

FeDerSerD

informa

n 26

ottobre 2015

FeDerSerD

PRESENTAZIONE
LAVORI PERVENUTI

CONVEGNO TEMATICO NAZIONALE

DIVERSIONE E MISUSO

**Firenze
15-16 ottobre 2015**

PALAFFARI - FirenzeFiera

indice

Poster e comunicazioni brevi

1. **LA DIVERSIONE E IL MISUSO NELL UTILIZZO DEI FARMACI AGONISTI**
Le tecniche di accertamento della effettiva assunzione nel Ser.T di Catanzaro
Audino M. Giulia, Audino Maria G., Merenda Loredana, Castagna Valeria, Nistic Michelangelo, Nistic Eugenio, Farag Paola, Loiarro Salvatore, Battaglia Rosalba, Viscomi Gregorio, Lomanno Giovanni, Stanisci Simona
2. **ABUSO E DIVERSIONE DI ALTE DOSI DI LORMETAZEPAM E ZOLPIDEM**
Un caso clinico complesso
Ester Messina, Filippo Boschello, Rebecca Casari, Marco Faccini, Chiara Resentera, Laura Morbioli, Fabio Lugoboni
3. **MISUSO DI PAIN KILLER:**
INDAGINE SU UNA POPOLAZIONE AFFERENTE AD UN SOCIAL FORUM
Laura Calviani, Gioacchino Scelfo, Roberto Baronti, Stefano Alemanno,
4. **MISUSO E DIVERSIONE NELLA DIPENDENZA DA EROINA:**
IMPORTANZA DELLA RELAZIONE TERAPEUTICA E DELLA PRESA IN CARICO MULTIPLA
Irmo Carraro
5. **ABUSO, MISUSO, DIVERSIONE: QUANDO LE PAROLE SONO PIETRE**
Anna Franceschini, Eleonora Pilon
6. **IL MISUSO E LA DIVERSIONE: UN INDAGINE CONDOTTA IN COMUNITA' TERAPEUTICA**
Franchi Manuela, Marallo Evelina, Sedici Sara, Tognelli Alessandra, Scarpati Michela, Pratesi Telesio Francesco
7. **IL MISUSO NEI PAZIENTI IN TERAPIA SOSTITUTIVA OPIOIDE PRESSO 27 SER.D ITALIANI:**
QUAL E' LA SOSTANZA PIU' PERICOLOSA?
Laura Morbioli, Lorenzo Zamboni, Valentina Peroni, Fabio Lugoboni e GICS
8. **IL MISUSO: LA verita', DELLE COMUNITA' TERAPEUTICHE**
Chiara Resentera, Lorenzo Zamboni, Valentina Peroni, Riccardo Sollini, Michele Rocelli, Umberto Pignoletti, Giovanna Grillo, Fabio Lugoboni
9. **ADHD DELL ADULTO E MISUSO: UN CONFRONTO TRA 2 RICERCHE. LA DIREZIONE DA SEGUIRE?**
Laura Morbioli, Lorenzo Zamboni, Valentina Peroni, Fabio Lugoboni e GICS
10. **MISUSO NEI SER.T: OSSERVAZIONE DEL FENOMENO E POSSIBILE IMPATTO DEI SERVIZI SULLLE DIPENDENZE**
Lo studio M.IN.O.S.SE., una lanterna nell oscuro universo del misuso
Lorenzo Zamboni, Laura Morbioli, Valentina Peroni, Fabio Lugoboni e GICS

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

Supplemento al N. 44
anno XII - sett. 2015
Propriet : FeDerSerD
Sede legale
Via Giotto 3,
20144 Milano

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

Direttore scientifico
Alfio Lucchini

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

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

Direttore responsabile
Stefano Angeli

Copyright by
FrancoAngeli s.r.l.
Milano

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

Edizione fuori commercio

1

LA DIVERSIONE E IL MISUSO NELL'UTILIZZO DEI FARMACI AGONISTI

Le tecniche di accertamento della effettiva assunzione nel Ser.T di Catanzaro

Dr.ssa Audino M. Giulia*, Dr.ssa Audino Maria G.*, Dr.ssa Merenda Loredana*, Dott.ssa Castagna Valeria**, Dott. Nisticò Michelangelo**, Dott. Nisticò Eugenio***, Dott.ssa Faragò Paola****, Sig. Loiarro Salvatore°, Sig.ra Battaglia Rosalba°°, Sig. Viscomi Gregorio°°, Sig. Lomanno Giovanni°°, Sig.ra Stanisci Simona°°
 *Medico ** Psicologo ***Sociologo ****Assistente Sociale °Educatore Prof.le °°Infermiere Prof.le



I farmaci che vengono usati nella clinica delle dipendenze devono essere somministrati a dosi appropriate e secondo le esatte indicazioni d'uso, è ben noto come ogni farmaco può presentare alle dosi utilizzate per profilassi diagnosi o terapia degli effetti collaterali e delle reazioni avverse. Gli effetti di un farmaco sull'organismo sono correlati al suo meccanismo d'azione alle sue modalità di assorbimento distribuzione ed eliminazione (Nies 2002).

Il destino di un farmaco e la sua capacità di indurre un'azione è influenzata da molteplici fattori intrinseci alla molecola e all'organismo. I fattori principali che determinano il destino di un farmaco nell'organismo, sono la farmacocinetica (che descrive come una sostanza si distribuisce nell'essere vivente) e la farmacodinamica che spiega le interazioni tra farmaco a livello fisiologico e biochimico.



Per esempio, l'aver assunto 60 mg di metadone non significa averne assorbito il 100%, variazioni individuali o la somministrazione concomitante di altre sostanze possono variare anche di molto le concentrazioni ematiche di una molecola assunta per via orale.

Nell'organismo i farmaci agiscono in modo differente alcuni interagiscono con specifici recettori, altri con

determinate pathways metaboliche, altri esplicano la loro azione con modalità non specifiche. I fattori che influenzano la cinetica di un farmaco o di una sostanza d'abuso a livello dei rispettivi siti d'azione rivestono una notevole importanza clinica (Wilkinson, 2002). Questi fattori sono:

- la via di somministrazione
- l'assorbimento e la biodisponibilità
- la distribuzione nell'organismo
- le vie metaboliche e di eliminazione
- l'influenza di malattie, di fattori genetici, del cibo e di altri farmaci assunti.

La via di somministrazione per i farmaci di prima scelta delle dipendenze patologiche è quella orale, pertanto, per valutarne l'efficacia terapeutica, conoscendo la complessa problematica dei pazienti dipendenti non bisogna limitarsi alla sola distribuzione ma accertarsi dell'avvenuta assunzione.

La psicopatologia nelle tossicodipendenze è estremamente complessa, pertanto, la valutazione clinica del tossicodipendente rappresenta un elemento indispensabile per pianificare qualsiasi intervento terapeutico. Medici e psicologi devono saper diagnosticare un eventuale disturbo correlato all'uso di sostanze.

In questa Unità Operativa gli operatori front-line, di concerto con le Equipie di ciascun paziente, pur offrendo un Programma Terapeutico Individualizzato; un progetto multiprofessionale finalizzato al raggiungimento di uno o più obiettivi concordati con il paziente secondo i seguenti elementi essenziali:

- una diagnosi;
- una prognosi;
- la definizione degli obiettivi condivisi;
- la scelta di un trattamento (farmacologico integrato);
- una valutazione periodica e finale del raggiungimento degli obiettivi

A fronte del cospicuo numero degli utenti che presso l'ambulatorio interno giornalmente assumono terapia farmacologica sostitutiva, non riuscivano, nonostante tutto, in alcune occasioni, a raggiungere gli obiettivi previsti dal Progetto Terapeutico personalizzato, per cui si è reso necessario valutare le aree di criticità che impedivano tali scopi.

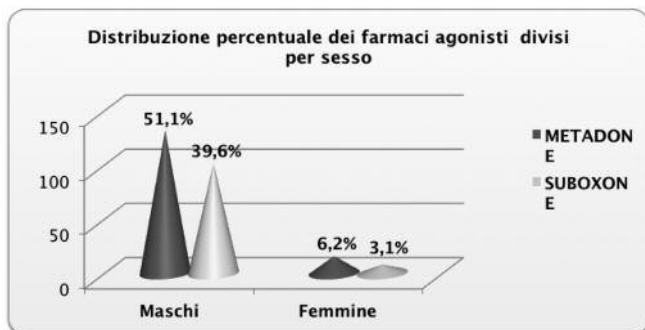
Considerando sempre i pazienti e i loro bisogni sanitari, psicologici e sociali, dopo averli formati ed informati contestualmente ai familiari sul corretto utilizzo della terapia attraverso una breve formazione e dopo aver dialogato con loro anche informalmente procedendo, anche, alla firma del consenso informato - avendo rilevato che l'assunzione della terapia, in alcuni casi, non rispettava le prescrizioni stabilite, dopo un approfondito brainstorming tra i professionisti coinvolti, al fine di offrire un servizio sempre più efficiente ed efficace si è deciso per un monitoraggio più attento ai momenti di assunzione dei farmaci.

Nel periodo di osservazione su 1° aprile / 30 giugno 2015 è stato strutturato un modello procedurale che tenesse conto delle variabili soggettive dei pazienti e della struttura molecolare dei diversi farmaci agonisti e con somministrazione controllata (attesa di almeno 2 minuti, controllo della reale assunzione - e in alcune occasioni, per il suboxone, si procede alla polverizzazione delle pastiglie con un tritacompresso).

Bacino d'utenza nel trimestre considerato (eroinomani con somministrazioni di metadone cloridrato sciroppo o suboxone compresse):

Maschi	Femmine	Totale
234	24	258

Trimestre Aprile/Giugno 2015



Utenti consumatori di eroina ANNO 2014	387
--	-----



Nell'ambulatorio, fruibile tutti i giorni dal lunedì al venerdì, luogo a rischio per la promiscuità tra varie singolarità, al fine di meglio controllare eventuali diversioni e misusi dei

farmaci, le somministrazioni e gli affidi sono state impostate secondo i seguenti criteri:

I fascia

- 8,15 – 9,00 utenza con esigenze lavorative
- 9,00 – 9,40 spazio riservato agli utenti ospiti in C.T. residenziali del territorio
- 9,45 – 13,15 utenza in genere anche pendolare
- 13,15 – 14,00 utenti e familiari con problemi specifici (lavoro, ecc...)

II fascia (solo di lunedì e mercoledì)

- 15,15 – 18,15 somministrazioni e affidi per singoli e famiglie

Sempre al fine di assicurare il corretto svolgimento delle attività quotidiane l'U.O.C. dispone all'ingresso della struttura, anche, di un servizio di vigilanza con guardia giurata che controlla ed evita eccessi, pressioni e prepotenze da parte di soggetti particolarmente reattivi.



E bene sottolineare che il personale sanitario preposto alla somministrazione farmacologica - essendo stato adeguatamente formato - non si

limita alla mera distribuzione della terapia, ma nell'ottica della centralità del paziente mira all'umanizzazione della cura stabilendo il più delle volte un rapporto empatico con i pazienti.

Nel periodo di osservazione clinica N. 1 utente di sesso maschile è stato segnalato il 10 aprile u.s. al Responsabile della Farmacovigilanza dell'ASP di Catanzaro attraverso la Scheda Unica di sospetta reazione avversa (descrizione: flebite a seguito di somministrazione endovena di metadone).

Le immagini si riferiscono, invece, ad un caso extraterritoriale che si è presentato presso questa U.O.C. nel periodo indicato.



Durante questa sperimentazione il controllo dei prelievi urinari è stato maggiormente attenzionato, al fine di verificare eventuali discrepanze tra il trattamento e il risultato del test diagnostico.

Tra l'altro, da qualche tempo le operazioni di procedura di sorveglianza del prelievo urinario avvengono attraverso telecamera situata all'interno del bagno utenti, questi ultimi sono stati preventivamente informati dell'attivazione di questo sistema di controllo remoto.

Durante questo periodo di osservazione si è avuto anche modo di rilevare che due tra i pazienti in carico - un uomo e una donna - si cimentavano in strane manovre: il primo facendo finta di ingurgitare il farmaco (metadone cloridrato sciroppo) lo versava in un suo contenitore - per poi probabilmente rivenderlo, la seconda (suboxone compresse) non le assumeva, le occultava per portarle all'esterno evidentemente con lo stesso scopo.

Il percorso intrapreso da questa U.O.C. mette in luce come l'attenzione da parte degli operatori front-line, la centralità del paziente e l'umanizzazione delle cure permettano di fornire strategie di prevenzione che verosimilmente interagiscono con la Sanità pubblica e consentono di controllare la diversione e il misuso del



farmaco contenendo anche le false convinzioni (es.: modifica dell'uso della somministrazione) e/o i comportamenti devianti tesi alla ricerca di un facile reddito attraverso la mercificazione dei farmaci sottratti.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association
Disturbi correlati a sostanze e disturbi di addiction
Raffaello Cortina Editore - 2014

Salvatore Giancane
Eroina – La malattia da oppioidi nell'era digitale
Edizioni Gruppo Abele – 2014

Strain. E, Stitzer L.L., Leisbon I.A.
Comparison of buprenorphine and methadone in treatment
of opioid dependence
Am. J. Psychiatry – 1994

Adams A.C., Keefe K.A.
Buprenorphine potentiates L-Dopa-induced contralateral rotation
in 6-Hydroxydopamine-treated rats
Neurosci Lett. – 1999

Felice Nava
Manuale di neurobiologia e clinica delle dipendenze
Franco Angeli Editore – 2004 Ristampa

Si ringraziano per la collaborazione i Sigg.ri: Salvatore
Taverniti e Santo Scozzafava - Operatori Amministrativi -
Ser.T. Catanzaro

ABUSO E DIVERSIONE DI ALTE DOSI DI LORMETAZEPAM E ZOLPIDEM Un caso clinico complesso

**Ester Messina¹, Filippo Boschello¹, Rebecca Casari²,
Marco Faccini², Chiara Resentera², Laura Morbioli²,
Fabio Lugoboni²**

¹Clinica Psichiatrica dell'Università di Verona

²Unità di Degenza di Medicina delle Dipendenze,
Policlinico di Verona

Ester Messina e Filippo Boschello vanno equamente con-
siderati come primi autori del presente lavoro.

Ester Messina 27 anni medico specializzando Scuola
Psichiatria Università di Verona

Filippo Boschello 35 anni medico specializzando Scuola
Psichiatria Università di Verona

Le benzodiazepine sono i farmaci psicotropi più prescritti nel mondo e il loro abuso risulta particolarmente frequente nei soggetti con dipendenza da oppioidi.

La descrizione di un caso di abuso di lormetazepam per via endovena e zolpidem per os in un paziente in terapia sostitutiva con metadone, detossificato mediante infusione sottocutanea continua di flumazenil, ci fornisce uno spunto di riflessione in merito a: diversione nella via di somministrazione delle benzodiazepine e loro assunzione a dosaggi sovrat terapeutici; abuso di benzodiazepine in pazienti in terapia metadonica, con particolare riferimento all'importanza della ottimizzazione della terapia agonista oppioide sostitutiva come condizione preliminare alla detossificazione da benzodiazepine.

Introduzione

Le benzodiazepine (BZD) sono i farmaci psicotropi più prescritti al mondo e questo solleva un problema di salute pubblica considerato che, se da un lato sono molecole con un riconosciuto effetto terapeutico e una scarsa tossicità acuta, dall'altro hanno un potenziale addittivo documentato sin dagli anni immediatamente successivi all'introduzione del clordiazepossido (Fatseas M et al, 2006). L'abuso di BZD è particolarmente comune nei soggetti con dipendenza da oppioidi, sia nei soggetti che abusano di eroina sia in quelli in trattamento sostitutivo con metadone. Non esistono a oggi studi di notevoli dimensioni e con lungo *follow-up* per valutare l'entità del fenomeno, tuttavia un recente *survey* su 194 soggetti dipendenti da oppioidi, inclusi in un programma di trattamento sostitutivo con metadone negli USA, ha evidenziato che la prevalenza *lifetime* di uso e abuso di BZD in pazienti in terapia metadonica di mantenimento era pari al 47% (con il 39.8% dei soggetti che dichiara-

vano di utilizzare benzodiazepine senza una prescrizione medica) (Chen KW et al, 2011). Con specifico riferimento all'abuso di BZD, in uno studio prospettico, con *follow-up* a un anno, condotto in Israele in soggetti in trattamento metadonico di mantenimento, la prevalenza *lifetime* di abuso risultava pari al 66.3%, mentre la prevalenza puntuale era pari al 50.8% (Gelkopf M et al, 1999). Il co-abuso negli eroinomani attivi avviene per la ricerca di un effetto euforizzante maggiore, mentre negli individui in terapia sostitutiva per oppioidi (metadone o buprenorfina) il consumo additivo di BZD avviene allo scopo di ottenere l'effetto farmacologico descritto come "heroine-like" (Jones JD et al, 2012). Non ci sono noti, invece, studi che abbiano investigato l'eventuale co-abuso di oppioidi e zolpidem, nonostante le somiglianze di quest'ultimo con le BZD, sia da un punto di vista farmacologico, che per quello che concerne gli effetti comportamentali di abuso e dipendenza (Victorri-Vigneau C et al, 2007). Descriveremo di seguito un caso di abuso e dipendenza di lormetazepam (LZM) per via endovenosa e zolpidem per os in un paziente in terapia agonista oppioide con metadone, ricoverato per detossificazione, mediante infusione sottocutanea di flumazenil e stabilizzato con valproato.

Caso clinico

ZK è un maschio caucasico di 37 anni, separato, con diploma professionale di operatore socio-sanitario, disoccupato al momento del ricovero. Vive temporaneamente con la madre.

In anamnesi si segnalano: tossicodipendenza da eroina per via parenterale iniziata all'età di 20 anni, in trattamento metadonico sostitutivo presso SERT, da due anni. Nel corso degli anni ha effettuato vari inserimenti presso comunità terapeutiche con esito parzialmente positivo ma è costantemente ricaduto nell'abuso di eroina per via parenterale, con sporadico abuso di cocaina per via inalatoria, mentre l'anamnesi per abuso alcolico era negativa. Diagnosi di Disturbo Borderline di personalità; epatopatia HCV positiva. Da segnalare numerose crisi epilettiche di verosimile origine astinenziale da BZD. Riferisce iniziale consumo sporadico di LMZ gtt per os dall'età di 19 anni, in concomitanza all'abuso di eroina e cocaina, per potenziare l'effetto oppioide e per contenere le crisi ansiose correlate al consumo di cocaina. Il consumo quotidiano del LMZ gtt ha inizio due anni prima della nostra osservazione e avviene dapprima per os, con rapido aumento del dosaggio, e successivamente per via endovenosa, fino al dosaggio di 20 ml (un flacone) die (pari a 200 mg diazepam-like) in tre somministrazioni nel corso della giornata. L'abuso di LMZ viene motivato dal paziente con una iniziale finalità automedicativa per controllare la sintomatologia ansiosa e le difficoltà nel sonno, sperimentando tuttavia un peggioramento dell'umore, con irritabilità e vissuti depressivi associati a crescenti problemi di ansia e di insonnia. Comincia quindi ad assumere zolpidem 10 mg cpr, arrivando rapidamente a un dosaggio quotidiano sovraterapeutico di 30 cpr die, distribuite nel corso della giornata con la maggior parte assunta la sera. Il paziente riferisce di procurarsi le sostanze di abuso nel mercato illecito

delle sostanze e non in farmacia o tramite ricetta medica, con notevole dispendio economico.

Per controllare l'irritabilità, le notevoli quote ansiose e le difficoltà legate all'insonnia che aumentano nel corso del tempo, su indicazione del medico curante del SERT, viene ottimizzata l'assunzione della quetiapina fino a 900 mg die (dosaggio sovraterapeutico) con scarso beneficio sul quadro clinico. Viene quindi effettuato ECG di controllo che rileva prolungamento del tratto Qtc, per cui si consiglia al paziente progressivo *decalage* della terapia con metadone (assunta al dosaggio di 100 mg die stabile da mesi) fino a 35 mg die, che tuttavia provoca una riacutizzazione del *craving* per l'eroina, portando il paziente a una ricaduta nel consumo di eroina per via parenterale poco prima del ricovero programmato presso il nostro reparto. La madre, che lo accompagna alla visita pre-ricovero, si dice disperata soprattutto per l'abuso di BZD. La richiesta di ZK è di un ingresso in una comunità terapeutica, dove era già stato ospite, disponibile ad accoglierlo ma non in grado di gestire il grave stato di intossicazione da BZD. Al momento del ricovero ZK assume la seguente terapia: quetiapina 900 mg die, levomepromazina 100 mg die, valproato 1000 mg die, metadone 35 mg die.

All'ingresso in reparto il paziente appare molto sedato (avendo assunto LMZ la mattina stessa e lo zolpidem la sera precedente, oltre la terapia neurolettica) ma col laborante; per il resto non si evidenziano alterazioni di rilievo all'esame obiettivo. Vengono effettuati ECG, che rileva Qtc lievemente al di sopra del normale e i prelievi ematici per gli esami di routine. Viene quindi iniziato trattamento detossificante con flumazenil per via sottocutanea continua (mediante elastomero) alla dose media di 1 mg in 24 h, che viene proseguito per 7 gg. Zolpidem e LMZ vengono sospesi all'ingresso, introducendo terapia benzodiazepinica per os con Clonazepam 6 mg die, progressivamente ridotti nel corso della degenza, allo scopo di mantenere bassi gli score astinenziali, di controllare la sintomatologia ansiosa e le alterazioni del sonno. Il decorso della procedura è stato regolare; si sono rilevati modesti sintomi astinenziali da BZD sotto forma di riacutizzazioni ansiose aspecifiche e non si è verificata la comparsa di *craving* per LMZ e zolpidem, come emerso dalla misurazione quotidiana con VAS specifica. In particolare non si sono verificate crisi convulsive. In seguito al rilievo di *craving* moderato-alto per eroina, misurato con apposita scala VAS, nei primi giorni del ricovero, è stata effettuata una progressiva ottimizzazione della terapia metadonica fino a 60 mg/die. È stata inoltre rivalutata la terapia psicofarmacologica, con interruzione della levomepromazina, riduzione della quetiapina e impostazione di terapia con SSRI per il rilievo di sintomatologia ansioso-depressiva. Alla dimissione il paziente presentava ECG con valori nei limiti di norma; in particolare il Qtc era nel *range* di normalità. Il paziente è stato dimesso con la seguente terapia: valproato 1000 mg/die, clonazepam 2 mg/die (da sospendere progressivamente in 30 gg), sertralina 50 mg/die, quetiapina 600 mg/die, metadone 60 mg/die, ed è stato accolto, il giorno stesso della dimissione, presso la CT prescelta. A tre mesi dalla dimissione, ZK

è ancora in comunità, si dice soddisfatto della sua situazione terapeutica, riferendo in particolare scarsi livelli di ansia e depressione e discreta qualità del sonno.

Discussione

Nonostante non si sia effettuato un dosaggio specifico per stabilire la concentrazione ematica di LMZ e zolpidem, la posologia giornaliera che il paziente riferiva di assumere risultava essere superiore di 20-30 volte rispetto alle dosi raccomandate in scheda tecnica, configurandosi come megadosi sia di LMZ che di zolpidem. Il LMZ veniva assunto endovena, determinando una diversione rispetto alla via di somministrazione prevista in Italia per il LMZ gtt (il cui impiego è solo per os). In letteratura non sono molte le segnalazioni di utilizzo cronico di megadosi di BZD e *z-drugs* (Quaglio G et al, 2012), mentre l'abuso di LMZ per via iniettiva rappresenta una fattispecie di abuso che abbiamo potuto documentare in più occasioni nella nostra casistica, sebbene in letteratura non esistano pubblicazioni. In questo specifico caso clinico, l'abuso di BZD e farmaci correlati si accompagna a un trattamento sostitutivo a base di metadone. In letteratura la prevalenza dell'uso di BZD tra i pazienti in terapia metadonica varia dal 51% al 71%. Numerosi studi individuano un significativo abuso di BZD in questa popolazione, specie se sono presenti delle comorbilità psichiatriche, come in questo caso, con importanti livelli di dipendenza e tolleranza. La coassunzione di benzodiazepine e metadone correla con un maggiore rischio di depressione respiratoria e pone degli interrogativi relativi al trattamento di queste condizioni (Jones JD et al, 2012).

Con riferimento al co-abuso di oppioidi e BZD, è inoltre opportuno sottolineare l'importanza dell'ottimizzazione e della stabilizzazione della terapia metadonica come condizione preliminare alla detossificazione dalle BZD, per varie ragioni. Nei pazienti poliabusatori presenti nella nostra casistica, infatti, la detossificazione da una sostanza si è spesso associata a un effetto domino sulla riattivazione dei comportamenti di abuso nei confronti delle altre. In aggiunta, come evidenziato in uno studio del 2003 sulla detossificazione da BZD in pazienti in trattamento agonista oppioide sostitutivo, più alti dosaggi giornalieri di metadone correlano con un maggior successo nelle procedure di detossificazione mediante trattamento BZD sostitutivo con clonazepam (Weizman T et al, 2003). L'abuso di BZD rappresenta un problema per i soggetti dipendenti da eroina, sia prima che dopo l'inizio della terapia metadonica di mantenimento. Tuttavia in un recente survey si evidenzia come il 60% dei soggetti con anamnesi positiva per uso di BZD vada incontro a un aumento del dosaggio o a una ripresa dell'utilizzo delle stesse, dopo l'inizio del trattamento metadonico. Gli autori concludono ipotizzando che i programmi di mantenimento metadonico non prendano adeguatamente in considerazione i problemi di tipo ansioso che possono essere slatentizzati dall'inizio della terapia metadonica (Chen KW et al, 2011). Il flumazenil è un farmaco comunemente impiegato per il trattamento delle intossicazioni acute da BZD. Nei casi

dove si è instaurata tolleranza per le BZD, esso però agisce da agonista parziale (Gerra G et al, 2002). Il flumazenil in somministrazione lenta ha dimostrato di essere ben tollerato e di ridurre i sintomi astinenziali da sospensione oltre al craving specifico per BZD; al contempo il resetting dei recettori per le BZD ha dimostrato limitati tassi di ricaduta nell'abuso di BZD (Lugoboni F & Quaglio G, et al 2014; Quaglio et al, 2012). Inoltre, l'impiego del flumazenil per via sottocutanea, come effettuato in questo caso, consente di ridurre le complicanze mediche legate alla cateterizzazione venosa periferica (Hood SD et al, 2012). Il ruolo del valproato nel trattamento della sintomatologia da astinenza BZD appare controverso (Zullino DF et al, 2004). Nel caso specifico del nostro paziente, un'anamnesi positiva per crisi epilettiche e l'esperienza maturata nella nostra unità di Medicina delle Dipendenze ci hanno fatto propendere per l'impostazione della terapia con valproato a scopo anti-convulsivante. Infine, in considerazione della lunga storia di tossicodipendenza, della ripresa delle condotte di abuso e del craving per oppioidi, la dimissione presso una comunità terapeutica, dove poter avviare un percorso psicologico di detossificazione dalle sostanze di abuso, ci è apparso parte integrante del progetto terapeutico per il paziente (Sorensen JL et al, 1984).

Conclusioni

L'abuso delle BZD, particolarmente frequente tra i soggetti con dipendenza dagli oppioidi, pone a volte delle barriere apparentemente insormontabili. In questo caso clinico impedivano una corretta terapia metadonica perché l'altissimo uso terapeutico di neurolettici, nell'inutile tentativo di ridurre l'abuso di BZD e zolpidem, aveva prolungato pericolosamente il tratto QT dell'ECG e, in definitiva, l'ingresso in CT di un paziente con grave comorbilità psichiatrica. L'uso del flumazenil in somministrazione lenta durante un breve ricovero ha permesso di risolvere uno a uno i problemi che impedivano una doverosa azione terapeutica. La limitata diffusione di questa metodologia, efficace anche per via sottocutanea, è francamente inspiegabile.

BIBLIOGRAFIA

Chen KW, Berger CC, Forde DP et al. Benzodiazepine use and misuse among patients in a methadone program. *BMC Psychiatry*. 2011;11:90.

Fatseas M, Lavie E, Denis C et al. Sevrage aux benzodiazepines des sujets dependants aux opiaces en traitement de substitution. *Presse Med*. 2006;35:599-606.

Gelkopf M, Bleich A, Hayward R et al. Characteristics of benzodiazepine abuse in methadone maintenance treatment patients: a 1 year prospective study in an Israeli clinic. *Drug Alcohol Depend*. 1999;55(1-2):63-8.

Gerra G, Zaimovic A, Giusti F et al. Intravenous flumazenil versus oxazepam tapering in the treatment of benzodiazepine withdrawal: a randomized, placebo-controlled study. *Addict Biol*. 2002;7:385-395.

Hood SD, Norman A, Hince DA et al. Benzodiazepine dependence and its treatment with low dose flumazenil. *Br J Clin Pharmacol*. 2012;77(2):285-294.

Jones JD, Mogali S, Comer SD. Polydrug abuse: a review of opioid and benzodiazepine combination use. *Drug Alcohol Depend*. 2012;125:8-18.

Lugoboni F, Quaglio G (2013) Exploring the dark side of the moon: the treatment of benzodiazepine tolerance. *Br J Clin Pharmacol*; doi: 10.1111/bcp.12148. [Epub ahead of print]

Quaglio G, Faccini M, Victorri-Vigneau C et al. Megadose bromazepam and zolpidem dependence: two case reports of treatment with flumazenil and valproate. *Substance Abuse*. 2012;33:195-198.

Quaglio GL, Pattaro C, Gerra G, Mathewson S, Verbanck P, Des Jarlais DC, Lugoboni F. High dose benzodiazepine dependence: Description of 29 patients treated with flumazenil infusion and stabilised with clonazepam. *Psychiatry Res* 2012; 198: 457-462.

Sorensen JL, Deitch DA, Acampora A. Treatment collaboration of methadone maintenance programs and therapeutic communities. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1984;10(3):347-59.

Victorri-Vigneau C, Dailly E, Veyrac G et al. Evidence of zolpidem abuse and dependence: results of the French Centre for Evaluation and Indormation on Pharmacodependence (CEIP) network survey. *Br J Clin Pharmacol*. 2007; 64(2):198-209.

Weizman T, Gelkopf M, Melamed Y et al. Treatment of benzodiazepine dependence in methadone maintenance treatment patients: a comparison of two therapeutic modalities and the role of psychiatric comorbidity. *Aust N Z J Psychiatry*. 2003;37:458-463.

Zullino DF, Khazaal Y, Hattenschwiler J et al. Anticonvulsant drugs in the treatment of substance withdrawal. *Drugs Today*. 2004;40:603-619.

MISUSO DI PAIN KILLER: INDAGINE SU UNA POPOLAZIONE AFFERENTE AD UN SOCIAL FORUM

Laura Calviani, dirigente medico Sert UFM B ASL 10 Firenze

Gioacchino Scelfo, medico *Sostanze.info*

Roberto Baronti, dirigente medico responsabile laboratorio tossicologia antidoping ASL 10 Firenze e redattore *sostanze.info*

Stefano Alemanno, web master Comune di Firenze, caporedattore *sostanze.info*

Social forum e sostanze stupefacenti

Nel 2014 gli utilizzatori di un account sui social media, nel mondo, sono stati circa 2 miliardi con un aumento del 12% rispetto ai 12 mesi precedenti. In Italia la percentuale di "penetrazione" sui social net working è del 46% con un picco che raggiunge il 72% se ci si riferisce a popolazione di età compresa tra i 18 e i 29 anni. Dal momento che appartiene a questo gruppo di giovani adulti il più alto livello di consumo di sostanze (Substance abuse and Mental Health Services Administration, 2012), non sorprende che il dibattito sulle sostanze stupefacenti sia migrato nei Web forum. I consumatori "ricreazionali" di sostanze stupefacenti sono una popolazione "nascosta" e scarsamente studiata (Chiauzzi et al 2013). Per tale motivo i forum on line sono di particolare valore quando si voglia studiare una popolazione stigmatizzata che può essere per questo particolarmente difficile da analizzare attraverso i consueti canali (Barrat e Lenton 2010). Inoltre l'anonimato o l'uso di pseudonimi, caratteristica essenziale dell'accesso ai social forum, favorisce il dibattito e il confronto quando gli argomenti riguardano comportamenti illeciti. Gli utenti si percepiscono liberi di confrontarsi e aprire dibattiti riguardo i consumi delle sostanze e di diffondere conoscenze e informazioni cosiddette "underground" in opposizione a quello che è considerato il modello patologico dominante istituzionale dell'utilizzo di sostanze stupefacenti (Barrat MJ, 2011). Ci è parso importante perciò porre l'attenzione su di un segnale che sta emergendo su questi canali e che riguarda il misuso nell'uso di farmaci oppiacei

Storia di un sito che si occupa di consumi, abuso e dipendenze

www.sostanze.info è un sito web istituzionale, nato nell'ambito di un progetto CCM del Ministero della Salute, in collaborazione con la Regione Toscana, il Servizio Sanitario della Toscana e la Società della Salute di Firenze, attivo dal settembre 2007. Il sito si occupa di informazione, prevenzione e cura rispetto all'uso e abuso delle sostanze psicotrope e stupefa-

centi. Offre la pubblicazione quotidiana di articoli su sostanze psicoattive e new addiction, domande-risposte anonime su questioni legate all'uso e all'abuso, pubblicazione libera di articoli, esperienze e informazioni, forum tematici di discussione, chat privata su prenotazione con un operatore della redazione, newsletter tendenzialmente a cadenza settimanale. La redazione è composta da 12 operatori appartenenti al Comune di Firenze, alla ASL 10 di Firenze, alla Prefettura di Firenze e del Privato Sociale.

Dal Gennaio 2008 – al Giugno 2015: alcuni dati:

- 6.289.550 visitatori unici (cioè persone reali che almeno una volta hanno cliccato www.sostanze.info)
 - 9.017.992 sessioni (cioè quante volte quelle persone di cui sopra hanno visitato il sito)
 - 15.014.119 le pagine visualizzate
 - 60.570 domande/risposte
- totale comprensivo delle nostre risposte nei forum di discussione (e non solo risposte dirette agli utenti) e le risposte in Posta Riservata
- 180.000 utenti mensili (6.000/die)
 - 9.200 gli utenti che hanno effettuato 5 o più visite
 - 750 consulenze in chat (dall'attivazione del servizio)

Gli oppioidi analgesici sul sito

Dal 2010 hanno cominciato ad emergere segnalazioni di abuso di analgesici oppioidi di sintesi (pain killer-PK), in particolare ossicodone (associato o meno al paracetamolo).

Un epidemia negli USA

Negli Stati Uniti, nel 1997 sono state pubblicate linee guida che promuovevano fortemente l'uso degli oppioidi per il trattamento del dolore cronico. Nei 10 anni successivi vi è stato un aumento delle vendite di metadone (+ 1300%), idrocodone (+400%) e ossicodone (+ 900%). Nello stesso periodo vi è stato un aumento del 68% di decessi per overdose da oppioidi, la maggioranza dei quali da misuso della prescrizione (+ 550% in West Virginia) (Hall et al 2008).

In una review statunitense del 2012 l'ossicodone si è confermato essere preferito rispetto a tutti gli altri oppioidi analgesici di sintesi per i suoi effetti psicotropi e per la scarsità di effetti collaterali (Wightman R. et al 2012).

Tale fenomeno rappresenta da alcuni anni una notevole criticità negli Stati Uniti dove si parla di una vera e propria epidemia e dove l'abuso di idrocodone, idromorfone ossicodone e tramadolo è indicata come causa crescente di morti accidentali. Recentemente anche in Australia e Canada rappresenta la 3^a causa per incidenza di patologie correlate all'uso di sostanze dopo alcol e tabacco. (Fischer B et al 2012) L'incremento dell'abuso dei farmaci oppioidi è stato collegato alla liberalizzazione delle leggi che regolano la prescrizione di questi farmaci per il dolore non oncologico, rendendone più semplice l'accesso. Per avere un'idea delle dimensioni del fenomeno possiamo dire che gli statunitensi sono il 4.6% della popolazione mondiale e consumano l'80% delle riserve di PK mondiali (Analgesici oppioidi: uso, abuso e addiction convegno Verona 23/05/2014). In 10 anni (2002-2012) è aumentato sia

il numero di persone che hanno ricevuto almeno 1 prescrizione sia il numero di prescrizioni per persona. Gli oppioidi rappresentano circa il 68% delle prescrizioni di analgesici. La maggior parte delle prescrizioni riguardano il dolore cronico non oncologico (dolore lombare, cervicale, e cefalea per il 60% dei casi). Più del 65% riguarda trattamenti di 2-3 settimane. Nel 2009 il 12% delle prescrizioni riguardavano giovani fra i 10 e i 29 anni; nel 2010 l'età media di primo utilizzo non medico di ossicodone è stato di 22,9 anni. (Manchikanti L e t al 2008). Un recente studio effettuato dalla Washington School of Medicine di St. Louis e apparso su *Jama Psychiatry* nel maggio 2014, ha mostrato come su 2800 persone in cura presso 150 centri per il trattamento delle dipendenze sparsi in tutto il paese, il 75% di coloro che attualmente usavano eroina aveva dichiarato di aver provato come prima droga farmaci antidolorifici con obbligo di ricetta. Un altro studio rilevava come i pain killers possano rappresentare il gateway per l'abuso di altre sostanze, in particolare eroina (Fogger et al 2014).

Anche in Italia dal 2009 abbiamo una legge che ha reso più semplice la prescrizione di farmaci oppiacei, consentendo al medico di utilizzare il ricettario normale anziché quello speciale ed eliminando così le difficoltà burocratiche che spesso scoraggiavano tali prescrizioni, di fatto facilitando l'accesso e la loro diffusione. Ad oggi il consumo di oppioidi è ancora contenuto ma l'ossicodone (al 3° posto) ed il fentanile (al 13° posto) sono tra i 30 farmaci che hanno avuto il maggior incremento nelle vendite tra il 2012 e il 2013 (OSMED 2013).

Dal momento che la storia ci insegna che ciò che succede negli USA dopo alcuni anni si presenta in Europa e in Italia, cosa dobbiamo aspettarci?

Sostanze.info: punto di osservazione

Sostanze.info, da questo punto di vista, rappresenta un osservatorio privilegiato. Infatti la caratteristica dell'anonimato dello strumento on line e il suo carattere 2.0 facilita la comunicazione e il confronto nei casi in cui, come questo, si tratti di argomenti considerati stigmatizzanti.

Su sostanze.info, dal 2010 ad oggi, si sono rilevate circa 39 segnalazioni riguardo l'abuso di ossicodone (con o senza paracetamolo).

Le prime 2 nel 2010, 0 nel 2011; 13 nel 2012; 14 nel 2013, 6 nel 2014 e 4 ad agosto 2015

Nell'ambito della nostra casistica abbiamo tentato una classificazione con quelli che sono i dati estrapolabili dalle caratteristiche del sito:

- Per caratteristiche anamnestiche:

1. con anamnesi tossicologica negativa: persone che non hanno mai fatto uso di sostanze stupefacenti nel passato, ma che, con l'utilizzo cronico, nel tempo verificano il manifestarsi della tolleranza e si vedono costretti ad aumentare progressivamente il dosaggio
2. con anamnesi tossicologica positiva: la maggior parte. Si tratta di utenti che nel passato più o meno pregresso hanno avuto problematiche correlate all'uso di sostanze stupefacenti o alcol e che attraverso l'utilizzo dei farmaci oppiacei rientrano nel circuito della

dipendenza

3. Attuale abuso o dipendenza da sostanze: l'utilizzo di farmaci oppioidi può permettere il mantenimento della dipendenza con la possibilità di affrontare i controlli tossicologici previsti dalla legislazione vigente (patenti, sicurezza in ambito lavorativo ecc) con una possibilità piuttosto elevata di ottenere refertazioni negative (dal momento che a tutt'oggi la maggior parte dei laboratori non ha a disposizione test di screening per testare questi farmaci).

- Per caratteristiche della patologia di base che ha richiesto l'introduzione di oppioidi analgesici

1. a seguito di un intervento chirurgico
2. low back pain
3. patologie a carico del sistema articolare e muscolo-scheletrico: artrite reumatoide, fibromialgia, dolori muscolari e articolari non meglio definiti

- Per evoluzioni trattamentali della dipendenza

Una piccola percentuale (n°4 su 39) si sono rivolti spontaneamente al Sert e hanno intrapreso una terapia sostitutiva con metadone o buprenorfina

La restante quota (n° 35) si divide così:

- chiedono informazioni riguardo cliniche pubbliche o convenzionate per effettuare disintossicazioni in regime di ricovero
- chiedono informazioni per autogestire terapie (tabelle di conversione, modalità ecc...) e dichiarano di non volere/potere rivolgersi a servizi o sanitari
- 1 esito infausto, segnalato da un familiare, per epatopatia tossica da sovradosaggio di paracetamolo contenuto nella formulazione ossicodone+paracetamolo

Abbiamo inoltre osservato che:

- appare ridotto il consueto gap di genere: le donne sono ovviamente in numero minore ma non così basso rispetto a quello che ci aspetteremmo
- l'età non è così bassa come ci si aspetterebbe per uno studio sui consumi di stupefacenti e soprattutto su un sito web. Diverse segnalazioni provenivano da persone di età media o addirittura elevata (almeno 4 sopra i 70 anni).

Conclusioni

Alla luce di quanto emerso riteniamo che queste segnalazioni rappresentino verosimilmente l'inizio di una situazione che alla stregua di quello che è avvenuto negli Stati Uniti può acquisire le caratteristiche di fenomeno diffuso. Ovviamente è importante sottolineare che il dolore va trattato in modo efficace e sicuro e ogni cittadino ha il diritto di poter accedere ad un trattamento adeguato. Pertanto, anche se in Italia al momento non esiste una vera emergenza, riteniamo che la situazione vada attentamente monitorata. I dati emersi dalla nostra piccola casistica ci suggeriscono che esistano dei fattori predittivi per lo sviluppo dell'addiction nei confronti dei PK, in linea con quelli che sono i dati internazionali: una storia personale o familiare di disturbo da uso di sostanze, una dipendenza da alcol o forte tabagismo (Katz C et al 2013 - Navy et al 2012), una comorbilità psichiatrica. (Amari et al 2011) I Dipartimenti per le Dipendenze, a nostro avviso, dovrebbero avere un ruolo centrale sia nell'ambito di

una collaborazione con i centri per la terapia del dolore e/o con i medici di Medicina Generale per la conduzione di casi clinici a rischio, sia nel contesto di una formazione della classe medica nei confronti di questi farmaci e del loro potenziale di addiction.

A conclusione sottolineiamo come Sostanze.info, come anche altri forum rappresentino ormai un vero e proprio "luogo" di confronto e dibattito e quindi una straordinaria fonte di contenuti e di informazioni e se adeguatamente "governato" un potenziale strumento di prevenzione, primaria e secondaria oltre che di counselling a vari livelli. Potremmo anche considerare i social forum dei validi punti di osservazione che, se adeguatamente inseriti in un ambito di rete istituzionale, potrebbero costituire un sistema di allerta precoce.

Settembre 2015

4

MISUSO E DIVERSIONE NELLA DIPENDENZA DA EROINA: IMPORTANZA DELLA RELAZIONE TERAPEUTICA E DELLA PRESA IN CARICO MULTIPLA

Irmo Carraro, *Psicoanalista Collège International de Psychanalyse e d'Anthropologie (CIPA) di Parigi; Docente e didatta di "Clinica psicoanalitica" presso il CISSPAT di Padova; Docente di "Approccio psicodinamico di gruppo" presso l'Istituto Veneto di Terapia Familiare (IVTF) di Treviso*

Premessa

Il misuso e la diversione costituiscono due fenomeni molto frequenti nella cura della dipendenza da sostanze psicoattive: il primo consiste nell'uso del farmaco per una via di somministrazione diversa dalla prescrizione medica ed il secondo nella cessione o vendita del farmaco affidato. La letteratura scientifica suggerisce di affrontarli tenendo conto, soprattutto, degli aspetti organizzativi, legali e clinici legati all'uso appropriato del farmaco (gestione affido familiare, adeguatezza del dosaggio, monitoraggio clinico frequente e prescrizione dell'associazione buprenorfina/naloxone, quando appropriata)(Nava et al., 2011; Somaini, 2011). In questo lavoro desidero segnalare come tali indicazioni mediche, organizzative e gestionali, assumono senso ed efficacia clinica se le inseriamo all'interno di una "presa in carico multipla" capace di accogliere in forma integrata anche le difficoltà e i bisogni intrapsichici, relazionali e adattativi dell'utente e della sua famiglia. Nella mia ventennale esperienza clinica nell'ambito delle *addiction* ho compreso che è soprattutto la **"qualità della relazione degli operatori con il paziente"** (Carraro, 2014) e una buona **"presa in carico multipla"** (Zucca Alessandrelli, 1996) dello stesso e della sua famiglia che possono fare emergere e risolvere questi pericolosi fenomeni trasgressivi, fornendo loro significato e tramutandoli in occasioni di crescita intrapsichica e relazionale. In questa relazione affronterò il tema del misuso e della diversione attraverso la presentazione di un caso clinico trattato presso un SerT ad alta utenza veneto, cui seguiranno alcune riflessioni teorico-cliniche sulla prassi operativa per gestire tali fenomeni trasgressivi.

Un adolescente *addicted* con misuso e diversione

Alcuni anni fa Giulio si presentò al SerT di Mestre (Ve) per problematiche di abuso di eroina assunta per endovena e un processo imminente per spaccio di stupefacenti. Ansioso, persecutorio e diffidente: tre aggettivi per connotare questo 16 enne, figlio di genitori separati, in conflitto e non comunicanti. Genitori che, a causa delle loro difficoltà personali e relazionali,

non erano riusciti a fornire al figlio un adeguato rispecchiamento e riconoscimento dei suoi bisogni e del suo valore, nonostante, attraverso un continuo comportamento arrogante e turbolento stesse segnalando un latente disagio narcisistico e psicopatologico. Fin dall'inizio della sua presa in carico Giulio visse con intensa diffidenza e persecutorietà il SerT che si sentiva obbligato a frequentare per problemi di astinenza e giudiziari: non era presente in lui alcuna "autentica" richiesta di aiuto anzi, alla base della sua persecutorietà, emergevano intensi vissuti contro-dipendenti legati ad un intollerabile senso di impotenza e di mortificazione narcisistica. Fallito il tentativo di disintossicazione con farmaci sintomatici, iniziò un trattamento con 10 ml/die di metadone e, all'insaputa del suo medico di riferimento, continuò ad usare eroina per endovena subito dopo avere effettuato l'esame settimanale delle urine e acquistando talora a 5 euro le urine di qualche coetaneo drug-free! L'attrazione per lo stupefacente e il vissuto rabbioso contro-dipendente, unitamente al conflitto che viveva contro l'Autorità (genitori, insegnanti, giudice, medico, SerT), costituivano alcune motivazioni cosce e preconsce che, in varia misura, sottostavano al suo agito trasgressivo. Per "assaporare" meglio lo stupefacente decise allora di diminuire la dose di metadone che assumeva quotidianamente allo sportello, lasciando dentro il bicchierino un pò di sostitutivo e assumendone meno durante l'affido fine-settimanale, alterando così la programmazione farmacoterapica sostitutiva concordata col medico. La sua autarchica posizione narcisistica sembrava esprimere con tonalità schizoidi e grandiose: "Mi fido solo di me stesso!" Di lì a poco, però, cominciò ad avere problemi di astinenza e di aumento del craving additivo e così, durante il week end, iniziò a usare per endovena anche il metadone. Era molto arrabbiato con l'assistente sociale che non gli trovava un lavoro e così, per procacciarsi la dose settimanale di eroina e non solo, incurante dei rischi giudiziari, in preda alla propria onnipotenza narcisistica, iniziò a spacciare il proprio metadone "risparmiato"

Ovviamente non confidò al medico le proprie trasgressioni, anzi gli chiese un aumento del dosaggio metadonico motivandolo con l'insorgenza di un malessere generale e di alcuni sintomi astinenziali: in questo modo si illudeva di controllare in modo onnipotente tutto e tutti... anche me! Infatti, durante i colloqui psicologici, dapprima fu distanziante e difeso, poi assunse lentamente un atteggiamento sempre più curioso ed esplorativo: mi sentivo "annusato" e "studiato" per capire quanto fossi affidabile, competente e... manipolabile! *In realtà, stava cercando gradualmente, ed io con lui, quella "giusta" vicinanza/distanza relazionale che ci consentisse di comunicare senza rischiare troppo di entrare ciascuno nell'orbita dell'altro* (Carraro, 2016a). Come è noto (Jeammet, 2004; Zucca Alessandrelli, 2006), una delle angosce relazionali del paziente *addicted* è la paura di con-fondersi e perdersi fusionalmente nell'altro: il suo Sè immaturo, molto "affamato" dell'altro per riceverne identità e senso di sé, teme di non riuscire a modulare bene la distanza relazionale dall'oggetto e di perdersi nel movimento identificatorio fusionale. Così, dopo il cauto distanzia-

mento iniziale, Giulio entrò in una relazione transferale idealizzante su base grandiosa in cui divenni il suo "empatico salvatore": mi confidò di essersi incasinato con la farmacoterapia e mi parlò della sua angoscia controfobica nei confronti del metadone. La sua insicurezza e fragilità narcisistica gli impedivano di accettare la farmacoterapia sostitutiva, vissuta come mortificante, ma anche persecutoriamente temuta perché poteva sfuggire al suo controllo e lui poteva diventarne dipendente! Sentivo che tale vicinanza relazionale, seppure su base idealizzante, lo stava "nutrendo e riparando" dal punto di vista narcisistico (Stolorow, 1995), ma al tempo stesso avvertivo le insidie e le strettoie affettive della simbiosi in cui mi stava avviluppando nelle sue spire... Mi chiese infatti di rispettare il segreto professionale e di non comunicare al medico le sue trasgressioni. Gli rimandai allora il suo tentativo di controllarmi, scindendo gli operatori in "buoni" (psicologo) e "cattivi" (medico, infermieri, assistente sociale). Gli feci notare empaticamente che, forse, era la sua modalità abituale di gestire le relazioni, come aveva fatto e faceva ancora in famiglia, invischiandosi nei conflitti e alleanze con i suoi rissosi genitori. Gli aggiunsi però che in questa famiglia (SerT) le cose funzionavano diversamente e fra operatori si comunicava senza segreti e con collaborazione. Ma lui si sentiva diffidente verso gli operatori, come lo era stato e lo era tuttora con i genitori, e allora tentava di manipolarli, scinderli, metterli l'uno contro l'altro... e, soprattutto, si arroccava autarchicamente e disperatamente in se stesso, entrando in una trappola distruttiva da cui non sapeva uscire, se non attraverso le trasgressioni e lo spaccio che rischiavano di ritorcersi contro, con l'astinenza e un'ulteriore denuncia penale.

Ora, il mio modo di avvicinare clinicamente i pazienti *addicted*, è quello di *entrare nell'area transferale idealizzante in cui mi avviluppano alla ricerca di rispecchiamento, riconoscimento e valorizzazione, per aiutarli a dare senso e significato a questi loro bisogni fusionali e, con gradualità, "tirarli fuori" da questa indistinta e totalizzante con-fusività relazionale, creando spazi mentali di differenziazione, individuazione e interscambio emotivo/affettivo*. Per elaborare tale "perversione" relazionale non utilizzo solo un intenso **dialogo individuale**, ma anche un **dialogo collettivo col gruppo di pari**, dove gli eccitamenti transferali sono più diluiti e sopiti (Carraro, 2014; 2016b). Nel caso di Giulio ho infatti "*terzializzato*" (Jeammet, cit) in parte il nostro rapporto terapeutico, inserendolo nel **Gruppo accoglienza e orientamento** che conducevo settimanalmente al SerT con altri 6-7 giovani suoi coetanei, che poteva vivere narcisisticamente più speculari dal punto di vista identificatorio. L'entrata in gruppo fu all'insegna della grandiosità: era conosciuto da tutti, essendo stato spesso il loro ex-pusher. I membri lo temevano e non lo contenevano, per cui per evitare una pericolosa sua monopolizzazione gruppale, intervenni più volte con puntuali confronti individuali e di gruppo, volti a contenerlo e a smuovere gli altri membri dalla passività, paura e vantaggi secondari dell'aver un monopolizzatore in gruppo.

A poco a poco Giulio, durante la sua teatrale esibizione, confidò al gruppo le sue attuali difficoltà e tra-

sgressioni, stimolando tutti i membri a condividere le proprie. Il tema della trasgressione divenne centrale e coinvolse l'intero gruppo. Emersero latenti angosce controfobiche nei confronti del metadone e della buprenorfina e si insinuò il tentativo di evitarle attraverso le trasgressioni. Molti partecipanti ammisero che, durante la settimana, abusavano di sostanze psicoattive e dovevano ricorrere pure loro a dei "sotterfugi" per recuperare il denaro necessario e per alterare le urine onde evitare la sospensione dell'affido o l'interruzione della terapia sostitutiva. Altri membri ripiegarono su posizioni narcisisticamente vittimistiche e aleggiò sempre più a livello preconsciouso gruppale il fantasma di un'Autorità, vissuta come inaffidabile e non supportiva: il medico non concedeva a sufficienza i farmaci o i dosaggi adeguati, l'assistente sociale non trovava il lavoro e non elargiva sufficienti contributi economici, gli infermieri erano rigidi e poco rispettosi degli utenti, il SerT aveva orari di apertura e di chiusura incompatibili con le esigenze lavorative degli utenti. A quel punto Giulio mi attaccò apertamente criticando il mio atteggiamento collusivo verso i colleghi e poco comprensivo verso le difficoltà degli utenti del SerT. Fu allora che intervenni per difendere la mia autorità di conduttore dall'attacco e confrontai il gruppo sul fatto che tutti loro stavano esprimendo l'idea di un'Autorità terapeutica insensibile e inaffidabile su cui non si poteva contare: "Ma siete proprio sicuri che il SerT e i suoi operatori siano dei farabutti inaffidabili che se ne fregano di voi, vi vogliono rendere dipendenti dal metadone e dalla buprenorfina, e sono insensibili alle vostre difficoltà? Non è che voi pensate queste cose perché siete sempre stati abituati a vivere in modo ambivalente le figure di Autorità?" La risposta a questa confrontazione fu un aumento del clima persecutorio del gruppo e alcuni membri riportarono con rabbia l'incoerenza e inaffidabilità di alcune figure di Autorità del passato e del presente, provocando un coro di consensi da parte dell'intero gruppo. A questo punto feci osservare al gruppo il collegamento fra l'inaffidabilità dell'Autorità genitoriale e quella del SerT e li invitai a riflettere sul fatto che, forse, stavano continuando a ripetere uno stesso schema relazionale per cui, siccome i loro genitori erano stati e sono tuttora, secondo loro, delle figure poco responsive e supportanti, allora tendevano a vivere tutte le figure di Autorità alla stessa stregua, compresi gli operatori del SerT. Riportai poi la loro attenzione su altri esempi trasgressivi intra-gruppo, come lo spaccio di sostanze (stupefacenti, farmaci e urine) che qualcuno di loro stava facendo all'interno del gruppo stesso, ripetendo lo stesso cliché e cioè andare contro le regole del buon funzionamento del gruppo vissute come non proprie, ma imposte da un'Autorità esterna (conduttore) non riconosciuta a causa della loro fragilità narcisistica. In questo modo ho cercato in più sedute di gruppo di liberare l'intero gruppo dal fantasma che li portava ad assumere e a giustificare posizioni narcisisticamente autarchiche e trasgressive che non riconoscevano il valore di una sana e affidabile Autorità o delle regole di buon funzionamento gruppale. Alcuni giorni dopo il medico mi comunicò che Giulio gli aveva confidato le trasgressioni che stava attuando e, assieme, aggiusta-

rono la programmazione farmacologica settimanale.

Alcune riflessioni teorico/cliniche

Cosa ci dice il caso clinico di Giulio riguardo il fenomeno del misuso e della diversione? Appare chiaro innanzitutto che si tratta di due agiti trasgressivi. Molti adolescenti si esprimono attraverso acting e, soprattutto, quelli che hanno difficoltà a simbolizzare e mentalizzare i loro processi psichici, in particolar modo i giovani con problemi di *addiction*. Si tratta di soggetti con un debole assetto narcisistico di base che li rende vulnerabili all'elaborazione e auto-regolazione dei vissuti emotivo/affettivi per cui tendono ad appoggiarsi all'"esterno" più che al loro "interno", vissuto come vuoto, fragile e carente di senso di sé. Soggetti quindi che si appoggiano "troppo" ad oggetti-Sé (Kohut, 1971), come le persone, il gruppo di pari, un'attività socio-ricreativa, una sostanza (psicoattiva, terapia farmacologica, cibo) o il proprio corpo, per sentire quel funzionamento interno e quell'identità che non percepiscono dentro di sé in termini di "ben-essere", vitalità e senso di sé. All'inizio della loro presa in carico, il clinico andrà così ad avvicinare soprattutto il loro corpo, quale "veicolo di identità". Di qui, l'importanza della figura del medico e dell'attenzione e cura che egli fornisce al loro corpo, perché è lì che si trova la loro identità e senso di sé. Non va dimenticato però che l'affidarsi all'Autorità medica per un soggetto con Sé "molto" fragile mobilita intensi vissuti idealizzanti o svalutanti, di difficile gestione clinica per i rischi di passivizzazione e collusione o per il rifiuto diffidente e distanziante che creano. Per esempio, di fronte alle buone regole che propone il medico del SerT, il soggetto narcisisticamente molto fragile può viverle come non proprie ed imposte dall'esterno da un'Autorità vissuta come non empatica e non rispondente ai suoi bisogni. Tali fantasmaticizzazioni tendono a spostare la relazione col medico su un versante ambivalente, persecutorio o svalutato, con vissuti di diffidenza e di distanziamento che disturbano una sana alleanza terapeutica. Di qui l'utilità di "terzializzare" la relazione con un altro operatore (ad es. lo psicologo) con cui elaborare tale "perversione relazionale", onde evitare pericolosi agiti, come il misuso e la diversione che costituiscono delle *trasgressioni delle indicazioni mediche, ad alta valenza simbolico/relazionale, effettuate dal paziente su base contro dipendente, autarchica e grandiosa* (Carraro, 2015). Non dimentichiamo che il paziente addicted, a causa della sua diffidenza legata a frustranti esperienze precoci con le figure di attaccamento primario e della sua esperienza additiva, autarchicamente ritiene di essere il solo che può capire a fondo i propri bisogni e tende a diffidare molto dell'altro da sé, vissuto spesso come non empatico e non rispondente (a meno che non si instauri una relazione transferale su base grandiosa/idealizzante!). Si badi bene che questa "dinamica relazionale perversa", legata a potenti meccanismi difensivi di diniego, scissione, controllo onnipotente e identificazione proiettiva, *soprattutto il paziente con Sé molto fragile e gravi disturbi di personalità*, tende ad instaurarla in ogni relazione interpersonale e, quindi, con tutti gli operatori del SerT e non solo con il medico referente. Ad

esempio, la può instaurare con l'assistente sociale nella misura in cui questi accoglie o meno i suoi bisogni economici o abitativi, con l'infermiere per il modo poco empatico di distribuire la terapia e così via. C'è quindi la necessità di affiancare alla "dualizzazione" delle sue relazioni totalizzanti oggetto-Sé, una "terzializzazione" che consenta di elaborare con lui queste modalità *borderline* di relazionarsi, oscillanti fra idealizzazione e svalutazione, creando così spazi di crescita intrapsichica e relazionale. Di qui, l'importanza di una "presa in carico multipla" quale momento interattivo "integrato" fra operatori distinti, capace di contenere ed elaborare le intense scissioni e pressioni relazionali (identificazioni proiettive) del paziente verso gli operatori, e di maturare così la sua fantasmaticizzazione patogena inconscia (imago materna fallico-onnipotente di genitore unico, imago paterna svalorizzata, imago di coppia genitoriale perversa, ecc.)(Carraro, 2012). Il caso clinico di Giulio è a tal senso emblematico. *Si tratta di accogliere i fenomeni di misuso e di diversione, all'interno di una relazione terapeutica capace di elaborarne i significati simbolico/relazionali* (Carraro, 2015). Emergerà così, per esempio, che l'inniettarsi in vena il metadone, in addict narcisisticamente molto fragili e con un grave disturbo di personalità, può assumere il significato di un attacco al corpo e a chi lo ha generato: un disperato tentativo di separarsi e individuarsi da un legame primigenio, cui si è inconsciamente ancora troppo vincolati. L'accoglimento e l'elaborazione di questi e altri primitivi contenuti fantasmatici all'interno di una relazione terapeutica, inseriti in una presa in carico multipla del paziente e della famiglia, è a mio modo di vedere, accanto all'attenzione agli aspetti medici, organizzativi e legali della terapia farmacologica, un'efficace modalità per affrontare i fenomeni di misuso e diversione, trasformandoli in preziose occasioni di maturazione intrapsichica, relazionale e adattativa.

BIBLIOGRAFIA

- Carraro I. (2012), *Metadone: oggetto transizionale fra pubblico e privato*. In: Lucchini A., D'Egidio P.F., Nava F. (a cura di), *Attualità e innovazioni nel trattamento con metadone*. Franco Angeli, Milano, 42-48.
- Carraro I. (2014), *Il reinserimento fra il "dentro" e il "fuori": studio di follow up su dieci anni di gruppi terapeutici presso un SerT Veneto*. In: *Atti del Convegno "Quale (re-)inserimento possibile"*, Cooperativa Cosmo, Vicenza, 87-106.
- Carraro I. (2015), *Il misuso e la diversione nella dipendenza da sostanze psicoattive: significati simbolico/relazionali e operatività clinica*. In press
- Carraro I. (2016a), *Vicinanza/Distanza terapeutica e GRF*. In press
- Carraro I. (2016b), *Insieme... a tempo limitato*. In press
- Jeammet Ph. (2004), *Anoressia bulimia*. Franco Angeli, Milano, 2006.
- Kohut H. (1971), *Narcisismo e analisi del Sé*. Boringhieri, Torino, 1976.
- Nava F., D'Egidio F.P., Cecchini I., Fregosi S., Lucchini A. (2011), *Il misuso e la diversione della terapia agonista nei SerT italiani: dati dello studio DeMos*. Italian Journal of Addiction Research. Vol. I (Special Issue n. 1), dicembre 2011, 5-15.
- Somains L. (2011), *Trattamenti farmacologici della dipendenza da eroina: aspetti di gestione clinica e organizzativa*. Italian Journal of Addiction Research, 1, 1
- Stolorow R.D. (1995), *An intersubjective view of self psychology*. *Psychoanalytic Dialogues*, 5: 393-399.
- Zucca Alessandrelli C. (1996), *La realtà come funzione ricostruttiva della dipendenza malata*. *gli Argonauti*, 18: 341-347.
- Zucca Alessandrelli C. (2006), *Psicodinamiche dell'addiction*. In: *Quaderni de gli argonauti. Dipendenze/addiction (parte II)*. 5-20.

ABUSO, MISUSO, DIVERSIONE: QUANDO LE PAROLE SONO PIETRE

Anna Franceschini, *Psichiatra, psicoterapeuta*
Eleonora Pilon, *Psicologa, psicoterapeuta*
UOSD Ser.D Nord. Azienda ULSS n.9 Treviso

Nell'incontro fra terapeuta e paziente il linguaggio che il primo utilizza nel rivolgersi al secondo e nel definirne le problematiche, determina inevitabilmente un clima relazionale che può favorire o meno il proseguimento del rapporto terapeutico. Anche al di fuori dell'ambito cinematografico si conviene con Nanni Moretti che: "Chi parla male, pensa male e vive male. Bisogna trovare le parole giuste: le parole sono importanti!" (Palombella Rossa, 1989). Le parole hanno forza e gravità e all'interno di una relazione terapeutica possono "fare sentire" i pazienti accolti o respinti, quindi accettati, ascoltati, compresi oppure giudicati, criticati, esclusi. I clinici possono, se pur inconsapevolmente, utilizzare termini che definiscono la propria estraneità, la propria lontananza dal paziente e dalla sua patologia (Seeman, 2014).

Da tempo alcuni ambiti della medicina e della psicologia si interrogano sulle parole, meglio ancora sulle etichette verbali utilizzate per riferirsi a chi è affetto da una determinata malattia, alla ricerca di nuove definizioni soprattutto non denigratorie. Sono stati prevalentemente il mondo della disabilità e quello della salute mentale ad apportare cambiamenti importanti al loro linguaggio. Si sono cercati termini più rispettosi della dignità e della complessità dell'individuo con il fondamentale superamento dell'uso di un linguaggio che identificava la persona con la sua malattia (il pazzo, l'ebefrenico, l'handicappato ecc.). Si è così realizzato il passaggio dall'indicare il paziente come esclusivamente malato al nominarlo come soggetto che ha un disturbo e che è anche e soprattutto altro da esso.

Va sottolineato che la ricerca di una terminologia appropriata non significa ridurre la questione al conformismo del "politicamente corretto", che edulcora in modo bizantino consuetudini linguistiche e che porta ad esempio a preferire a nomi come "spazzino" e "becchino" le definizioni di "operatore ecologico" e "operatore cimiteriale". Tale ricerca si basa invece sulla consapevolezza che nella clinica la scelta della nomenclatura non è indifferente né neutrale; che l'utilizzo di un certo linguaggio, di un certo vocabolario può avere un'influenza fondamentale nel trattamento di un paziente, se favorisce il mantenimento di pregiudizi e stereotipi e al contrario se sfida lo stigma. Perché le etichette verbali che si utilizzano evocano immagini mentali potenti che possono influenzare il modo in cui si interagisce con il paziente già dal primo incontro e il modo in cui successivamente viene pensata e realiz-

zata la cura. Il linguaggio verbale ha un peso nella formazione delle rappresentazioni mentali ed è in stretto rapporto con la dimensione affettiva e sensoriale, richiamando vissuti e risposte emotive.

Se ci concentriamo sul linguaggio che utilizzano i clinici nell'ambito delle dipendenze per parlare al paziente oppure del paziente e della sua patologia, appare sempre più evidente la necessità che la medicina quando tratta i disturbi da uso di sostanze (DUS), attui un cambiamento drastico nell'utilizzo delle etichette verbali (O'Brien et al. 2006). Negli Stati Uniti in concomitanza con la pubblicazione della V edizione del DSM, si è aperta un'ampia discussione sulla terminologia da impiegare nel campo dell'*addiction medicine* (O'Brien 2011). Nel DSM-5[®] si è realizzato un cambiamento terminologico volto a escludere parole ambigue e confusive o eccessivamente stigmatizzanti, come quelle rispettivamente di "dipendenza" e "abuso". Questo mutamento ha privilegiato i termini disturbo da uso di sostanze e *addiction*, da preferire nel linguaggio clinico perché più neutrali, meno stigmatizzanti, più attinenti all'ambito scientifico ed espressione di un "person-first language", che non identifica la persona con il disturbo e introduce la necessità della frase possessiva.

È arrivato il momento che anche il mondo della medicina delle dipendenze in Italia avvii un mutamento nell'uso delle etichette verbali finora utilizzate: il perpetuarsi di certo linguaggio, che definisce fra l'altro "sporco" o "pulito" il paziente (e i suoi fluidi biologici) se ha fatto uso o meno di una sostanza, non solo influenza il lavoro quotidiano degli operatori, ma anche il modo in cui i pazienti percepiscono se stessi, il loro disturbo e la loro possibilità di cambiare. È un linguaggio che ha anche un impatto importante su ciò che la popolazione generale pensa di chi presenta un DUS. Le parole, se confermano lo stigma, allontanano i pazienti dalla cura, favoriscono la loro marginalizzazione e possono quindi contribuire al peggioramento della loro condizione: cominciare ad utilizzare un linguaggio appropriato, meno "sporco" (Kelly et al. 2015), è un passaggio necessario se pur non sufficiente (Corrigan, 2014), per combattere i pregiudizi e gli stereotipi sociali e per le riflessioni che tale cambiamento può apportare nell'agire degli operatori. Lo stigma è la maggiore barriera che impedisce alle persone con DUS di chiedere aiuto e sappiamo che sono fra le più stigmatizzate in ogni parte del mondo sia dalla popolazione generale che dai sanitari. Se ad esempio molti medici considerano i disturbi da uso di alcol una questione almeno in parte di debolezza morale o personale (Richter et al. 2014), saranno di conseguenza portati a considerare il DUS come una condizione derivante da vizio, immoralità, devianza e non una malattia a base neurobiologica con correlati psicopatologici e quindi un problema di salute e medico. Il trattamento che ne deriverà potrà essere non appropriato. Le etichette verbali che si scelgono per descrivere un paziente, lo assegnano immediatamente ad una certa categoria sociale e ne influenzano così la cura, perché alcune hanno un incredibile potenziale induttivo e possono "cancellare" l'individuo, la sua dignità e la sua storia personale nel momento in cui lo codificano: *nomina sunt omina*. (Carnaghi et al., 2008).

Nella lingua italiana l'etichetta verbale (nome e aggettivo corrispondente) che meglio rappresenta quanto anticipato, è quella di "tossicodipendente", che insieme all'altro sostantivo correlato, "tossicodipendenza", sono termini che sinceramente ci piacerebbe scomparissero dal linguaggio clinico. La parola "tossicodipendente", che sia usata come tale oppure nelle varianti dispregiative (*tossico*, *tossicone*), purtroppo assai utilizzate anche fra gli operatori dei Ser.D e fra gli stessi pazienti per definirsi, o nelle varianti fintamente tecnico-diagnostiche (*personalità tossicofilica*, *comportamento tossicomano*), rappresenta una terminologia inutile alla pratica clinica e controproducente perché perpetua lo stigma. È un'etichetta che determina immediata attivazione di pregiudizi (tossicodipendenza come vizio-sociopatia-vergogna), che influenza l'atteggiamento degli operatori ancor prima che degli utenti e loro familiari e definisce una categoria sociale che è anche un "tipo naturale", quasi-biologica, per cui il modello di appartenenza è stabile ed immutabile, a tipo "tutto o nulla". È fonte di inferenze negative che portano ad associazioni congruenti con lo stereotipo ma escludono le inferenze incongruenti. Il tossicodipendente, in quanto membro dell'omonima categoria sociale, è quindi inesorabilmente e totalmente tale e nel descriverne caratteristiche non congrue con lo stereotipo induce ad usare proposizioni con chiara accezione avversativa (ad es.: è un/una tossicodipendente ma ha un lavoro stabile, però ha una famiglia). È un'etichetta che non veicola reali informazioni diagnostiche (non indica specifici disturbi o pattern diagnostici): è un termine generale se non generico e quindi non utile nel confronto fra clinici anche perché influenza negativamente il trattamento a cui la persona sarà sottoposta e definisce facilmente e pregiudizialmente una prognosi (negativa). È esperienza quotidiana del medico del Ser.D, quando si confronta con altri colleghi, che l'etichetta pseudodiagnostica di "tossicodipendenza" può chiudere ulteriori possibilità di indagini o trattamenti: la potenza induttiva della parola porta ad attribuire al paziente la responsabilità (la colpa?) del suo disturbo e la permanenza di esso e quindi conduce ad una certa resistenza al riconoscergli il diritto ad una cura efficace sia per il DUS che per altre patologie in comorbilità. Ricordiamo inoltre che l'espressione gergale "tossico" significa in italiano anche sostanza velenosa e come aggettivo è sinonimo di nocivo, venefico e dannoso e quindi riporta alla pericolosità non solo per sé ma anche per la società. Anche il termine "abuso" è connotato negativamente nella lingua italiana. Significa: uso cattivo, eccessivo, smodato, illegittimo di una cosa, di un'autorità; atto che faccia uso della forza fisica per recare danno ad altri; nel diritto si definiscono abuso varie ipotesi di reato o di illeciti (Treccani, 2015). In farmacovigilanza si riferisce ad un intenzionale uso eccessivo di un medicinale, sporadico o persistente, accompagnato da effetti dannosi fisici o psicologici. (GPV, EMA 2012). La parola "abuso" definisce che il nucleo del problema sta nella scelta e nella volontà individuale di chi abusa, negando invece il potere della sostanza e quanto la capacità di controllo possa essere compromessa nei DUS. La connotazione negativa del termine è evidente

quando si parla di abuso di farmaci, che siano benzodiazepine, antidolorifici tra cui gli oppiacei analgesici o metadone e buprenorfina prescritti nel trattamento del disturbo da uso di oppioidi (si evita in quest'ultimo caso volutamente la terminologia di terapia sostitutiva, che sostiene l'equivalenza fra farmaci e sostanze illecite, avvallando i pregiudizi su trattamenti che anche l'OMS definisce essenziali). Nel momento in cui si classifica il paziente come colui che abusa, tale terminologia attiva immediate e più o meno inconsapevoli inferenze negative, per cui la persona è esposta a critica, ad un giudizio morale (in quanto consapevolmente attivo nell'abuso) fino al sospetto di un uso illecito, ossia di diversione. Non a caso spesso nei Ser.D "abuso" e "diversione" sono frequentemente usati come sinonimi, termini quindi erroneamente intercambiabili, perché nella loro accezione negativa sono congruenti con la categoria sociale "tossicodipendente" (il cui membro, in quanto tale, mente, inganna e volontariamente non segue le prescrizioni del medico). Da quanto suddetto deriva l'invito a preferire il termine "misuso" che nella lingua italiana è obsoleto e sinonimo di abuso secondo il Vocabolario degli accademici della Crusca, ma che è ritornato in auge nella letteratura scientifica come traduzione dell'inglese "misuse" (*noun. The wrong or improper use of something. Oxford Dictionaries*). "Misuso" è vocabolo neutrale, non comporta pregiudizi né inferenze che possono portare ad omissioni nella comprensione del problema, determinando interventi di cura inappropriati fino all'esclusione degli stessi, così come può accadere con "abuso". Essendo "misuso" un parola generica richiede al sanitario l'analisi delle possibili cause del comportamento in atto, che possono essere diverse e attinenti al paziente, al prescrittore o al farmaco in sé. Richiede insomma una diagnosi differenziale del misuse, che può avere un'eziologia varia (Savage, 2009): non comprensione della prescrizione, tentativo di automedicazione (ad esempio di ansia, disturbi del sonno, disturbi dell'umore, dolore); ricerca di euforia o gratificazione; utilizzo compulsivo dovuto a vera o propria *addiction*; diversione. Il misuse può essere inoltre conseguenza di sviluppo di tolleranza e dipendenza verso un farmaco, intesa quest'ultima come evento fisiologico e atteso in caso di assunzione di alcuni farmaci, dovuto ad adattamento neurobiologico per cui la sospensione del farmaco o la diminuzione della dose comporta una sindrome astinenziale. Eventi questi che spesso comportano nel paziente un autonomo aggiustamento posologico o difficoltà a sospendere il farmaco e richiedono il loro riconoscimento da parte del prescrittore. Infine misuse può essere dovuto a *pseudoaddiction* causata da prescrizione inadeguata da parte del medico. Si pensi ai numerosi casi di misuse fino all'instaurarsi di un vero DUS in caso di prescrizione impropria di oppiacei analgesici deboli per il dolore cronico severo (Casati et al., 2012) oppure i casi assai frequenti di dosi insufficienti di metadone o buprenorfina prescritti ai pazienti dei Ser.D. Pazienti che poi si vedono costretti a procurarsi il farmaco necessario o nel mercato illecito oppure da amici o familiari gratuitamente (e in questo caso si può parlare davvero di diversione? Non è forse un tentativo -se pur maldestro-

di prendersi cura di qualcuno di significativo, così come accade fra familiari con antibiotici o ansiolitici o nelle famiglie americane con gli analgesici oppiacei?). Ci sembra quindi opportuno, sulla scia di quanto accade negli Stati Uniti, che anche in Italia si apra un'ampia discussione sul linguaggio usato nella medicina delle dipendenze, finalizzata a superare una terminologia poco scientifica e che depersonalizza il paziente, privandolo della sua individualità e della sua storia. Quello che va promosso è invece un linguaggio appropriato cioè che sia "people-first language" e rispetti il valore e la dignità degli utenti dei Ser.D, che faccia riferimento alla natura clinica dei DUS e del loro trattamento, che promuova il cambiamento nel paziente, non bloccandolo con una categorizzazione inesorabile e senza speranza, e infine che eviti di rinforzare, anche con l'uso di espressioni idiomatiche denigratorie, gli stereotipi sociali (Broyles et al. 2014). Un linguaggio infine, citando Carlo Levi e il suo romanzo "Le parole sono pietre" sulla Sicilia degli anni '50, che permetta a chi si relaziona con chi soffre di DUS, di avvicinarsi "con l'occhio aperto di un viaggiatore senza pregiudizi".

BIBLIOGRAFIA

- Broyles LM1, Binswanger IA, Jenkins JA, Finnell DS, Faseru B, Cavaiaola A, Pugatch M, Gordon AJ. *Confronting inadvertent stigma and pejorative language in addiction scholarship: a recognition and response. Subst Abus. 2014;35(3):217-21*
- Carnaghi A, Maass A, Gresta S, Bianchi M, Cadinu M, Arcuri L. *Nomina sunt omina: on the inductive potential of nouns and adjectives in person perception. J Pers Soc Psychol. 2008 May;94(5):839-59.*
- Casati A, Sedefov R, Pfeiffer-Gerschel T. *Misuse of medicines in the European Union: a systematic review of the literature. Eur Addict Res. 2012;18(5):228-45*
- Corrigan PW. *Erasing stigma is much more than changing words. Psychiatr Serv. 2014 Oct;65(10):1263-4.*
- European Medicines Agency. *Good pharmacovigilance practices. 2012. In www.ema.europa.eu/*
- Kelly JF, Wakeman SE, Saitz R. *Stop talking 'dirty': clinicians, language, and quality of care for the leading cause of preventable death in the United States. Am J Med. 2015 Jan;128(1):8-9.*
- Levi Carlo. *Le parole sono pietre. Tre giornate in Sicilia. Prima edizione 1955. Einaudi Editore.*
- O'Brien C. *Addiction. Addiction and dependence in DSM-V. 2011 May;106(5):866-7.*
- O'Brien CP, Volkow N, Li TK. *What's in a word? Addiction versus dependence in DSM-V. Am J Psychiatry. 2006 May;163(5):764-5.*
- Oxford Dictionaries. 2015. *In www.oxforddictionaries.com/*
- Richter L, Foster SE. *Effectively addressing addiction requires changing the language of addiction. J Public Health Policy. 2014 Feb;35(1):60-4.*
- Savage SR. *Management of opioid medications in patients with chronic pain and risk of substance misuse. Curr Psychiatry Rep. 2009 Oct;11(5):377-84.*
- Seeman MV. *Paying attention to language. Psychiatr Serv. 2014 Sep 1;65(9):1164-6*
- Treccani Vocabolario. 2015. *In http://www.treccani.it/vocabolario/ (ultimo accesso 18/08/2015)*

IL MISUSO E LA DIVERSIONE: UN'INDAGINE CONDOTTA IN COMUNITÀ TERAPEUTICA

Franchi Manuela, *Psicologa*,
Marallo Evelina, *Psicologa*,
Sedici Sara, *Medico Psichiatra*,
Tognelli Alessandra, *Operatore qualificato*,
Scarpati Michela, *Operatore qualificato*,
Pratesi Telesio Francesco, *Medico Psichiatra*
*Struttura: GRUPPO INCONTRO Società Cooperativa
Sociale - Pistoia*

Il misuso e la diversione sono fenomeni piuttosto comuni nella vita delle persone con problemi da uso di sostanze e, in base alla nostra esperienza (il Gruppo Incontro da oltre 30 anni gestisce servizi riabilitativi residenziali per il trattamento delle dipendenze, anche associate a disturbo psichiatrico), sono comportamenti che possono manifestarsi non soltanto nelle fasi di uso attivo di sostanze, per strada, a casa o in carcere, ma anche, in forma diversa, durante i trattamenti di tipo ambulatoriale e residenziale, quindi anche in clinica e comunità, dove per esempio le richieste e i tentativi di scalare rapidamente i farmaci sostitutivi e/o di ridurre le terapie farmacologiche sono frequenti. Con il presente studio si è quindi cercato di rilevare i comportamenti di uso improprio dei farmaci da parte dei soggetti che attualmente sono ospiti della nostra comunità, svolgendo un programma di recupero in una delle nostre diverse sedi operative: Uzzo, Serravalle, Corso Amendola e San Felice, dove coesistono programmi per persone dipendenti da sostanze con pato-

logie psichiatriche, il COD (Centro Osservazione e Diagnosi) e il terapeutico riabilitativo.

E' stato creato ad hoc un breve questionario anonimo di 16 item complessivi, con domande sia a risposta chiusa che aperta, per consentire ai partecipanti di fornire maggiori dettagli ed eventualmente spiegare le loro risposte.

Attualmente il campione a cui è stato somministrato il questionario è composto da 69 utenti (età media: 37 anni) ma la somministrazione è ancora in corso, dato che ci sono stati altri nuovi ingressi. Quelli che vengono forniti nel presente documento rappresentano, pertanto, i risultati di una prima elaborazione dei dati.

Il misuso è stato indagato chiedendo ai partecipanti se gli fosse mai capitato di assumere dei farmaci in quantità diversa rispetto a quanto indicato dal medico; se avessero mai voluto scalare la terapia farmacologica prescritta più rapidamente rispetto al parere medico e se gli fosse capitato di assumerli per via diversa rispetto a quella consona. I risultati sembrano indicare che i comportamenti più frequenti siano quelli relativi ad una mancata osservanza delle indicazioni del medico nella posologia dei farmaci (sia in termini di sovradosaggio che di sottoutilizzo) e nello scalaggio della terapia (Figura 1), agita durante trattamenti di tipo ambulatoriale, talvolta ricercata anche nel corso di programmi residenziali in clinica e in comunità terapeutica, nonostante le terapie siano somministrate in modo controllato.

In generale, il misuso sembra essere più frequente tra le persone più giovani (fascia di età tra i 18-39 anni) rispetto alle persone più adulte (40-56) (Figura 2); si verificherebbe in particolare per i farmaci sostitutivi e le benzodiazepine, principalmente a casa, nel corso di trattamenti ambulatoriali, e con una cadenza di una o più volte a settimana. Rispetto al desiderio di scalare più rapidamente la terapia farmacologica, ancora una volta sono i farmaci sostitutivi e le benzodiazepine, quelli più frequentemente citati (Figura 3). Tra le motivazioni fornite più spesso per spiegare la premura nel togliere i farmaci si ritrovano le sensazioni legate ai

Figura 1



Figura 2

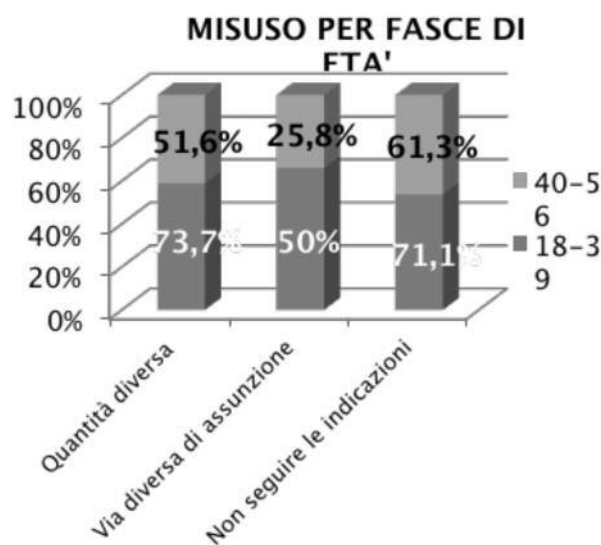


Figura 3

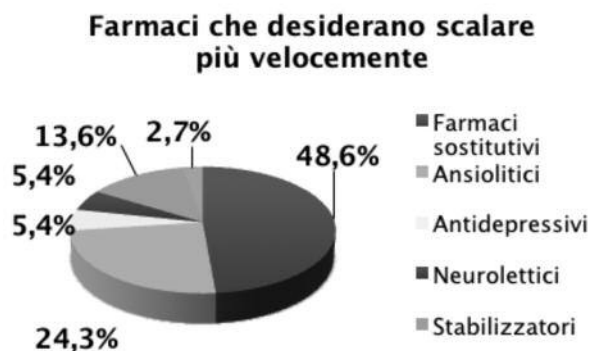


Figura 4



supposti effetti collaterali, il non voler sentirsi “schia-vo” della terapia e anche questioni pratiche come il voler riottenere la patente.

La diversione indagata con la domanda “Ti è mai capitato di cedere/vendere questi farmaci ad altre persone che non avevano una prescrizione medica?”, sembra interessare solo il 32% del nostro campione e i motivi più frequentemente indicati per spiegarla sono stati: ottenimento di favori personali, sesso e soldi; si verificherebbe una o più volte a settimana e soprattutto per strada.

La maggior parte dei partecipanti sembra avere scarsa consapevolezza delle potenziali conseguenze negative rispetto ai comportamenti di misuso e diversione, tuttavia, in generale, si riscontra un atteggiamento prevalentemente positivo nei confronti della terapia farmacologica, con un riconoscimento della sua utilità (Figura 4).

Questo studio è stato pensato per rilevare gli atteggiamenti dei nostri pazienti in comunità rispetto alla terapia farmacologica e per cercare di verificare l'incidenza di alcuni comportamenti di misuso e diversione che talvolta vengono messi in atto anche in comunità, in modo da poter pensare a degli interventi che accrescano la conoscenza dei pazienti rispetto agli effetti dei farmaci, nei confronti dei quali ci sono spesso pregiudizi e vere e proprie “false credenze”, così da favorire la compliance nei confronti della figura del medico e delle terapie, talora necessarie a lungo termine, e una maggiore fiducia nel medico e nelle altre figure curanti. A tal fine, la ricerca si concluderà con un momento di restituzione a livello di gruppo, nelle varie sedi operative interessate, dei risultati emersi dal questionario, con la possibilità e l'intento di sollecitare un momento di discussione e confronto tra gli utenti, i medici e gli operatori qualificati, sui temi indagati.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- LUCCHINI A., *Società Consumi Dipendenze. Principi Contesti Servizi*, Milano, Franco Angeli, 2014.
- KAYE S., DARKE S., *The diversion and misuse of pharmaceutical stimulants: what do we know and why should we care*. *Addiction*. 2012; 107(3): 467-77.
- *Ricerca Gfk Eurisko e FeDerSerD, La tossicodipendenza oggi e suo trattamento nell'esperienza dei Ser.T.* Fonte: *Quotidianosanita.it*, 21 giugno 2011.

7

IL MISUSO NEI PAZIENTI IN TERAPIA SOSTITUTIVA OPIOIDE PRESSO 27 SER.D ITALIANI: QUAL È LA SOSTANZA PIÙ PERICOLOSA?

**Laura Morbioli*, Lorenzo Zamboni*,
Valentina Peroni, Fabio Lugoboni e GICS****

* Servizio di Medicina delle Dipendenze, AOUI Verona

** G.I.C.S., Gruppo Intersert di Collaborazione Scientifica (L. Andreoli, V. Balestra, O. Betti, C. Biasin, C. Bossi, A. Bottazzo, A. Bove, R. Bressan, B. Buson, E. Caccamo, V. Calderan, S. Cancian, G. Canzian, F. Cantachin, D. Cantiero, D. Cargnelutti, L. Carraro, D. Casalboni, R. Casari, G. Certa, M. Cibir, P. Civitelli, M. Codogno, T. Cozzi, D. Danieli, L. De Cecco, A. Dei Rossi, E. Dell'Antonio, R. Del Zotto, M. Faccini, M. Fadelli, E. Favero, A. Fiore, B. Fona, A. Franceschini, E. Gaiga, M. Gardiolo, N. Gentile, N. Ghezzi, M. Giacomini, G. Giuli, L. Giannessi, G. Guescini, B. Hanife, S. Laus, G. Mantovani, A. Manzoni, S. Marescatto, M. Mazza, D. Meneghello, C. Meneguzzi, D., E. Milan, Mussi, E. Nardi, F. Nardozi, A. Natoli, M. Pagnin, P. Pagnin, A. Pani, V. Pavani, P. Pellachin, F. Peroni, V. Peroni, T. Pezzotti, M. C. Pieri, Povellato L., D. Prosa, B. Pupulin, M. Ripoli, G. Raschi, C. Resentera, M. Residori, P. Righetti, P. Riscica, V. Rizzetto, M. Rotini, A. Rovea, R. Sabbioni, D. Saccon, E. Santo, E. Savoini, M. Scarzella, C. Smacchia, P. Simonetto, M. Stellato, C. Stimolo, L. Suardi, M. Trevisan, G. Urzino, A. Vaiana, A. Valent, M. Vidal, A. Zamai, A. Zanchettin, V. Zavan, G. Zecchinato, M. Zerman, G. Zinfolino)

Introduzione

Nel mondo oltre 16.000.000 di persone fanno uso di oppioidi illegali, di questi oltre la metà usa eroina, i rimanenti fanno uso di morfina o oppioidi su prescrizione che diventano oggetto di diversione e/o misuso. Per misuso si intende un qualunque uso di un farmaco in modo diverso dalla prescrizione medica; si riferisce alle modalità di assunzione dei farmaci, in dosaggi superiori o inferiori a quelli prescritti, oppure mediante via intranasale o iniettiva. Il termine diversione invece indica un dirottamento non autorizzato di un farmaco o la sua appropriazione e attiene alle modalità con cui i soggetti ottengono il farmaco.

Come noto dalla letteratura, i pazienti che iniettano droghe per via endovenosa hanno una mortalità molto più alta della popolazione generale, non solo per le infezioni correlate (HIV, HCV, HBV) ma anche per problemi di overdose, incidenti stradali, epatopatie ed altre patologie (Quaglio et al. 2001). Dati provenienti da

tutto il mondo indicano che sia il metadone (MTD) che la buprenorfina (BUP) sono oggetto di diversione e misuso da parte degli utilizzatori di oppioidi. In particolare, l'utilizzo non terapeutico di BUP è drammaticamente aumentato negli ultimi 5 anni, soprattutto nei soggetti che fanno ancora uso di eroina (Theodore et al, 2014).

L'utilizzo endovenoso del MTD è, secondo una ricerca canadese, indice di una forte addiction e di una situazione sociale e di qualità di vita altamente compromessa (Tucker et al, 2015). Ad ogni modo, le terapie sostitutive hanno migliorato la situazione generale degli eroinomani in quanto sono drasticamente calate le loro percentuali di mortalità, comorbilità e di incarcerazione (Amato, Minozzi, Davoli, & Vecchi, 2011; Mattick, Breen, Kimber, & Davoli, 2009; Mattick, Kimber, Breen, & Davoli, 2008). La diversione di MTD in soggetti con una terapia oppioide in atto aumenta il rischio di un'overdose potenzialmente fatale (Madden et al, 2011, Weimer et al, 2011). In letteratura si registra un maggiore rischio di diversione con la BUP rispetto al MTD (Winstock & Lea, 2010; Winstock et al., 2008), ma un alto controllo da parte del personale sanitario sull'assunzione delle terapie sostitutive riduce notevolmente questo rischio (Dale-Perera et al., 2012; Duffy & Baldwin, 2012).

È noto da tempo che anche le benzodiazepine (BZD) sono oggetto di misuso (Vogel et al, 2013).

Alcuni dei potenziali pericoli associati a diversione e misuso sono: bassa aderenza al trattamento e risultati scarsi, spesso associati all'uso persistente di sostanze; rischi dell'uso per via iniettiva (infezioni sistemiche da batteri e funghi provocate dall'uso per via iniettiva; rischi tromboembolici, potenzialmente molto gravi) (Fugelstad et al, 2007); rischio di overdose; cattiva reputazione dei programmi di trattamento e quindi diffidenza dei nuovi utenti. Lo scopo del lavoro è stato: 1) valutare in che proporzione i pazienti in terapia sostitutiva oppioide ricorrono al Pronto Soccorso (PS) per problemi legati all'abuso di sostanze, dato indiretto di rischio per la salute e l'integrità fisica dei pazienti; 2) valutare il rischio di accesso al PS correlato al misuso delle BZD.

Materiali e metodi

Nel corso dell'anno 2015, sono stati inviati dei questionari sul misuso a 27 SerD italiani, nel contesto dello studio "Misuso Intravenoso Oppioidi Sostitutivi nei SerD" (M.IN.O.S.SE), da far compilare in modo anonimo ai pazienti presi in carico in terapia sostitutiva oppioide. I criteri di inclusione sono stati: eroinomani in terapia sostitutiva oppioide (MTD o BUP) da almeno 3 mesi, maggiorenni, senza nessun'altra distinzione. Nessun benefit è stato previsto. Gli unici criteri di esclusione sono stati la minore età e l'assenza di una terapia con MTD o BUP. I pazienti hanno portato a casa il questionario e lo hanno restituito una volta completato agli operatori del SerD di appartenenza. Il questionario è stato messo a punto dopo aver tenuto due focus group specifici in due SerD diversi. Il primo ha avuto come obiettivo la comprensione delle domande (alcune domande sono state cambiate); il secondo ha cercato di ottimizzare il rispetto dell'anonimato, indi-

cando nella consegna anonima (all'interno di apposita urna) la maniera più idonea in tal senso. Vi è stata l'approvazione del Comitato Etico. La raccolta dei dati è cominciata nel mese di giugno 2015 e terminata in agosto 2015. Per il seguente studio, sono state analizzate le risposte di una parte soltanto delle domande, relative ai seguenti temi:

1. Sesso
2. Età
3. Terapia attuale (principio e dosaggio)
4. Assunzione della terapia sostitutiva oppioide per via endovenosa
5. Assunzione di BZD per via endovenosa
6. Accessi in PS a causa delle droghe (e numero di volte)

Sono stati valutati nulli i questionari in cui mancavano le risposte relative alla domanda 3. Tutte le informazioni sono state processate con SPSS 11.5 software statistico (SPSS 11.5, SPSS Inc., Chicago, IL).

Risultati

I questionari raccolti sono 2202, di cui 1958 ritenuti validi (pari all'89%), 244 nulli (pari al 11%). Dei 1958 pazienti, 1569 erano maschi (80,1%), 389 femmine (19,1%). La fascia di età più rappresentata è quella dai 40 ai 50 anni (33,4% del campione).

Tabella 1 – Sesso e terapia sostitutiva oppioide

Sesso	Terapia sostitutiva oppioide				Totale
	Subutex	Metadonc	Metadone 5%	Suboxone	
Maschio	208	432	733	196	1568
Femmina	43	123	186	37	389
Totale	251	555	919	233	1958

1474 pazienti assumevano MTD, in qualsiasi formulazione (75,3%), e 484 pazienti BUP (24,7%). 572 pazienti (il 29% del campione totale) dichiara di aver iniettato in vena MTD o BUP almeno una volta nella vita; il 71% dichiara invece di non averli mai iniettati in vena.

598 pazienti (30,5% del totale) dichiarano di aver iniettato BZD in vena almeno una volta nella vita.

1302 pazienti (66% del totale) sono andati in PS almeno una volta per problemi legati all'uso di sostanze. La media degli accessi in PS, tra questi pazienti, era di 3,7 volte (range 1-64, DS 4,72); la mediana era di 2 volte.

Tabella 2 – Età e misuso di farmaci oppioidi nei pazienti ricorsi al PS (p<0,001)

Età	Nr pz misusatori	Totale
15-20	4	1,49%
20-25	27	10,04%
25-30	50	18,59%
30-35	38	14,13%
35-40	43	15,99%
40-50	84	31,23%
>50	23	8,55%
Totale	269	100,00%

Grafico 1: accessi al PS in base alla sostanza misusata e numero di volte

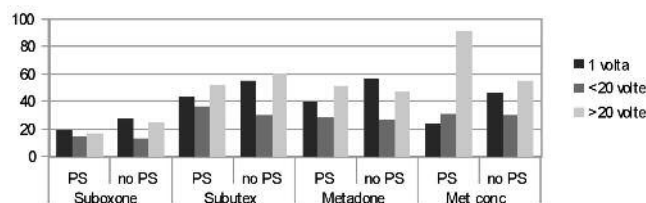
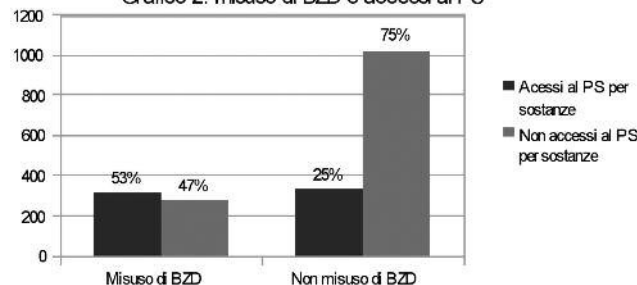


Grafico 2: misuso di BZD e accessi al PS



Discussione

Il rapporto maschi:femmine è di 5:1 e rispecchia i dati di letteratura (Use of Illicit drugs, 2012; Quaglio et al, 2004).

La terapia oppioide più rappresentata è il MTD concentrato, assunto da quasi metà del campione. Il MTD all'1% è invece utilizzato sempre meno nei SerD, ma è ancora usato da una percentuale consistente di tossicodipendenti (TD). Il MTD concentrato, nel nostro campione, è stato il più misusato in assoluto; inoltre, è quello che è stato iniettato per un grande numero di volte dai misusatori. Questo può essere dovuto al fatto che è anche uno degli strumenti più usati. D'altra parte, viene da pensare che la soluzione concentrata risulti maggiormente appetibile e che pertanto un eroinomane possa preferire quella rispetto alla soluzione all'1%.

In base a quanto emerso dal presente studio, il sesso sembra non essere un fattore predittivo né di accessi al PS, né di misuso di oppioidi o di BZD, contrariamente a quanto avviene nella popolazione generale dove le BZD sono usate in percentuale nettamente superiore dalle femmine. Il misuso di oppioidi non sembra correlare con gli accessi in PS; il misuso di BZD invece correla positivamente (p<0,05), mostrando che un loro utilizzo per via endovenosa potrebbe essere più dannoso rispetto ad un misuso di MTD/BUP.

Analizzando la distribuzione in fasce di età del camp-

one totale, si nota che quasi metà dei pazienti hanno un'età superiore ai 40 anni, confermando i dati di letteratura secondo cui si sta assistendo ad un invecchiamento della popolazione dei SerD.

Confrontando l'età di misusatori e non misusatori, non si è rilevata alcuna differenza statisticamente significativa; ciò indica una distribuzione uniforme del fenomeno del misuso nelle diverse fasce d'età. Per quanto riguarda però i pazienti che sono ricorsi alle cure mediche del PS per motivi legati all'abuso di sostanze, la distribuzione è molto diversa: i pazienti con misuso più giovani (sotto ai 40 anni) hanno mostrato statisticamente una maggior probabilità di finire in PS rispetto a quelli di età superiore. I dati parrebbero indicare quindi che un misuso pericoloso per la salute (per frequenza, entità, poliabuso?) si riscontra nei TD più giovani. Tale dato potrebbe sovrapporsi all'osservazione di un aumento dei disturbi di personalità osservato nelle generazioni più giovani.

Un limite del presente studio è non aver indagato la terapia sostitutiva e il relativo dosaggio assunto nel momento in cui i pazienti hanno avuto bisogno delle cure mediche del PS, né se in quel momento si fossero già rivolti ad un SerD. Tuttavia, in letteratura non si registra alcuna correlazione tra il misuso e la dose terapeutica prescritta (Duffy & Baldwin, 2012).

Conclusione

Il misuso non è un problema marginale: coinvolge quasi un terzo del nostro campione (lievemente maggiore per BZD che per oppioidi). Nel campione in esame, vi è stato un elevato ricorso al PS: due terzi del totale. È utile ribadire che questo non sembra essere influenzato dal misuso di oppioidi, quanto piuttosto da quello di BZD. MTD e BUP rimangono valide terapie nelle mani dei SerD, anche se richiedono una prescrizione attenta da parte del medico curante (Pilgrim et al, 2013, Bernard et al, 2013). Questo studio non evidenzia quindi la necessità di una maggior limitazione dell'affido, elemento che potrebbe favorire misuso e diversione. Ciò che andrebbe valutato più attentamente è il misuso delle BZD: non solo il loro misuso sembra influenzare gli accessi al PS, ma il loro uso in generale, soprattutto se a dosi extraterapeutiche e per lunghi periodi di tempo, influenza negativamente la salute e la qualità di vita dei soggetti (Lugoboni et al, 2014). È noto che molti TD si avvicinano alle BZD proprio nei SerD, dove vengono spesso prescritte, naturalmente a dosi terapeutiche, in compresse, e spesso con consegna diretta. Questo potrebbe indurre a pensare sia sufficiente a limitarne l'abuso. Così spesso non è. I TD, specialmente quelli caratterizzati da un disturbo di personalità (potremmo definirli di tipo B, utilizzando il criterio di Cloninger), hanno un profondo squilibrio del sistema GABAergico e sono quindi particolarmente sensibili all'uso/abuso delle BZD. Come già lapidariamente affermato da Mary Brunette, prescrivere le BZD ai TD ha come unico risultato promuoverne l'abuso (Brunette et al, 2003).

BIBLIOGRAFIA

1. Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M., & Vecchi, S. (2011). Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, <http://dx.doi.org/>
2. Bernard JP, Havnes I, Slordal L, et al. Methadone-related deaths in Norway. *Forensic Sci Int*. 2013;224:111-116.
3. Brunette M.F., Douglas L., Noordsy, Haiyi X., Robert E. D. (2003). Benzodiazepine use and abuse Among Patient with Severe Mental illness and Co-Occurring Substance Use Disorder. *Psychiatry Services*. 54: 1395-1399.
4. Dale-Perera, A., Goulão, J., & Stöver, H. (2012). Quality of care provided to patients receiving opioid maintenance treatment in Europe: Results from the EQUATOR analysis. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 14, 23-38.
5. Duffy, P., & Baldwin, H. (2012). The nature of methadone diversion in England: A Merseyside case study. *Harm Reduction Journal*, 9, <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7517-9-3>.
6. Fugelstad, A., Stenbacka, M., Leifman, A., Nylander, M., & Thiblin, I. (2007). Methadone maintenance treatment: The balance between life-saving treatment and fatal poisonings. *Addiction*, 102, 406-412. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01714.x>
7. Lugoboni et al. Evaluation of the Quality of Life in 171 patients undergoing Methadone Maintenance Treatment and in 46 monodependent benzodiazepine patients. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*. 2014; 16(4):5-13.
8. Madden ME, Shapiro SL. The methadone epidemic: Methadone-related deaths on the rise in Vermont. *Am J Forensic Med Pathol*. 2011;32:131-135.
9. Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J., & Davoli, M. (2009). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002209.pub2>.
10. Mattick, R., P., Kimber, J., Breen, C., & Davoli, M. (2008). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002207.pub3>.
11. Pilgrim JL, McDonough M, Drummer OH. A review of methadone deaths between 2001 and 2005 in Victoria, Australia. *Forensic Sci Int*. 2013;226:216-222.
12. Quaglio GL, Lugoboni F, Pajusco B, Fornasiero A, Lechi A, Mezzelani P, Pattaro C, Des Jarlais DC, GICS (2004). Heterosexual relationships among heroin users in Italy. *Drug Alcohol Dependence* 75:207-13.
13. Quaglio G, Talamini G, Lechi A, Venturini L, Lugoboni F, Mezzelani P; Gruppo Intersert di Collaborazione Scientifica (GICS). Study of 2708 heroin-related deaths in north-eastern Italy 1985-98 to establish the main causes of death. *Addiction*. 2001 Aug;96(8):1127-37.
14. Theodore J. Cicero, Matthew S. Ellis, Hilary L. Surratt, Steven P. Kurtz, Factors contributing to the rise of buprenorphine misuse: 2008-2013, *Drug and Alcohol Dependence* 142 (2014) 98-104.
15. Tucker D, Milloy MJ, Hayashi K, Nguyen P, Kerr T, Wood E. Factors Associated with Illicit Methadone Injecting in a Canadian Setting, *The American Journal on Addictions*, 24: 532-537, 2015.

16. Use of Illicit Drugs in Italy. Dati 2012. www.quotidianosanita.it
17. Vogel M, Knöpfli B, Schmid O, Prica M, Strasser J, Prieto L, Wiesbeck GA, Dürsteler-Macfarland KM. Treatment or "high": benzodiazepine use in patients on injectable heroin or oral opioids. *Addict Behav.* 2013 Oct;38(10):2477-84. doi: 10.1016/j.addbeh.2013.05.008. Epub 2013 May 22.
18. Weimer MB, Korhuis PT, Behonick GS, et al. The source of methadone in overdose deaths in Western Virginia in 2004. *J Addict Med.* 2011;5:188-202.
19. Winstock, A. R., & Lea, T. (2010). Diversion and injection of methadone and buprenorphine among clients in public opioid treatment clinics in New South Wales, Australia. *Substance Use & Misuse*, 45, 240-252, <http://dx.doi.org/10.3109/10826080903080664>.
20. Winstock, A. R., Lea, T., & Sheridan, J. (2008). Prevalence of diversion and injection of methadone and buprenorphine among clients receiving opioid treatment at community pharmacies in New South Wales, Australia. *The International Journal on Drug Policy*, 19, 450-458, <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.03.002>.

IL MISUSO: LA VERITÀ DELLE COMUNITÀ TERAPEUTICA

**Chiara Resentera¹, Lorenzo Zamboni¹,
Valentina Peroni¹, Riccardo Sollini,
Michele Rocelli, Umberto Pignoletti,
Giovanna Grillo, Fabio Lugoboni¹**

*¹Dipartimento Medicina Interna, Unità di Medicina
delle Dipendenze Verona, Policlinico GB Rossi,
37134 Piazzale Scuro Verona,
chiara.resentera@gmail.com*

Il misuso e la diversione sono due aspetti legati all'assunzione e all'ottenimento dei farmaci. La diversione, che interessa solo parzialmente questa trattazione, è il dirottamento non autorizzato di un principio farmacologico o la sua appropriazione, e si riferisce a come il soggetto ottiene il farmaco (amici, familiari, mercato nero). Il misuso (o uso improprio), su cui concentreremo il nostro studio, concerne la modalità di assunzione del farmaco stesso, in qualunque uso diverso dalla prescrizione medica. Esempi di misuso possono essere l'assunzione del medicinale in quantitativi diversi da quelli prescritti (superiori o inferiori) e la modalità di utilizzo (sniffato o iniettato rispetto alla via orale). Il misuso deve essere considerato a tutti gli effetti come un fenomeno strettamente legato alle dipendenze, oltre a rappresentare esso stesso una potenziale dipendenza.

L'utilizzo improprio di farmaci di terapie sostitutive per oppioidi (Metadone, Buprenorfina, Buprenorfina/Naloxone) nell'ambito delle dipendenze comporta molti rischi dal punto di vista clinico: primo fra tutti il rischio di overdose, che interessa in misura maggiore il misuso di Metadone rispetto a quello della Buprenorfina, a causa del minor impatto sul sistema respiratorio della Buprenorfina grazie al suo *ceiling effect* (Nutt DJ, 2015). La stessa Buprenorfina invece, quando utilizzata in co-abuso con altre sostanze come BZD comporta anch'essa un rischio di depressione respiratoria importante (Bell et al., 2009; Lee SC et al., 2014).

Va considerato inoltre il rischio infettivologico, associato all'utilizzo di qualsiasi sostanza per via iniettiva. Non da ultimo il misuso implica diverse problematiche di relazione tra il paziente ed il setting di cura, incidendo sulla qualità della relazione di cura.

Considerata la complessità del fenomeno si è deciso di valutare l'utilizzo improprio di farmaci in un campione di popolazione omogeneo identificabile nelle comunità terapeutiche (CT) in diverse zone d'Italia. La scelta non casuale di puntare la lente su un campione ristretto presenta a nostro avviso alcuni vantaggi: l'indagine è completa in quanto analizza tutti i soggetti presenti in quel setting in un determinato momento, ovviamente ad una probabile dispersione dei dati che insorge

rebbe con interviste a macchia in altre strutture. Nondimeno l'aspetto comunitario rende possibile un'indagine più confidenziale.

Obiettivi

Il presente studio, multicentrico, ha avuto lo scopo di porre il focus sul misuse di farmaci in terapia sostitutiva a lungo termine (Suboxone, Subutex, Metadone, Metadone concentrato) e delle benzodiazepine (BZD). Abbiamo studiato la prevalenza di tali fenomeni all'interno delle CT, valutando la sostanza interessata, la tempistica, le motivazioni, la gravità, ed infine la percezione del fenomeno che fornivano gli stessi utenti delle CT.

Metodi

È stato somministrato un questionario di 13 items consegnato in autonomia agli utenti delle CT, completamente anonimo e senza ricompensa alcuna. Le comunità che hanno partecipato allo studio sono: Casa Emmaus Iglesias, Fratello Sole, L'Aquilone, Associazione Arcobaleno, Ca' delle Ore. I criteri di inclusione sono stati: la maggiore età dei soggetti ed il fatto che questi dovessero essere od in terapia sostitutiva in MTD o BUP oppure essere entrati nel percorso terapeutico di CT per scalare la stessa terapia sostitutiva per poi toglierla. L'intervista è stata svolta nel periodo di tempo tra giugno e settembre 2015. In tutto sono stati raccolti 59 questionari.

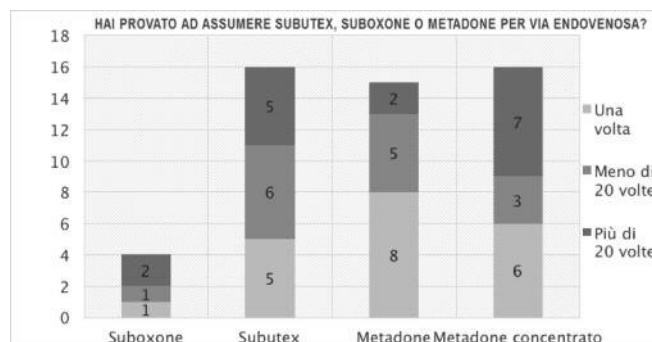
Risultati

Sono stati analizzati 59 questionari: 58 compilati da soggetti di sesso maschile e 1 soltanto da una femmina. Nessuno dei questionari è stato ritenuto non valido. La fascia prevalente d'età è risultata essere tra i 31 ed i 35 anni. Il 71% dei rispondenti il questionario, prima di iniziare il percorso terapeutico in CT, utilizzava eroina in via endovenosa, il 15% fumandola ed il 14% per via inalatoria.

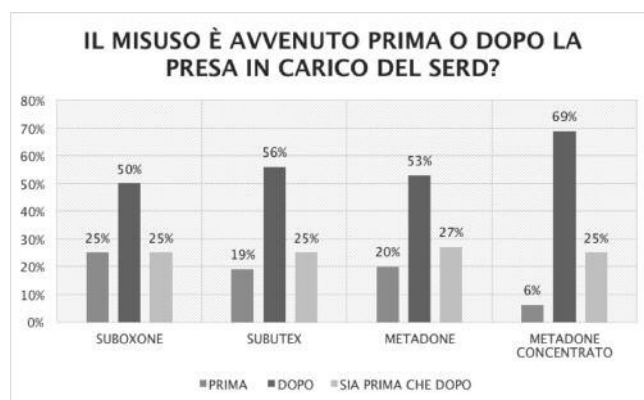
Attualmente il 37% (22) dei soggetti della CT che si sono sottoposti al questionario è in terapia con MTD concentrato, il 12% (7) in MTD, in terapia con Suboxone risultano essere il 3% (2) e non ci risulta nessun soggetto in terapia con Subutex; il 48% non risulta attualmente in terapia.

Il 51% (30) di coloro che hanno risposto al questionario affermano di aver utilizzato Subutex, Suboxone o Metadone (distinto in concentrato e non concentrato) per via endovenosa ed in alcuni casi più di un differente medicinale era stato sperimentato attraverso tale modalità. Sia il Subutex che il Metadone concentrato sono stati scelti dalla stessa percentuale degli intervistati: 31% (16). Il Metadone era invece usato dal 30% (15) dei soggetti, mentre il Suboxone è stato sperimentato per via endovenosa soltanto dall'8% (4) dei soggetti.

Possiamo notare come la maggior parte 65% (20) degli intervistati abbia utilizzato il farmaco per via endovenosa dopo essere stata presa in carico dal SerD, una percentuale del 16% (4) prima di essersi rivolti al SerD, mentre il 19% (5) degli intervistati sia prima che dopo in egual modo.



Ai soggetti è stato inoltre chiesto quanti, tra i loro conoscenti, avessero utilizzato in maniera impropria i quattro differenti farmaci: per quanto riguarda il Metadone non concentrato, il 37%, relativamente la maggioranza, degli intervistati sostiene che meno di una decina tra i propri conoscenti ne abbia misusato. Il 29% (17) degli intervistati, rappresentando la maggioranza di loro, sostiene che nessuno dei loro conoscenti abbia utilizzato in maniera impropria Metadone concentrato, dato che contrasta i nostri risultati; anche per il Suboxone la maggior parte, il 68% (40), dei soggetti dichiara di non conoscere chi ne abbia misusato. Infine sul Subutex la maggioranza, al 41% (24), si esprime dicendo che circa una decina tra i loro conoscenti ne ha fatto misuso.



Nel questionario è stato chiesto quale fosse stato il motivo che avesse spinto all'utilizzo del medicinale per una via diversa da quella prevista: il 35% (11) dei partecipanti segnala che la volontà di trovare piacere od euforia è stata la motivazione principale; il 32% (10) di loro avrebbe invece utilizzato il farmaco per via endovenosa allo scopo di alleviare i sintomi astinenziali e nel 13% (4) dei casi invece la ricerca di un effetto potenziante le altre sostanze è stato il motivo che ha portato al misuse del medicinale. Tuttavia il 19% (6) dei partecipanti riconosce cause diverse da quelle elencate, specificando in due casi come motivazioni "non avevo altro" e "volevo vedere se mi sballava". Nessuna tra le sostanze è risultata essere correlata con una delle singole motivazioni, risultando le diverse motivazioni equidistribuite tra le diverse sostanze.



È stato chiesto se l'esperienza fosse stata positiva o negativa e, nel 38% (11) di coloro che avevano utilizzato il farmaco impropriamente è risultata essere positiva mentre il 62% (18) di loro definisce l'esperienza negativa.

In una domanda si chiedeva loro se, oltre ai farmaci del piano terapeutico sostitutivo per oppioidi, avessero mai misusato di BZD. Nel 52% (31) dei casi i soggetti in CT hanno utilizzato BZD per via endovenosa, nel 22% (13) di costoro le BZD sono state utilizzate in maniera impropria con una frequenza superiore alle 20 volte lifetime, mentre nel 31% (18) con una frequenza minore alle 20 volte lifetime.

Si può notare come il 47% (15) degli intervistati che hanno misusato di BZD lo abbiano fatto sia prima che dopo la presa in carico del SerD, il 19% (6) di loro invece soltanto prima della presa in carico ed il 34% (11) dopo l'avvenuta presa in carico del SerD.



Infine nel questionario veniva chiesto a tutti i partecipanti se mai avessero avuto un accesso in Pronto Soccorso per problemi legati all'utilizzo di droghe: il 41% (24) nega di essersi mai recato, il 59% (35) dei soggetti in CT invece ha avuto accessi in Pronto Soccorso legati all'utilizzo delle droghe. Dai nostri dati non risulta che chi ha utilizzato il farmaco della terapia sostitutiva in atto per via endovenosa abbia avuto più accessi di chi invece ha utilizzato il farmaco sempre per via appropriata (P=0,67).

Discussione

I risultati emersi dal nostro studio forniscono un importante dato riguardo i pazienti dipendenti da eroina in terapia sostitutiva sui quali è stata svolta l'indagine, la maggioranza dei quali ha avuto una o più esperienze legate al misuso. A nostra conoscenza non esistono attualmente studi nazionali che riportino dati simili perciò il confronto è risultato difficile. Uno studio del 2008 condotto a New York riporta, tra gli utilizzatori di eroina, una prevalenza lifetime del 52,6%

di utilizzo di Metadone per via endovenosa. (Ompad DC et al., 2008). Rileviamo poi che tra i farmaci utilizzati per la terapia sostitutiva sono scelti con maggior frequenza Subutex e Metadone concentrato. Questo risultato conferma i dati internazionali sull'utilizzo di tali sostanze, che affermano un incremento di misuso di buprenorfina negli ultimi anni (Cicero TJ et al., 2014). Per valutare anche in maniera indiretta le dimensioni del fenomeno il nostro lavoro ha indagato tramite i soggetti intervistati quale fosse, a loro conoscenza, l'utilizzo dei differenti quattro farmaci in maniera impropria. Ciò che viene da loro affermato è in parte contrastante con ciò che invece risulta dalla nostra analisi, poiché la maggioranza non conosce persone che abbiano misusato di Metadone concentrato, farmaco che invece è risultato uno dei due di cui si è compiuto maggior misuso. Questo dato potrebbe essere spiegato dalla diversa provenienza, anche geografica, dei soggetti rispondenti. Un altro dato interessante evidenziato dalla ricerca è il fatto che la maggior parte di coloro che hanno usato il Suboxone per via endovenosa l'ha fatto dopo essere stata preso in carico dal SerD ed in tutti i casi è stato scelto dai soggetti per cercare un effetto euforizzante. Tutti i soggetti che hanno utilizzato Suboxone per via endovenosa hanno sperimentato nello stesso modo almeno altri due farmaci sia tra gli agonisti parziali o agonisti sia tra le BZD, quasi a configurare in parte il profilo di poliabusatore *novelty/sensation seeking*.

Anche per quanto riguarda Metadone, Metadone concentrato e Subutex la maggior parte di coloro che utilizzava tali farmaci lo ha fatto dopo essere stato preso in carico dal SerD: questo è un eloquente dato da non tralasciare. L'alta percentuale di utilizzo improprio di BZD è un dato rilevante e confermato anche da alcuni lavori internazionali dove il tasso percentuale in pazienti in terapia sostitutiva era simile a quello da noi rilevato (Bramness JG et al., 2007; Chen et al., 2011). Il fatto che non ci sia cambiamento nel misuso di BZD tra prima e dopo la presa in carico al SerD smentisce in parte ciò che dicono alcuni autori, secondo i quali l'abuso di BZD in pazienti dipendenti da oppioidi sia una carenza del sistema recettoriale oppioide. Ciò non è vero, poiché è stato individuato il sistema recettoriale GABAergico come il target principale di poliabusatori tipo B correlati ai disturbi di personalità ed un insorgenza più precoce di disturbo da uso di sostanze (Koob et al., 2010). Questi dati portano alla luce la problematica eterogenea della prescrizione di BZD in pazienti poliabusatori che deve allertare sulla possibilità di instaurare un'ulteriore dipendenza iatrogena.

Le criticità del nostro studio sono anzitutto la scarsa numerosità del campione, e la quasi totale mancanza del sesso femminile, che non ha permesso di fare confronti di genere.

D'altra parte se la quantità del campione è stata limitata, la completezza dei dati ottenuti utilizzando questo determinato tipo di setting, ovvero la CT, ha garantito risultati precisi evitando la dispersione dei dati: ciò sarebbe avvenuto al di fuori di una struttura comunitaria, tralasciando proprio quei soggetti che facevano uso improprio di farmaci. Punto di forza di questa ricerca è infatti l'ambiente, ovvero la comunità tera-

peutica in cui l'aspetto relazionale sia tra il terapeuta e il soggetto che tra i soggetti stessi è sicuramente privilegiato e condiviso.

Conclusioni

È necessario fare alcune riflessioni riguardo al misuse farmacologico, oltre che per il rischio clinico e quello della dipendenza, anche per migliorare il rapporto terapeutico. In primis è importante riflettere sul dosaggio terapeutico da proporre ai pazienti, cercando il dosaggio ottimale in cui raggiungendo il blocco recettoriale si possa diminuire il desiderio della sostanza e la eventuale comparsa di sintomi astinenziali (D'Egidio PF et al., 2013; Antonioni M., 2012). All'interno del percorso terapeutico è necessaria una relazione di cura più che mai trasparente, sicuramente supportata da un periodico e rigoroso controllo, basata sempre su obiettivi e metodi condivisi. Perciò è doverosa una preparazione degli operatori nel riconoscere i casi più a rischio di misuse ed evitare del tutto, quando possibile, alcune terapie come le BZD. Solo attraverso tale preparazione, unita ad un'indagine che miri alle cause profonde della patologia del paziente e ad una strategia scientificamente corretta (non solo per quanto riguarda la posologia) si può affrontare un disturbo disadattivo come il misuse, attraverso un piano di trattamento personalizzato e che ponga come centrale la posizione del paziente, soprattutto in una relazione di cura così a lungo termine.

BIBLIOGRAFIA

Antonioni Maria, Atti V Congresso Regionale FederserD Bologna 21/09/2015

Bell J, Trinh L, Butler B, Randall D, Rubin G. Comparing retention in treatment and mortality in people after initial entry to methadone and buprenorphine treatment. *Addiction*. 2009 Jul;104(7):1193-200

Bramness JG, Kornør H. Benzodiazepine prescription for patients in opioid maintenance treatment in Norway. *Drug Alcohol Depend*. 2007 Oct 8;90(2-3):203-9

Chen KW, Berger CC, Forde DP, D'Adamo C, Weintraub E, Gandhi D. Benzodiazepine use and misuse among patients in a methadone program. *BMC Psychiatry*. 2011 May 19;11:90.

Cicero TJ, Ellis MS, Surratt HL, Kurtz SP. Factors contributing to the rise of buprenorphine misuse: 2008-2013. *Drug Alcohol Depend*. 2014 Sep 1;142:98-104.

D'Egidio PF, Bignamini E, De Vivo E, Leonardi C, Pieri MC, González-Saiz F, Lucchini A; METODO Study Team. METODO, a prospective observational study to assess the efficacy and tolerability of methadone in heroin-addicted patients undergoing a methadone maintenance treatment: preliminary results at baseline evaluation. *Subst Use Misuse*. 2013 Dec;48(14):1530-40.

Koob GF, Zorrilla EP. Neurobiological mechanisms of addiction: focus on corticotropin-releasing factor. *Curr Opin Investig Drugs*. 2010 Jan;11(1):63-71.

Lee SC, Klein-Schwartz W, Doyon S, Welsh C. Comparison of toxicity associated with nonmedical use of benzodiazepines with buprenorphine or methadone. *Drug Alcohol Depend*. 2014 May 1;138:118-23

Nutt DJ. Considerations on the role of buprenorphine in recovery from heroin addiction from a UK perspective. *J Psychopharmacol*. 2015 Jan;29(1):43-9.

Ompad DC, Fuller CM, Chan CA, Frye V, Vlahov D, Galea S. Correlates of illicit methadone use in New York City: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2008 Oct 28;8:375.

ADHD DELL'ADULTO E MISUSO: UN CONFRONTO TRA 2 RICERCHE La direzione da seguire?

**Laura Morbioli*, Lorenzo Zamboni*,
Valentina Peroni, Fabio Lugoboni e GICS****

* Servizio di Medicina delle Dipendenze, AOUI Verona

** G.I.C.S., Gruppo Intersert di Collaborazione
Scientifica (L. Andreoli, V. Balestra, O. Betti, C. Biasin,

C. Bossi, A. Bottazzo, A. Bove, R. Bressan, B. Buson,
E. Caccamo, V. Calderan, S. Cancian, G. Canzian,

F. Cantachin, D. Cantiero, D. Cargnelutti, L. Carraro,
D. Casalboni, R. Casari, G. Certa, M. Cibir, P. Civitelli,

M. Codogno, T. Cozzi, D. Danieli, L. De Cecco,
A. Dei Rossi, E. Dell'Antonio, R. Del Zotto, M. Faccini,

M. Fadelli, E. Favero, A. Fiore, B. Fona,
A. Franceschini, E. Gaiga, M. Gardiolo, N. Gentile,

N. Ghezzi, M. Giacomini, G. Giuli, L. Giannessi,
G. Guescini, B. Hanife, S. Laus, G. Mantovani,

A. Manzoni, S. Marescatto, M. Mazza, D. Meneghello,
C. Meneguzzi, D., E. Milan, Mussi, E. Nardi, F. Nardozi,

A. Natoli, M. Pagnin, P. Pagnin, A. Pani, V. Pavani,
P. Pellachin, F. Peroni, V. Peroni, T. Pezzotti,

M.C. Pieri, Povellato L., D. Prosa, B. Pupulin, M. Ripoli,
G. Raschi, C. Resentera, M. Residori, P. Righetti,

P. Riscica, V. Rizzetto, M. Rotini, A. Rovea,
R. Sabbioni, D. Saccon, E. Santo, E. Savoini,

M. Scarzella, C. Smacchia, P. Simonetto, M. Stellato,
C. Stimolo, L. Suardi, M. Trevisan, G. Urzino,

A. Vaiana, A. Valent, M. Vidal, A. Zamai,
A. Zanchettin, V. Zavan, G. Zecchinato, M. Zerman,
G. Zinfolino)

Introduzione

ADHD. La sindrome da deficit di iperattività ed attenzione (ADHD) è un quadro sintomatico caratterizzato da comportamenti disfunzionali, prevalentemente inattenzione, impulsività ed iperattività motorie, che rende difficoltoso il normale sviluppo e adattamento sociale infantile. La condizione viene diagnosticata circa tre volte più spesso nei maschi rispetto che nelle femmine.

Si tratta di una sindrome molto frequentemente si associa con altri disturbi psichiatrici e ciò non ne facilita la diagnosi. Quelli più frequentemente associati sono i disturbi della condotta, dell'apprendimento, i disturbi d'ansia, la depressione, il disturbo ossessivo-compulsivo, il disturbo bipolare (Sobanski et al, 2008; Sheridan et al, 1995). Si ritiene che l'ADHD interessi tra il 2 ed il 6-7% dei giovani al di sotto dei 18 anni di età, a seconda degli strumenti diagnostici impiegati. Si ritiene che le modifiche ai criteri diagnostici introdotti nel 2014 con il *DSM V* aumenterà la percentuale di persone con ADHD, soprattutto nella popolazione adulta.

I sintomi di ADHD sono molteplici, tra i quali:

- l'essere facilmente distratti, perdere i dettagli, dimenticare le cose, e spesso passare da un'attività all'altra;
- l'aver difficoltà a concentrarsi su una cosa, l'essere annoiati per un compito, dopo pochi minuti, a meno che non si stia facendo qualcosa di divertente, l'aver difficoltà a focalizzare l'attenzione sull'organizzazione e completamento di un compito o nell'imparare qualcosa di nuovo;
- sembrare non ascoltare durante la relazione verbale, sognare ad occhi aperti, andare in confusione e muoversi lentamente;
- avere più difficoltà di elaborazione delle informazioni degli altri, difficoltà a seguire le istruzioni. La predominanza di iperattività-impulsività può includere:
- avere difficoltà a star seduti, spesso contorcendosi, parlare senza sosta, toccare o giocherellare con qualsiasi cosa sia a portata di mano, essere costantemente in movimento, avere difficoltà a svolgere compiti o attività tranquille, essere molto impaziente, fare commenti inappropriati, mostrando le proprie emozioni senza inibizioni, e agire senza tener conto delle conseguenze, avere difficoltà nell'attendere cose che si vogliono o attendere il proprio turno, ridere spesso, con o senza un motivo reale, un comportamento aggressivo tre volte superiore ai coetanei sani (Sobanski et al, 2008; Yoshimasu et al, 1987).

I sintomi possono permanere anche in età adulta (ADHD-A) per circa la metà dei bambini ai quali è stato diagnosticato l'ADHD anche se tale stima è difficoltosa stante la carenza di dati per gli adulti. Tra il 2 e il 5 per cento degli adulti avrebbero l'ADHD. Circa i due terzi dei bambini con ADHD continuano a presentare la condizione da adulti. La quasi totalità degli adulti rimane non trattata e molti di essi intraprendono una vita disordinata e fanno uso di droghe e alcol. Altri problemi possono includere una difficoltà di relazione e di lavoro, con un aumento del rischio di attività criminali e patologie come depressione, disturbi d'ansia, difficoltà di apprendimento. Alcuni sintomi di ADHD negli adulti differiscono da quelli osservati nei bambini. Mentre i bambini con ADHD possono presentare un'attività fisica eccessiva, gli adulti possono sperimentare l'incapacità di rilassarsi o parlare eccessivamente in alcuni contesti sociali. Gli adulti con ADHD possono avviare rapporti impulsivamente, mostrano un comportamento di continua ricerca ed essere irascibili. Comportamenti di dipendenza, come l'abuso di sostanze e il gioco d'azzardo sono comuni. I criteri del DSM-IV sono stati criticati per non essere appropriati per la popolazione adulta (Sobanski et al, 2008; Biederman et al, 1993).

Il misuso. L'eroina, nella popolazione italiana, segnala ultimamente un lieve calo: dall'1,3% nel 2012 all'1,01% (CNR, 2015). In Italia la risposta terapeutica al fenomeno delle dipendenze patologiche arriva dai SerD, i servizi pubblici per le dipendenze, nei quali operano oltre 7.000 professionisti con varie specializzazioni. Dal profilo della distribuzione percentuale dei trattamenti erogati nel 2011 si può notare che il

66,4% si tratta di trattamento farmacologico (prevalentemente metadone, pari al 75,1% dei trattamenti farmacologici, e buprenorfina, pari al 13,6% dei casi). Dati provenienti da tutto il mondo indicano che sia il metadone (MTD) che la buprenorfina (BUP) sono oggetto di diversione e abuso da parte degli utilizzatori di oppioidi. L'utilizzo non terapeutico di BUP è drammaticamente aumentato negli ultimi 5 anni, soprattutto in quei soggetti che fanno ancora uso di eroina (Theodore et al, 2014). L'utilizzo endovenoso del MTD, è secondo una ricerca canadese, indice di una forte addiction e di una situazione sociale e di qualità di vita altamente compromessa (Tucker et al, 2015). A ogni modo il MTD resta un ottimo sostitutivo oppioide nelle dipendenze da eroina, anche se richiede una prescrizione attenta da parte del medico curante (Pilgrim et al, 2013, Bernard et al, 2013). Le terapie sostitutive hanno inoltre migliorato la situazione generale degli ex eroinomani, in quanto sono drasticamente calate le loro percentuali di mortalità, morbilità e di incarcerazione (Amato, Minozzi, Davoli, & Vecchi, 2011; Mattick, Breen, Kimber, & Davoli, 2009; Mattick, Kimber, Breen, & Davoli, 2008). La diversione di MTD in soggetti con una terapia oppioide in atto, aumenta il rischio di un'overdose potenzialmente fatale (Madden et al, 2011, Weimer et al, 2011). In letteratura si registra un maggiore rischio di diversione con la BUP rispetto al MTD (Winstock & Lea, 2010; Winstock et al., 2008), ma un alto controllo da parte del personale sanitario sull'assunzione delle terapie sostitutive, riduce notevolmente questo rischio (Dale-Perera et al., 2012; Duffy & Baldwin, 2012), dati non confermati, vista la presenza di ricerche che non trovano tale corrispondenza (Spunt et al., 1986; Winstock et al., 2008). Non si registra invece in letteratura alcuna correlazione tra il misuso e la dose terapeutica prescritta (Duffy & Baldwin, 2012). In Australia l'Illicit Drug Reporting System intervista ogni anno e in ogni stato gli utilizzatori di sostanze per via endovenosa (IDRS, 2011). Costoro costituiscono una popolazione sentinella in grado di indicare le nuove tendenze del mercato. L'automedicazione è stata la ragione più frequentemente addotta rispetto all'uso illegale di oppioidi regolarmente prescritti. La maggior parte di questi farmaci viene utilizzata per controllare i sintomi d'astinenza e per tentare l'autocura della dipendenza (Ajzen, 1991, 2001). I potenziali rischi legati al misuso sono i seguenti: bassa aderenza al trattamento e risultati scarsi, spesso associati all'uso persistente di sostanze e rischi dell'uso per via iniettiva (infezioni sistemiche da batteri e funghi provocate dall'uso per via iniettiva; rischi trombo embolici, potenzialmente molto gravi) (Fugelstad, Stenbacka, Leifman, Nylander, & Thiblin, 2007; Milroy & Forrest, 2000). Inoltre, rischi di overdose, cattiva reputazione dei programmi di trattamento e quindi diffidenza dei nuovi utenti.

Obiettivi

Gli obiettivi del nostro lavoro sono: descrivere la prevalenza di ADHD rilevato dal questionario ASRS v 1.1 nei soggetti MTD e BUP; descrivere la prevalenza nella ricerca M.IN.O.S.SE di soggetti in terapia sostitu-

tiva oppioide (OS) con episodi di misuso.

Metodi

Un questionario autosomministrato in autonomia, completamente anonimo e senza ricompensa alcuna, composto di una parte anagrafica e di una scala validata di valutazione (ASRS-v 1.1) è stato proposto a 1057 eroinodipendenti (ED), 778 maschi (76%) e 252 femmine (24%), in terapia sostitutiva (TS) da almeno 3 mesi. 788 ED (590 maschi e 198 femmine) erano in TS con MTD, 242 in TS con BUP (188 maschi e 54 femmine). Lo studio non prevedeva la valutazione di ED di altri tipi di terapia. Per la valutazione di ADHD, è stato utilizzata la Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v 1.1), più rispondente al campione da noi analizzato. I criteri dell'ASRS consentono di evidenziare la presenza di sintomi altamente predittivi circa la possibilità di essere in presenza di disturbo ADHD-A, in accordo coi criteri diagnostici del DSM-IV-TR e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. (Das et al, 2014; Caci et al, 2014). L'ASRS ha mostrato una sensibilità dell'86.7% e una specificità del 66.1%. Il questionario è stato somministrato in un breve lasso di tempo nell'agosto 2014 tra gli ED in TSM di 14 SerD del Nord Italia. In tutto sono stati raccolti 1057 questionari. Al M.IN.O.S.SE, hanno partecipato 26 SerD del Nord e del Centro Italia, i soggetti presi in esame erano assolutamente liberi di accettare o rifiutare lo studio, non hanno dunque subito nessuna pressione. La compilazione del questionario ha garantito il totale anonimato. Il questionario è stato somministrato a tutti gli ED maggiorenni in terapia con MTD o BUP da almeno 3 mesi, senza nessun'altra distinzione. Nessun benefit è stato previsto. Il questionario somministrato è stato costruito appositamente per la ricerca e indagava a 360° gli aspetti del misuso nei TD in terapia di SO. I partecipanti finali allo studio sono stati 1958 (88,91%), i questionari non validi raccolti sono stati 244 (11,08%) per un totale di 2202 soggetti coinvolti. La raccolta dei dati è cominciata nel mese di giugno 2015 e terminata in agosto 2015.

Risultati

Tabella 1 – La popolazione divisa per sesso e terapia

Sesso	Terapia		Mtd	%	Totale	%
	Bup	%				
Maschi	188	18,25	590	57,28	778	76,5
Femmine	54	5,24	198	19,22	252	23,5
Totale	242	23,49	788	76,51	1030	100,00

La maggior parte del campione è composta da pazienti in MTD (76,51% vs 23,49%), la maggioranza maschile emerge sia nel campione MTD che in quello BUP.

Dalla seconda tabella, emerge che il 19,2% dei soggetti presenta problemi suggestivi di ADHD-A, il 18,3 % dei maschi e il 21,8 % delle femmine. Il 14,5% risultano nella fascia "Alta predittività" del disturbo di ADHD-A. Il 14% dei maschi intervistati e il 15,9% delle femmine si posizionano nella fascia di "Alta predittività"

Tabella 2 – Risultati ASRS, sesso e terapia seguita da almeno 3 mesi

ASRS (gravità crescente)	Sesso	BUP	MTD
Negativo	Maschi	166	470
	Femmine	47	150
Alta predittività	Maschi	18	91
	Femmine	3	37
Necessità di approfondimento	Maschi	4	29
	Femmine	4	11

dell'ADHD-A. I soggetti che necessitano di un approfondimento diagnostico rispetto al campione totale sono il 4,7%. Nel gruppo dei maschi, il 4,2% e il 6% delle femmine necessitano di un approfondimento diagnostico. Se guardiamo la tabella dal punto di vista della terapia oppioide, emerge che: l'8,7% dei pazienti in BUP ottiene un risultato di alta predittività, nello stesso segmento i soggetti in MTD sono il doppio 16,2%. Il 3,3% dei PZ in BUP necessita di un approfondimento diagnostico contro il 5,1% dei PZ in MTD.

Tabella 3 – Misuso per sostanza e frequenza (MINOSSE) Sostanza

Sostanza	N Volte (% rispetto al campione totale)	
	<20 (%)	>20 (%)
Suboxone	28 (1,4)	42 (2,1)
Subutex	67 (3,4)	112 (5,7)
Tot. BUP	95 (4,8)	154 (7,8)
MTD	54 (2,8)	98 (5,0)
MTD_C	61 (3,1)	136 (6,9)
Tot. MTD	115 (5,9)	234 (11,9)

Dai dati del MINOSSE emerge che il 29% dei soggetti dichiarano di aver misusato MTD/BUP per via endovenosa almeno una volta.

Discussione e conclusioni. Confrontare le due ricerche non è possibile e non è nemmeno lo scopo di questo elaborato. Quello che si vuole proporre è una nuova idea di studio: una linea nuova, insolita e poco o nulla percorsa. Le percentuali tra ADHD e Misuso non si discostano di molto, con un suggestivo "overlapping". La popolazione è simile (SerD del Nord e Centro Italia), la numerosità dei campioni abbondante in entrambi i lavori (anche se con alcune mancanze nella ricerca sull'ADHD, dove le femmine in BUP sono molto poche). La percentuale aumenta la sua similarità se consideriamo i soggetti risultati positivi al test ASRS e i soggetti che hanno misusato meno di 20 volte e quelli che hanno misusato più di 20 volte. Nel campione MTD emerge un 17,8% di misusatori e nella BUP un 12,6%. Nei risultati sull'ADHD, il 21,31% dei MTD e l'11,98% dei BUP risulta positivo a qualsiasi livello al questionario ASRS. Potrebbe essere una nuova strada da percorrere. La vicinanza di queste percentuali potrebbe essere uno stimolo per cominciare uno studio che confronti queste due variabili. Molte caratteristiche dell'ADHD favoriscono un uso "scriteriato" di SO: per-

dere i dettagli, dimenticare le cose, essere spesso annoiati, non ascoltare, avere più difficoltà di elaborazione delle informazioni degli altri, difficoltà a seguire le istruzioni, agire senza tener conto delle conseguenze, avere difficoltà nell'attendere cose che si vogliono. L'idea è quella di proseguire in tempi brevi lo studio per vedere se c'è una correlazione tra misuso e ADHD, andare a vedere se i due campioni delle due ricerche si sovrappongono o se la similitudine delle percentuali non sia stata uno scherzo della statistica. Con questo lavoro si propone un'idea, si lancia una sfida. Siamo pronti a raccoglierla.

BIBLIOGRAFIA

- Sobanski E, Bruggemann D, Alm B, Kern S, Deschner M, Schubert T, Philipsen A, Rietschel M. (2007). Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 371-7.
- Sheridan MJ. (1995). A proposed intergenerational model of substance abuse, family functioning, and abuse/neglect. *Child abuse neglect*, 13:519-30.
- Yoshimasu K, Barbaresi WJ, Colligan RC, Voigt RG, Killian JM, Weaver, Biederman J, Munir K, Knee D. (1987). Conduct and oppositional disorder in clinically referred children with attention deficit disorder: a controlled family study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 13:724-7.
- Sobanski E, Bruggemann D, Alm B, Kern S, Philipsen A, Schmalzried H, Hesslinger B, Waschkowski H, Rietschel M. (2008). Subtype differences in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) with regard to ADHD-symptoms, psychiatric comorbidity and psychosocial adjustment. *Eur Psychiatry*, 13:142-9.
- Biederman J, Faraone SV, Spencer T, Wilens T, Norman D, Lapey KA, Mick E, Lehman BK, Doyle A. (1993). Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, 13:1792-8.
- Das D, Cherbuin N, Easteal S, Anstey KJ. (2014). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder symptoms and cognitive abilities in the late-life cohort of the PATH through life study. *PLoS One*, 9:e86552.
- Caci HM, Morin AJ, Tran A. (2014). Prevalence and correlates of attention deficit hyperactivity disorder in adults from a French community sample. *J Nerv Ment Dis.*, 202:324-32.
- Daigre C, Roncero C, Rodríguez-Cintas L, Ortega L, Llagoña A, Fuentes S, Pérez-Pazos J, Martínez-Luna N, Casas M. (2014) Adult ADHD Screening in Alcohol-Dependent Patients Using the Wender-Utah Rating Scale and the Adult ADHD Self-Report Scale. *J Atten Disord*. Epub ahead of print
- Gray S, Woltering S, Mawjee K, Tannock R. (2014) The Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): utility in college students with attention-deficit/hyperactivity disorder. *PeerJ*, 25;2:e324.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. (2001). Nature and operation of attitudes. *Annual Review of Psychology*, 52, 27-58
- Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M., & Vecchi, S. (2011). Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004147.pub4>.
- Bernard JP, Havnes I, Slordal L, et al. Methadone-related deaths in? Norway. *Forensic Sci Int*. 2013;224:111-116. ?
- Dale-Perera, A., Goulão, J., & Stöver, H. (2012). Quality of care provided to patients receiving opioid maintenance treatment in Europe: Results from the EQUATOR analysis. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 14, 23-38.
- Duffy, P., & Baldwin, H. (2012). The nature of methadone diversion in England: A Merseyside case study. *Harm Reduction Journal*, 9, <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7517-9-3>.
- Jennifer Stafford, Lucy Burns (2011). *Illicit Drug Reporting System (IDRS) National Report 2011*
- Fugelstad, A., Stenbacka, M., Leifman, A., Nylander, M., & Thiblin, I. (2007). Methadone maintenance treatment: The balance between life-saving treatment and fatal poisonings. *Addiction*, 102, 406-412. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01714.x>
- Madden ME, Shapiro SL. The methadone epidemic: Methadone-related ?deaths on the rise in Vermont. *Am J Forensic Med Pathol*. 2011;32:131- ?135.
- Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J., & Davoli, M. (2009). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002209.pub2>.
- Mattick, R. P., Kimber, J., Breen, C., & Davoli, M. (2008). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002207.pub3.?>
- Pilgrim JL, McDonough M, Drummer OH. A review of methadone deaths ?between 2001 and 2005 in Victoria, Australia. *Forensic Sci Int*. ?2013;226:216-222.
- Quaglio GL, Lugoboni F, Pajusco B, Fornasiero A, Lechi A, Mezzelani P, Pattaro C, Des Jarlais DC, GICS (2004). Heterosexual relationships among heroin users in Italy. *Drug Alcohol Dependence* 75:207-13.
- Theodore J. Cicero, Matthew S. Ellis, Hilary L. Surratt, Steven P. Kurtz, Factors contributing to the rise of buprenorphine misuse: 2008-2013, *Drug and Alcohol Dependence* 142 (2014) 98-104
- Devin Tucker, MD, M-J Milloy, PhD, Kanna Hayashi, PhD, Paul Nguyen, PhD, Thomas Kerr, PhD, Evan Wood, MD, PhD. Factors Associated with Illicit Methadone Injecting in a Canadian Setting, *The American Journal on Addictions*, 24: 532-537, 2015
- Spunt, B., Hunt, D. E., Lipton, D. S., & Goldsmith, D. S. (1986). Methadone diversion: A new look. *Journal of Drug Issues*, 16, 569-583.
- Use of Illicit Drugs in Italy. Dati 2012. www.quotidianosanita.it
- Weimer MB, Korhuis PT, Behonick GS, et al. The source of methadone ?in overdose deaths in Western Virginia in 2004. *J Addict Med*. ?2011;5:188-202.
- Winstock, A. R., & Lea, T. (2010). Diversion and injection of methadone and buprenorphine among clients in public opioid treatment clinics in New South Wales, Australia. *Substance Use & Misuse*, 45, 240-252, <http://dx.doi.org/10.3109/10826080903080664>.
- Winstock, A. R., Lea, T., & Sheridan, J. (2008). Prevalence of diversion and injection of methadone and buprenorphine among clients receiving opioid treatment at community pharmacies in New South Wales, Australia. *The International Journal on Drug Policy*, 19, 450-458, <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.03.002>.

MISUSO NEI SER.T: OSSERVAZIONE DEL FENOMENO E POSSIBILE IMPATTO DEI SERVIZI SULLE DIPENDENZE.

LO STUDIO M.IN.O.S.SE., UNA LANTERNA NELL'OSCURO UNIVERSO DEL MISUSO

**Lorenzo Zamboni*, Laura Morbioli*,
Valentina Peroni, Fabio Lugoboni e GICS****

* Servizio di Medicina delle Dipendenze, AOUI Verona
** G.I.C.S., Gruppo Intersert di Collaborazione Scientifica (L. Andreoli, V. Balestra, O. Betti, C. Biasin, C. Bossi, A. Bottazzo, A. Bove, R. Bressan, B. Buson, E. Caccamo, V. Calderan, S. Cancian, G. Canzian, F. Cantachin, D. Cantiero, D. Cargnelutti, L. Carraro, D. Casalboni, R. Casari, G. Certa, M. Cibir, P. Civitelli, M. Codogno, T. Cozzi, D. Danieli, L. De Cecco, A. Dei Rossi, E. Dell'Antonio, R. Del Zotto, M. Faccini, M. Fadelli, E. Favero, A. Fiore, B. Fona, A. Franceschini, E. Gaiga, M. Gardiolo, N. Gentile, N. Ghezzi, M. Giacomini, G. Giuli, L. Giannessi, G. Guescini, B. Hanife, S. Laus, G. Mantovani, A. Manzoni, S. Marescatto, M. Mazzo, D. Meneghello, C. Meneguzzi, D., E. Milan, Mussi, E. Nardi, F. Nardozi, A. Natoli, M. Pagnin, P. Pagnin, A. Pani, V. Pavani, P. Pellachin, F. Peroni, V. Peroni, T. Pezzotti, M.C. Pieri, Povellato L., D. Prosa, B. Pupulin, M. Ripoli, G. Raschi, C. Resentera, M. Residori, P. Righetti, P. Riscica, V. Rizzetto, M. Rotini, A. Rovea, R. Sabbioni, D. Saccon, E. Santo, E. Savoini, M. Scarzella, C. Smacchia, P. Simonetto, M. Stellato, C. Stimolo, L. Suardi, M. Trevisan, G. Urzino, A. Vaiana, A. Valent, M. Vidal, A. Zamai, A. Zanchettin, V. Zavan, G. Zecchinato, M. Zerman, G. Zinfollino)

Introduzione

L'eroina, sostanza in flessione rispetto al decennio scorso, segnala ultimamente una lieve ripresa: dall'1,2% nel 2011 all'1,3% (2% tra i maschi, 0,6% tra le ragazze) e anche tra gli assuntori frequenti (10 o più eventi nell'ultimo mese) si passa dallo 0,5% allo 0,6% (CNR, 2012). In Italia la risposta terapeutica al fenomeno delle dipendenze patologiche arriva dai Ser.D. Relativamente ai trattamenti erogati dai Servizi per le tossicodipendenze, secondo le informazioni pervenute dal Ministero della Salute nel 2011, i trattamenti erogati sono stati 186.073. Dal profilo della distribuzione percentuale dei trattamenti erogati nel 2011 si può notare che il 66,4% si tratta di trattamento farmacologico (prevalentemente metadone, erogato al 75,1% dei pazienti e la buprenorfina, erogata al 13,6% dei

soggetti) mentre il 33,4% è di tipo psico-sociale e/o riabilitativo non integrato con farmaci. Dati provenienti da tutto il mondo indicano che sia il metadone (MTD) che la buprenorfina (BUP) sono oggetto di diversione e misuso da parte degli utilizzatori di oppioidi. Le stime sulla prevalenza si basano sulle indagini dell'UNODC (Ufficio delle Nazioni Unite contro la Droga e il Crimine). L'utilizzo non terapeutico di BUP è drammaticamente aumentato negli ultimi 5 anni, soprattutto in quei soggetti che fanno ancora uso di eroina (Theodore et al, 2014). L'utilizzo endovenoso del MTD, è secondo una ricerca canadese, indice di una forte addiction e di una situazione sociale e di qualità di vita altamente compromessa (Tucker et al, 2015). A ogni modo il MTD resta un ottimo sostitutivo oppioide nelle dipendenze da eroina, anche se richiede una prescrizione attenta da parte del medico curante (Pilgrim et al, 2013, Bernard et al, 2013). Le terapie sostitutive hanno inoltre migliorato la situazione generale degli ex eroinomani, in quanto sono drasticamente calate le loro percentuali di mortalità, comorbidità e di incarcerazione (Amato, Minozzi, Davoli, & Vecchi, 2011; Mattick, Breen, Kimber, & Davoli, 2009; Mattick, Kimber, Breen, & Davoli, 2008). La diversione di MTD in soggetti con una terapia oppioide in atto, aumenta il rischio di un'overdose potenzialmente fatale (Madden et al, 2011, Weimer et al, 2011). In letteratura si registra un maggiore rischio di diversione con la BUP rispetto al MTD (Winstock & Lea, 2010; Winstock et al, 2008), ma un alto controllo da parte del personale sanitario sull'assunzione delle terapie sostitutive, riduce notevolmente questo rischio (Dale-Perera et al, 2012; Duffy & Baldwin, 2012), dati non confermati, vista la presenza di ricerche che non trovano tale corrispondenza (Spunt et al., 1986; Winstock et al., 2008).

Non si registra invece in letteratura alcuna correlazione tra il misuso e la dose terapeutica prescritta (Duffy & Baldwin, 2012). Nel mondo oltre 16.000.000 di persone fanno uso di oppioidi illegali, di questi oltre la metà usa eroina, i rimanenti fanno uso di morfina o oppioidi su prescrizione che diventano oggetto di diversione e/o misuso. In Australia l'Illicit Drug Reporting System intervista ogni anno e in ogni stato gli utilizzatori di sostanze per via endovenosa (IDRS, 2011). Costoro costituiscono una popolazione sentinella in grado di indicare le nuove tendenze del mercato. L'automedicazione è stata la ragione più frequentemente adottata rispetto all'uso illegale di oppioidi regolarmente prescritti. La maggior parte di questi farmaci viene utilizzata per controllare i sintomi d'astinenza e per tentare l'autocura della dipendenza (Ajzen, 1991, 2001).

I potenziali pericoli associati a diversione e uso improprio sono: bassa aderenza al trattamento e risultati scarsi, spesso associati all'uso persistente di sostanze. Rischi dell'uso per via iniettiva (infezioni sistemiche da batteri e funghi provocate dall'uso per via iniettiva; rischi trombo embolici, potenzialmente molto gravi) (Fugelstad, Stenbacka, Leifman, Nylander, & Thiblin, 2007; Milroy & Forrest, 2000). Rischi di overdose. Cattiva reputazione dei programmi di trattamento e quindi diffidenza dei nuovi utenti.

Obiettivi dello studio

Lo studio in questione si è occupato di osservare diversi aspetti del misuso nei Ser.D italiani, in questo specifico articolo gli obiettivi sono:

Valutare la prevalenza di misuso di sostitutivi oppioidi (SO) nei Ser.D italiani (MTD, BUP), dato mai valutato dagli organismi ufficiali, come il Dipartimento Politiche Antidroga, descrivere l'aspetto esperienziale soggettivo nel misuso di SO, osservare quali SO sono maggiormente misusati in termini di singole assunzioni e osservare i casi di singole assunzioni endovenose dei SO. Tutti questi obiettivi sono intersecati con la temporalità dell'accesso ai servizi per le tossicodipendenze (prima dell'accesso al Ser.D, dopo l'accesso al Ser.D, sia prima che dopo l'accesso al Ser.D). Si osserva infine l'impatto che hanno i Ser.D partecipanti allo studio "Misuso Intravenoso Oppioidi Sostitutivi nei Ser.D" (M.IN.O.S.SE), sul fenomeno del misuso.

Metodi

Hanno partecipato allo studio 26 Ser.D del Nord e del Centro Italia, i quali hanno ricevuto il materiale auto-compilativo da somministrare ai loro pazienti tramite posta elettronica e in formato PDF.

I soggetti presi in esame erano assolutamente liberi di accettare o rifiutare lo studio, non hanno dunque subito nessuna pressione. La compilazione del questionario ha garantito il totale anonimato dei soggetti, non è in alcun modo possibile risalire al singolo paziente che ha risposto alle domande. Il questionario è stato somministrato a tutti i tossicodipendenti (TD) maggiorenni in terapia con MTD o BUP da almeno 3 mesi, senza nessun'altra distinzione. Nessun benefit è stato previsto. I pazienti hanno portato a casa il questionario e restituito una volta completato agli operatori del Ser.D di appartenenza. I partecipanti finali allo studio sono stati 1958, i questionari non validi raccolti sono stati 244 per un totale di 2202 soggetti coinvolti. La raccolta dei dati è cominciata nel mese di giugno 2015 e terminata in agosto 2015.

Spiegazione degli strumenti

È stato elaborato un questionario su misura per la ricerca Misuso Intravenoso Oppioidi Sostitutivi nei Ser.D (M.IN.O.S.SE) il quale ha indagato diversi aspetti dei pazienti (PZ) in terapia SO: la modalità di assunzione dell'eroina, la terapia SO in atto, il misuso di SO, il misuso di benzodiazepine, i ricoveri nei servizi di emergenza ospedalieri, gli aspetti esperienziali nel misuso di SO, la terapie e il dosaggio seguito dai PZ, la situazione socio lavorativa, l'esperienza con altri PZ in terapia sostitutiva oppioide. Una volta approvato dal comitato etico, il questionario è stato somministrato dai diversi Ser.D.

Il campione

I partecipanti validi allo studio sono stati 1958, di cui 1568 maschi (80,1%) e 390 femmine (18,88%), con una prevalenza di soggetti con età compresa dai 41 ai 50 anni (33,4%), 572 soggetti (29% del campione) dichiara di essere o esser stato un misusatore di SO, mentre 1386 (61%) non risulta essersi iniettato per

endovena alcun sostitutivo. Il 37% del campione non ha un lavoro, il 43,1% ha un lavoro in regola, il 12,4% ha un lavoro precario, il 7,5% dichiara di avere un lavoro saltuario. La maggior parte dei maschi (45,2%) ha un lavoro regolare, contro il 35,7% che risulta essere disoccupato. Nel campione femminile, la maggior parte delle intervistate sembra non avere un lavoro (42,5%). Nella popolazione maschile che misusa di SO, la maggior parte dei soggetti risulta essere senza lavoro 41,4%, mentre nello stesso sesso che non presenta misuso la maggior parte dei soggetti lavora (48,4%). Nel campione femminile che misusa, la maggior parte non lavora (50%).

Risultati



Nel "grafico 2", si osserva l'esperienza soggettiva nel misuso di SO in relazione alla temporalità all'accesso ai servizi per le tossicodipendenze. Dei 572 misusatori, 432 ha risposto a tutte le domande, rientrando nell'incrocio delle 3 variabili del grafico 2. Da quest'ultimo si nota come 25% dei soggetti che misusano di Subutex dichiarino di aver avuto un'esperienza positiva anche dopo l'accesso al Ser.D. Il 31,3% dei soggetti che hanno misusato di Metadone concentrato (MTD_C) dichiara di aver avuto un'esperienza soggettiva positiva con il SO sia prima che dopo l'accesso al Ser.D. Solo il 7,4% dei misusatori ha utilizzato il Suboxone per endovena.

Tabella 1 – Sostanza misusata, episodi di misuso (meno di 20 volte, più di 20 volte), vengono esclusi i soggetti che hanno misusato in un singolo episodio.

Sostanza	N Volte (% rispetto al campione totale)	
	<20 (%)	>20 (%)
Suboxone	28(1,4)	42(2,1)
Subutex	67(3,4)	112 (5,7)
Tot. BUP	95(4,8)	154 (7,8)
MTD	54(2,8)	98(5,0)
MTD_C	61(3,1)	136(6,9)
Tot. MTD	115 (5,9)	234 (11,9)

Il 19,7% dei soggetti misusatori presi in esame, dichiara di aver misusato di SO per più di 20 volte, contro il 10,7% di soggetti che dichiara di aver fatto uso di SO per via endovenosa meno di 20 volte. La sostanza più misusata è il MTD_C (10%), seguito dal Subutex (9,1%), poi dal MTD (7,8%) e infine il Suboxone (3,5%). Non sembrano esserci grandi differenze, sul singolo episodio di misuso in relazione alla temporalità dell'accesso ai Ser.T di riferimento.

Limite dello studio

I soggetti misusatori di SO si possono sovrapporre nelle diverse sostanze (Suboxone, Subutex, MTD e MTD_C), in quanto la domanda presente nel questionario prevedeva la possibilità per il PZ di elencare tutte i SO assunti per via endovenosa.

Discussione

Analizzando i dati, si nota come il campione sia a grande maggioranza maschile (80,1% vs 18,9%), a conferma di quanto già detto in letteratura (Use of Illicit drugs, 2012; Quaglio et al, 2004). L'età media va dai 41 ai 50 anni, a conferma di come la popolazione che frequenta i Ser.D italiani non sia più giovanissima (Use of Illicit drugs, 2012; Quaglio et al, 2004). Dato interessante è quello che un 1/3 della popolazione dei Ser.D ha avuto almeno un episodio di misuso per via endovenosa di SO. La condizione lavorativa dei maschi si correla con il misuso, ovvero quest'ultimo influenza negativamente la vita lavorativa dei soggetti presi in esame. Non a caso il soggetto medio maschile che non misusa, detiene un lavoro regolare. Al contrario il soggetto medio maschile che misusa, è per lo più senza un lavoro regolare. Nel campione femminile, sia in quello con misuso che quello senza, il soggetto femminile medio non ha un lavoro regolare. Un dato che emerge dallo studio M.IN.O.S.SE e che dovrebbe allarmare gli operatori dei Ser.D è quello riportato dal "grafico 2"; si va a delineare una situazione in cui l'impatto del servizio territoriale sulle tossicodipendenze non è quello che ci si aspetterebbe di osservare. Solo in pochissimi casi l'esperienza del misuso è maggiore prima dell'ingresso nei Ser.D. Il Suboxone è l'oppioide meno utilizzato dai PZ dei Ser.D negli episodi di misuso (3,5%). Il SO maggiormente oggetto di ripetuto misuso (più di 20 volte) sembra essere il MTD_C (6,9%) rispetto al MTD classico (5%). Per la BUP, il Subutex è maggiormente presente nel misuso con 3,4% di soggetti che ne hanno misusato meno di 20 volte e il 5,7% per più di 20 volte. A ogni modo tutti i SO sembrano essere maggiormente misusati per più di 20 volte. I dati emersi dallo studio M.IN.O.S.SE sono davvero importanti, il campione molto vasto proveniente dai Ser.D di Nord e Centro Italia da voce a un fenomeno ancora poco studiato in letteratura. Il misuso nei Ser.D italiani non sembra essere trattato adeguatamente, lo si capisce dall'impatto dei servizi alle tossicodipendenze sui soggetti che vi accedono. Essi non sembrano essere meno a rischio di attuare episodi di misuso con SO, al contrario, i PZ sono comunque esposti a un maggiore rischio del fenomeno misuso. In ogni caso per avere un'analisi più approfondita del caso, sarebbe opportuno rimuovere le sovrapposizioni possibili, ovvero, PZ che hanno provato diversi SO. I soggetti che provano una sola volta a iniettarsi SO per via endovenosa, non sono di grande interesse clinico; emerge comunque un dato interessante: entrare a contatto con i Ser.D non disincentiva i PZ a sperimentare l'esperienza del misuso. Naturalmente se l'esperienza è negativa i soggetti tenderanno a non ripeterla, non a caso si è registrato come all'aumentare degli episodi di misuso, cresca l'esperienza positiva soggettiva. L'aspetto soggettivo sem-

bra essere un fattore rilevante nell'esperienza del misuso, aspetto da riconsiderare nei Ser.D. Da queste prime analisi dello studio M.IN.O.S.SE, si evince come il mondo delle dipendenze non sia ancora del tutto preparato di fronte alla problematica del misuso di SO nei pazienti con una terapia sostitutiva oppioide in corso; un fenomeno presente, poco studiato e poco considerato.

BIBLIOGRAFIA

- Ajzen, I. (1991). *The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179–211.
- Ajzen, I. (2001). *Nature and operation of attitudes. Annual Review of Psychology*, 52, 27–58
- Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M., & Vecchi, S. (2011). *Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004147.pub4>.
- Bernard JP, Havnes I, Slordal L, et al. *Methadone-related deaths in Norway. Forensic Sci Int.* 2013;224:111–116. ?
- Dale-Perera, A., Goulão, J., & Stöver, H. (2012). *Quality of care provided to patients receiving opioid maintenance treatment in Europe: Results from the EQUATOR analysis. Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 14, 23–38.
- Duffy, P., & Baldwin, H. (2012). *The nature of methadone diversion in England: A Merseyside case study. Harm Reduction Journal*, 9, <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7517-9-3>.
- Jennifer Stafford, Lucy Burns (2011). *Illicit Drug Reporting System (IDRS) National Report 2011*
- Fugelstad, A., Stenbacka, M., Leifman, A., Nylander, M., & Thiblin, I. (2007). *Methadone maintenance treatment: The balance between life-saving treatment and fatal poisonings. Addiction*, 102, 406–412. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01714.x>
- Madden ME, Shapiro SL. *The methadone epidemic: Methadone-related deaths on the rise in Vermont. Am J Forensic Med Pathol.* 2011;32:131–135.
- * Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J., & Davoli, M. (2009). *Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002209.pub2>.
- Mattick, R., P., Kimber, J., Breen, C., & Davoli, M. (2008). *Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002207.pub3>?
- Pilgrim JL, McDonough M, Drummer OH. *A review of methadone deaths between 2001 and 2005 in Victoria, Australia. Forensic Sci Int.* 2013;226:216–222.
- Quaglio GL, Lugoboni F, Pajusco B, Fornasiero A, Lechi A, Mezzelani P, Pattaro C, Des Jarlais DC, GICS (2004). *Heterosexual relationships among heroin users in Italy. Drug Alcohol Dependence* 75:207–13.
- Theodore J. Cicero, Matthew S. Ellis, Hilary L. Surratt, Steven P. Kurtz, *Factors contributing to the rise of buprenorphine misuse: 2008–2013, Drug and Alcohol Dependence* 142

(2014) 98-104

- Devin Tucker, MD, M-J Milloy, PhD, Kanna Hayashi, PhD, Paul Nguyen, PhD, Thomas Kerr, PhD, Evan Wood, MD, PhD. *Factors Associated with Illicit Methadone Injecting in a Canadian Setting, The American Journal on Addictions, 24: 532-537, 2015*
- Spunt, B., Hunt, D. E., Lipton, D. S., & Goldsmith, D. S. (1986). *Methadone diversion: A new look. Journal of Drug Issues, 16, 569-583.*
- *Use of Illicit Drugs in Italy. Dati 2012. www.quotidianosanita.it*
- Weimer MB, Korthuis PT, Behonick GS, et al. *The source of methadone ?in overdose deaths in Western Virginia in 2004. J Addict Med. ?2011;5:188-202.*
- Winstock, A. R., & Lea, T. (2010). *Diversion and injection of methadone and buprenorphine among clients in public opioid treatment clinics in New South Wales, Australia. Substance Use & Misuse, 45, 240-252, <http://dx.doi.org/10.3109/10826080903080664>.*
- Winstock, A. R., Lea, T., & Sheridan, J. (2008). *Prevalence of diversion and injection of methadone and buprenorphine among clients receiving opioid treatment at community pharmacies in New South Wales, Australia. The International Journal on Drug Policy, 19, 450-458, <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.03.002>.*