivo compulsivo il paziente cerca di far fronte al pensiero intrusivo con il comportamento, con l'obiettivo di gestirlo ed eliminarlo (Schwartz *et al.*, 2003).

In parallelo anche l'ipotesi della sex addiction come dipendenza acquisisce sempre più rilevanza. Già nel 1978 *James Orford* individuò caratteristiche sovrapponibili tra dipendenza da sostanza e sex addiction.

Fenomeni quali craving, tolleranza e astinenza erano presenti in entrambe le categorie.

Inoltre il sesso per il sex addicted come la sostanza per l'addicted spesso assumono la funzione autocurativa o compensativa di fronte a diverse tipologie di problemi vissuti nel quotidiano dal paziente.

A prescindere dalla categoria più appropriata in cui inserire il disturbo, vengono in aiuto ai professionisti due test che assieme ad un approfondito colloquio clinico con il paziente ed il partner, possono fornire un quadro più completo a livello diagnostico.

Il Test Sesamo (*Sexuality Evaluation Schedule Assessment Monitoring*; Boccadoro, 1996) una volta somministrato offre una dettagliata e completa descrizione dell'esperienza sessuale del soggetto. Anche il Sexual Addiction Screening Test (SAST) ideato dal Dr. Carnes, direttore del Sexual Disorder Service all'Istituto Meadows in Arizona (USA) contribuisce a distinguere individui compulsivi, a rischio o con una buona vita sessuale. Quest'ultimo è composto di 25 items con risposta dicotomica sì/no e risulta attendibile anche per la popolazione italiana.

Conclusioni

La sex addiction è fenomeno in evoluzione su più piani a partire dalla diagnosi.

Negli ultimi quindici anni abbiamo assistito al tentativo di inserire la patologia in contenitori diagnostici verosimilmente non idonei, funzionali per altre categorie di dipendenze o di disturbi psichici ma poco selettivi ed esplicativi rispetto ad un fenomeno caratterizzato da sintomi specifici, da un disagio attivato da stimoli che fanno parte della quotidianità dell'individuo, da comportamenti ricercati ed accettati a livello sociale, che poi si trasformano in sofferenza per il paziente con conseguente ritiro sociale, percezione di vergogna e forte senso di inadeguatezza. La vita di coppia viene messa a dura prova e sovente cede di fronte ad una ricerca di un piacere che non ha eguali in natura ma che poi, se vissuta in modo alterato, lascia cicatrici marcate nell'identità del sex addicted.

Fenomeno in evoluzione a livello di aumento del numero di persona coinvolte spiegato anche in relazione alla quantità di stimoli sessuali disponibili, all'età sempre più precoce a cui si accede al mondo di internet e a materiale pornografico, alle aspettative spesso smentite di pratiche sessuali "estreme" difficilmente riscontrabili nella realtà.

Come riporta l'*International Journal of Developmental and Educational Psychology*, il primo approccio a materiale pornografico attraverso Internet avviene a 12,1 anni e si stima che grazie all'accesso a dispositivi elettronici sempre più in giovane età, le prime esperienze virtuali saranno sempre più precoci (nativi touch?). Fenomeno in evoluzione rispetto alla presa in carico dei pazienti che coinvolge progressivamente alcuni Ser.D. sul territorio, con sempre più la necessità, come è successo anni orsono per il trattamento dei giocatori d'azzardo, di formare personale dedicato, con percorsi specifici e aggiornamenti continui.

Utile dedicare maggiore spazio alla ricerca del fenomeno, approfondire il mondo del sex addicted, comprenderne sempre più l'identità ed il disagio, favorendo la costruzione di modelli di intervento ancora più efficaci e validi da adottare in fase di trattamento.

Bibliografia

- Andreoli V (2015). *Ma siamo matti. Un Paese sospeso fra normalità e follia*. Rizzoli.
- Carnes P. (1991). *Don't call it love: Recovering from sexual addiction*. New York: Bantam Books.
- Coleman E. *et al.* (2003). Masturbation as a means of achieving sexual health. Eu Kids Online 2010 www.eukidsonline.net.
- International Journal of Developmental and Educational Psychology (2014).
- Kingston *et al.* (2008). *Pornography Use and Sexual Aggression: The impact of frequency and type of pornography use on recidivism among sexual offenders*.
- Manzoni A. (2015). *Sex Addiction: assessment e classificazione diagnostica. Una diagnosi di difficile inquadramento*.
- Morgese M. (2015). *Open School Studi Cognitivi*.
- Orford J. (1978). Hypersexuality: implications for a theory of dependence. *Br J Add.*
- Ricerca Telefono Azzurro 2017 pornografia negli adolescenti.
- Reisman J.A. (2003). *The Psychopharmacology of Pictorial Pornography Restructuring Brain, Mind & Memory & Subverting Freedom of Speech*.
- Shanew K. (2018). *Edith Nourse Rogers Memorial Veterans Hospital*. Bedford, MA, USA.
- Schwartz S.A., Abramowitz J.S. (2003). Are non-paraphilic sexual addictions a variant of obsessive compulsive disorder? A pilot study. *Cognit Behav Pract.*

La funzione di contenimento delle comunità terapeutiche durante la pandemia Covid-19

Antonio Simula*, Francesca Andreoli*

SUMMARY

■ Introduction

The response of therapeutic communities (TCs) to the pandemic emergency has not yet been studied in depth, despite the fact that the Istituto Superiore di Sanità (Higher Institute of Health) has stressed the close relationship between the pandemic and substance and behavioural addictions: while on the one hand, the Covid-19 context has aggravated problems of mental distress and led to an increase in the consumption of alcohol, psychotropic drugs and other substances, on the other hand, drug-addicted individuals and/or those with a psychiatric diagnosis, given their greater socio-sanitary vulnerability, run a greater risk of becoming infected and developing severe complications.

Method

The C-O-V-I-D experimental research measured the effectiveness of the measures taken by the TCs to combat infection and assessed the coping skills of guests and operators through the administration of paper and online questionnaires and interviews. The study, conducted between November 2020 and January 2021, involved 134 guests and 97 operators from 12 therapeutic communities belonging to the Italian Federation of Therapeutic Communities specialised in the treatment of patients with dual diagnosis.

Results

The measures for the prevention of Sars-CoV-2 infections adopted by the TCs were evaluated as effective by all the operators interviewed. This perception was reflected in the low number of positive cases in the TCs. However, physical distancing, the use of personal protective equipment and preventive and restrictive quarantines partially compromised the provision of care services. The majority of patients expressed nonetheless satisfaction with the support they received from caregivers and felt that they maintained a stable level of well-being. Caregivers experienced anxiety, fear, uncertainty and stress generally more than patients. The main critical elements were the poor collaboration with other territorial services and the lack of clear provisions and support from the competent authorities.

Conclusions

The TCs seem to have been a valid tool to contain the spread of the infection and the exacerbation of already compromised clinical pictures. The operational tools and personal resources deployed by the operators have made it possible to effectively manage the patients' emotional experiences. It seems desirable to give continuity to research and monitoring actions of the practices experimented in the TCs, with the aim of identifying possible improvement actions and creating a shared knowledge among the actors of the sector. ■

Keywords: *Therapeutic communities, Sars-CoV-2, Pandemic emergency, Measures for the prevention of Sars-CoV-2 infections.*

Parole chiave: *Comunità terapeutiche, Sars-CoV-2, Emergenza pandemica, Misure per la prevenzione delle infezioni da Sars-CoV-2.*

Il lavoro di ricerca dal titolo “La funzione di contenimento delle comunità terapeutiche durante la pandemia Covid-19” vuole porre attenzione all’operato e al vissuto delle Comunità Terapeutiche (da ora in poi “CT”) a doppia diagnosi nel periodo storico in cui ci troviamo.

L’analisi da cui si è partiti, incentrata sui bisogni e sul contesto, ha evidenziato/sottolineato la necessità di comprendere la gestione, l’operato e l’impatto dell’emergenza sanitaria all’interno delle CT. Secondo diversi studi scientifici condotti dall’Istituto Superiore di Sanità e dal Ministero della Salute, il contesto dei servizi socio-sanitari è uno dei contesti più a rischio dovuto sia alla possibilità del personale operante di contrarre la malattia sia

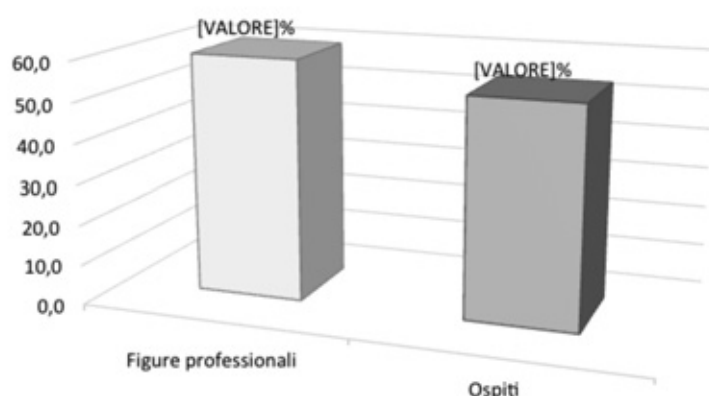
* Centro Trentino di Solidarietà.

agli effetti psicosociali legati all'impatto che la pandemia ha avuto sulle figure professionali e al loro adeguamento nella gestione e nell'organizzazione del lavoro stesso. Risulta pertanto fondamentale offrire sostegno e supporto agli operatori delle CT, favorendo una buona condivisione e collaborazione *inter eos* e fornendo loro le linee guida per ridurre gli effetti psicosociali sul lavoro e tutelare e preservare il benessere proprio e altrui.

La ricerca sperimentale C-O-V-I-D è stata condotta nel periodo fra novembre 2020 e gennaio 2021, in collaborazione con il Centro Ricerca&Studio del CTS (Centro Trentino di Solidarietà) e le comunità terapeutiche per la cura di persone a doppia diagnosi appartenenti alla FICT (Federazione italiana delle Comunità Terapeutiche), situate prevalentemente nelle regioni del Nord e del Centro Italia. Mediante lo studio si è valutata la capacità di *coping* della pandemia da parte degli ospiti e delle figure professionali delle CT e la capacità di gestione e di contenimento del virus Sars-Cov2 all'interno delle strutture.

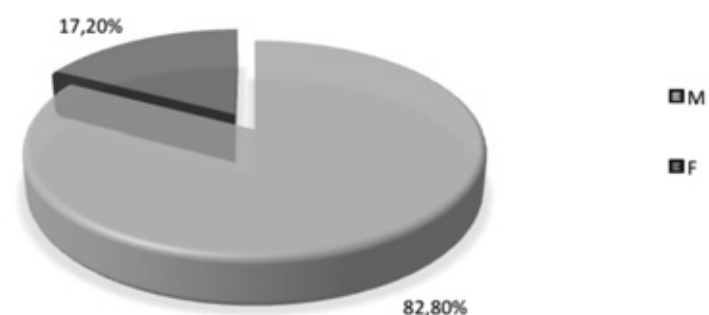
L'indagine è stata condotta durante la pandemia Covid-19 nel periodo post lockdown mediante un questionario online sviluppato tramite Google Forms. Gli item di tutte le domande hanno permesso di valutare la percezione del partecipante dall'inizio dell'emergenza. Si è deciso di utilizzare due canali di compilazione differenti: per le figure professionali è stata richiesta la compilazione attraverso la piattaforma, per gli ospiti invece le copie dei questionari sono state stampate, compilate e inviate loro tramite e-mail. Di seguito si riporta la percentuale di partecipazione all'indagine.

Partecipazione all'indagine



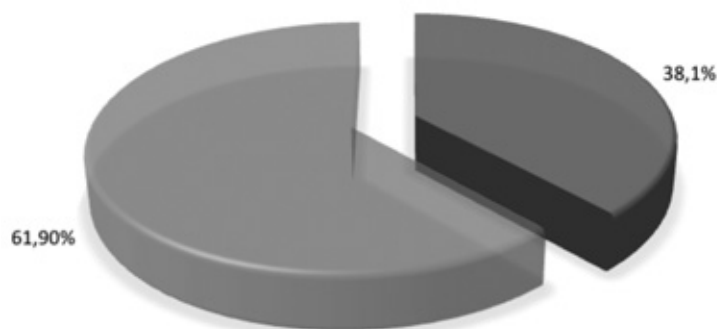
Come si deduce dal grafico sottostante la maggioranza degli ospiti è di genere maschile, le donne rappresentano solo il 17,2% della popolazione in esame.

Genere degli ospiti intervistati



Al contrario, il 61,9% degli operatori è di genere femminile, mentre il 38,1% è di genere maschile.

Genere delle figure professionali intervistate



Durante il lockdown le comunità sono state riorganizzate in base alle misure imposte dal Governo per garantire in sicurezza il proseguimento dei percorsi terapeutici. Anche la collaborazione con le realtà locali e il mondo del volontariato si sono dovute fermare. Ciò ha comportato disagi tra gli ospiti ed è emersa la difficoltà nel mantenimento degli equilibri interni, talvolta precari.

È apparso necessario preservare e tutelare il benessere dell'ospite e del lavoratore, al fine di rendere più sicuro e professionale un contesto di lavoro in cui le figure professionali possano agire, progettare e realizzare interventi efficaci con risultati trattamentali significativi nel trattamento con gli ospiti.

In ragione a ciò si è deciso di formulare item specifici per indagare e valutare gli interventi adottati nel controllo e gestione della diffusione del virus Sars-Cov2.

Per quanto riguarda le figure professionali alla domanda: "In generale le misure adottate dalla vostra comunità e dai protocolli nazionali sono stati funzionali ed efficaci?" il 100% ha risposto affermativamente.

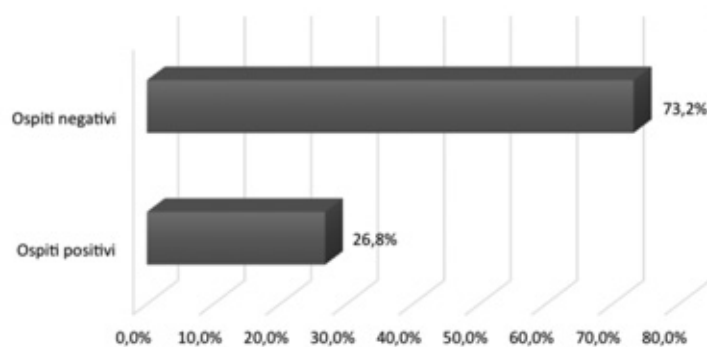
Per quanto riguarda gli ospiti alla domanda "Le indicazioni relative al contenimento e alla diffusione del virus sono state chiare e continue?" il 44,4% degli intervistati sostiene che le indicazioni relative al contenimento e diffusione del virus sono state molto chiare, il 40,6% invece abbastanza. Per il 42,9% degli ospiti le soluzioni adottate relative alla prevenzione e al controllo della diffusione sono state abbastanza funzionali ed efficaci mentre per il 38,3% molto funzionali.

Lavorare all'interno delle comunità terapeutiche richiede in generale delle competenze di gestione del lavoro e dell'utenza, organizzazione, programmazione e valutazione del lavoro svolto.

In una situazione d'emergenza come quella che abbiamo vissuto, le figure professionali hanno dovuto soprattutto mettere in gioco la loro formazione, usufruire di momenti di riflessione intorno agli interventi e strategie, essere flessibili e adeguarsi alle varie dinamiche e situazioni lavorative ed adottare uno sguardo attento e critico verso i propri stati emotivi interni e quelli dei propri ospiti presi in carico.

Come si verifica attualmente nella società, anche all'interno delle CT è stato necessario ricorrere alla quarantena come intervento preventivo e contenitivo nel contrasto della diffusione della pandemia. Si è dimostrato necessario modificare gli spazi identificando un'ala lontana e distaccata dalle attività della comunità e dell'organizzazione interna dove sono state messe in isolamento preventivo le persone inviate dai Servizi territoriali prima di accedere in CT.

Virus Sars-Cov2 nelle CT



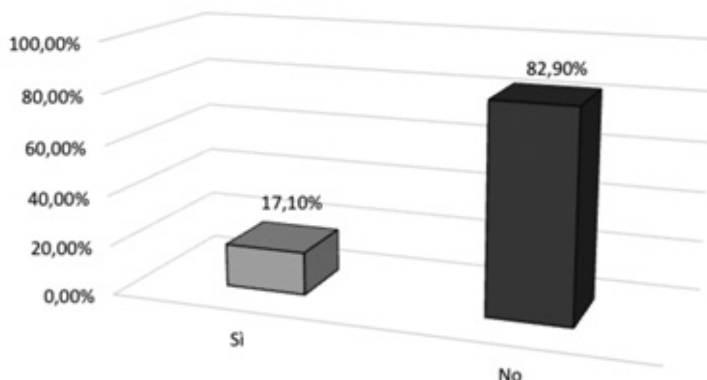
Da un'analisi più specifica in cinque comunità si sono verificati casi limitati di Covid-19 (cioè uno, massimo due persone), tranne in una comunità del Centro Italia in cui i casi sono stati più frequenti (ogni 15 giorni).

Per quanto riguarda i sintomi emotivi, comportamentali e cognitivi delle figure professionali operanti nelle comunità terapeutiche italiane, la maggior parte degli operatori ha provato abbastanza paura (40%) e molta paura (24,2%) di contagiare amici/parenti o colleghi, a differenza degli ospiti che affermano che la paura di contagiare gli altri è stata sentita poco e niente. La paura di aver contagiato gli altri, l'incertezza, nervosismo e l'ansia sono emozioni provocate e giustificate dall'aver vissuto una pandemia. Appare evidente che per questa categoria di intervistati la pandemia abbia portato a vivere più sintomi emotivi piuttosto che sintomi cognitivi e/o comportamentali, a differenza da quanto è emerso da alcuni studi in cui l'aumento di tali problematiche è riconducibile sia agli ospiti sia alle figure professionali.

Sono state indagate anche le difficoltà che hanno incontrato gli ospiti durante il lockdown che generalmente fanno parte del normale percorso in una comunità terapeutica ma che in alcuni casi sono nuove, nate come conseguenza di un periodo caratterizzato da forti cambiamenti e restrizioni.

Si riportano di seguito le principali difficoltà emotive/psicologiche degli ospiti amplificate durante la pandemia: mantenere la giusta motivazione, capire le regole comunitarie, accettare il tempo di percorso, gestire lo stress emotivo, l'ansia, l'impulsività e il nervosismo, difficoltà di accettarsi e di relazionarsi, pazienza, nostalgia, malinconia, solitudine, lucidità, non assumere sostanze. Appare fondamentale soffermarsi sulla potenziale ricaduta degli ospiti sia all'interno sia all'esterno della CT.

Durante questo periodo storico è stato soggetto a ricadute all'interno o all'esterno della comunità?



Nel periodo di pandemia, in particolar modo, le comunità terapeutiche hanno svolto un ruolo di contenitore, non solo nel contrastare la diffusione del virus, ma soprattutto nel fungere da contenitore psicologico ed emotivo.

Nonostante la pandemia abbia messo in crisi alcuni aspetti fondamentali del lavoro in CT, le comunità hanno saputo utilizzare gli strumenti a propria disposizione per far fronte alle criticità. Come emerge dalle testimonianze degli operatori, il lavoro nelle comunità terapeutiche non è così semplice poiché ci si trova di fronte a problematiche che influiscono nel determinare quello che può essere un buon lavoro. Durante la pandemia il mantenimento e il controllo del lavoro si è dimostrato difficile: le figure professionali hanno cercato di garantire continuità al percorso di cura e allo stesso tempo di preservare un benessere psicofisico tutelando e proteggendo la comunità dal virus Sars-Cov2.

In conclusione, la comunità ha diminuito il rischio potenziale di effetti indesiderati sulla salute degli ospiti presi in carico, portatori di problematiche di dipendenza con comorbidità psichiatrica.

Le competenze di *coping* delle figure professionali e il lavoro terapeutico riabilitativo svolto hanno consentito di gestire in modo efficace i vissuti e le emozioni degli ospiti, amplificati dal vivere in un contesto potenzialmente rischioso e limitato nelle sue possibilità di trattamento e cura.

L'intento delle CT è stato ed è quello di offrire e garantire ai propri ospiti cure adeguate anche di fronte ad un'emergenza sanitaria globale.

Anche se tutt'oggi ci troviamo in una situazione ancora incerta, attraverso la ricerca si aprono possibili terreni di condivisione e collaborazione sui processi lavorativi direzionati al benessere sia dei lavoratori che degli ospiti.

Bibliografia

- Biondi M., Iannitelli A. (2020). Covid-19 e stress da pandemia: l'integrità mentale non ha alcun rapporto con la statistica. *Riv Psichiatr*, 55(3): 131-136.
- Brescianini S., Calamandrei G., Cirulli F., Gigantesco A., Medda E., Palumbo G., Picardi A., Stazi A.M., Venerosi A. (2020). *L'impatto della pandemia Covid-19 sulla salute mentale: l'impegno in ISS*. Centro di riferimento per le scienze comportamentali e la salute mentale.
- Brooks K.S., Webster R., Smith L., Woodland L., Wessely S., Greenberg N., Rubin G. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *THE LANCET*.
- Burrai J., Roma P., Barchielli B., Biondi S., Cordellieri P., Frascchetti A., Pizzimenti A., Mazza C., Ferracuti S., Giannini A.M. (2020). Psychological and Emotional Impact of Patients living in psychiatric treatment communities during Covid-19 Lockdown in Italy. *J. Clin. Med*, 9: 3787.
- Camoletto L., Di Pino P., Ronconi S. (2020). *I servizi di RDD ai tempi del Covid19. La ricerca di Forum Droghe, CNCA e ITARDD, I servizi ai tempi del Covid-19*. Monitoraggio del sistema dei servizi di Riduzione del Danno e dei Ser.D. durante il lockdown, Coordinamento nazionale comunità di accoglienza.
- Clerici M., Carrà G., Segagni Lusignani G., Sciarini P., Borrelli P., Popa I. et al. (2005). *PADDI Study-Psychiatric and Addictive Dual Disorder in Italy, Studio epidemiologico sulla comorbidità tra*

- disturbi mentali e disturbi correlati all'uso di sostanze nei dipartimenti di Salute Mentale (DSM) italiani. Report finale.
- Corposanto C., Fotino M. (2020). *Covid-19, le parole diagonali della Sociologia*. Catanzaro: The diagonales.
- D'Agostino A., Demartini B., Cavallotti S., Gambini O. (2020). Mental health services in Italy during the covid-19 outbreak. *THE LANCET, Psychiatry*.
- D'Angelo D. (2020). *Il nemico invisibile. Da grande paura a grande opportunità: quale?* Collana Memorie di Pandemia; Laboratorio di Sociologia Pratica: Applicata e Clinica.
- Joshi G., Sharma G. (2020). Burnout: A risk factor amongst mental health professionals during Covid-19. *Asian J Psychiatry*, Dec, 54: 102300. DOI: 10.1016/j.ajp.2020.102300.
- Migliorati L. (2020). *Un sociologo nella zona rossa, rischio, paura, morte e creatività ai tempi di Covid-19*. FrancoAngeli Open Access, collana Strutture e Culture Sociali, Milano.
- Osofsky J.D., Osofsky H.J., Mamon L.Y. (2020). Psychological and social impact of Covid-19. *Psychological Trauma: Theory Research, Practice, and Policy*.
- Pelizza L., Pupo S. (2020). Covid-19 epidemic and public mental health care in Italy: ethical considerations. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 55: 1093-1094.
- Prati G. (2021). Mental health and its psychosocial predictors during national quarantine in Italy against the coronavirus disease 2019. *Anxiety, Stress & Coping*, 34(2): 145-156.
- Soto Rubio A., Gimenez-Espert M. del Carmen, Prado Gasco V. (2020). Effect of Emotional Intelligence and Psychosocial Risks on Burnout, job satisfaction, and nurse's health during the covid-19 pandemic. *Int J Environ Res. Public Health*, 17, 7998.
- Ucci F. (2021). *L'indagine narrativa, da metodo di ricerca a strumento di lavoro*. Collana On the road n. 7, edizioni Homeless Book.
- Zhu Z., Hui W., Zheng L., Xu S. et al. (2020). Covid-19 in Wuhan: sociodemographic characteristics and hospital support measures associated with the immediate Psychological impact on healthcare workers. *EClinicalMedicine*.

NOTIZIE IN BREVE

Una Survey sulla evoluzione nel trattamento del disturbo da uso di oppioidi

Il Centro Studi Consumi e Dipendenze – CeRCo, unitamente a FeDerSerD ha definito questo questionario anonimo finalizzato a una sempre più precisa raccolta d'informazioni sui trattamenti con farmaci agonisti e sulle opportunità legate alle loro nuove formulazioni.

FeDerSerD ha dedicato molto spazio, nel programma formativo del 2021, agli argomenti legati alle nuove formulazioni di farmaci agonisti e alle loro possibili ricadute sul piano organizzativo/clinico dei Servizi.

In tempi relativamente recenti si sta gradualmente incrementando la disponibilità di farmaci specifici per il Disturbo da Uso di Oppiacei.

Tale disponibilità, a breve, aumenterà ancora con l'arrivo di nuove opzioni di scelta tra farmaci differenti per: azione agonista totale o parziale, durata d'azione, effetto antagonista sui recettori k, maggiore o minore presenza di effetti collaterali indesiderati, maggiore o minore interferenza con altri farmaci, maggiore o minore necessità d'accesso al Servizio per la terapia, diverse formulazioni di farmaci specifici per UOD.

Alla luce di queste considerazioni e per meglio orientare la Federazione nella sua proposta formativa, la Survey raccoglie informazioni anonime sulla attività e il profilo professionale dei professionisti italiani, sui Servizi, su alcune caratteristiche dell'utenza in trattamento per UOD, oltre a chiedere l'orientamento su diverse tematiche attinenti le terapie agoniste.

Iniziative come queste permettono alla nostra Federazione di essere sempre più vicina e attenta alle esigenze formative dei colleghi.

La Survey nazionale si è svolta nel periodo dal 10 settembre al 29 novembre 2021, 81 giorni quindi, ed ha avuto 256 risposte complete, circa un terzo della platea potenzialmente interessata.

Sarà cura dei proponenti presentare i risultati al mondo delle dipendenze e alle istituzioni.

(A.L.)

Il caso di Beatrice ovvero “svezzarsi dal misuso inveterato di benzodiazepine senza ricovero”

Fulvio Fantozzi*, Jessica Montali**

SUMMARY

■ *The withdrawal of Beatrice from high loads of “lormetazepam oral solution”, a drug which is largely over-prescribed by Italian Doctors who are often unaware of its dangerous addiction potential, as an outpatient was allowed thanks to an intensive and comprehensive care in a private specialized setting. The gold standard of the treatment of lormetazepam very high dose misuse is the detoxification in a specialized Medical ward, better if a flumazenil protocol is administered. In this case on the contrary we realized a very slow tapering of Beatrice’s everyday intake of very high doses of lormetazepam out of the Hospital. An Addiction Specialist and a Psychotherapist delivered a keen clinical control together with a sharp phone care and such combined treatment was effective, so that Beatrice achieved an improvement of the quality of her life while getting off her 8 years long “lormetazepam nightmare”. ■*

Keywords: *Lormetazepam, Misuse, Tapering, Phone care, Combined treatment.*

Parole chiave: *Lormetazepam, Misuso, Cura telefonica, Trattamento combinato.*

Pubblicato online: 30/12/2021

Prologo

Il caso clinico di Beatrice è del tutto peculiare.

Grazie ad un invio ben fatto del collega Psichiatra privato che l’aveva avuta fino a quel momento in cura la paziente approda ad una rapida prima valutazione medica ambulatoriale da parte del sottoscritto Medico Addittologo privato. Dopo qualche tira e molla peraltro preannunciato dall’Inviante, la paziente accetta la proposta di ricovero come unica opzione ragionevole di cura del suo stato di grave dipendenza fisica da benzodiazepine (BZD), *in primis* lormetazepam soluzione ad uso orale (da ora L.).

Al momento della prima visita Beatrice ingerisce tutti i giorni 2 e 1/2 flaconcini di L.+ 7.5 mg di lorazepam in compresse. Ovviamente L. è bevuto “a collo” e non certo in gocce ed è frazionato in molteplici prese nell’arco delle 24 ore.

Si punta ad un ricovero in ambiente ospedaliero specialistico in grado di amministrare un trattamento con flumazenil off label. La mira è sul noto Reparto di farmacodipendenze di Verona. Ma siamo in aprile 2021, il Covid-19 impazza ancora in tutto il nostro Paese ed il Reparto è stato inopinatamente chiuso!

Altri luoghi di cura del circondario veronese, pure in tempi normali capaci di erogare tale trattamento, a causa della pandemia sono ugualmente chiusi per questo tipo di protocolli.

* Medico Addittologo libero professionista, Reggio Emilia.

** Psicologa psicoterapeuta libera professionista, Scandiano (RE).

Un disastro, insomma, con Beatrice che continuerà per buona parte dell’estate a “bollire nel suo brodo”.

Ma poi avverrà qualcosa che non avremmo mai pensato potesse avvenire...!

Il caso di Beatrice

Beatrice ha 39 anni; caucasica, socialmente bene integrata, conforme; separata, abita in una città emiliana vicino ai genitori, che provvedono economicamente quasi del tutto a lei e a i suoi due figli. Non lavora e non ha altri redditi. Dal 2007 al 2011 seguita privatamente dall’Inviante Psichiatra per D.O.C. e depressione con SSRI e benzodiazepine (BZD) assunte con modalità corrette. Poi sparita per la risoluzione del suddetto quadro patologico. In anamnesi cefalea emicranica di cui soffre da anni, con presa in carico presso un Centro Cefalee Ospedaliero.

In marzo 2021 si ripresenta al suo Psichiatra ed emerge un grave abuso di benzodiazepine (BZD), iniziato nel 2013 e progressivamente peggiorato fino ai livelli di consumo pro die sopra menzionati.

Alla prima visita porta come motivazione della sua richiesta di aiuto la comparsa da 3 settimane di eritema cutaneo diffuso pruriginoso ed agli esami del sangue elevati valori di acidi biliari, con Eco addome superiore negativa.

Il MMG ha prescritto colestiramina e attribuito il quadro all’emerso abuso di BZD. Tentativi maldestri autogestiti di

riduzione della posologia hanno comportato un quadro asteniziale, tuttora in corso, con ansia elevata, grave insonnia, agitazione, alvo iperattivo, calo ponderale di 4 kg in 1 mese, dispercezioni uditive musicali.

L'Inviante segnalava in anamnesi, oltre alla cefalea maggiore, grave reazione allergica a amitriptilina (edema laringeo) e a settembre 2019 isterectomia totale con salpingectomia bilaterale per metrorragie recidivanti.

La paziente pareva all'Inviante sufficientemente motivata ad affrontare seriamente la problematica di abuso/dipendenza pur rifiutando la possibilità di un ricovero.

Il curante auspicava di poterla riprendere in carico una volta risolto il quadro tossicologico.

Alla mia prima visita, in 3 tempi (paziente e madre, poi paziente da sola, poi paziente e madre):

Anamnesi Familiare: madre assuntrice atavica di lormetazepam gocce, ma senza misuse, almeno quanto a posologia, nel senso che sta sempre sotto le 20 gocce serali.

Anamnesi Fisiologica: disadattamento scolastico, continui mal di pancia, non riusciva a staccarsi dalla sottana della madre e stare a scuola da sola! Bocciata in 1 superiore da ragioneria passò a scuola professionale e si diplomò.

Anamnesi Patologica Remota: colon irritabile dall'età infantile. La paziente dopo un viaggio a Medjugorje ebbe ossessione religiosa e per 2 anni assunse SSRI.

Anamnesi Tossicologica: a 16 anni provati THC e cocaina, non ripeté, perché non le piacquero. Nega abusi etilici. Fuma 15 sigarette.

Un anno di lavoro in scuola come tutor per disabili (!) poi nel 2000 le morì una cugina e lei ebbe un lutto patologico; da allora ansia ricorrente.

Per 6 mesi in UK a studiare inglese, ma non si adattò: non reggeva la lontananza.

Un Neurologo privato le prescrisse spasmolitico + BZD per os che prese regolarmente con modesto beneficio per il suo colon irritabile.

Ricorda l'esordio del misuse di L. nel 2013, dopo la seconda gravidanza.

Il secondo figlio è stato iperattivo e lei aveva avuto un puerperio travagliato, stressante. Assumeva detto farmaco solo per dormire, ma anche a volte di giorno per la sua cefalea, con escalation del numero di gocce e uso frequente diurno.

Farmacisti accondiscendenti le hanno sempre venduto L. senza ricetta, lei cambia Farmacia spesso. Spende 500 € al mese di flaconi di L., oltre le sue sigarette quotidiane!

La paziente rifiuta qualsiasi ricovero, accampando problemi di separazione dai figli minori. Comincia anche a mettere le mani avanti circa il suo "non ritorno" al mittente/Inviante.

Orientamento diagnostico: grave disturbo di personalità dipendente ed evitante + somatoforme, somatizzazioni su testa e intestino in soggetto che misusa pesantemente di BZD. Alla seconda visita, programmata dopo 10 gg, la paziente è puntuale, in ordine, eutimica e quasi giuliva, ripete che il trazodone per lei è stato magico, e dà stilette verbali all'Inviante che "avrebbe potuto prescriverglielo anche lui, prima!" dice inviperita.

Appetito ridotto, mangia poco, va da nutrizionista privata; diarrea ridotta. Ha "paura di non dormire". La depressione

però va meglio, l'ansia è invece uguale, per la paura di cui sopra, soprattutto. Da 4 gg nicturia che lei però ha già capito derivarle dalla colestiramina, che assume anche se il prurito le è passato ormai. Sudorazione notturna a volte.

Parliamo del ricovero, su cui finora è stata ondivaga. Mi dice che lo vuole fare a condizione di avere una stanza singola e precauzioni ferree per Covid! Le ripeto che sono in contatto con una Clinica del Nord Italia che pratica detox col flumazenil. Non tocchiamo la terapia farmacologica, perché il ricovero parrebbe imminente. Non sta più prendendo lorazepam, grazie a clonazepam e trazodone.

Il giorno stesso, dopo la visita, sento la Clinica suddetta: ricoveri bloccati per le detox!

Visita del 25/5/2021

Siamo ancora in cerca di ricovero per detox. Sta visibilmente bene: dinamica, ma non euforica, lamenta sempre insonnia che è discutibile in quanto dorme bene mai meno di 5 ore a notte e durante il giorno non si appisola!

Da 21 gg, dice, ha cefalea continua che non tratta con farmaci perché qualsiasi farmaco è inefficace, ma... con ghiaccio sulla testa!! Ansia, diarrea, solo parlare le dà sollievo, dall'inviante però non ci vuole tornare. Pesa 48 kg.

Guida l'auto, è valida come madre, il prossimo week end andrà al mare, coi bimbi e con la madre alla quale è sempre assai legata. Ha smesso colestiramina, non ha più né eritema né prurito.

Assume alle 14 L. 150 gtt e clonazepam da 2 mg 1 cpr e poi alle ore 23 1 flacone di L a cui sottrae 80 gtt + clonazepam 2 cpr+ trazodone da 75 mg RP 3 cpr.

Le prescrivo nelle more della visita a Verona di scendere a sole 100 gtt di L. alle ore 14 e conto su effetto "sostitutivo" di pregabalin 75 mg che le prescrivo, la sollecito a chiamarmi entro 1 settimana!!

Visita del 7/7/2021

Vi sono stati plurimi lunghi messaggi e lunghe mie risposte, crisi di malessere cangiante, oggi ho fissato visita in presenza. Da sola.

Tonica, eutimica, le tematiche pressanti oggi sono quelle ossessive ed ipocondriache. Sottilmente mi accusa di averla fatta stare male, in astinenza laddove le ho sospeso bruscamente il pregabalin. D'altronde non lo tollerava (astenia, capogiro). Assume ora trazodone 75 mg RP 2 cpr e 1/3.

Ipotizzo il COD (Centro Crisi accreditato a Reggio Emilia) privatamente per 7 giorni in settembre, ma non prima perché lei vuole prima fare vacanze lunghe al mare e in montagna! Realizziamo che il suo consumo di BZD adesso è sceso a 500 gocce e 3 cpr di clonazepam. Il formicolio delle gambe però non le dà pace ed è convinta di avere un tumore. Cerco di tranquillizzarla, ma con scarso risultato. Escludo che tale disturbo sia iatrogeno. La cefalea in realtà non è peggiorata! L'umore non è deflesso. Assume un integratore che contiene Sali di K e Mg.

Il 8/9/2021 arriva a visita programmata e mi rivela quel che davvero non mi aspettavo: è raggiante nell'annunciarmi che... zitta zitta ha scalato il L. di 25 gocce al giorno fino a cessarlo 5 gg fa!

Vengo a sapere dopo la visita che alla Psicoterapeuta lo aveva già detto e che le aveva confidato che non sapeva se io l'avrei presa bene o male! Io però non le avevo vietato di fare di testa sua...

Semplicemente era ancora valida l'opzione, disperata quanto a tempo di attesa, del ricovero! Da notare che mentre scaldava ed ora non ha più avuto cefalea!

Trazodone RP 75 mg 3 cpr alla sera assieme a clonazepam 2 mg 2,5 cpr alla sera.

Dorme 7 ore a notte, sta cercando di riempire le sue giornate e pensa al volontariato. Non ha evidentemente problemi economici di sorta. Con psicoterapia tutto bene. Rimaniamo d'accordo di rivederci un pomeriggio di novembre 2021 alle 17 e che continui la psicoterapia privata!

Il percorso terapeutico

12/07/2021. Primo colloquio

Beatrice arriva in studio puntuale. Fin da subito mostra rispetto per le regole dello studio (togliersi le scarpe e utilizzare il gel igienizzante all'ingresso prima di sedersi) e si accomoda. Pare agitata ma l'eloquio è fluido. Sembra volersi affidare per risolvere il problema che in quel momento era in primo piano: il formicolio ai piedi e il dolore alle gambe.

Emerge una forte ansia. Beatrice (da ora B.) mi racconta parte della sua storia e dei motivi per i quali si è rivolta a me.

B. è stata sposata con un uomo, dal quale ha divorziato circa 7 anni fa, da cui ha avuto due figli. Attualmente il rapporto con l'ex marito è buono e collaborativo. I figli vedono entrambi i genitori con regolarità e i rapporti con loro sono ottimi. B. racconta che durante i periodi di difficoltà nella gestione dei figli è stata aiutata soprattutto dai suoi genitori. Con questi ultimi i rapporti sono altalenanti.

B. racconta di avere avuto diversi problemi di salute in passato (ha sofferto di cefalea, ha subito un'operazione per rimuovere utero e tube) che l'hanno portata a soffrire di forte ansia e ipocondria. Anche il Covid-19 ha creato in B. ansia e paranoie legate alla malattia. Questo malessere è stato gestito da B. attraverso l'assunzione di medicinali che le permettevano di alienarsi dal mondo reale e di non pensare. Ciò però l'ha portata a perdere il controllo e ad abusarne.

Ciò che mi colpisce di Beatrice è che, nonostante i sintomi e le problematiche fisiche avute in passato sembra focalizzarsi molto sulla mente e la ragione piuttosto che sui segnali che il suo corpo le sta inviando. Condivido con lei questo mio pensiero e lei pare essere d'accordo.

Le propongo alcuni esercizi di rilassamento corporeo e di respirazione da utilizzare per gestire l'ansia e i dolori fisici.

Durante il lavoro di rilassamento osservo che B. ha difficoltà nell'entrare in contatto con il proprio corpo e con i propri bisogni. Le chiedo di provare a dare attenzione alle parti del corpo che le fanno male o che formicolano (gambe e piedi) anche soltanto accarezzandoli o toccandoli con le mani in modo amorevole.

Le propongo di provarci anche nei giorni successivi e di farmi sapere durante il prossimo colloquio se ha notato miglioramenti.

28/07/2021. Secondo colloquio

B. arriva puntuale all'appuntamento. Sembra a suo agio, meno ansiosa dello scorso colloquio e più rilassata in viso.

B. racconta di avere provato ad ascoltarsi di più ma soprattutto di essere riuscita ad entrare maggiormente in contatto con alcune parti del corpo. Effettivamente ha osservato che il formicolio ai piedi cessava solo quando poneva attenzione su di loro attraverso il contatto con le mani. Emerge un forte bisogno di contatto da parte di B.

A questo proposito racconta che i suoi genitori non le hanno mai dato l'affetto che lei ricercava e, ancor meno, il contatto di cui aveva bisogno. Il contatto e l'ascolto di sé sembra essere utile per B. anche per la gestione dell'ansia.

Interessante come il mal di testa, invece, aumenti quando gli altri dolori fisici diminuiscono. Ciò potrebbe essere legato alla difficoltà di B. di abbandonare il sintomo per dare spazio al proprio benessere. Effettivamente in tutto questo tempo il sintomo le ha permesso di ricevere cure e attenzioni che, probabilmente, non avrebbe altrimenti ricevuto e che da sola non sarebbe stata in grado di dare a se stessa.

B. riferisce di essere molto preoccupata per lo scalaggio della terapia farmacologica e, in particolare, di non riuscire a rinnovare la patente a causa dei farmaci che sta assumendo.

Partirà a breve per le vacanze. Ci accordiamo di rivederci quando tornerà.

02/09/2021 Terzo colloquio

B. appare distesa, di buon umore. Racconta di riuscire a scalare i farmaci con facilità e sembra essere ottimista per il futuro.

Riferisce di aver continuato ad osservare i sintomi del suo corpo, dando in special modo attenzione ai piedi attraverso il contatto con le mani.

La tensione alle gambe invece è stata gestita con lunghe camminate in mare, dove la muscolatura poteva rilassarsi grazie alla presenza dell'acqua.

La invito a riflettere su questo dato, che potrebbe confermare che tale tensione muscolare possa essere dovuta ad un accumulo di energie portando alla somatizzazione.

Concludiamo il colloquio sottolineando l'importanza di prendersi cura di sé, di continuare ad osservare i sintomi fisici senza alienare la componente psicologica. In prospettiva sarà opportuno addivenire o viceversa escluderla ad una formulazione diagnostica inerente alla comorbidità psicopatologica: da ricordare la vecchia psicodiagnosi di invio dello Psichiatra privato e l'ipotesi diagnostica fatta in prima battuta dal Medico Addittologo.

Breve discussione sul caso

Scalare lormetazepam assunto al di fuori di una prescrizione medica ininterrottamente da almeno 8 anni al ritmo di non meno di 2,5 flaconi al giorno (più di 1300 gocce) senza mai intervalli liberi e con l'aggiunta di 7,5 mg/die di lorazepam in compresse al di fuori di un ricovero non dico in un Reparto ospedaliero, ma nemmeno in un ambiente protetto e controllato, è stata un'impresa titanica che la paziente ha portato

avanti non da sola, ma certamente attingendo ad energie interne che lei stessa non credeva di possedere.

Tutta la sua storia clinica, oltretutto positiva per altri disturbi psichiatrici sebbene minori, “sulla carta” deponeva infatti contro il successo di tentativi di detox da BZD condotti in sede extra ospedaliera!

L'accudimento intensivo ambulatoriale con un buon aggancio emotivo in parte dovuto ad uno studiato atteggiamento umoristico e sdrammatizzante, senza mai però indulgere alla seduttività in entrambi i sensi della relazione, completato da un ricco *phone care* essenzialmente basato su frequenti e lunghi messaggi whatsapp della paziente e risposte scritte del Medico “a tono” e sempre entro poche ore, sono stati probabilmente “gli ingredienti” che hanno consentito di ottenere una detox da BZD territoriale.

È possibile che avere sostituito parte del carico di BZD con 225 mg di Trazodone a rilascio prolungato alla sera abbia giovato alla paziente non solo quanto al sonno, ma anche al suo umore.

È probabile che un contributo finale in termini di motivazione a dare la spallata finale all’“incubo-lormetazepam” sia giunto dall’efficace presa in carico psicoterapeutica sopra descritta.

Il messaggio da portare a casa

Il caso clinico di Beatrice a nostro parere insegna che una forte e continuativa *presa in carico Integrale* ed arricchita da

una particolarmente intensa *phone care* (messaggi scritti dalla paziente quasi quotidianamente, alcuni apparentemente futili, altri pregnanti con risposta del Medico estemporanea ancorchè telegrafica) e sempre all’insegna della *liaison* coi co-curanti, presa in carico effettuata e mantenuta in un contesto privato da un Medico Addittologo da ultimo supportato da una Psicoterapeuta in costante dialogo con l’Addittologo, può risultare sufficiente a disintossicare *al di fuori di un ambiente protetto* ed in un tempo lungo, ma non lunghissimo (4-5 mesi) una paziente gravemente e da lunga data dipendente anche fisicamente da BZD. Tutto ciò senza bisogno di attivare né risorse familiari (che in questo caso sarebbero state controproducenti) né altri co-curanti pregres- si o teoricamente attivabili né Reparti Ospedalieri né Psichiatri del territorio; inoltre con un *rischio clinico* e di complicazione per la paziente nel complesso ridotti; ed infine con l’effetto collaterale desiderabile di un’impennata della sua autoefficacia.

Rimangono ahinoi due motivi di pungente rammarico: il primo è di non avere potuto riallacciare il rapporto con lo Psichiatra privato Inviante, rapporto precocemente “bruciato” dalla paziente con modalità di squalifica certamente strumentale, ma con motivazione non dichiarata; il secondo è che per molti anni le Farmacie della cittadina in cui la paziente vive le hanno fornito illecitamente parecchie centinaia di flaconi di lormetazepam (a spese della paziente). E purtroppo tale fenomeno non è di rara osservazione nelle storie che ci raccontano i nostri pazienti farmacotossicodipendenti.

NOTIZIE IN BREVE

Pubblicato il numero 34 di FeDerSerD Informa

In occasione del congresso nazionale di FeDerSerD è stato pubblicato e messo liberamente a disposizione sul sito della Federazione www.federserd.it il **numero 34 di FeDerSerD Informa**, il secondo periodico di FeDerSerD.

Centoventicinque pagine per una quarantina di lavori scientifici presentati dai professionisti per i topics del Congresso nazionale e che presentano molte sorprese.

Tanto per cominciare vi sono un certo numero di lavori proposti da studiosi internazionali.

Riguardano studi e ricerche sulle nuove formulazioni farmaceutiche introdotte o in via di introduzione in Italia, concentrate sulla terapia della dipendenza da oppiacei.

Anche metodiche quali la stimolazione magnetica transcranica ripetitiva per la dipendenza da cocaina o nel gioco d’azzardo trovano spazio in questo numero della rivista.

Le esperienze locali la fanno da padrona, così come gli approcci non solo sanitari, ma educazionali e riabilitativi.

La pandemia Covid e le azioni messe in atto per salvaguardare il rapporto terapeutico con i pazienti hanno interessato i Servizi e vengono presentate in numerosi lavori.

Il X Congresso nazionale celebrato ad inizio novembre è stato costruito partendo dalle indicazioni delle nostre Federazioni regionali, oltre a prevedere un certo numero di letture magistrali su temi forti e a presentare recenti studi clinici e ricerche.

Gli ulteriori contributi scientifici pervenuti e ora qui pubblicati possono avere anche altri interessi: essere spunti per approfondire tematiche per seminari, articoli di maggiore sviluppo, realizzazione di focus, studi e ricerche.

Un utile strumento per la programmazione del 2022 sia per i convegni che per i seminari specifici.

Quando si afferma la ricchezza dei Servizi italiani per le dipendenze dobbiamo pensare anche alla soggettività degli operatori e valorizzare le proposte che nelle varie forme vengono formulate.

Credo che per una società scientifica queste attenzioni siano un obbligo.

(A.L.)

Covid-19 e uso sperimentale “off-label” delle *aminochinoline*

Donato Donnoli*

L'avverarsi della pandemia causata dal virus appartenente alla famiglia dei *Coronaviridae* denominato ufficialmente SARS-CoV-2 e la malattia che il contagio con questo virus può produrre, denominata Covid (Corona Virus Disease)-19, ha indotto il moltiplicarsi di studi rivolti alla prevenzione e alla cura del Covid-19, pur ribadendo che il passo decisivo nel debellare tale patologia è costituito dall'utilizzo del vaccino specifico.

Allo stato attuale, al di fuori dei vaccini e delle possibilità terapeutiche legate all'uso degli anticorpi monoclonali specifici, non vi sono farmaci convalidati per la terapia Covid-19.

In Italia, nell'ambito delle attività messe in campo dal Piano Nazionale di Gestione dell'Emergenza Covid-19, sono stati consentiti utilizzi “off-label” di alcuni farmaci soltanto nell'ambito di studi clinici autorizzati.

Rammentiamo che l'utilizzo di farmaci “off-label” riguarda farmaci studiati e messi in campo per la cura di determinate patologie che, in particolari circostanze cliniche, vengono utilizzati per la cura di altre patologie per le quali possono esistere evidenze scientifiche che ne permetterebbero l'uso anche in situazioni cliniche non indicate nelle schede tecniche illustrative autorizzate dai nostri enti sanitari regolatori.

Tra i farmaci che, nei nostri attuali tempi di emergenza sanitaria Covid-19, sono stati proposti per un loro utilizzo “off-label”, sono da citare la *idrossiclorochina* e la *clorochina* di cui cercheremo di esporre, sinteticamente, gli aspetti conoscitivi, i risultati attuali del loro utilizzo “off-label” sperimentale e le disposizioni in merito emesse dall'AIFA (Agenzia italiana del Farmaco). L'*idrossiclorochina* (e il suo analogo *clorochina*, con struttura chimica molto simile ed identico meccanismo di azione) è un farmaco appartenente alla classe delle *aminochinoline* (derivati 4-*aminochinolinici*) che, dal punto di vista clinico, vengono utilizzati come antimalarici (già dagli anni cinquanta del secolo scorso) e come farmaci curativi in campo reumatologico.

Per la cura di queste patologie con i farmaci suddetti esiste una ampia mole di dati clinici che ne confermano il profilo di efficacia e tollerabilità pur precisando che le possibili reazioni avverse più conosciute con l'uso di questi farmaci includono vomito, cefalea, retinopatie (talora irreversibili), prurito (che, in alcuni casi, può indurre interruzione della terapia), ipotensione, alterazioni della crasi ematica.

Per quanto attiene all'uso della *idrossiclorochina* (e della *clorochina*) come antimalarico è da ribadire che essa è stata per lungo tempo il medicamento principale nella profilassi della malaria sebbene, negli ultimi anni, siano stati riscontrati numeri crescenti di ceppi resistenti alla azione del farmaco (nella fattispecie, ceppi di *Plasmodium falciparum*).

Il farmaco risulta, comunque, ancora efficace contro il *Plasmodium vivax*, il *Plasmodium ovale*, il *Plasmodium malariae* e con-

tro alcuni ceppi di *Plasmodium falciparum* che sono risultati ancora sensibili al suo principio attivo.

Come antimalarici, l'*idrossiclorochina* e la *clorochina* agiscono inibendo l'attività di enzimi (come l'*eme-polimerasi*) importanti per la vita del *Plasmodium* nel nostro organismo.

All'interno dei globuli rossi umani, infatti, il parassita malarico ha necessità di attuare processi enzimatici di degradazione dell'emoglobina per acquisire aminoacidi essenziali per il proprio sviluppo e la propria crescita.

Per quanto riguarda l'uso in campo reumatologico della *idrossiclorochina*, rammentiamo che in Italia essa è indicata e registrata come farmaco per la terapia in pazienti affetti da artrite reumatoide e da lupus eritematoso sistemico, patologie ad eziologia autoimmune che, come tali, possono essere controllate da farmaci, come appunto i derivati *aminochinolinici*, che riducono il funzionamento delle cellule immunitarie e i meccanismi di chemiotassi infiammatoria svolgendo anche attività antivirale in quanto favorevoli la mancata replicazione del virus nella cellule ospite.

Proprio partendo dalle osservazioni sulle proprietà antinfiammatorie e antivirali della *idrossiclorochina* e della *clorochina* e sulla base di prime valutazioni (fatte su dati ancora incerti ed incompleti, a causa dell'attuale situazione emergenziale sanitaria che non consente studi programmati per un più lungo tempo) sono state avviate sperimentazioni riguardo all'uso dei detti farmaci nel trattamento dell'infezione da SARS-CoV-2 sia come possibile profilassi o trattamento precoce, sia come possibile terapia nei pazienti Covid-19 con polmonite o sintomi già evidenti.

Ad invogliare la classe medica verso le sperimentazioni cliniche suddette concorrevano anche dati di ricerca farmacologica di laboratorio (purtroppo, lo anticipiamo subito, non suffragati dai risultati delle sperimentazioni cliniche finora attuate) che hanno evidenziato in vitro o in modelli animali, che la *idrossiclorochina* e la *clorochina* possiedono un effetto antivirale potendo causare una alterazione del pH endosomiale che è determinante per il rilascio del materiale genetico del virus nella cellula ospite.

Come abbiamo già anticipato, le attività sperimentali cliniche messe in campo, contrariamente a quanto sperato in base ai rilievi emersi dai dati di ricerca di laboratorio, non hanno, allo stato, prodotto prove sufficienti e valide, in termini di efficacia e sicurezza, riguardo all'utilizzo della *idrossiclorochina* e della *clorochina* sia nella profilassi o trattamento precoce e sia nella gestione di pazienti affetti da Covid-19.

Durante lo svolgimento di queste attività sperimentali sono state, tra l'altro, individuate già delle controindicazioni in pazienti con concomitanti patologie quali malattie cardiache o diabete. Pertanto, sulla scorta delle attuali evidenze di letteratura scientifica in merito e in attesa di dati clinici più ampi e validati, l'Agenzia Italiana del Farmaco ha cautelativamente sospeso l'autorizzazione all'utilizzo “off-label” della *idrossiclorochina* e della *clorochina* per il trattamento, sia in ambito ospedaliero che in ambito domiciliare, dell'infezione da SARS-CoV-2 al di fuori degli studi clinici già consentiti ed avviati.

* Medico-Farmacologo. Responsabile UOSD Ser.D. Villa d'Agri (Potenza).

Direttivo nazionale FeDerSerD.

Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno VII, n. 32

MISSION n. 56

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

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

Direttore: Alfio Lucchini

Responsabile scientifico: Ezio Manzato

Inviare richieste e contributi scientifici a:
missionredazione@gmail.com

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

Symptoms of protracted alcohol withdrawal in patients with alcohol use disorder: A comprehensive systematic review

Silvano Gallus¹, Alessandra Lugo¹, Elisa Borroni¹, Teo Vignoli², Lisa Lungaro³, Giacomo Caio³, Roberto De Giorgio³, Giorgio Zoli^{3,4}, Fabio Caputo^{3,4}

Introduction

Alcohol Withdrawal Syndrome (AWS) is a clinical condition which appears after the abrupt cessation or the reduction of alcohol use in a patient affected by alcohol use disorder (AUD) with physical dependence (DSM-5) (1). Major symptoms associated with AWS include anxiety and dysphoria, insomnia and sleep disturbance, tremor, hyperactivity and craving (2-5). It is well known that such symptoms are at maximal levels during the initial time of abstinence. Whereas some of these symptoms, such as tremor, sweating or nausea disappear after a few days, others may persist for several weeks, months or even years (6, 7) characterizing the so-called clinical condition of “protracted alcohol withdrawal” (8).

Given that today the majority of patients undergoing moderate to severe form of AWS can be pharmacologically treated safely and effectively to alleviate major persistent (3) and, consequently, to maintain abstinence from alcohol (2, 9, 10), it is important to investigate which and how such severe symptoms frequently persist in time. To our knowledge, no review

investigated the frequency of alcohol withdrawal symptoms after drinking cessation, separately in patients using or not a pharmacological treatment to reduce such symptoms.

We, therefore, conducted a systematic review of the literature aimed at elucidating how selected major alcohol withdrawal symptoms (i.e., craving, sleep disturbance and anhedonia) are protracted in patients with AUD after drinking cessation.

Methods

The methods of the present systematic review were defined following the Prepared Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA) guidelines. The protocol of the present review has been registered in Prospero (registration number: CRD42020211265).

Data sources and search strategy

We conducted a systematic review of the literature in Pubmed/MEDLINE, Embase and the Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR). The search string included terms for selected alcohol withdrawal symptoms, including craving, insomnia or sleep disorders and anhedonia, alcohol dependence, including alcoholism and alcohol use disorder, and withdrawal or abstinence (**Supplementary Table 1**). We considered only publications in English language and we limited our research to articles published over the last 15 years (since 1st of January, 2006). Original articles identified in the reference list of eligible meta-analyses and systematic reviews were also screened for inclusion in the present systematic review.

¹ Department of Environmental Health Sciences; Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, Milan, Italy.

² Department of Addiction and Mental Health, Romagna Healthcare Service, Lugo Addiction Unit, Italy.

³ Centre for the Study and Treatment of Alcohol-Related Diseases, Department of Translational Medicine, University of Ferrara, Ferrara, Italy.

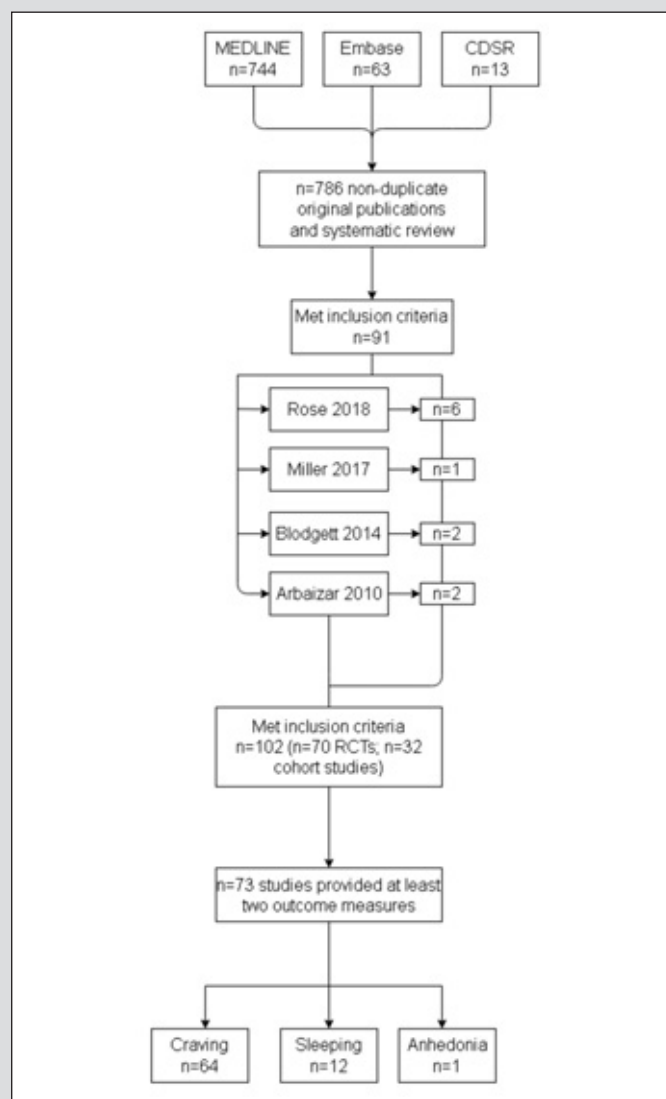
⁴ Department of Internal Medicine, SS Annunziata Hospital, University of Ferrara, Cento (Ferrara), Italy.

Study selection and eligibility criteria

Eligible articles were those providing information on at least one outcome of interest (i.e., craving, insomnia or sleep disorder and anhedonia) after alcohol detoxification. For the aims of the present review, only publications providing data from longitudinal studies (i.e., randomized clinical trials, RCT, or prospective cohort studies, including case-cohort studies) were considered as eligible articles. Unpublished studies, conference abstracts and proceedings, dissertations, theses and, more in general, non-peer reviewed papers were not considered.

Using our comprehensive search strategy, the 25th of February 2020, we found 744 articles in Pubmed/MEDLINE, 63 in Embase (excluding those common to MEDLINE), and 13 in CDSR. After the exclusion of 34 duplicates, we obtained a total of 786 articles. Once retrieved the full text for all these publications, two independent researchers (EB and AL) evaluated each publication on the basis of pre-defined eligibility criteria. Overall, 102 articles met the inclusion criteria (Figure 1).

Figure 1 - Flowchart of the systematic review on the symptoms of protracted alcohol withdrawal in patients with alcohol use disorder



Data extraction

Information on first author, year of publication, study type, country, study period, type of population, method of diagnosis assessment, possible treatment for alcohol cessation, number of subjects and outcomes provided were retrieved and described (Supplementary Table 2). Various publications were also described according to methods of outcome assessment, type of measures provided, estimates, other outcomes provided in the study and comments on the outcomes (Supplementary Table 3).

Statistical analyses

Each eligible article inherent to craving and insomnia or sleep disorders has been described and summarized. Extracted data included the mean values of various scales used to determine the presence of craving, insomnia or sleep disorders. Pooled mean estimates for craving and insomnia or sleep disorder measures, at baseline and at various follow-up times after withdrawal, were estimated computing inverse-variance weighted means of various studies. For the most frequently used scales of craving (i.e., OCDS) and sleep (i.e., ESS), we also fit linear splines with study as random intercept to take into account the correlation between repeated measures within the same subjects. We estimated the Akaike's Information Criterion (AIC) of linear splines with 0 knots (linear regression) or 1 knot set in each time point. To select the optimal model fitting our data, we chose the model minimizing AIC. With reference to OCDS, the same procedure has been used for stratified analyses by treatment. In order to investigate differences across treatments, interaction between time after withdrawal and treatment was tested using linear regression models. In a post-hoc analysis, linear splines were also fit for measures of anxiety and depression. All statistical analyses were performed using Stata 15 (StataCorp. 2017, College Station, TX, USA).

Results

Of the 102 publications having met the eligibility criteria, including 70 RCTs and 32 cohort studies, 88 provided data on craving (Supplementary Table 4), 21 on sleep disorders (Supplementary Table 5) and 1 on anhedonia. Of the 102 publications, 73 provided at least two estimates of the scales used to measure selected symptoms at baseline (alcohol withdrawal) and after at least one time at follow-up. In particular, 64 studies provided information on craving, 12 on sleep disorders and 1 on anhedonia.

Of the 64 studies focusing on craving, 39 were RCTs and 25 were observational cohort studies. Overall, 37 (57.8%) studies assessed craving using OCDS, 16 (25.0%) using PACS, 14 (21.9%) using VAS, 3 (4.7%) using ACS and 2 (3.1%) using ACQ.

Linear spline for alcohol craving measured by OCDS over time is plotted in Figure 2 (n=34 studies). The optimal model for OCDS had one knot at 18 days. OCDS decreased from 24.2 at baseline to 18.8 at 1 week, 13.5 at 2 weeks, 10.3 at 1

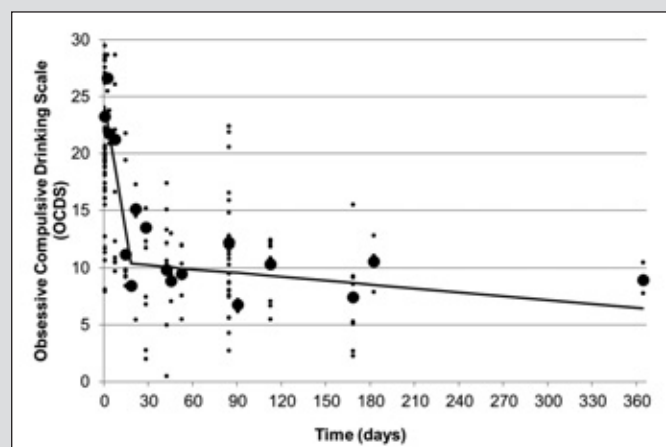
Table 1 - Mean estimates at baseline and at various follow-up times for craving and sleep disorders measures, obtained using a linear spline model with random intercept

Outcomes	Number of studies	Time (days) of the possible knot#	Mean estimates of various scales at different time points						
			Baseline	1 week	2 weeks	3 weeks	1 month	2 months	3 months
Craving									
OCDS	34	18	24.2	18.8	13.5	10.4	10.3	9.9	9.7
OCDS (treated)	29	21	23.9	18.8	13.7	8.7	8.7	8.7	8.8
OCDS (GABA)	21	20	24.7	19.2	13.6	8.8	8.8	8.6	8.3
OCDS (non-GABA)	14	39	22.7	18.7	15.8	12.3	8.8	4.6	6.6
OCDS (non-treated)	16	4	25.3	13.9	13.7	13.4	13.2	12.3	11.4
PACS	11	4	16.1	8.6	8.6	8.7	8.8	9.1	9.3
VAS	11	28	4.4	3.5	2.7	1.9	1.1	1.3	1.5
Sleep disorders									
ESS	3	NA	7.3	7.3	7.3	7.3	7.2	7.2	7.1

ESS: Epworth Sleeping Scale; NA: not available; OCDS: Obsessive Compulsive Drinking Scale; PACS: Penn Alcohol Craving Scale; VAS: Visual Analogue Scale

The knot is the time point where the optimal linear spline model changes slope. NA means that no knot has been identified

Figure 2 - Linear spline for craving measured by Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS) over time, until one year of follow-up



Knot observed 18 days after withdrawal; β_1 ($x < 18$): -0.76 (p-value < 0.001); $\beta_1 + \beta_2$ ($x \geq 18$): -0.01 (p-value = 0.163)

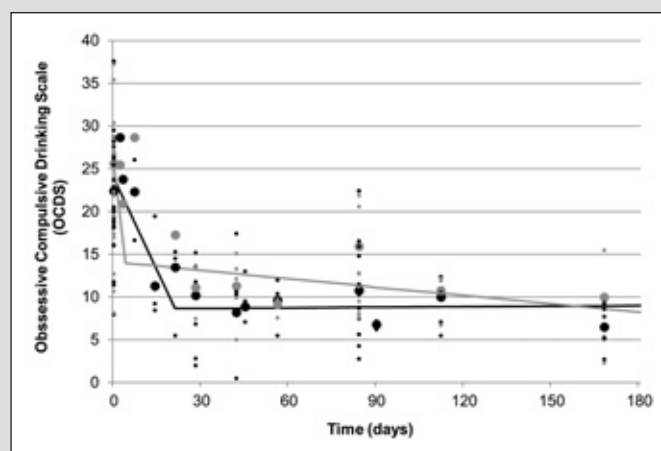
month and 9.7 at 3 months (Table 1). The corresponding estimates considering 29 studies providing data on OCDS among subjects treated were: 23.9, 18.8, 13.7, 8.7, and 8.8, whereas considering 16 studies on non-treated subjects, estimates were: 25.3, 13.9, 13.7, 13.2, and 11.4. No statistically significant difference has been observed between treated and non-treated groups ($p = 0.837$; Figure 3); however, even if linear splines showed knots at different time, the OCDS declined below 10 more rapidly among treated subjects rather than non-treated subjects.

Among the 12 studies on sleep disorders, 11 were RCTs and 1 was a cohort study. Of these 12 studies, 4 (33.3%) assessed sleep disorder using ESS, 4 (33.3%) using TST, 3 (25.0%) SOL, and 3 (25.0%) PSQI. The optimal model for sleep disorders measured by had no knot, and ESS remained stable being 7.3 at baseline, 7.3 at 1 week, 7.3 at 2 weeks, 7.2 at 1 month, and 7.1 at 3 months.

Only one study (11) provided information on anhedonia using a VAS scale and a SHAPS. This study, based on 44 patients treated with two different doses of Acetyl-L-Carnitine and 20 patients in the placebo group, showed that the VAS scale for anhedonia among patients treated with Acetyl-L-Carnitine decreased from 5.2 at baseline to 3.1 after 10 days and 2.4 after 80 days. The corresponding estimates in the placebo group were 6.2 at baseline, 5.6 after 10 days and 3.7 after 80 days from alcohol cessation. Similar decreases have been observed using the SHAPS scale.

In a post-hoc analysis, among our selected studies, we found 30 studies providing information on one measure of depression at baseline and at least one time point at follow-

Figure 3 - Linear spline for craving measured by Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS) over time, until six months of follow-up, in strata of pharmacological treatment (in black: treated with a pharmacological drug, in grey: treated with placebo)



Treated (black): Knot observed 21 days after withdrawal; β_1 ($x < 21$): -0.75 (p-value < 0.001); $\beta_1 + \beta_2$ ($x \geq 21$): 0.00 (p-value = 0.710)

Placebo (grey): Knot observed 4 days after withdrawal; β_1 ($x < 4$): -2.83 (p-value < 0.001); $\beta_1 + \beta_2$ ($x \geq 4$): -0.03 (p-value = 0.007)

Interaction treatment*time: $\beta = -0.00$, p-value = 0.837

up, and 24 studies on anxiety. The most frequent scales were BDI (10 studies) for depression and STAI (7 studies) for anxiety. The optimal models for depression (BDI) had one knot at 9 days, BDI decreasing from 17.8 at baseline to 12.7 at 1 week, 8.4 at 2 weeks, 8.4 at 1 month, and 8.2 at 3 months. The corresponding model for anxiety (STAI) had no knots, STAI decreasing from 52.1 at baseline, 51.5 at 1 week, 51.0 at 2 weeks, 49.9 at 1 month, and 45.5 at 3 months.

Discussion

This is the first systematic review showing the persistence of selected symptoms of PAW, (including craving, sleep disorder, and anhedonia) after the resolution of the acute alcohol withdrawal phase. In fact, despite these symptoms progressively reduce their intensity, they do not completely disappear for several months. In addition, patients treated with GABA-ergic compounds present a more rapid and drastic improvement of craving.

Craving, defined as an intense, urgent, or abnormal desire to use an addicted substance or to follow a compulsive behavior, is considered one of the most important symptoms which characterized addicted subjects. For this reason it has been introduced as one of the 11 items to perform a diagnosis of substance use disorder in the last version of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-5 version (1). Craving has become a crucial symptom of compulsive and obsessive desire for an addictive substance (in this case for alcohol) indirectly used to monitor the variations towards the appetite for substance after the detoxification period in order to accomplish the more adapted counselling and pharmacological approach to maintain abstinence and/or to avoid relapses. Several scales such as OCDS, ACS, and PACS exist to monitor the intensity of craving and the efficacy of specific drugs in reducing craving according to time since drinking cessation both in RCTs and observational cohort studies. It is worth noting that OCDS, VAS, and PACS are the most utilized scales to monitor craving for alcohol in patients with AUD (12). While OCDS is used to investigate the presence of craving characterized by a minimum of 0 and a maximum of 40 points identifying also two types of craving (obsessive and compulsive) (13), VAS is a visual scale mainly used to investigate intensity of this symptom with a range from 0 to 10 (14), and PACS is composed of five items (each item on a scale of 0-6) that capture craving over the previous week (score >20 identifies people having the craving symptom; score 15-20 defines people with 'moderate' and 'sometimes' symptom, and score <15 indicates no symptom) (15, 16). In addition, it is well known that craving may be one of the most frequent symptoms accountable of relapses in heavy drinking (17, 18). Moreover, several years ago craving was considered a symptom of AWS (19,20), and only during the last couple of decades it acquired a different form of consideration becoming an independent "condition of mind" apart AWS (15, 21) and with specific characteristics (22, 23). In our systematic review, as evidenced by the innovative application of linear splines able to summarize the evidence, the OCDS and PACS scores show a drastic reduction of their scores particularly

during the first 4 weeks of treatment, while VAS score has a more linear evolution. This might be explained by the fact that craving intensity is drastically reduced during the first weeks of treatment but without being completely suppressed during the subsequent weeks and months. In addition, when we stratified studies in two subgroups by treatment (pharmacological vs. non-pharmacological), craving intensity appeared to be reduced more markedly in patients following a pharmacological treatment compared to patients treated with placebo; in this latter subgroup, indeed, the reduction was linear and not pronounced such as for the other group. Given that differences between treatment and non-treatment group are not significant, likely due to the fact that analyzed studies were not designed with this endpoint, some considerations are dutiful, since this is the first review that analyzes efficacy of treatment for protracted withdrawal syndrome. Interestingly, the treatment group shows a pronounced reduction of craving after three weeks and maintains similar values until the end of the sixth month, while the non-treatment group shows a less deep reduction of craving after 1 month, continuing to decrease and reaching the level of the treated group only after almost six months. A possible interpretation of these data is that craving follows physiological curve of reduction during the first six months after interrupting alcohol abuse and that introducing a specific pharmacological treatment can substantially anticipate the reduction that normally would be obtained only after six months. According to this hypothesis, that must be confirmed with future studies, specific pharmacological treatment would be indicated in the first six months after the resolution of AWS, in order to reduce craving and therefore to prevent alcohol relapse.

In addition, when the subgroup of studies was further divided in those following GABA-ergic agents, a more pronounced reduction in OCDS (and craving) has been shown compared with non-GABA-ergic compounds. Despite this difference is not significant and more studies are warranted to understand what type of drugs can better treat PWS symptoms, the efficacy of GABA-ergic agents is consistent with the pathophysiology of PWS, that involves a down-regulation of GABA-ergic system which needs several month to return to equilibrium (24).

Sleep disorder or insomnia is one of the most frequent symptoms reported by patients after the resolution of acute AWS (25). In particular, a review of seven studies reporting data on sleep, using polysomnograph recordings of the brain while people slept, found evidence that sleep abnormalities can persist for 1 to 3 years after stopping alcohol consumption (24,26-32). These abnormalities include difficulty falling asleep, decreased total sleep time, and sleep apnea. In our systematic review, sleep disorder measured with ESS scale has been documented, and it linearly improves with increasing time since stopping.

Moreover, anhedonia a symptom where a person's ability to experience pleasure is decreased, is frequently found in patients with AUD after the detoxification period and it can last for several months (24). Very few studies have examined this particular symptom. Pozzi and colleagues examined anhedonia in individuals who had been abstinent from alcohol, opioids, and/or other drugs for some time, and who had no identified other psychiatric disorders, concluding that

anhedonia appeared to be a symptom of PAW unrelated to other clinical and psychosocial features (32). Again, Martinotti and colleagues found that signs and symptoms, including anhedonia, lasted the duration of a year-long study of people recovering from AUD (33). In our systematic review, in fact, it was possible to examine only the above mentioned studies. Thus, we were not able to obtain a summary figure related to this particular symptom.

Furthermore anxiety and depression are co-morbidities frequently found in patients suffering from AUD (34, 35). In fact it has been estimated that 30-50% of patients with AUD are affected by co-morbid psychiatric conditions (36, 37). For this reason, studies including patients with psychiatric disorder were excluded in our systematic review. Our systematic review, although not specifically designed to comprehensively investigate anxiety and depression, showed in a post-hoc analysis that these symptoms decreased during the 3-6 months after the cessation of acute phase of AWS, but they did not completely disappear, as a consequence of their persistence. This study presents some limitations. We have included studies investigating the efficacy of medications for the treatment of the acute phase of AWS; in these studies benzodiazepines are the most frequent drugs employed; however these studies are few, and they used only the CIWA-Ar scale to measure the intensity of AWS (38), but not scales measuring craving. Thus, their influence on regression analyses is null. Moreover, minor symptoms of PAW have not been investigated. Furthermore, the investigation of anxiety and depression as symptoms of PAW have not been initially planned in order to avoid the inclusion of studies based on patients with AUD and co-morbid psychiatric condition which would have confounded the attribution of these symptoms to PAW rather than to a psychiatric disorder. Among the strengths, besides the originality and the comprehensiveness of the systematic review, this study gives the possibility to identify and to treat a specific syndrome occurring during the first months of alcohol abstinence which are considered an highly vulnerable period for drinking relapse.

In conclusion, this study confirms the persistence of PAW - in particular, craving and sleep disorder - after the acute phase of AWS emerged clearly when OCDS scale is considered in the placebo subgroup of patients. In addition, it is worth noting that the pharmacological approach might have a role in reducing these symptoms particularly during the first six months of treatment. Namely, GABA-ergic agents (excluding benzodiazepines for addiction liability) seem to be the most effective drugs to achieve this purpose, and to maintain - if prolonged for at least 90 days - the persistence of their effect in comparison with placebo. This result is consistent to neurobiological evidence showing that the re-adaptation time of altered neuronal pathway due to prolonged alcohol abuse, in particular GABA-ergic circuit, can last several months (39,40). This is of crucial importance not only for experts in addiction treatment, but also for physicians since the investigation of the presence of symptoms of PAW may direct the pharmacological therapy appropriately in order to avoid relapse in heavy drinking. It is important that controlled clinical trials aiming to investigate the presence of mayor and minor symptoms of PAW testing specific scales are conducted, including trials investigating specific targeted interventions

with the label and off-label drugs currently employed for the treatment of AUD.

Acknowledgements

For the present systematic review, Silvano Gallus, Alessandra Lugo and Elisa Borroni acted as statistical and epidemiological consultants for the Laboratorio Farmaceutico CT S.r.l. Authors thank Prof. Vincenzo Bagnardi for his valuable help in statistical analyses.

References

- (1) American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. 5th ed. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425596.
- (2) Bayard M., McIntyre J., Hill K.R., Woodside J. Jr. (2004). Alcohol withdrawal syndrome. *Am Fam Physician*, 69: 1443-50.
- (3) Caputo F., Agabio R., Vignoli T. *et al.* (2019). Diagnosis and treatment of acute alcohol intoxication and alcohol withdrawal syndrome: position paper of the Italian Society on Alcohol. *Intern Emerg Med.*, 14: 143-60.
- (4) de Timary P., Cordovil de Sousa Uva M., Denoel C. *et al.* (2013). The associations between self-consciousness, depressive state and craving to drink among alcohol dependent patients undergoing protracted withdrawal. *PLoS ONE*, 8: e71560.
- (5) Perney P., Leher P., Mason B.J. (2012). Sleep disturbance in alcoholism: proposal of a simple measurement, and results from a 24-week randomized controlled study of alcohol-dependent patients assessing acamprosate efficacy. *Alcohol and Alcohol.*, 47: 133-9.
- (6) De Soto C.B., O'Donnell W.E., Allred L.J., Lopes C.E. (1985). Symptomatology in alcoholics at various stages of abstinence. *Alcohol Clin Exp Res.*, 9: 505-12.
- (7) Martinotti G., Di Nicola M., Reina D. *et al.* (2008). Alcohol protracted withdrawal syndrome: the role of anhedonia. *Subst Use Mis.*, 43: 271-84.
- (8) Heilig M., Egli M., Crabbe J.C., Becker H.C. (2010). Acute withdrawal, protracted abstinence and negative affect in alcoholism: are they linked?. *Add. Bio.*, 15: 169-84.
- (9) Keating G.M. (2014). Sodium oxybate: a review of its use in alcohol withdrawal syndrome and in the maintenance of abstinence in alcohol dependence. *Clin Drug Investig.*, 34: 63-80.
- (10) Mason B.J., Quello S., Goodell V., Shadan F., Kyle M., Begovic A. (2014). Gabapentin treatment for alcohol dependence: a randomized clinical trial. *JAMA Int Med.*, 174: 70-7.
- (11) Martinotti G., Andreoli S., Reina D. *et al.* (2011). Acetyl-L-Carnitine in the treatment of anhedonia, melancholic and negative symptoms in alcohol dependent subjects. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 35: 953-8.
- (12) Bernard L., Cyr L., Bonnet-Suard A., Cutarella C., Bréjard V. (2021). Drawing alcohol craving process: A systematic review of its association with thought suppression, inhibition and impulsivity. *Heliyon*, 7(1): e05868.
- (13) Connor J.P., Jack A., Feeney G.F.X., Young R.M. (2008). Validity of the obsessive compulsive drinking scale in a heavy drinking population. *Alcohol Clin Exp Res.*, 32: 1067-73.
- (14) Tiffany S.T. Wray J. (2012). The clinical significance of drug craving. *Ann N Y Acad Sci.*, 1248: 1-17.
- (15) Murphy C.M., Stojek M.K., Few L.R., Rothbaum A.O., Mackillop J. (2014). Craving as an alcohol use disorder symptom in DSM-5: an empirical examination in a treatment-seeking sample. *Exp Clin Psychopharmacol.*, 22(1): 43-49.

- (16) Flannery B.A., Volpicelli J.R., Pettinati H.M. (1999). Psychometric properties of the Penn Alcohol Craving Scale. *Alcohol Clin Exp Res.*, 23(8): 1289-95.
- (17) Heinz A., Beck A., Mir J. *et al.* (2010). Alcohol Craving and Relapse Prediction: Imaging Studies. In: Kuhn C.M., Koob G.F., editors. *Advances in the Neuroscience of Addiction*. 2nd edition. Boca Raton (FL): CRC Press/Taylor & Francis.
- (18) Garbusow M., Sebold M., Beck A., Heinz A. (2014). Too difficult to stop: mechanisms facilitating relapse in alcohol dependence. *Neuropsychobiol.*, 70(2): 103-10.
- (19) Tabakoff B. (1990). Withdrawal symptoms and alcohol dependence. One man's craving is another man's dependence. *Br J Addict.*, 85(10): 1253-4.
- (20) Roelofs S.M. (1985). Hyperventilation, anxiety, craving for alcohol: a subacute alcohol withdrawal syndrome. *Alcohol.*, 2(3): 501-5.
- (21) Seo D., Sinha R. (2014). The neurobiology of alcohol craving and relapse. *Hand Clin Neurol.*, 125: 355-68.
- (22) Martinotti G., Di Nicola M., Tedeschi D. *et al.* (2013). Craving Typology Questionnaire (CTQ): a scale for alcohol craving in normal controls and alcoholics. *Compr Psychiatry.*, 54(7): 925-32.
- (23) Burnette E.M., Grodin E.N., Schacht J.P., Ray L.A. (2021). Clinical and Neural Correlates of Reward and Relief Drinking. *Alcohol Clin Exp Res.*, 45(1): 194-203.
- (24) Caputo F., Cibi M., Loche A., De Giorgio R., Zoli G. (2020). The recognition and management of protracted alcohol withdrawal may improve and modulate the pharmacological treatment of alcohol use disorder. *J Psychopharmacol.*, 34(11): 1171-1175.
- (25) Chakravorty S., Chaudhary N.S., Brower K.J. (2016). Alcohol Dependence and Its Relationship With Insomnia and Other Sleep Disorders. *Alcohol Clin Exp Res.*, 40(11): 2271-2282.
- (26) Angarita G.A., Emadi N., Hodges S., Morgan P.T. (2016). Sleep abnormalities associated with alcohol, cannabis, cocaine, and opiate use: a comprehensive review. *Addict Sci Clin Pract.*, 26, 11(1): 9.
- (27) Colrain I.M., Turlington S., Baker F.C. (2009). Impact of alcoholism on sleep architecture and EEG power spectra in men and women. *Sleep*, 32(10): 1341-52.
- (28) Brower K.J., Aldrich M.S., Robinson E.A., Zucker R.A., Greden J.F. (2001). Insomnia, self-medication, and relapse to alcoholism. *Am J Psychiatry*, 158(3): 399-404.
- (29) Brower K.J., Perron B.E. (2010). Prevalence and correlates of withdrawal-related insomnia among adults with alcohol dependence: results from a national survey. *Am J Addict.*, 19(3): 238-44.
- (30) Brower K.J., Krentzman A., Robinson E.A. (2011). Persistent insomnia, abstinence, and moderate drinking in alcohol-dependent individuals. *Am J Addict.*, 20(5): 435-40.
- (31) Brower K.J. (2015). Assessment and treatment of insomnia in adult patients with alcohol use disorders. *Alcohol.*, 49(4): 417-27.
- (32) Pozzi G., Martinotti G., Reina D. *et al.* (2008). The assessment of post-detoxification anhedonia: influence of clinical and psychosocial variables. *Subst Use Mis.*, 43: 722-32.
- (33) Martinotti G., Di Nicola M., Reina D. *et al.* (2008). Alcohol protracted withdrawal syndrome: the role of anhedonia. *Subst Use Misuse*, 43(3-4): 271-84.
- (34) McHugh R.K., Weiss R.D. (2019). Alcohol Use Disorder and Depressive Disorders. *Alcohol Res.*, 40(1): arcr.v40.1.01.
- (35) Anker J.J., Kushner M.G. (2019). Co-Occurring Alcohol Use Disorder and Anxiety: Bridging Psychiatric, Psychological, and Neurobiological Perspectives. *Alcohol Res.*, 40(1): arcr.v40.1.03.
- (36) Newton-Howes G., Foulds J. (2018). Personality Disorder and Alcohol Use Disorder: An Overview. *Psychopathology.*, 51(2): 130-136.
- (37) Vitali M., Sorbo F., Mistretta M. *et al.* (2018). Dual diagnosis: an intriguing and actual nosographic issue too long neglected. *Riv Psichiatr.*, 53(3): 154-159.
- (38) Pribék I.K., Kovács I., Kádár B.K., Kovács C.S., Richman M.J., Janka Z., Andó B., Lázár B.A. (2021). Evaluation of the course and treatment of Alcohol Withdrawal Syndrome with the Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol - Revised: A systematic review-based meta-analysis. *Drug Alcohol Depend.*, 220: 108536.
- (39) Crews F.T., Nixon K. (2009). Mechanisms of neurodegeneration and regeneration in alcoholism. *Alcohol Alcohol.*, 44(2): 115-127.
- (40) Seo D., Sinha R. (2015). Neuroplasticity and Predictors of Alcohol Recovery. *Alcohol Res.*, 37(1): 143-152.

Publicato online: 30/12/2021

La gestione del Covid sul territorio da parte di una Unità Operativa di Alcologia del Servizio delle Dipendenze: difficoltà, punti di forza, indicazioni per il futuro

Ruggero Merlini[°], Jonathan Francesco Toscano^{°°}, Veronica Piccinni*, Marco Rosolani**, Giuseppe Fiorentino[^], Maurizio Schiavi^{^^}

Il contesto lombardo

L'attuale riforma del sistema sociosanitario in Lombardia, LR 23/2015, riorganizza in modo profondo il sistema dei servizi della Regione Lombardia. Questa legge definisce un nuovo modello di presa in carico delle cronicità e delle fragilità, finalizzato a dare ai pazienti risposte più efficaci e personalizzate ai loro bisogni di cura strutturandosi in un sistema a tre livelli:

- centrale regionale;
- articolazioni amministrative (ATS);
- articolazioni operative (ASST).

Le ATS (Agenzie di Tutela della Salute), a livello territoriale attuano la programmazione definita dalla Regione, attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie tramite i soggetti accreditati e contrattualizzati pubblici e privati. Anche attraverso i distretti, hanno i seguenti compiti:

- negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie dalle strutture accreditate;
- attivazione di un "governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi" (art. 6/3);
- governo dell'assistenza primaria e relativo convenzionamento;
- programmi di educazione alla salute;
- sicurezza alimentare;
- controllo della salute degli ambienti di vita e di lavoro;
- sanità pubblica veterinaria;
- monitoraggio della spesa farmaceutica.

Ogni ATS è organizzata in dipartimenti (art. 6/6):

- igiene e prevenzione sanitaria;
- cure primarie;
- programmazione, accreditamento, acquisto;
- veterinario e sicurezza degli alimenti;
- amministrativo;
- programmazione per l'integrazione delle prestazioni socio-sanitarie con quelle sociali.

[°] Medico epatologo, responsabile UOS Alcologia, San Giuliano Milanese, DSMD ASST Melegnano Martesana.

^{°°} Medico, consulente UOS Alcologia, San Giuliano Milanese, DSMD ASST Melegnano Martesana.

* Medico, USCA (unità speciali di continuità assistenziale), ATS Città metropolitana, Milano.

** Medico, USCA, ATS Città metropolitana, Milano.

[^] Infermiere, referente DAPS. UOS Alcologia, San Giuliano Milanese, DSMD ASST Melegnano Martesana.

^{^^} Infermiere, ASST Melegnano Martesana.

Il secondo elemento del sistema è costituito dalle ASST (Aziende Socio Sanitarie Territoriali), ossia delle strutture operative pubbliche della sanità lombarda; tale organizzazione, garantendo sempre efficacia, efficienza ed economicità nella produzione e nel governo dei costi, è orientata:

- alla presa in carico della persona;
- alla integrazione tra i diversi servizi e le unità d'offerta finalizzate alla presa in carico;
- a migliorare o rivedere i percorsi ospedalieri e territoriali;
- alla trasversalità dei processi amministrativi.

Tre sono gli ambiti di progettazione della ASST:

- l'organizzazione ospedaliera, ovvero la logistica del paziente e delle strutture, i dipartimenti gestionali e/o funzionali, le indicazioni del modello clinico-assistenziale-organizzativo da mettere in atto;
- l'organizzazione territoriale (area socio sanitaria, sociale), per la presa in carico del paziente – specialmente il paziente cronico – e garantire la continuità ospedale territorio;
- l'organizzazione della funzione amministrativa, posizionata sia in line che in staff, a livello centrale e, se prevista, a livello periferico.

La parte territoriale delle ASST è diretta dal direttore socio sanitario, von in staff il DAPSS territoriale e prevede due dipartimenti gestionali: Il DSMD (psichiatria, dipendenze, npi, psicologia clinica, disabilità) e il dipartimento RICCA (presa in carico cronicità).

Il NOA – nucleo operativo alcologia di San Giuliano M.se (Area Milano Sud)

La mission del servizio è garantire i livelli essenziali di assistenza attraverso l'erogazione di prestazioni rivolte ai soggetti con consumo problematico e dipendenza da alcol e con comportamenti addittivi (dipendenza da gioco e da tecnologie digitali), comprese le patologie psichiatriche ed epatiche HBV e HCV correlate.

Per il suddetto obiettivo svolge le seguenti funzioni:

- attività di diagnosi multidisciplinare, counselling, cura, riabilitazione e prevenzione, assicurando la presa in carico completa del paziente, dalla fase di accoglienza fino alla conclusione del percorso terapeutico-riabilitativo e l'intervento nei diversi ambiti di vita in un'ottica di continuità assistenziale;
- screening, prevenzione e cura delle patologie correlate alla dipendenza da alcol e da comportamenti addittivi;
- tutela della libera scelta del cittadino all'interno delle unità d'offerta della rete dei servizi territoriali, anche in collaborazione con il privato sociale, il volontariato e gli enti locali;

- stesura e attuazione di programmi alternativi alla detenzione e su richiesta delle CML.

Il servizio nel 2020 ha mantenuto gli stessi standard qualitativi e quantitativi del 2019, gestendo circa 200 pazienti.

Nel primo semestre del 2021 risulta un incremento di oltre il 50% di utenti, svolgendo l'attività prevalentemente in presenza. L'equipe del NOA ha fronteggiato due aspetti della pandemia: quello clinico è stato affrontato in un ambulatorio dedicato in cui hanno lavorato i medici e gli infermieri del servizio e le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), mentre l'impatto psicologico e le problematiche derivanti (eccessivo stress, sindromi post-traumatica e ansioso-depressiva) sono state arginate con l'attivazione di uno sportello di ascolto gestito dalle colleghe psicologhe.

Gestione del Servizio in concomitanza della pandemia Covid-19

È tutt'ora operativo presso il NOA di San Giuliano Milanese, un ambulatorio per la gestione dei pazienti Covid a rischio intermedio (Centro Territoriale Covid), aperto da lunedì a venerdì, presidiato da personale medico ed infermieristico. L'obiettivo prioritario del progetto era la riduzione della pressione sui PS degli ospedali attraverso la pianificazione di un percorso ben definito per i pazienti sospetti e/o accertati per infezione da SARS-CoV2. Tali pazienti si collocano tra i paucisintomatici e i compromessi (e quindi necessariamente destinati al PS). I pazienti emodinamicamente instabili (SatO2 <93%, P/F < 300, FR >20) venivano inviati a valutazione presso PS di riferimento.

I Centri Territoriali Covid (CTC) hanno permesso una valutazione di II livello direttamente sul territorio, garantendo l'accesso a:

- visita medica internistica;
 - tamponi rinofaringei per SARS-CoV2;
 - ecografia toracica;
 - emogasanalisi (EGA);
 - esami ematochimici, mirati all'individuare paziente con risposta iperinflammatoria e alto rischio evolutivo;
 - RX e/o TC torace in percorso ospedaliero dedicato.
- L'accesso al servizio è stato filtrato dai Medici di Medicina Generale (MMG) che hanno selezionato i pazienti da inviare al CTC secondo criteri specifici:
- sintomi per sospetta o accertata infezione da SARS-CoV2;
 - febbre persistente da più di 72 ore con Tc > 37.5°C;
 - tosse in aggravamento;
 - dispnea con eventuale desaturazione sO2 < 94%;
 - quadro clinico dubbio meritevole di approfondimento (astenia, diarrea, cefalea);
 - stato di fragilità o vulnerabilità;
 - dimissione protetta dal Pronto Soccorso.

Venivano esclusi i pazienti asintomatici e quelli che presentavano un quadro clinico così avanzato da richiedere il ricovero ospedaliero.

Il Centro Territoriale Covid-19 (Formazione rete territoriale)

Ci ricorderemo del 2020 come l'anno del Covid-19. Lo stato di pandemia proclamato dall'OMS nel marzo 2020, aveva desta-

to preoccupazioni soprattutto nella popolazione anziana che era risultata più colpita in termini di mortalità e gravità della sintomatologia (1).

La rapidità con la quale il virus si è diffuso ha costretto la Comunità Scientifica a delineare strategie al fine di contenere e, al contempo, trattare il virus in maniera tempestiva. Inizialmente, in assenza di una terapia vaccinale disponibile, i trattamenti erano stati avviati in maniera molto empirica basandosi sulla sola esperienza dei clinici.

Le linee guida NHC (National Health Commission) della Repubblica Popolare Cinese, in quanto Nazione colpita prima rispetto le altre, avevano consigliato l'utilizzo di farmaci antivirali (lopinavir/ritonavir) e idrossiclorochina. I farmaci utilizzati a quel momento in Italia erano lopinavir/ritonavir, azitromicina, EBPM.

Nel corso della pandemia, sono stati delineati diversi approcci potenzialmente utili a rallentare/bloccare la replica virale:

- inibizione della fusione/entrata di SARS-CoV2.
- blocco processo di replicazione virale di SARS-CoV2.
- soppressione dell'eccessiva risposta infiammatoria.
- trattamento con plasma iperimmune.

Nell'ottobre 2020 dopo la "prima ondata" dell'infezione SARS-CoV2, l'ASST Melegnano-Martesana coinvolge il Servizio Territoriale Dipendenze in un progetto per un "Centro Territoriale Covid" (uno dislocato nell'area sud e l'altro in quella nord) al fine di rafforzare la rete per le cure territoriali in previsione di una seconda ondata (poi verificatasi).

Abbiamo quindi creato:

- una rete di attivazione del servizio con i MMG.
- Un percorso di accesso 'protetto' del pz accertato o sospetto Covid positivo.
- Ambulatorio dedicato con valutazione clinico-diagnostica e di monitoraggio (esami ematochimici, EGA, tampone nasofaringeo, T°, SO2, visita) +/- invio 'protetto' per l'esecuzione di Rx e/o TC torace c/o H Vizzolo-Melegnano.
- Protocollo terapeutico (nei pz sintomatici), caratterizzato da azitromicina, steroide, EBPM, + ASA, lattoferrina, vitamina D (2, 3, 4).

Contestualmente, abbiamo aderito ad uno studio randomizzato multicentrico nazionale (Studio di Fase 3, CHOICE) che prevedeva, allo standard of care, l'aggiunta di colchicina, dotata di alcune proprietà antivirali oltre che implicata nell'attivazione di quei meccanismi infiammatori che sono affini a quelli in gioco nel corso della infezione da SARS-CoV2.

Condivisione dei dati rilevati – Risultati

Dal 01/11/2020 al 30/06/2021 abbiamo valutato 1390 pazienti con una prevalenza di maschi (60 vs 40%). Della totalità dei pazienti solo 7 hanno richiesto, dopo la nostra valutazione il ricovero ospedaliero; 5 pazienti per compromissione del quadro respiratorio già alla presentazione (SO2<93%) e 2 pazienti per peggioramento clinico nelle successive 72 ore. Tranne 2 pazienti ricoverati in terapia sub-intensiva e sottoposti a CPAP, i restanti 5 sono stati ricoverati in ambiente medico in O2 terapia.

Nel nostro campione l'età maggiormente interessata era compresa tra i 53 e 65 aa (38% dei casi). A seguire 21% tra 65 e 77; 16% tra 41 e 53; 10% tra 17 e 29; 9% tra 29 e 41; 6% tra 77 e 89. Solo il 25% dei soggetti valutati era asintomatico o pauci-sintomatico; nella maggior parte dei casi i sintomi rife-

riti sono stati febbre, astenia, tosse secca, artromialgie, anosmia e disgeusia; meno frequenti cefalea e diarrea. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a panel laboratoristico mediante marcatori infiammatori e pro-coagulativi, sia quale monitoraggio clinico che per evidenziare evoluzioni critiche (stato iperinflammatorio) e fornire una base per la formulazione delle strategie di trattamento. In presenza di SO₂ (AA) < 94% e/o FR > 20 atti/m' è stata effettuata emogasanalisi.

L'esame radiografico standard del torace, pur gravato di bassa sensibilità nelle identificazione delle alterazioni polmonari più precoci delle infezioni da SARS-Cov2, è stato utilizzato nel 26% dei casi sulla base della "storia" del paziente, del tempo intercorso tra l'infezione e l'accesso al nostro servizio, della clinica (reperto auscultatorio toracico e/o eco-toracica) con un riscontro positivo nella totalità dei casi. La CT torace senza MDC è stata richiesta a priori in 2 soli pazienti, rispettivamente con anamnesi oncologica positiva e sarcoidosi di 2° grado. I pazienti sintomatici e/o con livelli significativamente aumentati di PCR sono stati posti in trattamento antibiotico (29%). La terapia steroidea e l'EBPM (7) sono stati invece utilizzati nei soggetti con polmonite non complicata (malattia stadio II) e/o stato iperinflammatorio conclamato, in totale il 21% dei casi per la terapia cortisonica e il 18% per quella anticoagulante. Diverse segnalazioni in letteratura hanno suggerito come ASA, Vit C, Vit D e lattoferrina, tramite meccanismi differenti (attività immuno-modulatoria, incremento attività NK e stimolazione dell'aggregazione e dell'adesione neutrofili, ruolo nella funzione dei fagociti, regolazione delle attività immunitarie sia innata che adattativa) (5, 6, 8, 9, 10) possano contribuire a ridurre il danno legato all'iperinfiammazione e la durata della malattia. Per tale motivo abbiamo introdotto nel nostro protocollo terapeutico anche questi farmaci come "Terapia Ancillare" (59% dei casi, terapia antiaggregante 41% dei casi). La terapia è stata introdotta apparentemente solo nel 60% dei soggetti; in realtà è stata utilizzata in tutti i pazienti in quanto il restante 40% aveva già analoga terapia in atto. Contestualmente abbiamo preso parte ad uno studio randomizzato multicentrico nazionale (studio CHOICE) che prevedeva, alla terapia standard l'utilizzo di Colchicina, farmaco dotato di potente attività antinfiammatoria in grado di inibire la replica virale, arruolando 9 soggetti (6 donne e 3 uomini). Il numero esiguo dei partecipanti si deve in parte ai ristretti criteri di inclusione (in particolare la positività al tampone molecolare entro e non oltre le 72 ore dall'insorgenza dei sintomi), e in parte alla scarsa disponibilità dei pazienti ad aderire ad un protocollo sperimentale.

Conclusioni

SARS-Cov2 è un virus ad RNA della specie Coronavirus. Presenta diverse varianti, alcune di queste ritenute di particolare importanza a causa della loro maggiore potenziale trasmissibilità. Non esiste, ad oggi, una terapia risolutiva; per questo

la priorità è la campagna vaccinale che permette di limitare la circolazione del virus e l'insorgenza di nuove varianti.

Il periodo infettivo varia da 2 a 14 giorni con sintomi che variano sulla base della gravità della malattia, dall'assenza di sintomi a febbre, tosse, faringodinia, artromialgie ed astenia. I casi più severi possono presentare polmonite, distress respiratorio oltre complicazioni come la Sindrome da rilascio di citochine (CRS), caratterizzata da un'infiammazione sistemica incontrollata con insufficienza respiratoria progressiva e danno multiorgano. La CRS occorre nel 20% dei casi.

Quello che abbiamo imparato, in ogni caso, è che la terapia va avviata durante l'early infection, cioè nei primi 7 giorni (meglio se entro 72 ore), limitando l'insorgenza delle complicanze.

Il monitoraggio clinico associato ad esami ematochimici e/o strumentali ha permesso di ridurre l'ospedalizzazione che nel nostro caso è stata dello 0.51%.

Il Centro territoriale COVID si è quindi dimostrato una realtà territoriale ante litteram; unitamente alla collaborazione con MMG, USCA, l'Ospedale di Circolo (il PS in particolare) ha dimostrato l'efficacia della rete.

Questa esperienza di "contaminazione" di una realtà clinica come un servizio di alcolologia nella più vasta costruzione di una nuova sanità territoriale dimostra come sia possibile non perdere la propria specificità ed anzi porsi come punto focale ed avanzato nelle politiche aziendali.

L'aumento considerevole dei pazienti alcolisti giunti al servizio e la possibilità di disporre di moderne strumentazioni cliniche e diagnostiche sono correlate e inserite in questa nuova filosofia operativa.

Bibliografia

- (1) www.asst-melegnano-martesana.it/download/poas-2/.
- (2) www.lombardiasociale.it/2015/10/26/la-riforma-del-sistema-sociosanitario-in-lombardia-la-lr-232015/.
- (3) www.asst-melegnano-martesana.it/wp-content/uploads/2016/07/708_POAS_Documento_Descriptivo.pdf.
- (4) COVID-19 - Strategy Update Apr 2020, World Health Organisation.
- (5) Baez D. (2020). Aspirin may reduce risk of mechanical ventilation, death in hospitalized patients with Covid 19. *Anesthesia & Analgesia*.
- (6) Serrano G. (2020). Liposomal lactoferrin as potential preventative and cure for Covid 19. *International J of Research in Health Sciences*, 8(1), Jan-Mar.
- (7) GIHP (Groupe d'intérêt en Homeostase) et GFHT (Groupe Français d'études sur l'Homeostase et la Thrombose) (2000), Avril.
- (8) Janshe L. et al. (2011). Inhibition of SARS Pseudovirus cell entry by lactoferrin binding to heparin sulfate proteoglycans. *PLoS ONE*, 6(8): e23710. DOI: 10.1371.
- (9) Liu P.T. et al. (2006). Toll-like receptor triggering of a vitamin D mediated human antimicrobial response. *Science*, 311: 1770-3.
- (10) Schaubert J. et al. (2007). Injury enhances TLR2 function and antimicrobial peptide expression through a vitamin D-dependent mechanism. *J Clin Invest.*, 117: 803-11.

Pubblicato online: 30/12/2021

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



Il X Congresso Nazionale di FeDerSerD

“Per una medicina del territorio da rifondare. I Servizi delle Dipendenze in una nuova Sanità pubblica” è il titolo dell'evento che si è svolto in modalità virtuale il 3-4 e 5 novembre 2021.

In realtà possiamo definire il congresso ibrido, con una presenza di molti relatori e dei dirigenti nazionali della Federazione, a Milano.

Da quasi due anni ci troviamo a contrastare un nemico inatteso che ha modificato non solo i nostri comportamenti, i rapporti interpersonali e tutto quanto eravamo abituati a gestire nella nostra vita quotidiana, ma anche la nostra attività lavorativa.

Lo spirito del Congresso è quello di guardare ad una ripartenza con l'atteggiamento propositivo e collaborativo di affiancamento alle Istituzioni a tutti i livelli per dare un contributo importante alle azioni di presa in carico e cura delle dipendenze, di sistema e con le dovute priorità.

Il sistema di intervento sulle dipendenze in Italia è in grave crisi da circa quindici anni per la contrazione delle risorse. La priorità assoluta è ripristinare le risorse per le attività fondamentali, quelle correnti, in personale e strutture, che sono già a lungo sperimentate e validate nella loro efficacia, evolute negli anni, considerate la parte fondamentale di un sistema di intervento in assoluto tra i migliori e i più efficaci in termini di costi/risultati del mondo.

Centrale è garantire normativamente che in tutte le Regioni italiane il sistema pubblico dei Servizi per le Dipendenze sia organizzato in Dipartimenti, modello di gestione per un migliore governo clinico in sanità e un coordinamento delle azioni del sistema di intervento nel territorio di riferimento.

Sul fronte della formazione non è più rinviabile la istituzione della disciplina in medicina delle dipendenze con la relativa specializzazione e i relativi insegnamenti universitari nella clinica delle dipendenze.

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

È all'interno della riflessione che si sta facendo sull'importanza della Sanità Territoriale che FeDerSerD intende dare uno dei suoi maggiori contributi, individuando i temi fondamentali su cui concentrare una revisione legislativa del TU 309/90.

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

Un asse portante del nuovo Sistema di Intervento deve essere la capacità di realizzare efficacemente la integrazione

socio-sanitaria; è necessario definire le procedure e gli spazi per i trattamenti multidisciplinari e integrati; rivedere il rapporto tra Enti Ausiliari, volontariato e sanità pubblica; attivare posti letto di medicina delle dipendenze; riconsiderare il lavoro delle Prefetture.

I Ser.D. debbono integrare la loro azione col sistema delle altre cure territoriali, dai distretti socio sanitari ai MMG; alle strutture specialistiche aziendali a cominciare dalla psichiatria e dalle malattie infettive.

Il congresso ha offerto, con interventi e confronti di alto livello scientifico, culturale ma anche di attualità, chiare indicazioni sull'importante e determinante contributo che il Sistema dei Servizi per le Dipendenze può e deve dare alla sanità del territorio oggi.

Un valore aggiunto per un nuovo sistema di strategie terapeutiche multidisciplinari, disponibilità di nuovi e più efficaci trattamenti, tutela delle professioni e del personale socio sanitario anche con normative e legislazioni aggiornate.

Il Congresso ha previsto focus di approfondimento scientifico con ampio spazio alla clinica, in tutti i suoi aspetti sia specifici sia di interazione con altre discipline.

Gli aspetti terapeutici innovativi, le dipendenze classiche o legali quali l'alcolismo e il tabagismo, o quelle comportamentali, la cura delle comorbilità infettivologiche, internistiche e psichiatriche, sono state affrontate sia proponendo indicazioni e linee generali sia valorizzando esperienze dei territori.

Non sono mancate illustrazioni di ricerche e progetti scientifici di rilievo.

Attenzione è stata posta al tema della formazione, della legislazione e della organizzazione.

Infine una sezione del congresso si è occupata delle indicazioni che la realtà Covid ci offre per il futuro nella organizzazione dei Servizi e nel rapporto con i pazienti.

600 i partecipanti, oltre ai 50 presenti in sala.

Dopo la relazione del presidente *Guido Faillace* importanti sono stati i saluti del Sottosegretario di Stato al Ministero della Salute con delega sul sistema di intervento *On. Andrea Costa*; di *Daniele Frongia* Vice capo di gabinetto del Ministro alle politiche giovanili con delega alle politiche sulle dipendenze *Fabiana Dadone*; del Capo Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri *Flavio Siniscalchi*; della Vicepresidente della Regione Lombardia e Assessore al Welfare *Letizia Moratti*; del Vicepresidente FIASO *Antonio d'Amore*.

Segnale tra le molte letture quelle di Gilberto Gerra, Fausto D'Egidio, Felice Nava, Daniela D'Angela, Sabrina Molinaro, Massimo Andreoni, Guido Mannaioni, Claudio Menacchi.

(A.L.)

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

Hepatitis delta is a public health concern in the community setting: The role of prison health care units in limiting the spread of infection in general population

Felice Alfonso Nava*, Giulia Bassetti[°], Marco Cristofolletti[^], Massimo Fornaini**, Raffaele Geraci^{°°}, Marina Paties^{^^}, Carlo Poggi[§], Stefano Tolio^{*}, Claudio Pileri[♦]

SUMMARY

■ *Hepatitis D virus (HDV) is a public health concern for its severe medical consequences. The aim of this pilot study was to evaluate the prevalence of the main infectious disease between the detainees of the Veneto Region. The study consisted of a survey carried between the heads of the prison healthcare staff. The data showed that on 2,119 detainees the prevalence of hepatitis B (HBV) is the 6% and that the most relevant prevalence of HBV was revealed in the East Europe detainees (Ex USSR countries, Albania, Bosnia, Kosovo, Macedonia), being the 39% of all HBcAb positive subjects. The survey also revealed as the population less protected by HVB vaccination was that comes from East Europe. Moreover, the study indicates that hepatitis D diagnosis is not well known by clinician working inside prisons and that it should be improved through specific diagnostic and therapeutic procedures.*

Our data indicate that the prison setting may play an important and crucial role in term of public health both in intercepting patients that need of treatment and in preventing actions able to minimize the risk of infection. In prison settings screening, linkage to care and harm reduction measures should be improved in order to protect the general population from the impact of the emerging infectious diseases, including HDV. ■

Keywords: *Hepatitis D virus (HDV), Hepatitis B virus (HBV), Prison, Harm reduction.*

Available online: 30/12/2021

Introduction

Hepatitis D virus (HDV) infection was identified in 1977 by Mario Rizzetto and colleagues who noted a severe hepatitis in

individuals thought to be mono-infected with hepatitis B virus (HBV) (Niro *et al.*, 2021; Rizzetto M., 2016). Over the past 40+ years since the initial identification of HDV, chronic HDV infection has come to be known as the most severe of viral hepatitis (Sureau, Negro, 2016) which leads to higher rates of cirrhosis (Chen *et al.*, 2019) and hepatocellular carcinoma (HCC) (Kushner *et al.*, 2015), compared to HBV mono-infection (Caviglia, Rizzetto, 2020; Gilman *et al.*, 2019; Mentha *et al.*, 2019).

Today approximately 587 million people are infected with chronic HBV infection with 62-72 million chronically infected with HDV (Botelho-Souza, Vasconcelos, 2017). The prevalence rate of HDV vary widely in the world. Several studies suggest the high-risk population include individuals from endemic areas, intravenous drug users, men who have sex with men, individuals with human immunodeficiency virus (HIV) or hepatitis C (HCV) and patients with multiple sexual partners (Kushner *et al.*, 2015; Lempp *et al.*, 2016; Perez-Vargas *et al.*, 2019; Shih *et al.*, 2008). Recent reports suggest that the 10.58% of general HBV-positive individuals have co-infections with HDV, excluding the intravenous drug users (IVDUs) and practitioners of high-risk sexual behaviors (HRSBs) (Chen *et al.*, 2019). Some recent data indicate

* Health care in prison, Public Health Service AULSS 6 Euganea, Padova.

[°] Unit of Mental health and health care in prison, Veneto Region, Venice.

[^] Health care in prison, Public Health Service AULSS 1 Dolomiti, Belluno.

** Health care in prison, Public Health Service AULSS 2 Marca Trevigiana, Treviso.

^{°°} Health care in prison, Public Health Service AULSS 5 Polesana, Rovigo.

^{^^} Health care in prison, Public Health Service AULSS 3 Serenissima, Venice.

[§] Health care in prison, Public Health Service AULSS 9 Scaligera, Verona.

^{*} Health care in prison, Public Health Service AULSS 8 Berica, Vicenza.

[♦] Health care programming service, Veneto Region, Venice.

that people who inject drugs (PWID) are commonly exposed to hepatitis B virus (HBV) and HDV (Mahale *et al.*, 2018). A study conducted in San Francisco has shown that HDV viremia is present in 35.6% of HBsAg-positive drug users (Mahale *et al.*, 2018). Epidemiological studies performed between the 1980s and 1990s have estimated the HDV prevalence among HBsAg positive patients to be 5%, equating to about 20 million people worldwide (Lempp *et al.*, 2016; Sureau, Negro, 2016). Regional prevalence of HDV infection was higher in South Europe, South Africa and Asia, with relatively lower rates in Northern Europe, South Africa and North America (Taylor *et al.*, 2013). During the more recent decades the introduction of HBV vaccination, and of effective public hygiene preventive measures have led to decreases in HDV prevalence rates in multiple regions. In Italy the HDV declined from 23% in 1987 to 14% in 1992 to 8% in 1997 (Gaeta *et al.*, 2000). However, in parallel with the decreased prevalence rates in previously endemic areas, other hot zones emerged, including South Easter Russia, Northern India, Vietnam and Albania. In the last years the strong immigration activities have prompted a new rise in HDV prevalence in some European States, following a large influx of immigrants from endemic areas, such as Romania, the ex-Soviet Union and North Africa (Rizzetto, Alavian, 2013). Today the HDV prevalence is around 0.16-0.98% among the general population and 4.5-14.6% among HBsAg-positive subjects (Chen *et al.*, 2019; Stockdale *et al.*, 2020). Mongolia has reported the highest HDV prevalence (Chen *et al.*, 2019), with a prevalence rate of 36.9% in HbsAg positive people. An elevated rate more than 10% was also reported in Moldova and Western and Middle African countries (Stockdale *et al.*, 2020).

The exposure to infected blood is the predominant route of HDV transmission. Most of HDV-infected patients are IVDUs, who had been infected upon needle-stick injury or use of contaminated syringes (Hercun *et al.*, 2020). The prevalence rates among this subgroup range from 21% (Chem *et al.*, 2017) to 36% (Mahale *et al.*, 2018), with a pooled odds ratio (OR) of 19.0 (Stockdale *et al.*, 2020). Another high-risk individuals are practitioners of high-risk sexual behaviors (HRSBs). The prevalence rate in this subgroup reaches up to 11% (Lin *et al.*, 2015), with a pooled OR of 18.7 (Stockdale *et al.*, 2020). The risk of infection is also higher among human immunodeficiency virus-positive population (pooled OR: 6.6.) and hemodialytic patients (pooled OR: 3.4) (Stockdale *et al.*, 2020). Moreover, some cultural practices, such as tattoos and piercing, are quickly becoming an appreciable route of transmission (Gheorghe *et al.*, 2015). Taken together, these data show that the global presence of HDV infection has not decreased and its probably still underestimated.

More than 10 million people are incarcerated worldwide and most of them are in severe health conditions, in promiscuities live conditions and forced to share limited spaces in a mix of cultural and ethnic background (Fazel, Baillargen, 2011). In 2007, the World Health Organization (WHO) identified communicable disease, dependency/addiction disorders, and mental health diseases as the most primary care problems in prisoners. In Germany for example, prisoners are 48 to 69 times likely to be infected with HCV than the general population, and 7 to 12 times more likely to be infected with the human immunodeficiency virus (HIV) (Opitz-Welke, 2018). Moreover there is a strong association between prison cell spatial density (as measure of overcrowding), HRSBs, drug use, and unsafe tattoos and piercing able to increase the risk of infection and communicable disease transmission among prisoners (Simpson, 2019). Our recent data are showing the Sars-CoV-2 may induce in prisons a uncontrollable spread of the infection among prisoners (Grigolin *et al.*, 2021).

The principal aim of this study was to evaluate the prevalence of infectious diseases in detainees of the Veneto Region.

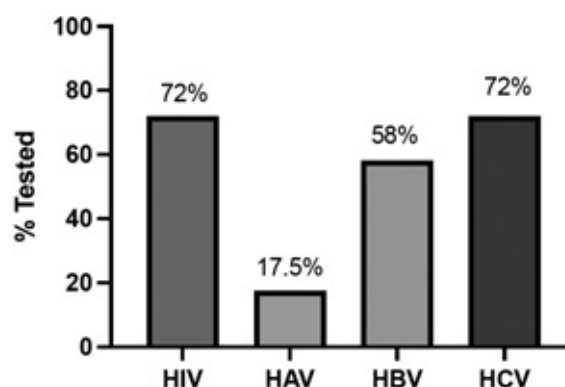
Data collection

To evaluate the impact of infection diseases in the prison setting we performed a pilot study consisting in a survey aimed to evaluate the impact of HBV and HDV in people detained in Veneto Region. The survey involved the heads the healthcare staff of the 9 prisons existing in the Veneto Region. The survey has been conducted on 31 October 2021 and it included data referred to 2,119 detainees.

Results

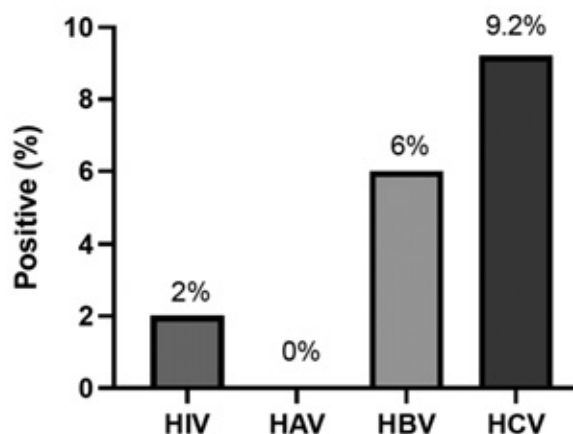
The data shows that the only 58% of detainees was tested for HBV (Fig. 1). The most elevated percentage of tests were performed for HIV and HCV (Fig. 1).

Fig. 1 - Percentage of the detainees tested



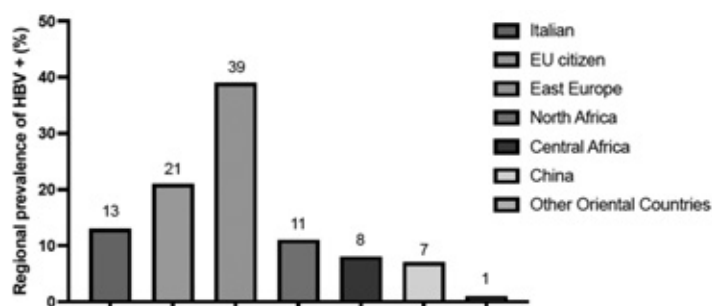
Of the patient tested the 6% resulted HBcAb positive (Fig. 2). The most elevated percentage of positive patients were revealed for HCV (Fig. 2).

Fig. 2 - Percentage of positive tested subjects



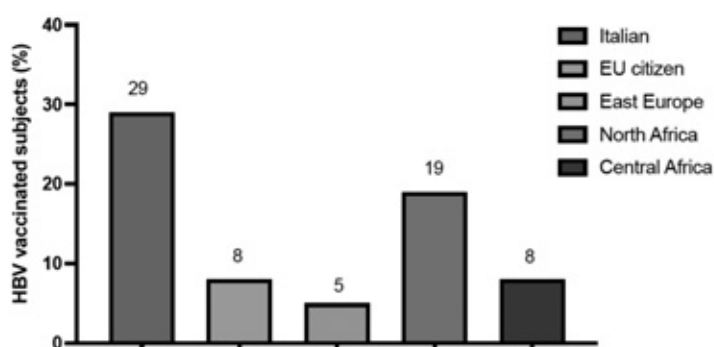
Of the HBV positive individuals 32% were drug users, confirming that drug use is an important risk factor of HBV infection. The most relevant prevalence of HBV was revealed in the East Europe detainees (Ex USSR countries, Albania, Bosnia, Kosovo, Macedonia) being the 39% of all HBcAb positive subjects (Fig. 3).

Fig. 3 - Regional prevalence of HBV + subjects



The detained vaccinated for HBV were the 69%. The most protected patients with HBV vaccine were the Italian people followed by subjects who come from North Africa (Fig. 4). The less protected were the East Europe detainees (Fig. 4).

Fig. 4 - Percentage of vaccinated subjects



The HDV test was offered to 67% of all HBV positive subjects, although the diagnosis processes and the treatment are poor known from clinicians working inside prisons.

Discussion

In the literature there are few data on epidemiology of HDV in prisoners. The results of this pilot study suggest that HBV is tested only in about half of detainees. The study has also shown that only a few percentages of people inside prisons are protected by HBV vaccine.

These preliminary data also indicate that HDV may be a concern for prisoners for at least five reason: first, the prevalence of HBV among prisoners is most elevated that in general population; second, inside prisons people share high-risk behaviors including IVDU, HRSBs, and unsafe use of tattoos and piercing; third, inside prison there are ethnic groups with a high prevalence of HDV that may spread the infection at people who come to non-endemic areas; fourth, the overcrowding and the promiscuities living condition inside prisons may facilitate the spread of infection; fifth, the lacking of harm reduction measures in most prisons may favorite among the detainees the risk of infections and may promote both co-infections and superinfections. In other word, the prisons may be a reservoir of HDV infection and can facilitate the superinfections.

Our study demonstrates that the prisons may play a key role in term of public health representing an active sentinel surveillance for HDV infection.

Finally, these preliminary data suggests as prisons may represent a place where is convenient to develop both prevention and treatment interventions in order to limit the spread of infections in the community.

Further studies are needed to understand the potential role of public health actions in prisons.

Acknowledgements

The authors thank their healthcare staff for the collection of the data.

References

- Botelho-Souza L.F., Vasconcelos M.P.A., Dos Santos A.O., Salcedo JM.V., Vierira D.S. (2017). Hepatitis delta: virological and clinical aspects. *Virol. J.*, 14: 177.
- Caviglia G.P., Rizzetto M. (2020). Treatment of hepatitis D: an unmet medical need. *Clin. Microbiol. Infect.*, 26: 824-827.
- Chen F., Zhang J., Guo F., Wen B., Luo S., Yuan D., Lin Y., Ou W., Tang P., Dai G., Li F., Liu W., Qu X. (2017). Hepatitis B, C, and D virus infection showing distinct patterns between injection drug users and the general population. *J. Gastroenterol. Hepathol.*, 32: 515-520.
- Chen H.Y., Shen D.T., Ji D.Z., Han P.C., Zhang W.M., Ma J.F., Chen W.S., Goyal H., Pan S., Xu H.G. (2019). Prevalence and burden of hepatitis D virus infection in the global population: a systematic review and meta-analysis. *Gut*, 68: 512-521.
- Hercun J., Koh C., Heller T. (2020). Hepatitis delta: prevalence, natural history, and treatment options. *Gastroenterol. Clin North Am.*, 49: 239-252.
- Fazel S., Baillargeon J. (2011). The health of prisoners. *Lancet*, 377: 956-965.
- Gaeta G.B., Strofolini T., Chiaramonte M., Ascione T., Stornaiuolo G., Lobello S., Sagnelli E., Brunetto M.R., Rizzetto M. (2000). Chronic hepatitis D: a vanishing disease? *Hepathology*, 32: 824-827.
- Gheorghe L., csiki I.E., Iacob S., Gheorghe C., Trifan A., Grigorescu M., Motoc A., Suceveanu A., Curescu M., Caruntu F., Sporea I., Brisc C., Rogoveanu I., Cerban R., Tugui L., Alexandrescu A. (2015). Hepatitis delta virus infection in romania: prevalence and risk factors. *J. Gastrointestin. Liver Dis.*, 24: 413-421.
- Gilman C., Heller T., Koh C. (2019). Chronic hepatitis delta: a state of the art review and new therapies. *World J. Gastroenterol.*, 25: 4580-4597.
- Grigolin V., De Mari M., Dinelli E., Marcolongo L., Montalto S., Padovan G.B., Pojano G., Zorzi F., Orcamo P., Nava F.A. (2021). Prison health is a public health, management of Sars-CoV-“ outbreak in an Italian prison. *Mission – Italian Quarterly Journal of Addiction*, 55: 32-35.
- Kushner T., Serper M., Kaplan D.E. (2015). Delta hepatitis within the Veterans Affairs medical system in the United States: prevalence, risk factor, and outcomes. *J. Hepathol.*, 63: 586-592.
- Lempp F.A., Ni Y., Urban S. (2016). Hepatitis delta virus: insight into a peculiar pathogen and novel treatment opitions. *Nat. Rev. Gastroenterol. Hepathol.*, 13: 580-589.
- Lin H.H., Lee S.S., Yu M.L., Chang T.T., Su c.W., Hu B.S., Chen Y.S., Huang C.K., Lai C.H., Lin J.N., Wu J.C. (2015). Changing hepatitis D virus epidemiology in a hepatitis B virus endemic area with a national vaccination program. *Hepatology*, 61: 1870-1879.
- Mahale P., Aka P.V., Chen X., Liu P., Wang A.S., Simenel S., Tseng F.C., Chen S., Edlin B.R., Glenn J.S., O'Brien T.R. (2018). Heptitis

- D viremi among injection drug users in San Francisco. *J. Infect. Dis.*, 217: 1902-1906.
- Mentha N., Clement S., Negro F., Alfaiate D. (2019). A review on hepatitis D: from virology to new therapies. *J. Adv. Res.*, 17: 3-15.
- Niro G.A., Ferro A., Cicerchia F., Brascugli I., Durazzo M. (2021). Hepatitis delta virus: from infection to new therapeutic strategies. *World J. Gastroenterol.*, 27(24): 3350-3542.
- Opitz-Welke A., Lehmann M., Seidel P., Konrad N. (2018). Medicine in the penal system. *Dtsch Arztebl Int.*, 115: 808-814.
- Perez-Vargas J., Amirache F., Boson B., Mialo C., Freitas N., Sureau C., Fusil F., Cosset F.L. (2019). Enveloped viruses distinct from HBV induce dissemination of hepatitis D virus in vivo. *Nat. Commun.*, 10: 2098.
- Rizzetto M. (2016). The adventure of delta. *Liver Int.*, 36 Suppl. 1: 135-140.
- Rizzetto M., Alavian S.M. (2013). Hepatitis delta: the rediscovery. *Clin. Liver Dis.*, 17: 475-487.
- Shih H.H., Jeng K.S., Syu W.J., Huang Y.H., Su C.W., Peng W.L., Sheen I.J., Wu J.C., 2008. Hepatitis B surface antigen levels and sequences of natural hepatitis B virus variants influence the assembly and secretion of hepatitis D virus. *J. Virol.*, 82: 2250-2264.
- Simpson P.L., Simpson M., Adily A., Grant L., Butler T. (2019). Prison cell spatial density and infectious and communicable diseases: a systematic review. *BMJ Open.*, 9(7): e026806.
- Stockdale A.J., Kreuels B., Henrion M.Y.R., Giorgi E., Kyomuhangi I., de Martel C., Hutin Y., Geretti A.M. (2020). The global prevalence of hepatitis D virus infection: systematic review and meta-analysis. *J. Hepathol.*, 73: 523-532.
- Sureau C., Negro (2016). The hepatitis delta virus: replication and pathogenesis. *J. Hepathol.*, 64: S102-S116.
- Taylor J., Pricell R.H., Farci P. (2013). Hepatitis D (delta virus). In: Knipe D.M., Howley P.M., *Fields virology*. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2222-2241.

NOTIZIE IN BREVE

Proposte per la valorizzazione dell'Alcologia

È stato redatto nel dicembre 2021 un importante documento da tre società scientifiche, **SIA**, **FeDerSerD** e **SITD**, in tema alcologico. Questa proficua partnership ha prodotto un documento con una premessa sui temi dell'importanza del fenomeno alcol, sulla natura complessa dei PPAC e della loro gestione, sui principi per una valorizzazione della Alcologia, sulla forma organizzativa necessaria, proponendo infine un decalogo che si riporta.

Decalogo

1. Collocazione della Alcologia Territoriale nei Dipartimenti delle Dipendenze autonomi.
2. Valorizzazione delle équipes alcologiche dei SerD e presenza di una Unità Operativa semplice o complessa di Alcologia che rappresenti l'hub specialistico in ogni ASL.
3. Valorizzazione, come necessario anche per le altre Dipendenze Patologiche, di un'area specialistica in Alcologia Ospedaliera, in regime di ricovero, nell'ambito dei Dipartimenti Internistici o delle Dipendenze, con la mission di favorire e promuovere l'integrazione ospedale-territorio e il trattamento delle urgenze e patologie correlate.
4. Promozione e diffusione delle collaborazioni tra territorio (SerD./Centri Alcologici) e ospedale (ambulatori intraospedalieri e progetti di aggancio in Pronto Soccorso). Definizione di percorsi riabilitativi specifici residenziali e semi-residenziali, sia ospedalieri che nell'ambito delle comunità terapeutiche accreditate, per pazienti con dipendenza da alcol.
5. Promozione della rete locale socio-sanitaria e sociale con le associazioni ed in particolare con i gruppi territoriali di auto-aiuto (AA, Alanon) e di comunità multifamigliare (ACAT).
6. Produzione, da parte delle Società Scientifiche di linee guida/linee di indirizzo nazionali in accordo con la legge 24/2017 e, a cascata, la definizione di linee di indirizzo regionali e PDTA o documenti di buona prassi a livello aziendale.
7. Sistematizzazione della formazione alcologica, nell'ambito di una formazione specialistica sulle Dipendenze, rivolta dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta, ad opera di esperti del settore e personale dei SerD./Centri Alcologici locali, sull'identificazione precoce dei soggetti a rischio e l'intervento breve per i soggetti con consumo dannoso di alcol.
8. Creazione di mappe della rete di servizi formali e informali socio-sanitari che ruotano attorno alle problematiche alcologiche in ogni territorio.
9. Lavoro di concertazione per la definizione, in ambito sanitario, di una disciplina professionale in Medicina delle Dipendenze, e di un insegnamento universitario specifico in Alcologia durante il corso di laurea come previsto dalla legge 125/2001 ed estensione a tutti i corsi di laurea per psicologo e professioni sanitarie.
10. Impegno per promuovere una revisione strutturale della legislazione in materia di Dipendenze e Uso Dannoso che valorizzi l'attività dei Servizi e l'approccio di sanità pubblica e riabilitativo, multidisciplinare e multi professionale, ridimensionando le istanze repressive e di controllo.

Per una lettura completa del documento, che sarà presentato pubblicamente, vedi il sito www.federserd.it.

(A.L.)

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

Una proposta di follow-up come attività integrata nella presa in carico del paziente con disturbo da gioco d'azzardo. Analisi dei primi dati emersi dall'esperienza dell'Ambulatorio per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico (DGA) del Ser.D. di Padova - Ulss 6 Euganea

Silvia Lazzaro*, Giulia Chinellato*, Pietro Pizzolitto°, Federica Gesmundo°, Anna Giordano°, Annarita Brizzi°, Rosa Ranieri*, Giancarlo Zecchinato^, Guglielmo Cavallari**

SUMMARY

■ *This study is characterized by short time interval of evaluation during treatment, for patients suffering from pathological gambling (PG). Between January 2018 and December 2019, 102 patients (Addiction Service, Padua) have been evaluated at intake (T0) (interview and Gambling Follow-Up Scale GFS) and reassessed respectively at 3 (T1), 6 (T2), 12 (T3) months from T0 (short interview and GFS).*

79,4% are males (n=81); mean age ($\pm$ DS): 47,8 $\pm$ 15,9 years (21-82). 26,6% (n=21) play slot machine, 10,8% (n=11) VLT. Patients who play scratch cards have a higher mean age vs. VLT (p=.009), slot (p=.005), bet (p<.001). At T0 patients present an average of 6 DSM-5 criteria out of 9; 36,3% (n=37) present a moderate level of PG. The two most reported DSM-5 criteria are: 7 (telling lies) (91,2%) and 3 (efforts to control/cut back) (88,2%). From T0 to T1, the presence of each DSM-5 criteria have diminished (p<.000).

First months from the beginning of treatment may be a significant period in order to implement appropriate interventions since patient may be more adherent and motivated. Even though data from T1 to T2 do not present statistical evidence, they may suggest the hypothesis of presence of specific "trajectories" for each DSM-5 criteria during the evaluation of PG patients. Treatment should be focused on relational environment and multifactorial components related to the attribution of criteria 3 and 7. Assessing patients during treatment may foster the overall evaluation. ■

Keywords: Pathological Gambling, DSM-5 criteria 3 and 7, Follow up, Timing for follow-up, In treatment patients.

Parole chiave: Gioco d'azzardo patologico, Criteri 3 e 7 DSM-5, Cluster multifattoriali, Monitoraggio durante trattamento, Brevi intervalli temporali tra le rilevazioni, Pazienti in trattamento.

Available online: 30/12/2021

Introduzione

Nel mondo, il disturbo da gioco d'azzardo patologico (DGA) colpisce tra lo 0,7% e il 6,5% delle persone appartenenti alla

popolazione adulta, nel corso di vita (Calado & Griffiths, 2016). Nel nostro Paese, circa il 3% delle persone che giocano d'azzardo rientra nel profilo di giocatore problematico, per il quale le conseguenze del gioco sono altamente negative ed influiscono in modo importante sulla sfera emotiva, sociale e lavorativa (Pacifici, 2019) con ripercussioni in termini di salute, difficoltà relazionali, disfunzioni nell'ambito familiare, problemi finanziari e legali (Shaffer & Hall, 2002). Indicativamente, solo il 10% delle persone con problemi di gioco si rivolge ai Servizi per le Dipendenze (Galetti & Tavares, 2017).

* Educatore professionale.

° Tirocinante psicologo.

^ Medico Psichiatra, Direttore Dipartimento UOC Ser.D.

** Dirigente Psicologo.

Dipartimento Dipendenze - U.O.C. Ser.D. Padova - Piove di Sacco, ULSS6 Euganea, Padova.

Le opzioni di trattamento del DGA includono diverse tipologie di intervento. In un lavoro di revisione Cowlshaw e colleghi (2012) hanno identificato i principali interventi messi in atto: terapie psicologiche con durata minima, breve, media o protratta (prevalentemente condotte in presenza e in parte minore da remoto), programmi gruppal di auto aiuto (alla presenza di operatori o gruppi di supporto tra pari). Tipicamente, le terapie psicologiche si fondano sull'approccio cognitivo-comportamentale. All'interno dei percorsi di intervento trovano spazio anche forme di colloquio legate al modello dell'intervista motivazionale. In alcuni casi sono previste integrazioni con terapie farmacologiche.

La definizione delle strategie di presa in carico e di intervento si associa all'importante tema del monitoraggio del percorso trattamento (*follow-up*) al fine di osservare l'evoluzione del problema di gioco, anche in relazione agli interventi proposti. Da un punto di vista clinico, risulta ampiamente condiviso il fatto che il problema di gioco evolva nel corso del tempo e quindi non possa considerarsi come stabile, ma si definisca piuttosto come un processo fluido e mutevole (Reith & Dobbie, 2013; Williams *et al.*, 2015). Un elemento che risulta quindi centrale nella presa in carico di pazienti con DGA riguarda proprio la capacità dei clinici di monitorare in modo efficace, appropriato e il più oggettivo possibile l'evoluzione del problema (e, di pari passo, il benessere complessivo della persona) sia nel corso del trattamento (per modularlo tempestivamente sulle criticità emergenti) sia alla sua conclusione per valutare la persistenza dei cambiamenti ottenuti.

Alcuni tra gli strumenti maggiormente utilizzati in ambito clinico per il *follow-up* di pazienti con DGA sono: il SOGS (*South Oaks Gambling Screen*) (Lesieur, 1987), la G-SAS (*Gambling Symptom Assessment Scale*) (Kim *et al.*, 2009), il PGSI (*Problem Gambling Severity Index*) (Ferris, 2001) e la GFS (*Gambling Follow-up Scale*) (De Castro *et al.*, 2005). I domini trattati in questi questionari derivano dai criteri identificati nel DSM che fungono da elementi critici per determinare la presenza e l'evoluzione del problema.

Slecza e Romild (2021) hanno pubblicato un interessante lavoro longitudinale da cui emerge l'importanza di considerare nei pazienti in carico l'evoluzione nel tempo dei diversi elementi che concorrono a definire il problema di gioco, proprio a partire dai criteri del DSM-5. Secondo gli autori ciascun sintomo contribuisce, con un suo specifico (e differente) peso, sulla progressiva evoluzione del disturbo e l'approfondimento di questo aspetto può essere utile al fine di programmare con sempre maggiore efficienza e pertinenza gli interventi rivolti a queste persone. Nonostante i recenti sviluppi nella ricerca in questo campo, il numero di studi longitudinali che indagano l'andamento del disturbo nel tempo risulta comunque ancora esiguo (Slecza & Romild, 2021; Slecza *et al.*, 2015).

Il presente studio mira a riportare alcuni tra i primi e principali dati emersi dal percorso di *follow-up* longitudinale implementato a partire da gennaio 2018 presso l'Ambulatorio per la prevenzione e trattamento del gioco d'azzardo patologico (DGA) del Ser.D. di Padova – ULSS 6 Euganea (Lazzaro *et al.*, 2018). Questa procedura di monitoraggio prevede la messa in atto di strategie di valutazione dell'andamento della problematica di gioco attraverso la somministrazione ripetuta, in brevi intervalli di tempo, di interviste e questionari (in presenza e telefonici) al fine di effettuare un più accurato monitoraggio del soggetto nel corso del periodo di trattamento.

Gli elementi e le tematiche che si intende approfondire sono:

- l'analisi dell'efficacia di tale modalità di valutazione, della sua capacità cioè di rilevare, fin dall'inizio del trattamento, in modo originale e puntuale gli elementi che evolvono verso la criticità nel corso del periodo di osservazione;
- l'identificazione di caratteristiche socio-demografiche e di comportamenti di gioco peculiari al gruppo di pazienti in carico e il confronto delle stesse con la letteratura di riferimento;
- la rilevazione di eventuali correlazioni tra fattori socio-demografici e comportamenti di gioco riportati;
- la rilevazione di indicatori e criteri che contribuiscono a determinare (in modo più significativo rispetto ad altri) l'andamento del comportamento di gioco nel tempo.

Per questo primo step di analisi si è deciso di considerare i dati raccolti nel corso del biennio 2018-2019.

Materiali e metodi

Soggetti in studio

È stato preso in esame un campione di convenienza di pazienti che hanno iniziato un percorso di presa in carico per un problema di DGA presso l'ambulatorio dedicato del Ser.D. di Padova, Aulss 6 Euganea, Regione Veneto.

I criteri di inclusione considerati sono: soggetti maggiorenni, capaci di intendere e volere, in grado di capire i propositi dello studio, che abbiano firmato il consenso alla partecipazione ad attività di studio e ricerca. I criteri di esclusione sono: qualsiasi condizione che potrebbe rendere difficoltosa la comprensione dello studio, la comunicazione e partecipazione alla ricerca.

Strumenti e procedure

La procedura di *follow-up* implementata si struttura su quattro tempi:

a) valutazione iniziale: il paziente, dopo un primo colloquio conoscitivo, effettua un secondo incontro (T_0) (circa una settimana dopo il colloquio conoscitivo). Questo incontro prevede la somministrazione da parte degli operatori (educatori professionali e psicologi) dei seguenti strumenti:

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

ii) questionario validato *The Gambling Follow-Up Scale* (GFS) (de Castro *et al.*, 2005): 5 item, con 5 opzioni di risposta ciascuno. Gli item fanno riferimento alle 4 settimane antecedenti e riguardano: abitudini di gioco, attività lavorativa, rapporti familiari, tempo libero, presenza/assenza di pensieri sul gioco¹. L'uso di questa scala è stato introdotto nel protocollo di *follow-up* da Agosto 2018 e non sarà considerato nei risultati riportati in questo studio;

b) valutazione a breve termine – 3 mesi da T_0 (T_1);

c) valutazione a breve-medio termine – 6 mesi da T_0 (T_2);

d) valutazione a medio-lungo termine – 12 mesi da T_0 (T_3).

Queste tre valutazioni successive (T_1 , T_2 , T_3) vengono effettuate telefonicamente e prevedono la somministrazione di:

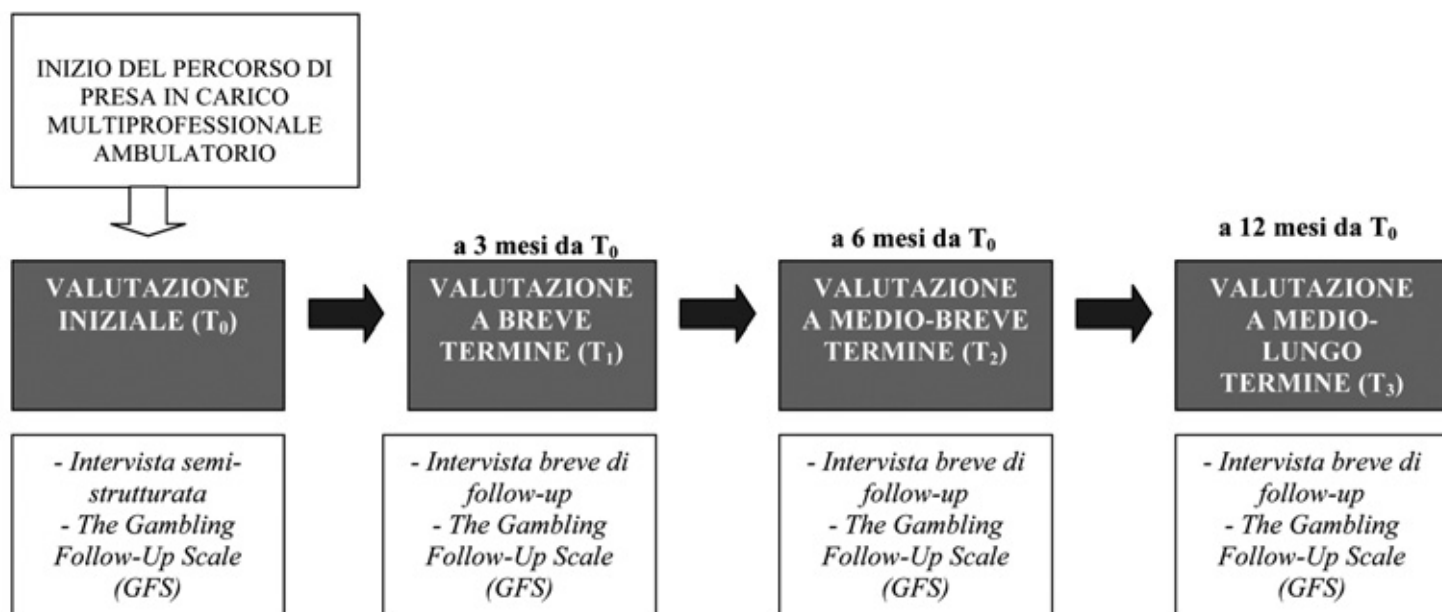
- intervista breve di *follow-up* strutturata in una sezione per la verifica dei 9 criteri DSM-5 (presenza/assenza), rilevazione della frequenza di gioco e della spesa mensile per il gioco, monitoraggio economico;
- questionario GFS.

Tutti i dati raccolti vengono inseriti in un database elettronico mediante il quale viene anche gestita l'agenda di *follow-up*. Per questo primo step di raccolta dati si è scelto di selezionare una serie di variabili e indicatori al fine di effettuare una prima analisi osservazionale generale. I dati considerati sono:

- caratteristiche socio-demografiche dei soggetti (sesso, età, stato civile, occupazione, scolarità, convivenza);

- caratteristiche del comportamento di gioco (a T_0 , T_1 , T_2): tipo di gioco riferito come maggiormente problematico (gioco primario), frequenza di gioco (per il gioco primario), spesa mensile per il gioco primario, reddito mensile, presenza o assenza di monitoraggio economico;
- criteri DSM (a T_0 , T_1 , T_2): presenza o assenza di ciascun singolo criterio e numero totale di criteri presenti. Considerato che solo una esigua parte dei pazienti (14 su 102) hanno (al momento dell'analisi dei dati) completato tutti i tempi di valutazione, si è deciso di presentare i dati relativi alla presenza/assenza dei criteri per i pazienti che hanno completato T_0 , T_1 , T_2 , ($n=39$) (Fig. 1).

Fig. 1 - Processo di monitoraggio del paziente presso l'ambulatorio DGA – UOC SERD Padova e Piove di Sacco



Analisi dei dati

Le variabili di tipo categoriale sono state analizzate descrittivamente riportando numero e percentuale di risposte in ciascuna categoria, per quelle di tipo quantitativo sono state riportate: media, deviazione standard, minimo e massimo. Per testare la differenza di età tra maschi e femmine è stato utilizzato un t-test per campioni indipendenti. Rispetto alla spesa di gioco a T_0 , considerato che i dati non seguono una distribuzione normale, è stato usato il test non parametrico Mann-Whitney U per verificare se ci fosse una differenza nella spesa tra maschi e femmine. Attraverso un test di Kruskal-Wallis per campioni appaiati sono state indagate inoltre possibili differenze, sempre nella spesa per gioco riferita a T_0 , tra pazienti distinti in base alla severità del disturbo classificata dal DSM-5.

Date le evidenti differenze tra l'età dei soggetti e il tipo di gioco prevalente riferito dagli stessi, è stata effettuata una ANOVA a una via per esplorare una relazione tra queste due variabili. È stato poi effettuato un confronto relativo alla presenza/assenza dei criteri del DSM-5 nei pazienti che hanno completato le valutazioni T_0 , T_1 , T_2 . Al fine di indagare se ci fosse una differenza nel numero medio di criteri DSM-5 presenti nei diversi tempi, è stato eseguito un confronto tra T_0 vs. T_1 , e T_1 vs. T_2 , utilizzando il test di Wilcoxon per dati appaiati. Il test non parametrico di McNemar è stato usato per rilevare eventuali diffe-

renze significative nella presenza dei singoli criteri tra i diversi tempi di valutazione (T_0 vs. T_1 e T_1 vs. T_2). Tutte le analisi sono state condotte tramite l'utilizzo del software statistico SPSS (versione 26.0).

Consenso informato

Lo studio è stato condotto in conformità alla Dichiarazione di Helsinki (versione emendata dall'Assemblea Medica Mondiale di Seoul, 2008). Tutti i soggetti, al momento di apertura della cartella presso il Servizio, hanno firmato un modulo di consenso al trattamento dei dati per finalità di studio e ricerca.

Risultati

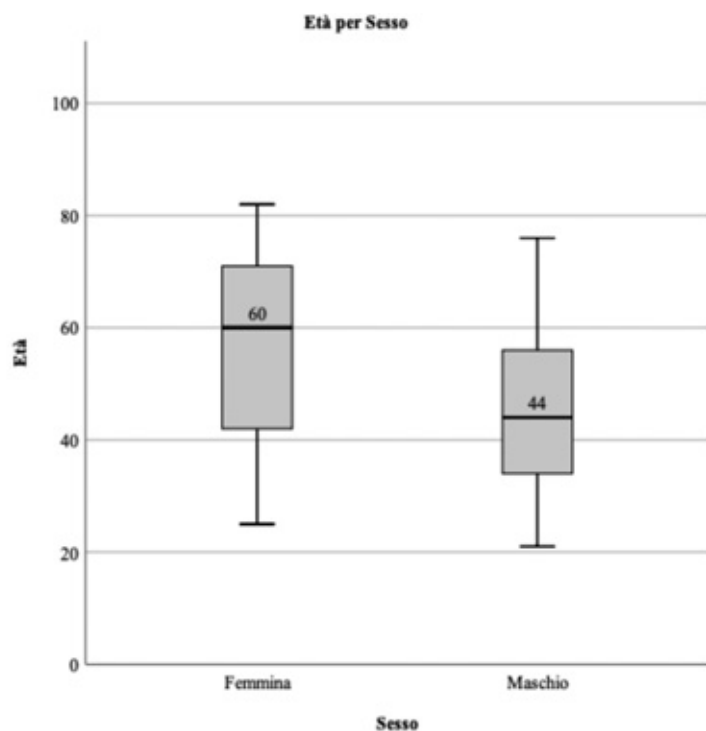
Caratteristiche socio-demografiche

Tra gennaio 2018 e dicembre 2019 sono stati complessivamente monitorati 102 pazienti. Tutti i soggetti sono rimasti in trattamento per il periodo di *follow-up* considerato. Il campione si compone di 81 maschi (79,4%) e 21 femmine (20,6%). L'età media ($\pm$ DS) è di $47,8 \pm 15,9$ anni (range: 21-82); i maschi sono più giovani delle femmine ($M=45.1$ vs. $M=57.9$; $p=.001$) (Graf. 1).

Tab. 1 - Caratteristiche socio-demografiche

		<i>n</i> (%)	<i>M</i>	<i>D.S.</i>	<i>p</i>
Età	Maschi	81 (79,4)	45.1	15.7	.001
	Femmine	21 (20,6)	57.9	21.0	
Fascia età	<30	16 (15,7)			
	30-45	31 (30,4)			
	46-60	33 (32,4)			
	>60	22 (21,5)			
Stato civile	Sposato/a	49 (48,0)			
	Celibe/nubile	20 (19,6)			
	Divorziato/a o				
	Separato/a	15 (14,7)			
	Convivenza	11 (10,8)			
	Vedovo/a	3 (2,9)			
	Dati mancanti	4 (4,0)			
Scolarità	Elementari	6 (5,9)			
	Medie inferiori	46 (45,1)			
	Medie Superiori	36 (35,3)			
	Laurea	14 (13,7)			
Occupazione attuale	Lavoro stabile	64 (62,7)			
	Pensione	21 (20,6)			
	Disoccupazione o				
	Inoccupazione	11 (10,8)			
	Lavoro precario	5 (4,9)			
	Studente	1 (1,0)			
Convivenza	Partner e figli	38 (37,3)			
	Partner	26 (25,5)			
	Solo/a	16 (15,7)			
	Con i genitori	15 (14,7)			
	Con i figli	2 (2,0)			
	Dato mancante	5 (4,8)			

Graf. 1 - Età distinta tra maschi e femmine



I pazienti, sono per la maggior parte sposati ($n=49$, 48%), hanno un titolo di studio di scuola media inferiore ($n=46$, 45,1%) e un lavoro stabile ($n=64$, 62,7%). Il 37,3% ($n=38$) vive con partner e figli (Tab. 1).

Tipologie principali di gioco problematico

Il 48% ($n=49$) dei pazienti arriva all'ambulatorio DGA riferendo come gioco problematico principale³ le slot machine; il 20,6% ($n=21$) le VLT, il 10,8% ($n=11$) il gratta e vinci e il 9,8% ($n=10$) le scommesse. Distinguendo i dati in base al genere, emerge che tra i maschi i giochi riportati con maggior frequenza sono slot ($n=42$; 51,8%) e VLT ($n=17$; 21%). Tra le femmine i giochi prevalenti sono gratta e vinci ($n=8$, 38,1%) e slot ($n=7$; 33,3%) (Tab. 2).

Tab. 2 - Tipologie principali di gioco problematico

	<i>Totale</i>	<i>Maschi</i> (<i>n</i> =81)	<i>Femmine</i> (<i>n</i> =21)
Slot machine <i>n</i> (%)	49 (48,0)	42 (51,8)	7 (33,3)
VLT <i>n</i> (%)	21 (20,6)	17 (21,0)	4 (19,0)
Gratta e vinci <i>n</i> (%)	11 (10,8)	3 (3,7)	8 (38,1)
Scommesse <i>n</i> (%)	10 (9,8)	10 (12,3)	0 (0)

Distinguendo i dati in base alla fascia di età dei pazienti, emerge che tra i soggetti con età inferiore a 30 anni ($n=16$) i giochi riferiti con frequenza maggiore sono le scommesse ($n=5$, 31,3%) e le slot ($n=5$, 31,3%). Le slot machine risultano il gioco riferito come più problematico per i pazienti in tutte le altre fasce di età (Tab. 3).

Sono state successivamente esplorate in modo descrittivo le caratteristiche socio-demografiche dei pazienti differenziandoli in base al gioco prevalente (slot, VLT, gratta e vinci, scommesse. (Tab. 4).

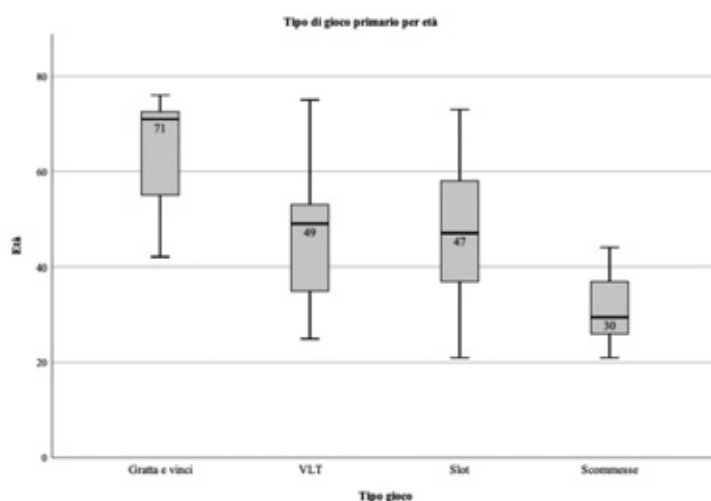
Tab. 3 - Tipologie di gioco problematico distinte per fascia di età

	< 30 anni n=16	30-45 anni n=31	46-60 anni n=33	> 60 anni n=22
Slot machine n (%)	5 (31,3)	18 (58,1)	17 (51,5)	9 (40,9)
VLT n (%)	3 (18,8)	5 (16,1)	9 (27,3)	4 (18,2)
Gratta e vinci n (%)	0 (0)	1 (3,2)	4 (12,1)	6 (27,3)
Scommesse n (%)	5 (31,3)	5 (16,2)	0 (0)	0 (0)
Poker n (%)	1 (6,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Casinò n (%)	2 (12,5)	1 (3,2)	1 (3)	2 (9,1)
Giochi online n (%)	0 (0)	1 (3,2)	0 (0)	0 (0)
Bingo n (%)	0 (0)	0 (0)	2 (6,1)	1 (4,5)

Dall'ANOVA a una via è emersa una differenza significativa a livello statistico ($F_{3,87}=10.05$, $p=.001$) tra le età dei giocatori distinte per tipologia di gioco prevalente. Un'analisi post-hoc di Tukey HSD ha evidenziato un'omogeneità per l'età tra giocatori VLT e slot e una differenza significativa rispettivamente tra gratta e vinci vs. VLT ($p=.009$), vs. slot ($p=.005$) e vs. scommesse

($p<.001$). Significativa risulta quindi anche la differenza tra scommesse vs. VLT ($p=0.14$) e vs. slot ($p=.003$) (Graf. 2).

Graf. 2 - Età media per tipologia di gioco principale



Indicatori relativi al gioco patologico a T_0

Rispetto ai criteri del DSM-5, i pazienti hanno mediamente presenti (alla somministrazione T_0) sei criteri su nove. Considerando la classificazione in base al numero di criteri presenti, la maggior parte si colloca su un livello moderato ($n=37$, 36,3%), men-

Tab. 4 - Dati socio-demografici distinti per tipologia di gioco primario

		Slot (n=49)	VLT (n=21)	Gratta e vinci (n=11)	Scommesse (n=10)
Sesso n (%)	Maschio	42 (85,7)	17 (81,0)	3 (27,3)	10 (100)
	Femmina	7 (14,3)	4 (19,0)	8 (72,2)	0 (0)
Età	Media	47,9	47,1	63,6	30,9
	DS	14,1	15,4	11,7	8,0
Stato civile n (%)	Sposato/a	25 (51,0)	9 (43,0)	5 (45,5)	2 (20,0)
	Celibe/nubile	8 (16,3)	4 (19,0)	1 (9,1)	5 (50,0)
	Divorziato/a o Separato/a	8 (16,3)	4 (19,0)	1 (9,1)	1 (10,0)
	Convivenza	7 (14,3)	2 (9,5)	1 (9,1)	1 (10,0)
	Vedovo/a	0 (0)	0 (0)	3 (27,2)	0 (0)
	Dato mancante	1 (2,1)	2 (9,5)	0 (0)	1 (10,0)
Convivenza n (%)	Con partner e figli	21 (42,9)	5 (23,8)	3 (27,3)	3 (30,0)
	Con partner	13 (26,5)	7 (33,3)	4 (36,3)	1 (10,0)
	Con genitori	6 (12,2)	1 (4,8)	0 (0)	6 (60,0)
	Con figli	0 (0)	0 (0)	1 (9,1)	0 (0)
	Da solo	7 (14,3)	5 (23,8)	3 (14,3)	0 (0)
	Dati mancanti	2 (4,1)	3 (14,3)	0 (0)	0 (0)
Scolarità n (%)	Elementari	1 (2,1)	3 (14,3)	1 (9,1)	0 (0)
	Medie inferiori	30 (61,2)	5 (23,8)	6 (54,5)	2 (20,0)
	Medie Superiori	13 (26,5)	9 (42,9)	2 (18,2)	5 (50,0)
	Laurea	5 (10,2)	4 (19)	2 (18,2)	3 (30,0)
Occupazione attuale n (%)	Lavoro stabile	30 (61,2)	15 (71,5)	5 (45,5)	7 (70,0)
	Lavoro precario	4 (8,2)	0(0)	1 (9,0)	0 (0)
	Studente	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (10,0)
	Pensione	10 (20,4)	4 (19,0)	5 (45,5)	0 (0)
	Disoccupazione o Inoccupazione	5 (10,2)	2 (9,5)	0 (0)	2 (20,0)
Reddito mensile	Media	1589,2	1616,7	1395,0	1635,0
Spesa mensile gioco	Media	659,0	2092,5	1122,7	1375,0

tre il 28,4% su un livello grave (n=29), il 23,5% lieve (n=24) e 11,8% sottosoglia (n=12).

Il 91,2% dei pazienti (n=93) ha presente il criterio 7 (Mentire per nascondere il coinvolgimento nel gioco d'azzardo); l'88,2% (n=90) il criterio 3 (Ripetuti sforzi infruttuosi per controllare, ridurre o interrompere il gioco d'azzardo); l'80,4% (n=82) il criterio 6 (Tornare a giocare dopo aver perso soldi al gioco, perdite "inseguite") (Graf. 3).

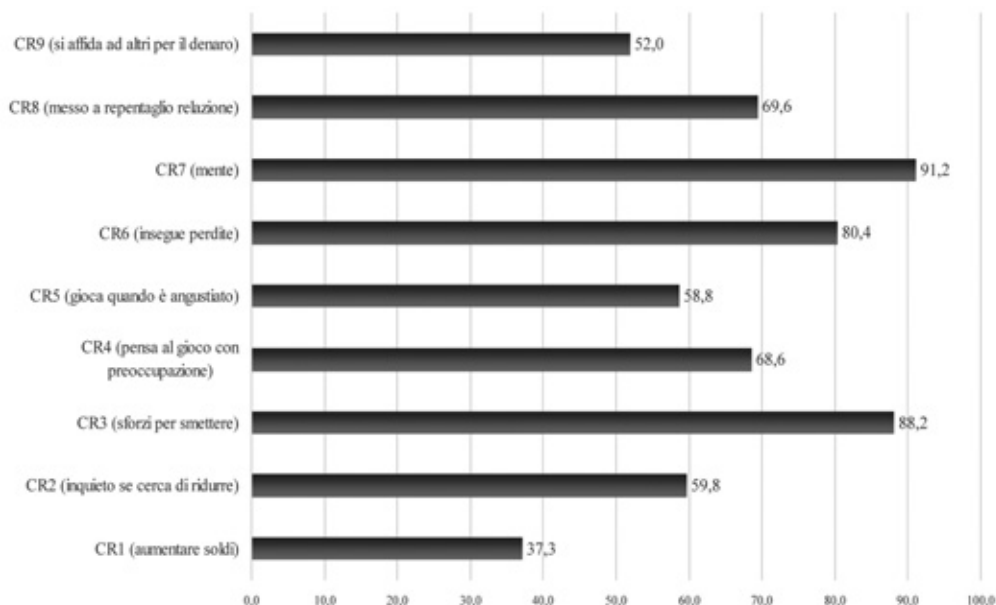
Distinguendo l'analisi in base al genere, emerge che mediamente i maschi hanno presenti 6,1 criteri su nove, le femmine 5,9 criteri su nove. Sebbene dalle analisi condotte non siano emerse differenze significative da un punto di vista statistico, risulta

interessante riportare le percentuali di presenza di alcuni criteri facendo un distinguo tra pazienti maschi e femmine.

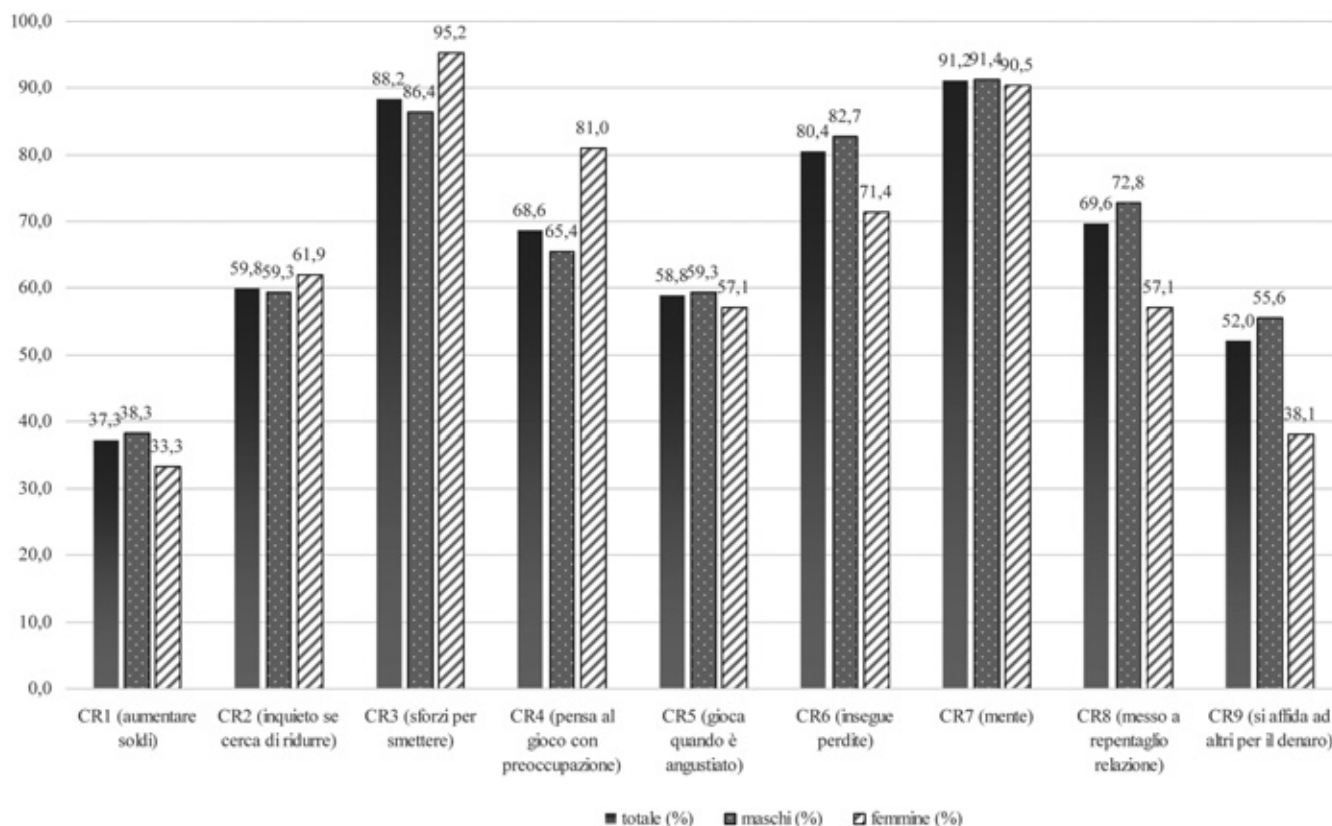
I criteri presenti con frequenza maggiore tra le pazienti femmine sono: il 3 (Ripetuti sforzi infruttuosi per controllare, ridurre o interrompere il gioco d'azzardo), il 4 (Preoccupazione per il gioco d'azzardo).

I criteri presenti con frequenza maggiore nei maschi sono: il 6 (Tornare a giocare dopo aver perso soldi al gioco, perdite "inseguite"), l'8 (Mettere a repentaglio o perdere una relazione significativa, il lavoro, lo studio o una opportunità di carriera a causa del gioco d'azzardo) e il 9 (Fare affidamento su altri per cercare denaro) (Grafico 4).

Graf. 3 - Presenza criteri DSM-5 a T0 (%)



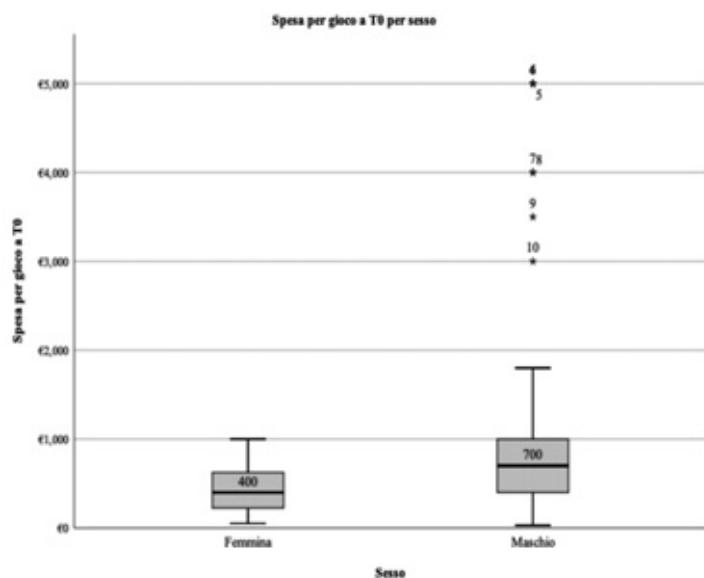
Graf. 4 - Presenza criteri DSM-5 a T0: confronto tra maschi e femmine



La spesa media mensile destinata al gioco è di 1251,9 euro (range: 30 euro – 20.000 euro). È emersa una differenza significativa ($p=.007$) tra la spesa media mensile destinata al gioco tra pazienti maschi (Mdn = 700.00) e femmine (Mdn = 400.00) (Graf. 5).

Complessivamente, i pazienti intervistati riferiscono di spendere mediamente circa il 76% del loro stipendio per il gioco (i maschi arrivano a spenderne mediamente l'80%), a fronte di un reddito medio mensile di 1645,7 euro.

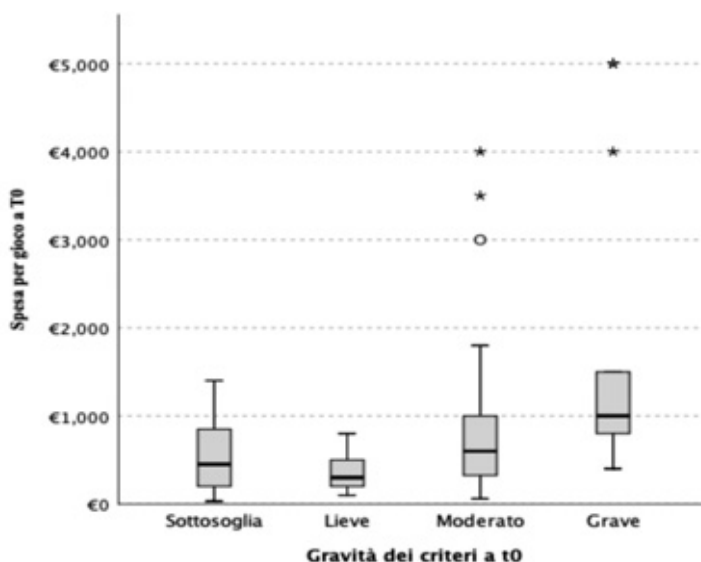
Graf. 5 - Spesa media per il gioco distinta tra maschi e femmine



Una differenza significativa ($p<.001$) è emersa inoltre all'analisi condotta per determinare l'eventuale presenza di differenze in termini di euro spesi a T_0 in base alla gravità del disturbo⁴. Dall'analisi post hoc di Dunn con correzione di Bonferroni sui campioni accoppiati si sono riscontrate differenze significative nel confronto tra lieve vs. moderato ($p=.028$) e moderato vs. grave ($p=.054$) (Graf. 6). Ad una maggior gravità del disturbo si accompagna una più alta quantità di denaro speso per il gioco.

Per quanto riguarda la frequenza di gioco, la maggioranza dei pazienti riferisce di giocare settimanalmente: il 41,2% ($n=42$) dalle quattro alle sette volte alla settimana, il 31,4% ($n=32$) da

Graf. 6 - Spesa media per il gioco distinta per classificazione criteri DSM5



una a tre volte alla settimana. L'85,3% dei pazienti ($n=87$) è sottoposto a forme di monitoraggio economico da parte di familiari e caregiver.

Evoluzione degli indicatori relativi al gioco patologico nei pazienti con T_0 , T_1 , T_2 completati

I pazienti che hanno completato le valutazioni T_0 , T_1 , T_2 sono complessivamente 39. Per quanto riguarda il numero medio di criteri presenti, si è rilevata una diminuzione significativa dei criteri dalla valutazione T_0 : 6,1 alla valutazione T_1 : 1,8 ($p<.000$). Nessuna differenza significativa è stata rilevata nella media dei criteri da T_1 a T_2 ($M=1,7$). Considerando singolarmente ciascun criterio, si è rilevata una diminuzione statisticamente significativa di tutti e nove dalla valutazione T_0 alla valutazione T_1 (Tab. 5). Nessuna differenza significativa a livello statistico è stata rilevata al confronto per ciascun criterio tra la valutazione a T_1 vs. T_2 . La percentuale di presenza dei criteri 3 e 7⁵ (i più presenti alla valutazione T_0) è passata da T_1 a T_2 , da 30,8% a 33,3% per il criterio 3 e da 25,6% a 30,8% per il criterio 7. Nel passaggio da da

Tab. 5 - Presenza dei criteri DSM 5 a T_0 , T_1 , T_2

	T_0	T_1	T_0 vs. T_1 p	T_2	T_1 vs. T_2 p
Media criteri presenti (max: 9)	6,1	1,8	<.000	1,7	ns
Criterio 1. "Bisogno di aumentare quantità di soldi" n (%)	14 (35,9)	2 (5,1)	.002	2 (5,1)	ns
Criterio 2. "Inquieto o irritabile se cerca di ridurre gioco" n (%)	24 (61,5)	6 (15,4)	<.001	6 (15,4)	ns
Criterio 3. "Sforzi senza successo per controllare/diminuire" n (%)	33 (84,6)	12 (30,8)	<.001	13 (33,3)	ns
Criterio 4. "Pensa con preoccupazione al gioco" n (%)	29 (74,4)	13 (33,3)	<.001	7 (17,9)	ns
Criterio 5. "Gioca quando è angustiato" n (%)	20 (51,3)	8 (20,5)	.004	8 (20,5)	ns
Criterio 6. "Insegue le perdite al gioco" n (%)	34 (87,2)	7 (17,9)	<.001	4 (10,3)	ns
Criterio 7. "Mente per nascondere coinvolgimento" n (%)	37 (94,9)	10 (25,6)	<.001	12 (30,8)	ns
Criterio 8. "Messo a repentaglio relazione" n (%)	28 (71,8)	10 (25,6)	<.001	8 (20,5)	ns
Criterio 9. "Fa affidamento ad altri per soldi" n (%)	19 (48,7)	4 (10,3)	<.001	5 (12,8)	ns

T₁ a T₂ sembrano seguire un trend in diminuzione il criterio 4⁶: da 33,3% a 17,9% e il criterio 6⁷: da 17,9% a 10,3% (p=ns).

Discussione

Caratteristiche sociodemografiche dei giocatori coinvolti nel trattamento

Una prima, generale, riflessione va fatta rispetto al profilo socio-demografico dei pazienti considerati. Nella maggior parte (n=49, 48%) si tratta di persone sposate, con un titolo di studio di scuola media inferiore (n=46, 45,1%) e un lavoro stabile (n=64, 62,7%). Il 37,3% (n=38) vive con partner e figli. Questi dati sembrano tratteggiare un profilo di funzionamento sociale sufficientemente conservato e tendente verso la “normalità”, soprattutto se si confrontano con quelli relativi a soggetti con altre forme di dipendenza (in particolare da sostanze o da alcol) (Zilberman *et al.*, 2018). È noto tuttavia come la dipendenza da gioco d'azzardo possa progredire nel tempo inficiando la capacità di mantenere una stabilità nei legami familiari e sociali e altresì una costanza sul piano lavorativo.

Il campione è costituito prevalentemente da giocatori maschi (79,4%). Tale dato risulta coerente con quelli di diversi altri lavori, nei quali si rileva una maggiore diffusione del problema tra la popolazione maschile. In una interessante revisione condotta nel 2018 da Pickering e colleghi (su 34 studi relativi a pazienti con DGA in trattamento) si è rilevata infatti una percentuale media di presenza maschile pari al 71,2%. Prendendo in considerazione il rapporto dell'Istituto Superiore di Sanità che evidenzia tassi di prevalenza di gioco problematico tra la popolazione adulta rispettivamente del 3,6% per i giocatori uomini e 2,5% per le giocatrici donne (Pacifici, 2019), il nostro campione risulterebbe invece lievemente meno rappresentativo del genere femminile.

Rimane comunque aperta la possibilità che nella popolazione femminile il problema sia sottostimato, e che le donne accedano meno ai servizi anche a causa di stigmi sociali e culturali in base ai quali nelle persone di sesso femminile il “vizio” e la dipendenza sembrano meno compresi e accettati (Subramaniam *et al.*, 2015a; Baxter *et al.*, 2016).

Nel campione considerato, i maschi risultano inoltre spendere quantità maggiori di denaro per il gioco. È stata rilevata infatti una differenza significativa nella spesa media mensile tra pazienti maschi e femmine (M=1368,1 vs. M=792,5 p=.007).

La rilevazione di questi dati spinge alla formulazione di alcune riflessioni riguardanti la presenza di “traiettorie di gioco” distinte in base al genere (con minori conseguenze per le donne, per esempio rispetto al sovra indebitamento). I maschi sembrano essere maggiormente esposti allo sviluppo di forme di gioco patologico, giocano in misura maggiore e spendono di più. D'altro canto, le femmine tendono ad avvicinarsi in età più matura al gioco, ma nel momento in cui si consolida il comportamento, sviluppano più rapidamente forme di dipendenza patologica (Black *et al.*, 2017; Prever *et al.*, 2017). Coerentemente con altre pubblicazioni, emerge inoltre una propensione diversa verso le varie tipologie di gioco. Dai risultati è emerso infatti che i maschi giocano principalmente alle slot (n=42; 51,8%) e alle vlt (n=17; 21%), mentre le femmine al gratta e vinci (n=8, 38,1%) e alle slot (n=7; 33,3%). La scelta di una tipologia di gioco piuttosto che un'altra può riflettere anche in questo caso una differente motivazione alla base della messa in atto del comportamento.

L'età media del campione preso in esame (47,8 anni) risulta abbastanza in linea con i dati delle più recenti indagini nazionali. Nel report di Pacifici (2019) si è infatti rilevato che le fasce d'età che presentano una prevalenza superiore di soggetti nel profilo di giocatore problematico sono 50-64 anni (3,5%), a seguire 40-49 anni (3,4%) e 25-39 anni (3,3%). L'età media dei maschi risulta inoltre inferiore rispetto a quella delle femmine (M=45,1 vs. M=57,9 p=.002), probabilmente proprio per la tendenza femminile ad avvicinarsi al gioco in una età più matura. Similarmente a quanto emerso nel confronto tra maschi e femmine, risulta efficace tenere in considerazione le differenti motivazioni che spingono le persone, in momenti ed età diversi della vita, a giocare e altresì di come possano mutare la motivazione, il piacere e il desiderio nutrito verso forme di gioco d'azzardo nella transizione tra le varie fasi di vita. A supporto di queste riflessioni, dallo studio è emerso un risultato molto interessante che riguarda la rilevazione di una differenza statistica (p=.001) nell'età dei soggetti distinti in base alla tipologia di gioco prevalente. A fronte infatti di una omogeneità (per quanto riguarda l'età) tra i giocatori VLT e slot machine, è emersa una differenza significativa (p<0,001) tra l'età media di chi gioca a gratta e vinci (più adulti) e scommesse (più giovani). Questo risultato si dimostra decisamente rilevante e meriterà di essere debitamente considerato nelle analisi successive. È plausibile pensare che forme di gioco quali gratta e vinci e scommesse attirino soggetti con età e motivazioni diverse che ricercano, di fatto, sensazioni differenti. Dalla letteratura è emerso infatti come gli anziani giochino molto spesso per fuggire a emozioni negative, per ricercare momenti di eccitazione a fronte di probabili frequenti situazioni routinarie e di noia, aspetto questo che li rende un gruppo molto vulnerabile allo sviluppo di DGA (Sauvaget *et al.*, 2015; Lister & Nower, 2014). Gli anziani sembrano inoltre prediligere giochi che non richiedono particolari competenze o l'interazione con altre persone, come le lotterie istantanee, le slot e le VLT (Lister & Nower, 2014; Subramaniam *et al.*, 2015b). In particolare, il gratta e vinci è caratterizzato da una ampia disponibilità (vista la numerosità dei luoghi di gioco sul territorio) e da un'accessibilità in termini di costi, tratti che inducono ad una maggiore frequenza di gioco. Gli anziani mostrano una ridotta propensione per il gioco on line, a causa della scarsa familiarità con le nuove tecnologie ed una maggiore incidenza di disturbi psichiatrici⁸. I giovani sembrano invece prediligere le scommesse sportive in una misura significativamente superiore. Si tratta infatti di una tipologia di gioco in cui abilità e conoscenza possono influire sull'esito della puntata. Nelle scommesse i giovani cercano di raggiungere uno stato di eccitazione, condizionati dalla speranza di poter vincere ingenti quantità di denaro (Lister & Nower, 2014; Black, 2017; 2015; Grant *et al.*, 2009).

Severità del problema di gioco: perché prevenire è importante

I pazienti considerati nello studio hanno mediamente presenti alla somministrazione T₀ sei criteri DSM-5 su nove. La maggior parte si colloca tra un livello moderato (36,3%) e grave (28,4%) di presenza del disturbo. La spesa media mensile destinata al gioco è di 1251,9 euro (range: 30 euro-20.000 euro). Complessivamente, riferiscono di spendere mediamente circa il 76% del loro stipendio per il gioco (i maschi arrivano a spendere in media l'80%). La maggioranza dei pazienti riferisce inoltre una elevata frequenza di gioco (il 41,2% dalle quattro alle sette volte alla settimana, il 31,4% da una a tre volte alla settimana).

Tutti questi dati concorrono a puntare l'attenzione rispetto al fatto che i soggetti considerati sono arrivati al servizio con un problema di gioco intenso e altamente problematico. A fronte quindi di un inquadramento diagnostico di DGA medio-grave, la discussione deve necessariamente toccare il delicato tema della prevenzione, sensibilizzazione e identificazione precoce di situazioni contraddistinte da comportamenti di gioco a rischio e problematico. La richiesta di un supporto specialistico avviene tardivamente, fatto presumibilmente legato alle fasi che di norma si riscontrano nella storia di gioco di un paziente, segnata da una compromissione profonda del funzionamento della persona e dalla convinzione di poter gestire e risolvere in autonomia anche situazioni debitorie estremamente complesse. A ciò si aggiunge lo stigma sociale che contraddistingue l'immagine del giocatore, che porta ad esperire senso di vergogna, imbarazzo e timore di essere riconosciuti e giudicati. Questi sentimenti rappresentano un ostacolo alla formulazione di una richiesta di aiuto all'esterno (Peter *et al.*, 2019; Dowling *et al.*, 2017a).

A fronte dei dati rilevati è necessario quindi pensare a delle nuove modalità preventive che agiscano a più livelli. Vi sono innumerevoli riferimenti in letteratura rispetto alle buone pratiche per prevenire e intercettare precocemente questo disturbo (Croce & Jarre, 2017). Molto interessante è certamente la sensibilizzazione dei medici di medicina generale⁹ e la promozione di iniziative di socializzazione attraverso il coinvolgimento di tutte le realtà associazionistiche del territorio (Croce & Arrigoni, 2017). Anche la normativa di riferimento interviene favorevolmente con azioni di prevenzione strutturale, avendo resa obbligatoria l'esposizione di materiale informativo e di sensibilizzazione nei luoghi di gioco (Decreto Balduzzi 158/2012) e l'introduzione di standard uniformi di contrasto al gioco patologico contenute nella più recente Legge Regionale 38/2019 della Regione Veneto.

Nella definizione di strategie adeguate ed efficaci finalizzate alla prevenzione, devono naturalmente essere considerati i principali fattori di rischio per lo sviluppo di DGA delineati in letteratura (Cowlshaw *et al.*, 2012). Tra questi: essere maschi (Dowling *et al.*, 2017), la giovane età¹⁰ (Desai *et al.*, 2004; Wiebe & Cox, 2005; Zhai *et al.*, 2017) e, contestualmente, l'età anziana (Black, 2017; Subramaniam *et al.*, 2015 a; 2015 b; Pietrzak *et al.*, 2007; Volberg, 2003).

Dowling e colleghi (2017) identificano inoltre altri elementi di rischio come: basso status socio-economico, la presenza di tratti di personalità quali: impulsività (Zilberman *et al.*, 2018), *sensation seeking*, propensione al rischio (Steward *et al.*, 2017), l'uso concomitante di sostanze o alcol. Secondo questi stessi autori, anche il contesto e le caratteristiche dell'ambiente in cui il soggetto vive possono influire e concorrere a determinare in misura significativa la propensione o meno a sviluppare forme di dipendenza patologica da gioco (Zilberman *et al.*, 2018).

Monitorare l'evoluzione del comportamento di gioco nei pazienti in trattamento: modalità, tempi, outcome e strumenti

Generalmente, per i pazienti in trattamento, le tempistiche di *assessment* vengono definite nei termini di una valutazione *baseline* (all'inizio del programma trattamentale) e di valutazioni successive alla conclusione del trattamento a breve (3-6 mesi dopo), medio (1 anno) e lungo termine (2 anni) (Walker, 2006; Pickering *et al.*, 2018).

Il presente lavoro introduce, rispetto alla letteratura di riferimento, una peculiarità metodologica che consiste nell'aver monitorato l'evoluzione dei criteri del DSM-5 durante il trattamento, in periodi temporali ravvicinati, contestualmente alla messa in atto di interventi integrati multidimensionali (prevalentemente psicologici cognitivo-comportamentali e educativo-riabilitativi).

Dai dati raccolti alla valutazione *baseline* è emerso che alcuni criteri risultano più presenti rispetto ad altri. Il 91,2% dei pazienti (n=93) ha infatti riferito di mentire per occultare l'entità del coinvolgimento nel gioco d'azzardo (criterio 7). La presenza nella quasi totalità del campione di questo criterio si lega al fatto che, tipicamente, i giocatori presentano forme di disturbo da gioco d'azzardo con una intensità moderato-grave (conseguenza di una frequenza assidua di gioco e ingenti somme di denaro perse precedentemente). Sovente, nella pratica clinica, si fa esperienza di pazienti che rifuggono dall'idea di avere un problema e tendono a minimizzarlo, alle volte anche per non essere giudicati o per non sentirsi colpevolizzati o stigmatizzati (Peter *et al.*, 2019). Non è un caso che l'88,2% (n=90) dei pazienti presenti anche il criterio 3, ovvero riporti di aver messo in atto ripetuti sforzi (risultati poi infruttuosi) per controllare, ridurre o interrompere il gioco d'azzardo.

La tendenza a minimizzare il comportamento di gioco o il desiderio di risolverlo entro "le mura domestiche" porta sicuramente al peggioramento del problema e delle sue conseguenze e rappresenta la prima vera sfida (soprattutto nel campo della prevenzione e della sensibilizzazione) per i clinici. Una sfida che, come detto, si gioca anche fuori dagli ambulatori e necessita di essere implementata nei luoghi "sensibili", al fine di intercettare in modo efficace e efficiente quelle fasce di giocatori che sono potenzialmente a rischio o che hanno incominciato a manifestare evidenti comportamenti sintomatici anche nei luoghi abituali di gioco.

Il monitoraggio effettuato entro i tre mesi dall'inizio del primo contatto ha permesso di osservare una riduzione significativa della presenza di tutti i criteri del DSM-5 nel periodo temporale che intercorre tra la valutazione iniziale (T₀) e la valutazione a tre mesi (T₁) dalla presa in carico. Si tratta di un fenomeno tipico nelle dipendenze da sostanze, già indicato in passato come "Luna di Miele", ovvero dell'effetto piacevole iniziale dell'incontro con l'operatore (Cancrini, 1982). L'inserimento in un percorso di presa in carico e trattamento costituisce, per il campione di pazienti considerato, una potenziale condizione protettiva che si riflette sin da subito in un miglioramento generale nei comportamenti e nelle relazioni significative. Nel corso dello studio, non è stato indagato in modo puntuale, il legame causa-effetto tra la messa in atto di interventi (psicologici ed educativi) e l'evoluzione del problema di gioco (nei termini di presenza/assenza dei criteri DSM-5). Ciò che emerge dai risultati presentati può essere dunque interpretato come una generale tendenza verso il miglioramento del funzionamento del giocatore, confermato dalla riduzione dei criteri DSM-5 nei primi mesi dalla presa in carico, anche se non è possibile stabilire precise correlazioni con la tipologia e la frequenza degli interventi attuati. Tale riduzione non può essere direttamente imputata alla realizzazione degli interventi specifici, ma deve piuttosto essere interpretata considerando diversi aspetti. Tra questi: la spinta motivazionale iniziale del paziente, l'appropriatezza della presa in carico, la specificità dell'intervento attuato, variabili ambientali e di contesto, il controllo e monitoraggio economico attuato da un prossimo significativo¹¹. A fronte di situazioni debitorie particolarmente gravose, questo ultimo aspetto rappresenta indubbiamente un importante strumento per mettere i pazienti

in una condizione di maggiore sicurezza e tranquillità (anche nei casi di sdebitamento per meritevolezza).

Dal punto di vista clinico, questa fase sembra essere quindi un momento ideale per proporre interventi appropriati, vista e considerata la buona motivazione, l'elevata disponibilità dei pazienti ad aderire alle proposte di trattamento e la tendenza a ridurre o astenersi dal gioco.

Grazie alla peculiarità metodologica adottata in questo studio si sono iniziati inoltre a indagare i trend che seguono i criteri del DSM-5 nei tempi successivi di trattamento. I dati disponibili in questa prima fase di pubblicazione non consentono la formulazione di speculazioni che decretino in modo risolutivo e definitivo l'evoluzione del problema di gioco nel periodo di presa in carico. I risultati presentati hanno però il pregio di puntare l'attenzione su alcuni aspetti, al fine di costruire ipotesi di ricerca da indagare nei futuri lavori, una volta ampliato il campione.

Sebbene l'indagine statistica non abbia evidenziato differenze significative, va rilevato come nel passaggio da T_1 a T_2 (ovvero da 3 a 6 mesi dalla valutazione *baseline*) a fronte di una generale stabilità di alcuni criteri, si rialzino (seppur leggermente) i due criteri 3 e 7 più frequenti a T_0 (che riguardano la perdita di controllo, la capacità di trattenersi dal giocare e il ritornare a mentire per occultare l'entità del coinvolgimento nel gioco).

Data la peculiarità nella scelta dei tempi di valutazione, non è stato possibile confrontare questi specifici risultati con altri studi simili. Una suggestione interessante arriva però dalla recente pubblicazione di Slecza e Romild (2021) secondo cui ciascun criterio del DSM-5 ha un peso specifico nel definire il problema di gioco e la presenza di un singolo criterio (piuttosto che un altro) può esercitare un diverso impatto nella evoluzione a medio-lungo termine del disturbo. Gli autori hanno preso in esame un campione di 8165 soggetti della popolazione generale (16-84 anni) e hanno rilevato che i criteri non sono stabili ma subiscono un aumento o una riduzione nel corso del tempo. Enfatizzano inoltre il fatto che la rilevazione di alcuni criteri piuttosto che altri, giochi un ruolo determinante nella futura evoluzione del comportamento di gioco. L'ipotesi che emerge anche dal presente studio (e che andrà verificata attraverso ulteriori indagini) riguarda quindi non solo la possibilità che i singoli criteri abbiano un peso diverso sull'andamento del problema di gioco, ma che alcuni di essi possano essere maggiormente resistenti al trattamento e dunque meritevoli di un intervento e monitoraggio più puntuale. Sembra infatti plausibile ipotizzare che, ad un momento iniziale (T_1) caratterizzato da una buona motivazione da parte del paziente, segua una fase a medio termine nel trattamento in cui alcuni criteri necessitano di essere considerati in modo più stringente di altri.

Se confermata, la persistenza nel tempo dei criteri 3 e 7, dovrebbe indurre gli operatori ad apportare dei cambiamenti per migliorare la qualità e l'efficacia dell'intervento, declinando la costruzione del percorso trattamentale sia sui bisogni del paziente che sui peculiari contesti relazionali e di riferimento che sostengono e sottendono a tali criteri.

Rispetto alla tendenza a mentire, si rinvia ad una criticità (di non poco conto) che riguarda la possibilità di agire forme di controllo oggettivamente rilevabili che dimostrino l'effettiva condizione astinenziale. Nel disturbo da uso di sostanze sono previsti controlli tossicologici che attestano empiricamente lo stato di astinenza. Questo tipo di oggettività non è trasferibile sul piano del gioco, rendendo necessaria l'adozione di misure di contenimento diverse, più di matrice sistemico relazionale. Un esempio potrebbe essere la triangolazione della relazione con il paziente per effettuare il monitoraggio, attraverso il coinvolgimento di

una terza persona, con cui vi è condivisione significativa della quotidianità, il quale si assume temporaneamente il compito di gestire le risorse economiche, con l'obiettivo prioritario di evitare che una eccessiva disponibilità economica possa da una parte elicitare il *craving*, dall'altra perpetuare le abitudini di gioco. Il coinvolgimento di terzi risulta utile anche nella valutazione della situazione di partenza, non essendo sempre attendibile quanto riferito inizialmente dal giocatore rispetto al coinvolgimento nel gioco. Si fa strada inoltre l'idea di monitorare la ricorrenza di eventuali episodi sporadici di gioco, al fine di evitare che il paziente ricada nel problema, cercando al contempo di attenuare il senso di vergogna o di frustrazione.

La presenza e resistenza del criterio 3 (sforzi per controllare o ridurre il gioco) induce a considerare quali misure di contenimento del comportamento di gioco siano state fattivamente agite dal soggetto interessato. Ad esempio, al monitoraggio economico, di cui sopra, viene esplicitamente richiesta l'attivazione del paziente nel procedere alla richiesta di autoesclusione dai giochi online o dal casino terrestre (qualora la tipologia del gioco praticato rientrasse tra questi).

Conclusioni e implicazioni per la pratica clinica

Il monitoraggio dell'andamento del problema di gioco nei pazienti in trattamento risulta essere una componente tanto essenziale quanto complessa della presa in carico. I dati rilevati trovano conferma in alcune pubblicazioni dalle quali emerge una interpretazione multifattoriale dell'evoluzione del problema nel tempo (Black, 2017; Slutske *et al.*, 2003; 2006; La Plante *et al.*, 2008). Ad una idea di "stabilità" del disturbo (intesa come tendenza a rimanere collocati ad un certo livello diagnostico senza migliorare o peggiorare) si contrappone una chiave interpretativa tesa all'evoluzione dello stesso, generalmente verso il decremento del problema.

I risultati di questo e altri studi aprono a interessanti riflessioni in merito al monitoraggio dei pazienti in trattamento. Tale azione costituisce l'esito di precise scelte metodologiche definite a priori che riguardano primariamente: i tempi, le modalità, gli strumenti e gli indicatori (*outcome*) definiti per l'*assessment*.

La complessità del tema determina una ampia eterogeneità in letteratura per quanto riguarda gli aspetti sopra esplicitati. Esiste infatti una variabilità piuttosto ben documentata sia relativamente agli indicatori da monitorare, che rispetto agli strumenti adottati (Galetti & Tavares, 2017; Pickering *et al.*, 2018; Toneatto & Ladoucer, 2003).

I tempi di monitoraggio rappresentano un elemento centrale, la cui definizione a priori costituisce il riflesso, la cifra, dell'intenzionalità e progettualità da cui prendono avvio gli interventi effettuati. È per questo motivo che la riflessione in merito a questi aspetti costituisce un momento decisivo non soltanto da un punto di vista metodologico ma anche da una prospettiva più ampia.

Nonostante l'eterogeneità degli studi presenti, diversi autori sono concordi nell'attribuire autorevolezza al significativo lavoro di sintesi derivante dal Banff Consensus ad opera di Walker e colleghi (2006)¹². Nel report citato vengono infatti identificati tre gruppi di indicatori che necessitano di essere raccolti trasversalmente nell'*assessment* di pazienti in trattamento. Le misure identificate sono le seguenti:

- misure legate ai comportamenti di gioco (spesa mensile, numero di giornate in cui si è giocato per ogni mese, tempo speso per il gioco mensilmente);

- misure legate ai problemi causati dal gioco (salute, relazioni, finanze, legalità);
- misure legate al processo di cambiamento-trattamento (ad esempio: presenza di distorsioni cognitive).

Segue una tabella con un report sintetico dei principali risultati emersi da questo primo studio, che possono essere considerati come interessanti riflessioni tematiche per la pratica clinica.

Tab. 6 – Sintesi dei principali risultati e tematiche emerse

Caratteristiche sociodemografiche dei giocatori in trattamento	Maggiore diffusione del problema tra la popolazione maschile: i maschi sembrano essere più esposti allo sviluppo di forme di gioco patologico e giocano in misura maggiore, spendendo di più. Tuttavia, il problema può essere sottostimato tra la popolazione femminile. È stata rilevata una differenza statistica ($p=.001$) nell'età dei soggetti distinti in base alla tipologia di gioco prevalente. A fronte di una omogeneità nell'età tra i giocatori VLT e slot machine, è emersa una differenza significativa ($p<0,001$) tra l'età media di chi gioca a gratta e vinci (più adulti) e scommesse (più giovani). È plausibile pensare che forme di gioco quali gratta e vinci e scommesse attirino soggetti con età e motivazioni diverse.
Severità del problema di gioco: perché prevenire è importante	I soggetti considerati sono arrivati al servizio con un problema di gioco intenso e altamente problematico. La maggior parte si colloca tra un livello moderato e grave di presenza del disturbo. La spesa media mensile destinata al gioco è di 1251,9 euro. Complessivamente, riferiscono di spendere mediamente circa il 76% del loro stipendio per il gioco (i maschi arrivano a spendere in media l'80%). La maggioranza dei pazienti riferisce inoltre una elevata frequenza di gioco (il 41,2% dalle quattro alle sette volte alla settimana, il 31,4% da una a tre volte alla settimana). I dati invitano a riflettere in merito all'opportunità di mettere in campo strategie integrate per sensibilizzare la popolazione e prevenire il disturbo.
Follow-up di pazienti in trattamento per DGA	• Dopo i primi tre mesi dall'inizio del trattamento si è osservata una generale tendenza verso il miglioramento del funzionamento del giocatore, confermato dalla riduzione dei criteri DSM-5 • I primi mesi dalla presa in carico trattamentale costituiscono un momento ideale per proporre interventi appropriati, vista e considerata la buona motivazione e l'elevata disponibilità dei pazienti ad aderire alle proposte di trattamento e la tendenza a ridurre o astenersi dal gioco.

Limiti dello studio

La bassa numerosità campionaria e il fatto di aver coinvolto un campione di convenienza hanno certamente ridotto il livello di accuratezza, precisione e approfondimento dell'analisi statistica. Essendo questo un primo step di analisi dei dati, gli stessi sono stati presentati in modo parziale per quanto riguarda i risultati del monitoraggio di tutti i tempi di valutazione previsti per ciascun soggetto. Nelle fasi successive saranno disponibili tutti i dati che consentiranno quindi di produrre una descrizione più complessa ed esaustiva delle variabili prese in esame.

Note

1. Successivamente alla somministrazione dell'intervista semi-strutturata e della GFS il paziente viene preso in carico presso l'ambulatorio DGA e inizia un percorso trattamentale declinato sui bisogni e sulle caratteristiche rilevate, comprensivo di colloqui psico-educativi centrati sull'assessment motivazionale, l'esame dei pensieri disfunzionali, sulle funzioni che il gioco riveste, sulle strategie per la gestione del *craving* e delle ricadute, sulla riabilitazione del tempo libero attraverso l'individuazione di attività alternative al piacere del gioco. Il Progetto Regionale Cambio Gioco (Delibera n. 97 del 07/02/2019) ha reso disponibili ulteriori forme di supporto al paziente, di seguito elencate: stimolazione magnetica transcranica ripetitiva (rTMS) per la riduzione del *craving*, programmi residenziali brevi, week-end per coppie, frequentazione di centri diurni, consulenze finanziarie e legali a fronte di situazioni debitorie particolarmente complesse. Ancora, sviluppo di una app dedicata alla prevenzione di comportamenti di gioco e l'avvio di un progetto innovativo che riguarda l'uso della realtà virtuale come strumento di prevenzione nel gioco patologico. La progettazione del percorso richiede pertanto la concertazione delle differenti figure professionali unitamente alla motivazione e al consenso del paziente.

2. Come già esplicitato, solo pochi pazienti hanno completato tutti i tempi di valutazione ($n=14$), dunque è risultato, a parere degli autori, interessante presentare e discutere i dati relativi ad un gruppo più consistente di soggetti ($n=39$) che hanno completato i primi tre tempi di analisi: T_0 , T_1 e T_2 .

3. Al momento dell'intervista il paziente deve esprimere quale è il tipo di gioco che considera maggiormente problematico poiché praticato più frequentemente e/o perché la persona vi spende più denaro.

4. Classificazione relativa al numero di criteri del DSM-5 presenti.

5. 3) Ripetuti sforzi infruttuosi per controllare, ridurre o interrompere il gioco d'azzardo; 7) Raccontare bugie per nascondere il coinvolgimento nel gioco d'azzardo.

6. 4) Preoccupazione per il gioco d'azzardo.

7. 6) Tornare a giocare dopo aver perso soldi al gioco (perdite "inseguite").

8. Per quanto concerne gli anziani, si riscontra di frequente la tendenza a rivolgersi al medico di famiglia, al quale la persona riferisce sintomi fisici legati al gioco problematico che l'operatore tratta come tali (Croce & Arrigoni, 2017) rendendo elusa una possibile diagnosi differenziale. Nel 2019, all'interno del Progetto Cambio Gioco, è stata condotta (dai gruppi di lavoro del Dipartimento Dipendenze dell'Aulss 6 Euganea) una formazione specifica destinata ai medici di medicina generale, che rappresentano un potenziale canale di intercettazione precoce del bisogno e di invio al servizio competente. L'intervento formativo era centrato sulla conoscenza dei principali meccanismi psicopatologici alla base del DGA, i dati epidemiologici regionali e nazionali, le opzioni terapeutiche in atto, le modalità di accesso al servizio.

9. L'intercettazione precoce del bisogno può essere effettuata attraverso una formazione progettata per i medici di medicina generale, finalizzata all'ottimizzazione dello spazio del colloquio medico per rilevare eventuali problematicità legate al gioco d'azzardo, intervenendo in quella prima fase di pre-contemplazione che ha come obiettivo la maturazione di una consapevolezza rispetto al problema.

10. I giovani sembrano inoltre presentare un ulteriore livello di complessità (Dowling *et al.*, 2017b) legato alla maggior presenza di problemi

legali, uso di alcol o altre sostanze (Petry, 2002) e maggior rischio di *drop out* (Jimenez Murcia et al., 2015).

11. Il monitoraggio è una misura altamente necessaria per determinare in tempi brevi una significativa riduzione del comportamento di gioco con una conseguente limitazione dei danni economici ed una stabilizzazione del sintomo. L' utilizzo calmierato del denaro per le spese necessarie del quotidiano, solleva il giocatore dalla preoccupazione di disporre di somme potenzialmente generatrici di desiderio di riprendere a giocare. Pertanto i primi mesi tratteggiano la cornice di una presa in carico in cui il paziente deve sentirsi accolto, contenuto e sostenuto, attivando e coinvolgendo la rete familiare o i soggetti prossimi.

12. Un ulteriore lavoro di riferimento è l'articolo di revisione di Pickering e colleghi (2018) che ha considerato 34 studi; nel 57% di questi le variabili monitorate non erano direttamente legate al comportamento di gioco (si trattava nello specifico dei seguenti domini: uso di altre sostanze, benessere complessivo, funzionamento sociale, impulsività, autostima, ansia, depressione). Nel 39,7% degli studi si usavano strumenti volti ad indagare nello specifico il problema di gioco in termini di severità, distorsioni cognitive, *craving*. La scala più usata (23,5%) è stata la SOGS; nel 20,6% degli studi sono stati direttamente rilevati i criteri del DSM. Il 70% ha considerato alcuni aspetti del comportamento di gioco come un *outcome*/indicatore del trattamento: il 41% la frequenza, il 17,6% la durata delle sessioni di gioco. L'altra principale componente comportamentale considerata come indicatore (38%) è stata la spesa per il gioco.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Baxter A., Salmon C., Dufresne K., Carasco-Lee A., Matheson F.I. (2016). Gender differences in felt stigma and barriers to help-seeking for problem gambling. *Addictive Behaviors Reports*, 3: 1-8. DOI: 10.1016/j.abrep.2015.10.001.
- Black D.W., Coryell W., McCormick B., Shaw M., Allen J. (2017). A prospective follow-up study of younger and older subjects with pathological gambling. *Psychiatry research*, 256: 162-168. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.06.043.
- Black D.W., Shaw M., Coryell W., Crowe R., McCormick B., Allen J. (2015). Age at onset of DSM-IV pathological gambling in a non-treatment sample: early-versus later-onset. *Comprehensive psychiatry*, 60: 40-46. DOI: 10.1016/j.comppsy.2015.04.007.
- Blanca D., Coletti L.M., Russell-Roberts J. (2017). South America - Women and compulsive gambling: caught between frustration and revenge. In: Bowden-Jones H., Prever F., editor, *Gambling Disorders in Women: An International Female Perspective on Treatment and Research*. New York: Routledge. DOI: 10.4324/9781315627625-7.
- Calado F., Griffiths M.D. (2016). Problem gambling worldwide: An update and systematic review of empirical research (2000-2015). *Journal Of Behavioral Addictions*, 5: 592-613. DOI: 10.1556/2006.5.2016.073.
- Cancrini L. (1982). *Quei temerari sulle macchine volanti. Studio sulle terapie dei tossicomani*. Firenze: Nis - La nuova Italia Scientifica.
- Cowlishaw S., Merkouris S., Dowling N., Anderson C., Jackson A., Thomas S. (2012). Psychological therapies for pathological and problem gambling. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI: 10.1002/14651858.cd008937.pub2.
- Croce M., Arrigoni F. (2017). *Gratta e perdi. Anziani, fragilità e gioco d'azzardo*. Rimini: Maggioli Editore.
- De Castro V., Fuentes D., Tavares H. (2005). The gambling follow-up scale: Development and reliability testing of a scale for pathological gamblers under treatment. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50: 81-86. DOI: 10.1177/070674370505000202.

- Croce M., Jarre, P, AA.VV., a cura di (2017). *I Manuali Professionali – Il Disturbo da Gioco d'Azzardo, un problema di salute pubblica: indicazioni per la comprensione e per l'intervento*. Cuneo: Publiedit.
- Desai R.A., Maciejewski P.K., Dausey D.J., Caldarone B.J., Potenza M.N. (2004). Health correlates of recreational gambling in older adults. *American Journal of Psychiatry*, 161: 1672-1679. DOI: 10.1176/appi.ajp.161.9.1672.
- Dowling N.A., Merkouris S.S., Greenwood C.J., Oldenhof E., Toubourou J.W., Youssef G.J. (2017a). Early risk and protective factors for problem gambling: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical psychology review*, 51: 109-124. DOI: 10.3410/f.726987144.793544334.
- Dowling N.A., Shandley K.A., Oldenhof E., Affleck J.M., Youssef G.J., Frydenberg E., Jackson A.C. (2017b). The intergenerational transmission of at-risk/problem gambling: The moderating role of parenting practices. *The American Journal on Addictions*, 26: 707-712. DOI: 10.1111/ajad.12599.
- Fernández-Alba A., Labrador F.J. (2007). Sociodemographic, Psychopathological and Clinical Characteristics of Pathological Slot-Machine Gamblers in Treatment: A Descriptive Study of Spanish Male Gamblers. *International Gambling Studies*, 5: 113-122. DOI: 10.1080/14459790500098051.
- Ferris J.A., Wynne H.J. (2001). *The Canadian problem gambling index*. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Galetti A.M., Tavares H. (2016). Development and validation of the Gambling Follow-up Scale, Self-Report version: an outcome measure in the treatment of pathological gambling. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 39: 36-44. DOI: 10.1590/1516-4446-2016-1911.
- Grant J.E., Kim S.W., Odlaug B.L., Buchanan S.N., Potenza M.N. (2009). Late-onset pathological gambling: clinical correlates and gender differences. *Journal of psychiatric research*, 43: 380-387. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2008.04.005
- Jiménez-Murcia S., Granero R., Fernández-Aranda F., Arcelus J., Aymamí M.N., Gómez-Peña M., Fagundo A.B. (2015). Predictors of outcome among pathological gamblers receiving cognitive behavioral group therapy. *European addiction research*, 21: 169-178. DOI: 10.1159/000369528.
- Kim S.W., Grant J.E., Potenza M.N., Blanco C., Hollander E. (2009). The Gambling Symptom Assessment Scale (G-SAS): a reliability and validity study. *Psychiatry research*, 166: 76-84. DOI: 10.1016/j.psychres.2007.11.008.
- LaPlante D.A., Nelson S.E., LaBrie R.A., Shaffer H.J. (2008). Stability and progression of disordered gambling: lessons from longitudinal studies. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53: 52-60. DOI: 10.1177/070674370805300108.
- Lazzaro S., Chinellato G., Giordano A., Stivanello A., Zecchinato G., Cavallari G. (2018). Una proposta di follow-up come attività? integrata nella presa in carico del paziente con disturbo da gioco d'azzardo. L'esperienza dell'Ambulatorio per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico (DGA) del SerD di Padova (Ulss 6 Euganea). Atto convegno FeDerSerD (Roma, 24-26 ottobre 2018).
- Lesieur H.R., Blume S.B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American journal of Psychiatry*, 144: 1184-1188. DOI: 10.1176/ajp.144.9.1184.
- Lister J.J., Nower L., editor (2014). *Gambling and older adults. The Wiley-Blackwell Handbook of Disordered Gambling*. NJ: Wiley. DOI: 10.1002/9781118316078.ch16.
- National Opinion Research Center at the University of Chicago (NORC). (1999). Report to the National Gambling Impact Study Commission. *Gambling Impact and Behavior Study*.

- Pacifici R., Mastrobattista L., Minutillo A., Mortali C. (2019). *Gioco d'azzardo in Italia: ricerca, formazione e informazione: risultati di un progetto integrato*. Roma: Istituto Superiore di Sanità (Rapporti ISTISAN 19/28).
- Peter S.C., Li Q., Pfund R.A., Whelan J. P., Meyers A.W. (2019). Public stigma across addictive behaviors: Casino gambling, Esports gambling, and internet gaming. *Journal of Gambling Studies*, 35: 247-259. DOI: 10.1007/s10899-018-9775-x.
- Petry N.M. (2002). A comparison of young, middle-aged, and older adult treatment-seeking pathological gamblers. *The Gerontologist*, 42: 92-99. DOI: 10.1093/geront/42.1.92.
- Pickering D., Keen B., Entwistle G., Blaszczyński A. (2018). Measuring treatment outcomes in gambling disorders: A systematic review. *Addiction*, 113: 411-426. DOI: 10.1111/add.13968.
- Pietrzak R.H., Morasco B.J., Blanco C., Grant B.F., Petry N.M. (2007). Gambling level and psychiatric and medical disorders in older adults: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The American journal of geriatric psychiatry*, 15: 301-313. DOI: 10.1097/01.jgp.0000239353.40880.cc.
- Prever F., Locati V. (2017). Female gambling in Italy: a specific clinical experience. In: Bowden-Jones H., Prever F., editor, *Gambling Disorders in Women: An International Female Perspective on Treatment and Research*. New York: Routledge. DOI: 10.4324/9781315627625-7.
- Reith G., Dobbie F. (2013). Gambling careers: A longitudinal, qualitative study of gambling behaviour. *Addiction Research & Theory*, 21: 376-390. DOI: 10.3109/16066359.2012.731116.
- Ronzitti S., Soldini E., Lutri V., Smith N., Clerici M., Bowden-Jones H. (2016). Types of gambling and levels of harm: A UK study to assess severity of presentation in a treatment-seeking population. *Journal of Behavioral Addictions J Behav Addict*, 5: 439-447. DOI: 10.1556/2006.5.2016.068.
- Sauvaget A., Jiménez-Murcia S., Fernandez-Aranda F., Fagundo A.B., Moragas L., Wolz I., Real E. (2015). Unexpected online gambling disorder in late-life: a case report. *Frontiers in psychology*, 6, 655-663. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.00655.
- Shaffer H.J., Hall M.N. (2002). The natural history of gambling and drinking problems among casino employees. *The Journal of Social Psychology*, 142: 405-424. DOI: 10.1080/00224540209603909.
- Sleczka P., Romild U. (2021). On the stability and the progression of gambling problems: longitudinal relations between different problems related to gambling. *Addiction*, 116: 116-125. DOI: 10.1111/add.15093.
- Slutske W.S., Jackson K.M., Sher K.J. (2003). The natural history of problem gambling from age 18 to 29. *Journal of abnormal psychology*, 112: 263-274. DOI: 10.1037/0021-843x.112.2.263.
- Slutske W.S. (2006). Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: Results of two US national surveys. *American Journal of Psychiatry*, 163: 297-302. DOI: 10.1176/appi.ajp.163.2.297.
- Steward T., Mestre-Bach G., Fernández-Aranda F., Granero R., Perales J.C., Navas J.F., Menchón J.M. (2017). Delay discounting and impulsivity traits in young and older gambling disorder patients. *Addictive Behaviors*, 71: 96-103. DOI: 10.1016/j.addbeh.2017.03.001.
- Subramaniam M., Abidin E., Shahwan S., Vaingankar J.A., Picco L., Browning C.J., Chong S.A. (2015a). Culture and age influences upon gambling and problem gambling. *Addictive Behaviors Reports*, 1: 57-63. DOI: 10.1016/j.abrep.2015.04.004.
- Subramaniam M., Wang P., Soh P., Vaingankar J.A., Chong S.A., Browning C.J., Thomas S.A. (2015, b). Prevalence and determinants of gambling disorder among older adults: a systematic review. *Addictive Behaviors*, 41: 199-209. DOI: 10.1016/j.addbeh.2014.10.007.
- Toneatto T., Ladoceur R. (2003). Treatment of pathological gambling: a critical review of the literature. *Psychology of addictive behaviors*, 17: 284-292. DOI: 10.1037/0893-164x.17.4.284.
- Volberg R.A. (2003). *Gambling And Problem Gambling In Arizona. Report to the Arizona Lottery*. Alberta Gambling Research Institute.
- Walker M., Toneatto T., Potenza M.N., Petry N., Ladouceur R., Hodgins D.C., Blaszczyński A. (2006). A framework for reporting outcomes in problem gambling treatment research: the Banff, Alberta Consensus. *Addiction*, 101: 504-511. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2005.01341.x.
- Wiebe J.M., Cox B.J. (2005). Problem and probable pathological gambling among older adults assessed by the SOGS-R. *Journal of Gambling Studies*, 21: 205-221. DOI: 10.1007/s10899-005-3032-9.
- Williams R.J., Hann R.G., Schopflocher D., West B., McLaughlin P., White N., King K., Flexhaug T. (2015). *Quinte Longitudinal Study of Gambling and Problem Gambling. Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre*. Guelph, Ontario. February 20, 2015.
- Zhai Z.W., Yip S.W., Steinberg M. A., Wampler J., Hoff R. A., Krishnan-Sarin S., Potenza M.N. (2017). Relationships between perceived family gambling and peer gambling and adolescent problem gambling and binge-drinking. *Journal of gambling studies*, 33: 1169-1185. DOI: 10.1007/s10899-017-9670-x.
- Zilberman N., Yadid G., Efrati Y., Neumark Y., Rassovsky Y. (2018). Personality profiles of substance and behavioral addictions. *Addictive Behaviors*, 82: 174-181. DOI: 10.1016/j.addbeh.2018.03.007.

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

Comorbidità tra disturbi da uso di sostanze e disturbi dell'alimentazione e della nutrizione: un'indagine nei Servizi per le Dipendenze e le Comunità Terapeutiche del Veneto

Diego Saccon*, Elena Boatto^o, Vanessa Losco[^]

SUMMARY

■ *The authors describe the results of an investigations carried out in Addiction Services and Therapeutic Communities of Veneto. The main purpose of the investigation was to identify the presence comorbidity or suspicion of comorbidity between Feeding and Eating Disorders and Substance-Related and Addictive Disorders at the Veneto Regional Health System (Departments for Addiction and Private Social Entities), since these disorders seem to have some features in common.*

To do so, it has been administered a short questionnaire to operators of these services in which they had to estimate the cases of comorbidity among patients who were being taking over in that moment or in the months before. The questionnaire, besides, included the request to assess the quality of the collaboration – if there had been – with feeding and eating disorders services and to express their own interest to a training in feeding and eating disorder.

The data collected show the presence of a comorbidity between Feeding and Eating disorders and Substance-Related and Addictive Disorders and highlight the need to invest in the presence of specific therapeutic facilities for patients in co-morbidity. Besides, the authors underline the importance of a training on diagnosis and treatment of feeding and eating disorders among operators of pathological addiction.

The authors think it would be interesting to do a study to assess the real presence of a comorbidity, using screening or diagnostic tools among a representative sample. ■

Keywords: *Substance-related and addictive disorder, Feed and eating disorder, Addiction services, Therapeutic Communities, Veneto.*

Parole chiave: *Disturbi da uso di sostanze, Disturbi dell'alimentazione e della nutrizione, Servizi per le dipendenze, Ser.D., Comunità Terapeutiche, Veneto.*

Available online: 30/12/2021

Premessa

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DNA), attualmente rinominati dal DSM-5 Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA), condividono alcuni aspetti con i Disturbi da Uso di Sostanze e Addiction (DUS), rispetto alle caratteristiche psicopatologiche, alle problematiche che emergono nelle situazioni di comorbidità e, infine, relativamente ai tipi di trattamento più indicati.

Dal punto di vista psicopatologico la caratteristica comune è quella di presentarsi primariamente come manifestazioni comportamentali con significativo coinvolgimento corporeo. Si può

ovviamente obiettare che nell'anoressia il comportamento sia secondario alla percezione e all'ideazione relative all'immagine corporea; d'altra parte, anche nell'ipotesi dell'origine autocurativa dell'abuso di sostanze, il comportamento addittivo è secondario ad uno stato psichico. Non approfondiamo questa ed altre questioni relative alla psicopatologia di questi disturbi o all'Addiction Model dei DNA (Tridenti e Bocchia, 1993), ma sottolineiamo come il clinico in prima battuta si trovi per lo più ad affrontare il disturbo comportamentale. Inoltre, nelle pazienti con comorbidità, in aggiunta alla compresenza sintomatologica, si può osservare che alla remissione di una delle due sindromi si accentua l'altra. Sono soprattutto questi ultimi aspetti che determinano l'importanza di una maggior attenzione a queste condizioni nei Servizi per le Dipendenze Patologiche e nelle Comunità Terapeutiche.

* Psichiatra, Direttore.

^o Psicologo.

[^] Psicologo.

Ser.D. Ulss 4 Veneto orientale.

A partire da questa premessa il nostro Servizio ha promosso una rilevazione sommaria nei Ser.D. e nelle Comunità Terapeutiche per le Tossico-Alcolodipendenze del Veneto della presenza del problema, dello stato di collaborazione con gli Ambulatori o i Centri per i DNA e del bisogno di formazione degli operatori.

Introduzione

Diversi studi clinici hanno evidenziato una comorbidità tra Disturbo da Uso di sostanze e Addiction (DUS) e i disturbi dell'alimentazione e della nutrizione (DNA). Questo legame, tuttavia, è ancora oggetto di dibattito: se, infatti, alcuni lavori dimostrano una forte associazione tra queste due aree di patologia, altri studi, ne hanno ridimensionato la consistenza.

La maggior parte delle ricerche mostrano una prevalenza maggiore di DUS in soggetti con Anoressia Nervosa di tipo Binging/Purging (ANB/P), Bulimia Nervosa (BN), Binge Eating Disorder (BED), ma non in soggetti con Anoressia Nervosa di tipo Restrittivo (ANR), rispetto a gruppi di controllo normali. Questo aspetto potrebbe essere legato alla condivisione di tratti caratterizzanti DUS e i DNA come BN e BED, quali l'impulsività e lo scarso autocontrollo (Gregorowski *et al.*, 2013).

Alcuni studi hanno inoltre dimostrato che circa il 50% dei pazienti con un disturbo del comportamento alimentare abusa o abuserà di alcol e/o sostanze illecite, rispetto al 9% della popolazione generale, e che il 35% dei soggetti che usano o abusano di alcol e/o sostanze illecite presenta un disturbo del comportamento alimentare, rispetto al 3% della popolazione generale (CASA, 2003). Altri studi riportano tassi di comorbidità compresi tra il 17% e il 43% (Harrop, Marlatt, 2010); e una prevalenza lifetime stimata tra il 23-37% (Hudson *et al.*, 2007).

Ci sono diverse spiegazioni per la sovrapposizione di DNA e DUS, inclusi condivisi fattori di rischio biologico, psicologico e sociale che aumentano la predisposizione allo sviluppo di un disturbo in comorbidità. Le diagnosi di DNA e DUS condividono tassi più alti di disturbi depressivi e d'ansia, elevato rischio di suicidio, difficoltà o traumi nell'infanzia, alcuni meccanismi neurochimici comuni, storia familiare di disturbi psichiatrici, tratti di personalità del Cluster B (in particolare impulsività), comportamenti compulsivi, perfezionismo, influenze familiari e culturali, oltre che disregolazione emotiva (Bahji *et al.*, 2019).

Inoltre, per quanto riguarda il trattamento psicologico, diversi metodi sono indicati sia per i DNA che per i DUS; in particolare la valutazione dello Stadio del Cambiamento (Prochanska e Di Clemente, 1982), il Colloquio Motivazionale (Millner e Rollnick, 1994) e la Prevenzione della Ricaduta (Marlatt e Gordon, 1985). Alla luce di questi dati di letteratura e al riscontro nella pratica clinica di casi di comorbidità, si è deciso di indagarne la presenza nei Servizi per le Dipendenze e nelle Comunità Terapeutiche del Veneto.

Metodo

È stata svolta una breve indagine sulla presenza di Disturbi dell'Alimentazione tra i pazienti in carico al sistema di assistenza delle Dipendenze Patologiche del Sistema Sanitario Regionale del Veneto, che comprende 9 Dipartimenti per le Dipendenze che assistono circa 25.000 pazienti con Disturbi da uso di Sostanze ed un insieme di Enti del Privato Sociale accreditati per più di 900 posti prevalentemente residenziali, in parte semiresidenziali.

A tutti i servizi, nella prima decade di novembre 2020, è stata inviata una breve scheda di rilevazione, comprendente domande che riguardavano la presenza di casi di AN, BN e BED, con riferimento agli ultimi due anni; la collaborazione con i Centri/Ambulatori per i DNA; il bisogno di formazione sui DNA.

Risultati

Sulla base delle risposte che abbiamo ricevuto, risulta una presenza di circa 200 casi nel 70% dei Servizi per le Dipendenze, sulla base della quale si potrebbe ipotizzare che nel totale dei Servizi coinvolti nella ricerca ci possano essere correntemente circa 300 casi di DNA facilmente identificabili, una parte dei quali (circa il 12-13%) con bisogno di ricovero o residenzialità.

Le risposte da parte delle strutture residenziali del Veneto sono state minori, circa il 30% calcolate sui posti accreditati, ed indicano una presenza di 55 casi di DNA, che farebbe ipotizzare una presenza di circa 180 casi sul totale delle strutture.

Rispetto alla collaborazione con i Centri o Ambulatori DNA, nel 35,5% delle risposte è ritenuta "buona", nel 23,5% "con qualche criticità" e nel 41% "non c'è stato alcun rapporto".

Tutti gli intervistati che hanno risposto valutano positivamente l'ipotesi di formazione, ritenuta nella maggior parte dei casi "molto utile" (20%) o "utile" (65%) e in minoranza "interessante" (15%).

Tab. 1 - Disturbi dell'alimentazione nei Ser.D. e nelle Comunità Terapeutiche

	Ser.D.	Comunità Terapeutiche
% dei Servizi che hanno risposto	70%	30%
Anoressia Nervosa	90 (18H) ¹	15
Bulimia Nervosa	46	14
Binge Eating Disorder	67	26
Totale	203	55
Pazienti con necessità di Ricovero Riabilitativo o Comunità Terapeutica	25	

Tab. 2 - Collaborazione con i Servizi per i disturbi dell'alimentazione

Collaborazione con i servizi per i DNA	
Nessuna	41%
Critica	23,5%
Buona	35,5%

Tab. 3 - Bisogno di formazione

Bisogno di formazione	
Interessante	15%
Utile	65%
Molto utile	20%

Conclusioni

In linea con quanto evidenziato dalla letteratura, i dati raccolti mostrano la presenza di una comorbidità tra i Disturbi dell'Alimentazione e della Nutrizione e i Disturbi da Uso di Sostanze. L'assenza di linee di indirizzo per il trattamento dei casi in comorbidità e di strutture specifiche per i pazienti con necessità di ricovero o residenzialità, così come il bisogno di formazione sulla diagnosi ed il trattamento di base dei Disturbi dell'Alimentazione tra gli operatori del campo delle dipendenze patologiche, indicano la necessità di aumentare gli sforzi in questa direzione.

Tra i principali limiti di questa sommaria rilevazione preliminare va sottolineato che la valutazione delle casistiche è stata effettuata sulla base di considerazioni degli operatori e non sono stati somministrati strumenti specifici a conferma della diagnosi di disturbo dell'alimentazione e della nutrizione.

Inoltre, non è possibile escludere una qualche sovrapposizione tra la casistica evidenziata dai Ser.D. e quella segnalata dalle Comunità Terapeutiche, essendo i pazienti delle CT, per la parte dei posti accreditata con la Regione Veneto, tutti inseriti dai Ser.D. regionali. Infine l'"inferenza" sulla possibile presenza di casi nel totale dei Servizi e delle Comunità a partire dal dato della percentuale di strutture che hanno risposto non ha evidentemente valore statistico.

Potrebbe essere utile uno studio per valutare l'effettiva prevalenza di comorbidità con l'utilizzo di strumenti di screening o diagnostici in un campione rappresentativo.

Bibliografia

- Bahji A., Mazhar M., Hawken E., Hudson C., Nadkarni P., Mac Neil B. (2019). Prevalence of Substance Use Disorder Comorbidity among Individuals with Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatry Research*, 273. DOI: 10.1016/j.psychres.2019.01.007.
- DiClemente C.C., Prochaska J.O. (1982). Self change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change of cessation and maintenance. *Addictive Behavior*, 7: 133-142. DOI: 10.1016/0306-4603(82)90038-7.
- Gregorowski C., Seedat S., Jordaan G.P. (2013). A clinical approach to the assessment and management of co-morbid eating disorders and substance use disorders. *BMC Psychiatry*, 13(1): 289. DOI: 10.1186/1471-244X-13-289.
- Harrop E.N., Marlatt G.A. (2010). The comorbidity of substance use disorders and eating disorders in women: prevalence, etiology, and treatment. *Addict Behavior*, 35(5): 392-398. DOI: 10.1016/j.addbeh.2009.12.016.
- Hudson J.L., Hiripi E., Pope H.G., Kessler R.C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biol. Psychiatry*, 61(3): 348-358. DOI: 10.1016/j.biopsych.2006.03.040.
- Marlatt G.A., Gordon J. (1985). *Relapse prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press. DOI: 10.1176/ps.2006.57.8.1222a.
- Miller W.R., Rollnick S. (1991). *Motivational Interviewing: Helping People Change*. New York: Guilford Press (trad. it. *Il colloquio motivazionale: Aiutare le persone a cambiare*. Trento: Centro Studi Erickson, 1994). DOI: 10.1080/02615479.2014.894351.
- National Ctr on Addiction and Substance Abuse at Columbia University (CASA): Food for thought: substance abuse and eating disorders (2003). Available at: www.casacolumbia.org/templates/Publications_Reports.aspx?keywords=food+for+thought#r25 (Accessed: 20.02.13).
- Tridenti A., Bocchia S. (1993). *Il fenomeno anoressico/bulimico: un tentativo di comprensione unitaria dei disturbi del comportamento alimentare*. Milano: Masson.

RECENSIONE



Michela Balconi

Neuroscienze delle emozioni. Alla scoperta del cervello emotivo nell'era digitale

Codice: 1400.11

Collana: SEMI. Per coltivare
le conoscenze

pp. 264 euro 29,00

Editore: FrancoAngeli

Questo libro vuole aiutarci a comprendere le emozioni da una *prospettiva* specificamente *neuroscientifica*, che ponga in luce il ruolo dei sistemi fisiologici implicati nell'universo emotivo. Ma non solo. Punto di partenza imprescindibile quando si studiano le emozioni è che l'emozione è un'esperienza prima ancora che un processo. Un'esperienza in cui siamo coinvolti lungo l'intero corso della nostra vita.

A fronte dei numerosi quesiti che i neuroscienziati si sono posti – come evolvono le emozioni, come hanno origine “nel” e “con” il nostro corpo, come si “ammalano” – uno rimane cruciale: perché le

emozioni continuano a esistere? Le risposte che le neuroscienze ci forniscono parlano di empatia, intenzionalità, “mirroring” come oggetti principali con cui leggerle, scoprendo come, accanto alle nostre esperienze più intime, le emozioni siano anche un fatto eminentemente sociale e condiviso. Ma gli universi emotivi ci riservano anche dei paradossi: le emozioni “dipendono” dalla mente e dalla razionalità, piuttosto che contrapporsi ad essa.

Prioritarie e irrinunciabili, come ci dicono anche gli studi di neuroscienze comparate, al punto che le condotte emotive possono essere individuate in molte specie, oltre a quella umana. Il potere di un costrutto si misura, infatti, nella sua capacità di penetrare in contesti che non gli sono direttamente familiari. Scopriremo come questa penetrazione delle emozioni riguardi anche la robotica, le nuove tecnologie e, in senso più generale, il mondo digitale.

Michela Balconi è professore di Psicofisiologia e Neuroscienze Cognitive presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano e Brescia, presso cui dirige la Research Unit in Affective and Social Neuroscience. È fondatrice ed Editor-in-Chief della rivista internazionale *Neuropsychological Trends* e autrice di più di trecento pubblicazioni, perlopiù internazionali. Tra i suoi principali interessi di ricerca lo studio dei correlati neurofisiologici del comportamento emotivo e delle competenze sociali, con particolare interesse allo sviluppo di metodi innovativi di analisi del comportamento.

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

Eradicazione possibile dell'epatite HCV negli utenti che afferiscono al Ser.D.: esperienza di collaborazione tra un Ser.D. della provincia di Foggia e l'U.O.C. Malattie Infettive Policlinico Riuniti di Foggia

Maria Rosaria Villani*, Bruno Caccianotti°, Giovanni Barone**, Matteo Giordano***

SUMMARY

■ *The eradication of HCV hepatitis in users belonging to Ser.D. should be encouraged not only with respect to the care of these patients but also for global health, today they represent the main reservoir of infection in industrialized countries. Field experiences and scientific evidence are trying to identify the essential elements in order to facilitate access to treatment for taking care of the consumer of substances with HCV. The use of the new drugs, the DAA (Direct-Acting Antivirals), able to cure more than 95% of people with chronic HCV infection, is certainly an encouraging element for the limited treatment time and for the few side effects, but the enrollment of consumers of substances is still difficult. In the Ser.D. of the province of Foggia, a collaboration is underway with the U.O.C. Infectious Diseases Policlinico Riuniti of Foggia.*

The usefulness of this protocol lies in its ability to integrate the activities carried out within the Addiction Service with those of the Infectious Diseases Treatment Center, which is responsible for completing the initial diagnosis made by the Ser.D., prescribing patients specific therapy. The Ser.D. is responsible for the complete virological screening, the diagnosis of liver disease activity, the monitoring through laboratory tests during therapy as well as the supervision of the assumption of the therapy entrusted.

The experience carried out so far has led to the following results: the activity of the addictive disease did not represent a factor of non-adherence to the treatment nor of non-inclusion in the treatment itself; the employees in the service who tested positive for Ab-HCV and with positive HCV-RNA are all addicted to drugs with active or previous use by injection, even the two positive alcoholics were both former drug abusers; the side effects recorded were not such as to determine the interruption of the antiviral treatment in progress, except for a patient in whom psoriasis emerged and, in any case, those recorded are related to therapy with interferon and ribavirin; the stay in the service represents a protective factor not only for the treatment of addiction but also for the treatment of diseases related to addiction, in fact as many as 72.3% of those who did not take the HCV-RNA had stopped treatment for the addiction treatment; the percentage lost during treatment was 3.7%; compared to the pathology of addiction, 16.7% showed disease activity with positivity to drugs, but this was neither a reason for exclusion nor for interruption of antiviral therapy. The follow-up as of May 31, 2021, post SVR-12, was characterized by no recurrence or reinfection. ■

Keywords: HCV, Drug abuser, DAA (Direct-Acting Antivirals), SVR-12 (Sustained viral response to 12 weeks).
Parole chiave: HCV, Tossicodipendente, DAA (antivirale ad azione diretta), SVR-12 (risposta virologica sostenuta a 12 settimane).

Available online: 30/12/2021

* Medico gastroenterologo e psichiatra, Ser.D. San Giovanni Rotondo (FG).

° Medico infettivologo, Malattie Infettive Policlinico Riuniti di Foggia.

** Medico Responsabile U.O.S. a valenza dipartimentale Ser.D. San Giovanni Rotondo (FG).

*** Medico psichiatra, Direttore del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche dell'ASL di Foggia.

Introduzione

Epidemiologia

In Europa, circa 14 milioni di persone risultano ancora cronicamente infette da HCV (1). Secondo i dati dell'Eurostat, l'Italia si colloca al primo posto per il tasso più alto di mortalità per epa-

titi virali tra gli Stati membri dell'UE, con 40 morti per epatite virale per milione di abitanti (2). I dati dell'OMS riportano che, a livello mondiale, meno del 5% delle persone con infezione cronica virale è a conoscenza del proprio stato. In circa l'80% delle persone, infatti, l'infezione decorre in maniera asintomatica però, di questi, circa il 60-80% sviluppa un'infezione cronica (3) con conseguente evoluzione verso la cirrosi epatica e l'epatocarcinoma (HCC). Fra le diverse strategie messe in evidenza dall'OMS per l'emersione del sommerso, è sottolineata l'importanza dello screening (4) a tutti i soggetti a rischio, inclusi tutti gli adulti nati tra il 1945 ed il 1964 (cosiddetti *baby boomer*), le persone che fanno uso di droghe sia iniettive che intranasali, i soggetti che hanno ricevuto trasfusioni di sangue, emoderivati o donazioni di organi prima degli anni '90, i detenuti. Dell'importanza dello screening ne ha parlato a marzo del 2020 Loreta Kondili del Centro Nazionale per la Salute Globale, Istituto Superiore di Sanità, la quale ribadisce che lo screening deve riguardare persone che riportano seri fattori di rischio per l'acquisizione dell'infezione quali: uso attuale di stupefacenti oppure la popolazione carceraria o ancora i migranti da paesi ad alta prevalenza di HCV, sono individui sui quali deve essere applicata la strategia "testare e trattare" piuttosto che quella del testare per coorti di nascita. I PWID (People Who Inject Drugs), cioè le persone che fanno uso di droghe iniettive, rappresentano la maggioranza (fino al 90%) dei nuovi casi di HCV nei paesi sviluppati. Pur considerati soggetti difficili da trattare, i PWID hanno dimostrato di ottenere gli stessi risultati di risposta virologica sostenuta (SVR) del resto della popolazione arruolata negli studi clinici (5). I soggetti consumatori di sostanze HCV positivi in Italia eleggibili per il trattamento sarebbero circa 300.000 (6). Dalla relazione annuale del Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia del 2019, nei Ser.D. sono stati 25.274 gli assistiti testati per HCV, pari al 20,1% del totale degli utenti in trattamento. L'8,5% dei trattati (10.692 soggetti) è risultato positivo, con una sostanziale variabilità territoriale: la proporzione di utenti positivi per HCV è compresa tra 0% e 33,3% rilevati rispettivamente nelle regioni Molise ed Emilia Romagna. Nel complesso, tra i soggetti testati il 4,3% è risultato HIV positivo, l'1,9% HBV positivo e il 42,3% HCV positivo, con la suddetta variabilità interregionale (7). L'altra popolazione da "testare per trattare" è costituita dai detenuti, molti dei quali tossicodipendenti, che hanno una prevalenza significativamente più alta di infezione da HCV rispetto alla popolazione generale. Dato il loro comportamento ad alto rischio, rappresentano anche loro un serbatoio di infezione da HCV per l'intera comunità. Nello studio di Pontali et al, apparso sull'*Int J Drug Policy* del 2018 (8), sono state valutate le persone con infezione da HCV detenute in 25 carceri italiane e che hanno iniziato il trattamento con antivirali ad azione diretta (DAA, di cui 83,1% regimi a base di sofosbuvir.). Sono stati trattati con DAA, 142 persone, di cui il 76,1% cirrotici. La percentuale di completamento del trattamento è stata del 94,4%. SVR 12 è stato raggiunto nel 90,8% (8).

Fattori di rischio

Ormai è acclarato che l'uso di droghe rappresenti la principale fonte di infezione da HCV e, altrettanto chiari e definiti sono i fattori correlati all'acquisizione dell'infezione da HCV in tale popolazione. In una review e metanalisi pubblicata nel 2019 su

Int J Environ Res Public Health (9), sono stati raccolti 49 studi di pazienti con infezione da HCV e non. I maggiori fattori di rischio per l'acquisizione di infezione HCV per i tossicodipendenti sono: uso di droghe per via parenterale, condivisione di aghi e siringhe, durata del consumo di droghe > 5 anni e disoccupazione. Tali risultati hanno indicato che oltre al trattamento di mantenimento con metadone, la distribuzione di aghi e siringhe sterili, sono importanti per ridurre i comportamenti rischiosi e conseguentemente il rischio di acquisire infezione da HCV (9). Altri due studi italiani già pubblicati nel 2012 e nel 2018 hanno confermato, seppur con qualche differenza, tale risultato. Lo studio del 2018 pubblicato su *J Urban Health* (10) è uno studio prospettico di coorte condotto tra dipendenti da sostanze stupefacenti che frequentavano 17 Ser.D. di aree urbane. Sono stati seguiti prospetticamente 284 dipendenti da sostanze stupefacenti non infetti da HCV, sottoponendoli a test per anticorpi anti-HCV e a HCV-RNA ogni 6 mesi. L'incidenza complessiva di HCV è stata di 5,83/100 anni-persona a rischio, tale incidenza non differiva in modo significativo a seconda delle caratteristiche socio-demografiche dei partecipanti o del grado di urbanizzazione delle città coinvolte nello studio. La sierconversione anti-HCV è risultata associata in modo indipendente alla condivisione delle attrezzature per la preparazione delle sostanze stupefacenti, all'utilizzo per via endovenosa delle sostanze e all'avere un partner sessuale HCV positivo. Contrariamente agli altri studi, aver in corso una terapia sostitutiva agonista sembra mancare di efficacia nel ridurre l'incidenza di acquisire l'infezione HCV (10). Un precedente studio del 2012 aveva determinato la prevalenza e le caratteristiche dell'infezione da HCV in un campione di 543 tossicodipendenti provenienti da 25 Ser.D italiani, monitorandoli per 6 mesi. La prevalenza di Ab-HCV era del 63,9%. HCV-RNA positività è stato del 68,3%. Il più forte predittore indipendente della probabilità di contrarre un'infezione da HCV è: la condivisione dell'ago. Solo però il 19,3% dei soggetti ha ricevuto un trattamento antivirale per l'HCV (11).

Motivi di non trattamento dei PWID (People Who Inject Drugs, cioè le persone che fanno uso di droghe iniettive)

Nonostante abbiamo diversi dati di letteratura e di esperienza sull'incidenza dell'infezione da HCV nei dipendenti da sostanze, nonché sulla reale possibilità di poterli trattare alla stessa stregua dei non dipendenti, una bassa percentuale vi accedono. I motivi di ciò sono stati lungamente studiati e il non superamento delle difficoltà, sicuramente impedirà il raggiungimento degli obiettivi dell'OMS da perseguire entro il 2030 che includono: la riduzione delle nuove infezioni da HCV dell'80% e dei decessi da HCV del 65%, l'aumento delle diagnosi di HCV da <5% a 90%, il numero di persone idonee che ricevono il trattamento da HCV da <1% a 80%. Per questo obiettivo l'OMS non può prescindere dall'attenzione verso i PWID, visto che rappresentano il principale serbatoio dell'infezione HCV nei paesi industrializzati. A tutt'oggi l'eliminazione dell'HCV tra PWID è auspicabile ma ancora lontana per vari motivi (12). Si è sempre sostenuto che i soggetti che si iniettano droghe (PWID) presentano una scarsa aderenza ai trattamenti. Molti studi hanno però dimostrato che tale criticità può essere superata adottando degli stratagemmi, come quello adottato nello studio pubblicato nel

2019 su *Ann Intern Med* (13) in cui si sono valutati modelli di cura per promuovere l'aderenza e la risposta virologica sostenuta (SVR) nell'era dei DAA. La suddivisione in tre gruppi dei soggetti dipendenti da oppiacei in trattamento con farmaco sostitutivo (due gruppi in cui c'era la somministrazione nel Ser.D. del farmaco antivirale ed un gruppo in cui c'era l'autosomministrazione dell'antivirale) ha dimostrato che l'aderenza complessiva era maggiore tra i partecipanti assegnati in modo casuale al gruppo in cui c'era un controllo nella somministrazione, pari al 86% rispetto a quelli assegnati al gruppo che si autosomministrava il farmaco, pari al 75%. La SVR complessiva è stata del 94% (CI, dall'89% al 97%), con un tasso di SVR del 98% nel gruppo dei soggetti a cui si somministrava direttamente l'antivirale nel Ser.D. Tale studio ha messo sicuramente l'accento sul fatto che la terapia antivirale somministrata nello stesso luogo di cura della dipendenza è stata associata a una maggiore aderenza rispetto alla terapia antivirale che i soggetti si autosomministravano a casa (13).

Precedentemente uno studio comparso nel *Clin Infect Dis*. 2016 (14) relativa all'analisi post hoc dei dati degli studi clinici ASTRAL ha valutato l'aderenza, la risposta virologica sostenuta (SVR) e la sicurezza di DAA (sofosbuvir/velpatasvir) nelle persone dipendenti da oppiacei in trattamento con farmaci sostitutivi (metadone o buprenorfina/naloxone). In tale studio sono stati inclusi pazienti tossicologicamente stabili ed in terapia sostitutiva, mentre sono stati esclusi quelli con un uso attivo di sostanze stupefacenti. Dei 1035 pazienti arruolati e trattati con sofosbuvir/velpatasvir per 12 settimane, 51 (5%) erano dipendenti da oppiacei in terapia sostitutiva agonista (67% metadone, 33% buprenorfina). La percentuale di partecipanti che hanno completato la terapia anti-HCV è stata del 95% tra i dipendenti da oppiacei rispetto al 99,7% tra coloro che non erano dipendenti da oppiacei ($P = .02$). La percentuale di partecipanti con $\geq 90\%$ di aderenza alla terapia è stata del 90% tra i dipendenti da oppiacei rispetto al 96% tra quelli che non erano dipendenti ($P = .06$). La percentuale di partecipanti con SVR12 tra dipendenti da oppiacei (96%; 95% CI, 87%, > 99%; 49/51) era simile a quelli che non dipendevano (98%; 95% CI, 97%, 99%; 966/984; $P = 0,26$). La proporzione di eventi avversi (86% vs 79%; $P = .29$) era simile tra i dipendenti da oppiacei e quelli non dipendenti. Non ci sono stati casi di reinfezione da HCV nelle 24 settimane successive alla fine del trattamento tra i partecipanti dipendenti da sostanze in terapia sostitutiva agonista. Questa analisi post hoc dimostra che non vi è alcuna differenza significativa nella SVR12 della terapia con sofosbuvir/velpatasvir tra le persone dipendenti da oppiacei e non dipendenti. Questo studio presenta dei limiti, non è stato eseguito uno screening tossicologico urinario durante o dopo la terapia, i consumatori attivi di droghe sono stati esclusi, la dimensione del campione e la durata del follow-up in questo studio erano limitate. I risultati comparabili di SVR12 in questa analisi post hoc sono coerenti con i dati precedenti della terapia per l'HCV a base di interferone (15, 16) e della terapia DAA senza interferone per l'HCV G1 tra le persone che ricevono terapia sostitutiva agonista (17, 18). Una caratteristica importante di quest'ultimo studio è che l'SVR12 era del 96% tra le persone dipendenti da oppiacei in terapia sostitutiva agonista con HCV genotipo G3, rispetto a tutti gli studi sulla terapia DAA tra le persone che ricevono terapia sostitutiva agonista che erano limitati alle persone con HCV con genotipo G1, G4 o G6. Ciò è incoraggiante, dato che una percentuale considerevole di persone che ricevono terapia sostitutiva agonista è infettata dal genotipo G3 a livello globale (19).

Uno studio retrospettivo del 2020 comparso sulla rivista *Ann Gastroenterol*. (20) ha valutato 174 PWID con epatite cronica C che hanno fatto terapia DAA. L'età media dei pazienti era di $48 \pm 9,2$ anni e 91/174 (52,3%) stavano facendo trattamento sostitutivo agonista. I pazienti che non sono tornati per la rivalutazione sono stati considerati persi al follow-up (LTFU). 82,8% dei pazienti hanno completato la terapia e si sono presentati per il test SVR12, 4,6% non hanno completato il trattamento e 12,6% erano LTFU. La SVR12 complessiva è stata del 79,9% (139/174). Per quelli con un test SVR12 disponibile, il tasso di risposta ha raggiunto il 96,5% (139/144). L'analisi di regressione non ha indicato alcuna associazione significativa tra le caratteristiche del paziente e SVR12. L'età <45 anni e il genotipo 3 erano predittori indipendenti di LTFU. Tale studio ancora una volta conferma che il trattamento dell'HCV da parte di epatologi e specialisti della dipendenza è fattibile, efficace e sicuro. Tuttavia, poiché il 12% dei pazienti sono persi al follow-up (LTFU), ciò dimostra ancora una volta che deve essere posta maggiore attenzione sugli interventi che garantiscono il follow-up per i test SVR e l'assistenza generale (20).

Anche dati recenti pubblicati di una importante metanalisi (21) ci dicono che le discontinuazioni e le risposte alla terapia sono simili nei pazienti tossicodipendenti in terapia sostitutiva, nei PWID e in controlli senza storia di tossicodipendenza.

Un recente studio pubblicato su *Drug Alcohol Rev Actions* 2019 (22) per identificare le principali barriere nei PWID al trattamento dell'HCV, hanno esaminato questa volta i professionisti che lavorano nei Ser.D. L'indagine è stata condotta in due fasi e ha coinvolto il 30,3% dei Ser.D. operanti in Italia. I professionisti Ser.D. hanno completato un questionario mirato per identificare le barriere nei servizi Ser.D. nella gestione dell'HCV: screening, riferimento, trattamento e riduzione del danno. Dai questionari utilizzati in tale studio sono emerse: una mancanza di accordo tra i medici sulle barriere all'assistenza sanitaria; per quel che riguarda gli ostacoli all'erogazione di servizi Ser.D. specifici, le ragioni principali per il trattamento di <50% dei pazienti sono stati identificati nella carenza di personale medico e infermieristico, nelle questioni tecniche, nelle questioni economiche e logistiche. Il trattamento per l'HCV rimane fuori dalla portata di molti PWID che frequentano un centro di trattamento della droga in Italia. Per raggiungere l'obiettivo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), è necessario aumentare il supporto economico, tecnico e del personale nei centri di cura utilizzando i protocolli e l'assistenza sanitaria universale già in atto (22).

In considerazione dell'appello del WHO per eradicare l'epatite C nel mondo entro il 2030, emerge la necessità di trattare tutti i tossicodipendenti attivi o in terapia sostitutiva e, attualmente, l'unico modo per intercettare questa popolazione è quello di lavorare con i Ser.D. e con le comunità di recupero. Ma quale strategia attuare?

Tale lavoro riporta l'esperienza di una collaborazione tra un servizio ambulatoriale di cura delle dipendenze Ser.D. di San Giovanni Rotondo (Foggia) e U.O.C. Malattie Infettive Policlinico Riuniti di Foggia.

Metodi

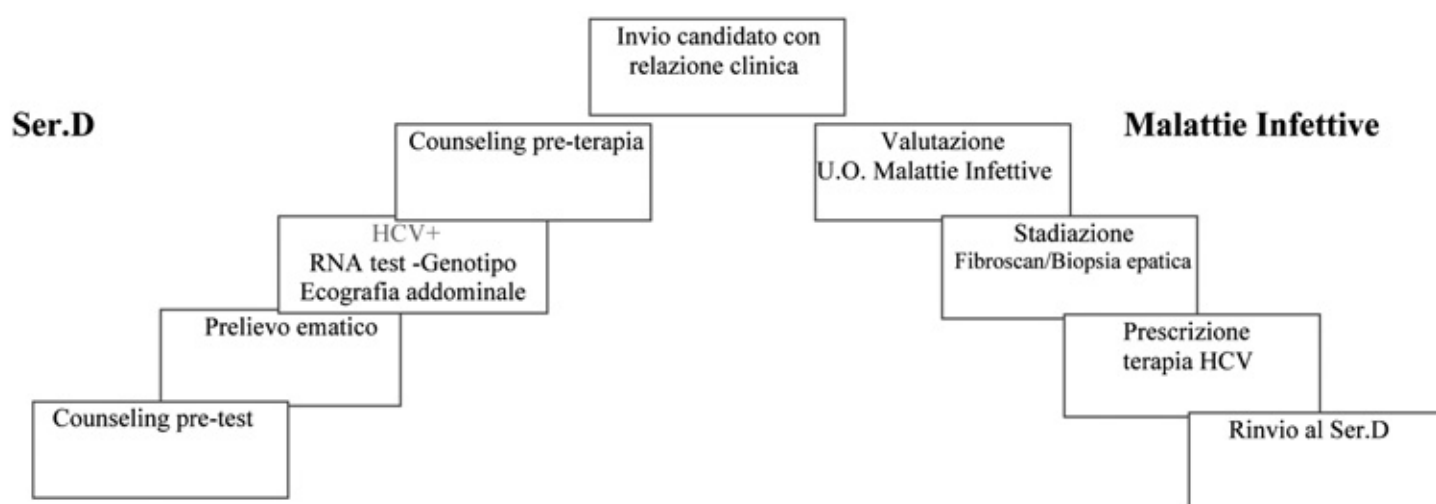
Dal 2008 a tutt'oggi sono stati inclusi nello studio tutti coloro che hanno dato il consenso a ricevere il trattamento antivirale HCV. Il consenso ad essere trattati era ed è l'unico requisito

richiesto per essere eleggibile al trattamento. Raccolto il consenso informato, si procede al counseling pre-test, effettuato dal medico del Ser.D. Lo screening virologico viene effettuato a tutti i nuovi casi ed ai rientri che accedono al Ser.D.; tale screening è obbligatorio, salvo diniego scritto e, prevede la ricerca di Ab-HCV, antigeni e anticorpi HBV, Ab-HAV, Ab-HIV, sifilide, test DDP, oltre che un esame ematochimico di base. Alla positività anticorpale HCV, seguirà la determinazione dell'attività di malattia tramite HCV-RNA quantitativo real time in PCR e la caratterizzazione del genotipo HCV. La stadiazione si conclude con una ecografia addome superiore. Tutta questa procedura viene effettuata presso i laboratori di riferimento del Ser.D i cui locali sono contigui al Servizio. Successivamente a tale screening, seguirà la restituzione dei risultati emersi dallo screening e il counseling pre-trattamento, sempre da parte del medico del Ser.D. Se l'utente accetta il trattamento antivirale, accompagnato da una relazione clinica, sarà inviato presso U.O.C. Malattie Infettive Policlinico Riuniti di Foggia per essere preso in carico e

avviato se necessario ad ulteriori indagini (fibroscan/biopsia epatica) prima della prescrizione dei farmaci antivirali.

Il monitoraggio durante la terapia antivirale è stata diverso durante gli anni ed è consistito in era pre-DAA nella somministrazione al servizio della terapia interferonica da parte del personale infermieristico, nella prescrizione ed effettuazione del prelievo ematico durante la terapia, nell'invio per via telematica dei referti presso U.O.C. Malattie Infettive; in era DAA, il monitoraggio è consistito nella prescrizione ed effettuazione degli esami ematochimici; la terapia antivirale orale era consegnata mensilmente all'utente che si recava presso il centro di cura Malattie infettive. Per entrambi i regimi terapeutici la terapia orale antivirale è stata assunta autonomamente dai pazienti, mentre la terapia intramuscolare del Peg-Interferone veniva effettuata dagli infermieri del Ser.D.

Durante l'intera terapia antivirale sono stati effettuati controlli clinici e tossicologici con esame urinari tossicologici e visite mediche.



Caratteristiche dei partecipanti allo studio

N. di utenti che sono stati presi in carico e rimasti in carico per almeno 3 mesi dal gennaio 2008 al 30 luglio 2020: **240**.

Genere di dipendenza nei 240 utenti presi in carico per il trattamento: 3 nicotina; 26 gioco d'azzardo; 72 alcol; 139 sostanze stupefacenti.

N. di utenti che ha effettuato lo screening virologico: **206** (86%); N. di utenti che si è rifiutato di effettuare lo screening: **34** (14%); N. di utenti a cui è stata diagnosticata una **positività Ab-HCV** è stato: **52** (25,3%), di cui 7 affetti da dipendenza alcolica, di cui due ex drug abuser, 45 affetti da dipendenza da sostanze stupefacenti. N. di utenti a cui è stata diagnosticata una **negatività Ab-HCV** è stato: **154** (74,7%), di cui 65 affetti da dipendenza alcolica, 19 affetti da gioco d'azzardo, 3 affetti da dipendenza da nicotina, 67 affetti da dipendenza da sostanze stupefacenti.

Di questi 52 con **positività Ab-HCV**, hanno effettuato l'HCV-RNA quantitativo: **34** (65,4%), di cui 2 (5,9%) sono risultati negativi, espressione questa di una clearance spontanea.

Di questi 52 con **positività Ab-HCV**, non hanno effettuato l'HCV-RNA quantitativo: **18** (34,6%); rispetto al trattamento per la dipendenza: n. 3 alcolodipendenti, hanno interrotto il trattamento; n. 15 tossicodipendenti di cui 1 dimesso, 4 ancora è in corso il trattamento e 10 interruzioni. Quindi il 72,3% di coloro che non hanno fatto il prelievo HCV-RNA aveva interrotto il trattamento per la cura della dipendenza.

Di coloro (**32**) a cui è stata fatta una diagnosi di attività di malattia la stadiazione attraverso Ecografia/fibroscan/biopsia epatica (quest'ultima molto limitata, in solo 2 pazienti) ha dato:

- N. di utenti con epatopatia cronica: **25**.
- N. di utenti con epatopatia evoluta: **7**.

Il genotipo HCV: 24 utenti G3, 8 utenti G1A.

N. di utenti a cui è stata fatta una diagnosi e stadiazione di malattia HCV è stato: **32**, di questi hanno dato il consenso al trattamento antivirale **24**.

		Scree-	Scree+	Ab-HCV-	Ab-HCV+	No screening HCV-RNA	Sì screening HCV-RNA	Terapia no	Terapia sì
Utenti T	240	34	206	154	52	18	34	8	24
nicotina	3	1	2	2	0				
GAP	26	7	19	19	0				
Alcol	72	2	70	63	7	3	4	2	2
TD	139	22	117	72	45	15	30*	6	22

Legenda: * dei 30 pazienti che hanno fatto l'HCV-RNA quantitativo, 28 sono risultati positivi e 2 sono risultati negativi, espressione questa ultima di una clearance spontanea.

Tipo di utenti che si sono sottoposti a trattamento antivirale:

N. di utenti con farmaco Metadone: **9**.

N. di utenti con farmaco Buprenorfina: **5**.

N. di utenti senza terapia agonista oppioide: **8**.

N. di utenti con terapia con Alcover: **2** (entrambi ex tossicodipendenti).

I CICLI di terapia effettuati per il trattamento dell'epatopatia HCV sono stati:

Peg-Interferone + Ribavirina:

• **15 naive;**

Dei pazienti che hanno fatto tale ciclo di terapia si sono registrati: 1 sospensione volontaria, 1 sospensione per insorgenza di effetti collaterali (comparsa di psoriasi); 13 hanno concluso il ciclo terapeutico, con SVR-12 del 100%, il follow-up aggiornato al 31-05-2021 è rimasto invariato.

DDA:

• **9 naive;**

• 3 ritrattati, di cui 2 che avevano fatto precedentemente terapia con Peg IFN/ Ribavirina + 1 Relapser precedente terapia con DAA).

Dei pazienti che hanno fatto tale ciclo di terapia si è registrato solo 1 Relapser; 11 hanno concluso il ciclo terapeutico, con SVR-12 del 100%, il follow-up aggiornato al 31-05-2021 è rimasto invariato.

I principali effetti collaterali registrati sono stati con lo schema Peg IFN + Ribavirina e sono: – calo ponderale, – anemia, – deflessione del tono dell'umore, ma che non ha necessitato di terapia antidepressiva; – comparsa di psoriasi; – leucopenia importante che ha richiesto l'utilizzo dei fattori di crescita. Nessuno effetto collaterale si è registrato con lo schema DDA.

Durante tutto il periodo di terapia antivirale gli utenti hanno effettuato i controlli clinici e tossicologici per la ricerca dei metaboliti urinari di oppio, cocaina, benzodiazepine, THC, amfetamine. Dei 24 utenti che avevano accettato la terapia antivirale 4 (16,7%) presentavano attività di malattia di dipendenza che è proseguita durante l'intero ciclo.

Risultati

L'attività della malattia della dipendenza non ha rappresentato un fattore di non aderenza al trattamento, avendo avuto una sola sospensione volontaria, né di non inclusione al trattamento stesso; il numero di utenti a cui è stata diagnosticata una positività

Ab-HCV è stato di 52 (25,3%), di cui 7 affetti da dipendenza alcolica, due ex drug abuser e 45 affetti da dipendenza da sostanze stupefacenti; dei 52 positivi Ab-HCV, hanno effettuato l'HCV-RNA quantitativo 34 (65,4%), di cui 2 (5,9%) sono risultati negativi, espressione questa di una clearance spontanea; quelli risultati positivi all'HCV-RNA erano tutti dipendenti da sostanze stupefacenti con uso attivo o pregresso per via iniettiva, anche i due alcolisti positivi erano entrambi ex drug abuser; di coloro (32) a cui è stata fatta una diagnosi di attività di malattia anche attraverso Ecografia-fibroscan/biopsia epatica (quest'ultima molto limitata, in solo 2 pazienti), 25 hanno presentato una epatopatia cronica e 7 una epatopatia evoluta; il genotipo HCV era per 24 utenti G3; 8 utenti G1A.

Tra gli utenti sottoposti a trattamento antivirale HCV: 9 erano in trattamento con farmaco Metadone; 5 con farmaco Buprenorfina/naloxone; 2 con farmaco Alcover; 8 non avevano alcuna terapia. 24 utenti naive hanno poi accettato il trattamento antivirale. I cicli di terapia effettuati per il trattamento dell'epatopatia HCV sono stati: 15 Peg-Interferone + Ribavirina; 12 DDA (9 naive e 3 ritrattamenti di cui 2 avevano fatto la terapia Peg-IFN e Riba, ed un Relapser a precedente ciclo DDA); la % di SVR-12 tra coloro che hanno completato il ciclo è stata del 100%. Gli effetti collaterali registrati non sono risultati tali da determinare l'interruzione del trattamento antivirale, eccetto per un paziente in cui è emersa una psoriasi e, comunque, quelli registrati sono legati alla terapia con interferone e ribavirina, mentre nessuno effetto collaterale è stato segnalato con il ciclo DAA. Rispetto alla patologia della dipendenza il 16,7% presentavano attività di malattia con positività alle sostanze stupefacenti, ma ciò non ha costituito né motivo di esclusione né d'interruzione della terapia antivirale. Il follow-up al 31 maggio 2021, post SVR-12, è stato caratterizzato da nessuna recidiva né reinfezione. Il trattenimento in servizio rappresenta un elemento di cura della patologia della dipendenza ma anche una opportunità per il completamento diagnostico e terapeutico delle patologie correlate alla dipendenza, infatti il 72,3% di coloro che non hanno fatto il prelievo HCV-RNA aveva interrotto il trattamento per la cura della dipendenza.

Discussione

La presa in carico nei Ser.D. della persona deve avere non solo come obiettivo primario la diagnosi e cura della dipendenza ma anche la diagnosi e cura delle patologie correlate alla dipendenza, tra cui l'infezione da HCV. L'eradicazione dell'infezione da HCV negli utenti che afferiscono ai Ser.D. dovrebbe essere incoraggiata non solo per la cura di tali pazienti ma anche per la salute globale, rappresentando oggi tali utenti il principale serbatoio di infezione nei paesi industrializzati. Senza un interven-

to diretto su tali utenti sarà difficile raggiungere nel 2030 l'obiettivo di eradicazione dell'infezione da HCV nel mondo, come prefissato dall'OMS. Ma se pure sono da considerare meritevoli gli sforzi di testare il più possibile tali utenti, il testare soltanto non è sufficiente se a questo non seguirà un trattamento antivirale. L'esperienza diretta ed i dati della letteratura scientifica hanno ormai evidenziato che l'uso di droghe per via parenterale, la condivisione di aghi e siringhe (9-11), la durata del consumo di droghe > 5 anni, il trattamento con farmaci agonisti oppiacei (9), l'avere un partner sessuale HCV positivo (10), sono i fattori che favoriscono l'acquisizione dell'infezione da HCV in tale popolazione. Rispetto ai motivi di non trattamento, si è sempre sostenuto "a priori" che i soggetti affetti da dipendenza presentassero una scarsa aderenza ai trattamenti. Una importante meta-analisi (21) ci dice che le discontinuazioni e le risposte alla terapia sono simili nei pazienti tossicodipendenti in terapia sostitutiva, nei tossicodipendenti e in controlli senza storia di tossicodipendenza. Ma più di non aderenza sarebbe opportuno parlare di non inizio di trattamento antivirale, perché le strategie per poter superare l'eventuale non aderenza sono state indagate, come quella di somministrare al servizio i farmaci. Per ultimo, ma non ultimo d'importanza, è la mancanza di accordo tra i medici sulle barriere all'assistenza sanitaria. Per quel che riguarda gli ostacoli all'erogazione di servizi Ser.D. specifici, le ragioni principali per il trattamento di < 50% dei pazienti sono stati identificati nella carenza di personale medico e infermieristico, nelle questioni tecniche, nelle questioni economiche e logistiche (22). Una strada possibile per aumentare l'accesso alle cure per i dipendenti sarebbe quella di aprire la strada al decentramento di trattamento (ambiente extra-ospedaliero) (23). Del resto le case circondariali hanno degli specialisti spesso infettivologi e/o gastroenterologi che già sono accreditati per la prescrizione dei DAA, e tale modalità potrebbe essere estesa anche all'interno dei Ser.D. Questa seppur limitata (per casi) esperienza di collaborazione, nata dalla volontà di "testare per trattare", ha nuovamente confermato da una parte che l'integrazione con i centri di Infettivologia di riferimento è importante, ma dall'altro che il Ser.D. deve essere il luogo preferenziale dove attuare oltre lo screening virologico ma anche l'osservazione diretta dei pazienti durante il trattamento antivirale, avendo come unico criterio d'inclusione la volontà da parte degli utenti ad essere trattati, indipendentemente dalla gravità della loro dipendenza.

Bibliografia

- (1) World Health Organization (20189). Hepatitis C in the WHO European Region. Fact sheet - July.
- (2) Eurostat. EU hepatitis death rate stable (2018). Accessed at: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/EDN-20180728-1?inheritRedirect=true&redirect=%2Fnews%2Fwhats-new>.
- (3) World Health Organization (2017a). Global hepatitis report, 2017. Accessed at: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c.
- (4) World Health Organization (2016). Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021. Towards ending viral hepatitis. World Health Organization, 2016. Guidelines for the screening, care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection. Update version April 2016. Guidelines. Accessed.
- (5) Grebely J., Jacobson I.M., Kayali Z., Verna E.C., Shiffman M.L., Hyland R.H., Stamm L.M., Huang K.C., Brainard D.M., McHutchison J.C., Pol S., Chung R.T., Bernstein D.E., Dore G. (2017). SOF/VEL/VOX for 8 or 12 weeks is well tolerated and results in high SVR 12 rates in patients receiving opioid substitution therapy. *J Hepatol*, 66: S513-S514. DOI: 10.1016/s0168-8278(17)31429-0.
- (6) Gardini I., Bartoli M., Conforti M., Mennini F.S., Marcellusi A., Lanati E. (2016). HCV-estimation of the number of diagnosed patients eligible to the new anti-HCV therapies in Italy. *Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci.*, 20 (1 Suppl.): 7-10. DOI: 10.1016/j.jval.2016.09.948.
- (7) Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia; anno 2019 (dati 2018).
- (8) Poti E., Fiore V., Ialungo A.M., Ranieri R., Mollaretti O., Barbarini G., Marri D., Prestileo T., Dell'Isola S., Rastrelli E., Leo G., Starmini G., Babudieri S., Madeddu G., Gruppo Infettivologi Penitenziari (2018). Treatment with direct-acting antivirals in a multicenter cohort of HCV-infected inmates in Italy. *Int J Drug Policy*, Sep, 59: 50-53. DOI: 10.1016/j.drugpo.2018.06.017.
- (9) Zhou B., Feng Cai G., Kun Lv H., Fei Xu S., Ting Wang Z., Gang Jiang Z., Gao Hu C., Di Chen Y. (2019). Factors Correlating to the Development of Hepatitis C Virus Infection among Drug Users – Findings from a Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*, Jul, 16(13): 2345. DOI: 10.3390/ijerph16132345.
- (10) Spada E., Rezza G., Garbuglia A.R. and The Collaborative Study Group (2018). Incidence and Risk Factors for Hepatitis C Virus Infection among Illicit Drug Users in Italy. *J Urban Health*, Feb, 95(1): 99-110. DOI: 10.1007/s11524-017-0207-5.
- (11) Stroffolini T., D'Egidio P.F. et al. (2012). Hepatitis C virus infection among drug addicts in Italy. *J Med Virol*, Oct, 84(10): 1608-12.
- (12) Grebely J., Dore G.J., Morin S., Rockstroh J.K., Klein M.B. (2017). Elimination of HCV as a public health concern among people who inject drugs by 2030 – What will it take to get there? *Int AIDS Soc.*, 20(1): 22146. DOI: 10.7448/ias.20.1.22146.
- (13) Akiyama M.J., Norton B.L., Arnsten J.H., Agyemang L., Heo M., Litwin A.H. (2019). Intensive Models of Hepatitis C Care for People Who Inject Drugs Receiving Opioid Agonist Therapy: A Randomized Controlled Trial. *Ann Intern Med*, May 7, 170(9): 594-603. DOI: 10.7326/m18-1715.
- (14) Grebely J., Dore G.J., Zeuzem S., Aspinall R.J., Fox R., Han L., McNally J., Osinusi A., Brainard D.M., Subramanian G.M., Natha M., Foster G.R., Mangia A., Sulkowski M., Feld J.J. (2016). Efficacy and Safety of Sofosbuvir/Velpatasvir in Patients With Chronic Hepatitis C Virus Infection Receiving Opioid Substitution Therapy: Analysis of Phase 3 ASTRAL Trials. *Clin Infect Dis.*, Dec 1, 63(11): 1479-1481. DOI: 10.1093/cid/ciw579.
- (15) Dimova R.B., Zeremski M., Jacobson I.M., Hagan H., Des Jarlais D.C., Talal A.H. (2013). Determinants of hepatitis C virus treatment completion and efficacy in drug users assessed by meta-analysis. *Clin Infect Dis*; 56: 806-16. DOI: 10.1093/cid/cis1007.
- (16) Simmons B., Saleem J., Hill A., Riley R.D., Cooke G.S. (2016). Risk of late relapse or reinfection with hepatitis C virus after achieving a sustained virological response: a systematic review and meta-analysis. *Clin Infect Dis*; 62: 683-94. DOI: 10.1093/cid/civ948.
- (17) Lalezari J., Sullivan J.G., Varunok P., Galen E., Kowdley K.V., Rustgi V., Aguilar H., Felizarta F., McGovern B., King M., Polepally A.R., Cohen D.E. (2015). Ombitasvir/paritaprevir



Creating **P O S S I B L E**

Di fronte all'impossibile vediamo un nuovo orizzonte da raggiungere.

Da oltre 30 anni creiamo nuove possibilità insieme a ricercatori, medici, associazioni e istituzioni.

Un approccio innovativo alle terapie oncologiche, una nuova via per trattare l'HIV, una cura per l'epatite C, una terapia per COVID-19. Sono le scoperte, prima ritenute impossibili, che hanno reso migliore la vita di milioni di persone.

Con determinazione, coraggio e dedizione abbiamo creato ciò che adesso è possibile.

E lo faremo ancora, a qualunque costo, indipendentemente dalla posta in gioco, indipendentemente da chi dice che non possiamo farlo.

Sfidiamo l'impossibile per renderlo possibile.

- and dasabuvir plus ribavirin in HCV genotype 1-infected patients on methadone or buprenorphine. *Hepatology*, 63: 364. DOI: 10.1016/j.jhep.2015.03.029.
- (18) Dore G.J., Altice F., Litwin A.H., Dalgard O., Gane E.J., Shibolet O., Luetkemeyer A., Nahass R., Peng C.-Y., Conway B., Grebely J., Howe A.Y.M., Gendrano I.N., Chen E., Huang H.-C., Dutko F.J., Nickle D.C., Nguyen B.-Y., Wahl J., Barr E., Robertson M.-N., Platt H.L., on behalf of the C-EDGE CO-STAR Study Group (2016). Elbasvir/grazoprevir to treat HCV infection in persons receiving opioid agonist therapy: a randomized controlled trial (C-EDGE Co-STAR). *Ann Intern Med*, 165: 625-634. DOI: 10.7326/m16-0816.
- (19) Grebely J., Robaey G., Bruggmann P., Aghemo A., Backmund M., Bruneau J., Byrne J., Dalgard O., Feld J.J., Hellard M., Hickman M., Kautz A., Litwin A., Lloyd A.R., Mauss S., Prins M., Swan T., Schaefer M., Taylor L.E., Dore G.J. (2015). Recommendations for the management of hepatitis C virus infection among people who inject drugs. *Int J Drug Policy*, 26: 1028-38. DOI: 10.1016/j.drugpo.2015.07.005.
- (20) Koustenis K.R. (2020). Direct-acting antiviral treatment for chronic hepatitis C in people who use drugs in a real-world setting. *Ann Gastroenterol.*, Mar-Apr, 33(2): 195-201. DOI: 10.20524/aog.2020.0449.
- (21) Graf G., Mücke M.M., Dultz G., Peiffer K.-H., Kubesch A., Ingiliz P., Zeuzem S., Herrmann E., Vermehren J. (2019). Efficacy of Direct-acting Antivirals for Chronic Hepatitis C Virus Infection in People Who Inject Drugs or Receive Opioid Substitution Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Infect Dis*. DOI: 10.1093/cid/ciz696.
- (22) Molinaro S., Resce G., Alberti A., Andreoni M., D'Egidio P.F., Leonardi C., Nava F.A., Pasqualetti P., Villa S. (2019). Barriers to effective management of hepatitis C virus in people who inject drugs: Evidence from outpatient clinics. *Drug Alcohol Rev Actions*, Sep, 38(6): 644-655. DOI: 10.1111/dar.12978.
- (23) Teti E. (2020). Hepatitis C management and treatment among people who inject drugs in Italy: An exploratory pilot survey. *Mission*, 54.

NOTIZIE IN BREVE

Finalmente si è celebrata la VI Conferenza nazionale sulle politiche sulle droghe

Dopo quasi 13 anni dalla precedente edizione a Trieste, la Conferenza “triennale” si è celebrata a Genova, nella prestigiosa sede di Palazzo Ducale, il 27 e 28 novembre. Parterre notevole, con una decina di ministri e tutte le autorità civili, militari, religiose. Circa 400 gli invitati. L'intervento del nostro presidente *Guido Faillace* è stato puntuale e chiaro, e ha proposto in modo motivato i punti fondamentali che da tempo ripetiamo come FeDerSerD e sono oggetto anche dell'editoriale di questo numero della rivista. Al termine dei lavori nella sintesi per la politica vediamo affermata come “alto consenso a alta fattibilità”, senza altri approfondimenti necessari, la proposta del modello del Dipartimento autonomo delle Dipendenze.

Tutti i punti che ci interessavano sono stati affrontati ed alcuni con decisione positiva. Anche la disciplina e specializzazione in “clinica delle dipendenze” alla fine trova collocazione nelle proposte operative. Con i colleghi indicati da FeDerSerD presenti valutiamo complessivamente la Conferenza positiva per i risultati raggiunti, dalle azioni di lotta allo stigma alla riconosciuta necessità di finanziamenti e personale, e per aver avviato un percorso di aggiornamento legislativo virtuoso.

(A.L.)



ALCOVER®

sodio oxibato

175 mg/ml soluzione orale • flacone 140 ml corredato di misurino dosatore • 12 flaconi 10 ml



CLASSE H: Specialità con impiego limitato nell'ambito degli ospedali e di strutture assimilate. Dispensabile in farmacia non in regime di SSN - RNRL
1 flacone 140 ml: €33,60 • 12 flaconi 10ml: €32,39



aderente a:



Sede legale: Via Giotto 3, 20144 Milano

Consiglio Direttivo Nazionale

Guido Faillace (presidente)
Roberta Balestra (vicepresidente)
Concettina Varango (segretario esecutivo)
Giancarlo Ardisson, Vincenza Ariano, Giulia Audino,
Stefano Burattini, Liborio Cammarata,
Rosalba Cicalò, Alessandro Coacci (p.president),
Edoardo Cozzolino, Pietro Fausto D'Egidio (p.president),
Francesco De Matteis, Donato Donnoli,
Maurizio D'Orsi, Mara Gilioni, Maria Luisa Grech,
Vincenzo Lamartora, Alfio Lucchini (p.president),
Antonella Manfredi, Nicola Marrollo,
Bettina Meraner, Felice Nava, Giorgio Pannelli,
Daniele Pini, Marco Riglietta, Francesco Sanavio,
Giorgio Serio, Margherita Taddeo, Paola Trotta,
Elisabetta Villa

Comitato Scientifico Nazionale

Felice Nava (direttore)
Marco Riglietta e Giulia Audino (vicedirettori)
Marianna Balestrieri, Antonella Bianco,
Piera Calamia, Edoardo Cozzolino, Vincenzo Caretti,
Matteo Giordano, Fernanda Magnelli, Lidia Ribilotta,
Giovanni Pistone

RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Il versamento della quota associativa, pari a € 50,00 per i laureati e a € 30,00 per i non laureati, si può effettuare tramite:

- ☐ versamento sul Conto Corrente Bancario n. 000003417x16 intestato a **FeDerSerD** presso la **Banca Popolare di Sondrio - Agenzia di Carimate - CIN D ABI 05696 CAB 51090**
- ☐ versamento diretto ai referenti regionali con rilascio di ricevuta

L'accoglimento dell'istanza di iscrizione a FeDerSerD in qualità di Socio Ordinario avverrà nella prima riunione in calendario del Consiglio Direttivo e ne verrà data comunicazione e conferma con il rilascio e l'invio della Tessera Annuale.

ANNO 2022 - RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Da trasmettere per posta a Expo Point - via Matteotti, 3 - Mariano Comense (Co)
o tramite fax al numero 031/751525 o per e-mail federserd@expopoint.it

COGNOME _____ NOME _____
NATO A _____ IL _____
INDIRIZZO (personale) _____
CITTÀ _____ PROVINCIA _____ CAP _____
TEL. _____ FAX _____ CELL. _____
E-MAIL (per invio news e comunicazioni) _____
TITOLO DI STUDIO _____
DATA CONSEGUIMENTO TITOLO DI STUDIO _____
SPECIALIZZAZIONE _____
POSIZIONE PROFESSIONALE ATTUALE _____
INDIRIZZO (lavorativo) _____
TEL. _____ FAX _____ CELL. _____ E-MAIL _____
PUBBLICAZIONI / ESPERIENZE CURRICOLARI DA SEGNALARE / PROGETTI SCIENTIFICI
IN CORSO / AREE DI INTERESSE SCIENTIFICO / INTERESSI CULTURALI _____

Chiedo

- ☐ Di essere iscritto in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2022
 - ☐ Di rinnovare l'iscrizione in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2022
- a FeDerSerD - Federazione degli Operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze

_____ li ____ / ____ / ____ Firma _____
Si autorizzano FeDerSerD e la Segreteria Expopoint al trattamento dei dati inclusi nella presente scheda

Versamento quota associativa di ☐ € 50,00 (laureati) ☐ € 30,00 (non laureati)
(allegare copia bonifico bancario o ricevuta versamento)

Visto il Segretario Esecutivo Nazionale _____
Visto per approvazione: Il Presidente _____