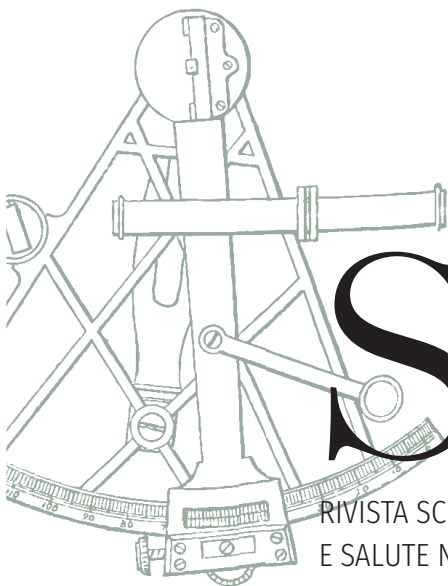


giugno 2020

09/2



Sestante

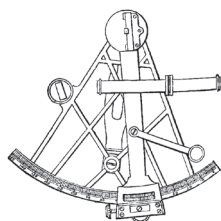
RIVISTA SCIENTIFICA DI VALUTAZIONE NELLA SALUTE MENTALE, DIPENDENZE PATOLOGICHE
E SALUTE NELLE CARCERI



DIPENDENZE PATOLOGICHE A 30 ANNI DALLA 309/90

Vol. 2 Best Practices e innovazioni

Best practices e innovazione tra ospedale e territorio | Sembra passato un secolo | L'importanza del respiro psichico | Non ci sono più i Ser"t" di una volta" | Qualità dei trattamenti nelle Dipendenze Patologiche | Verso l'eradicazione di HCV nei consumatori di sostanze | HIV e HCV: Stigma e protezione | Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Alcol | Uno spazio di relazione per tempi isolati | Il lavoro con tossicodipendenti detenuti | Paziente tossicodipendente in Istituto di Pena | Luoghi di prevenzione | DBT skills e prevenzione | Giovani consumatori di cannabis | Quelli delle caramelle | Consumo di oppioidi sintetici nella popolazione richiedente asilo



Sestante

RIVISTA SCIENTIFICA DI VALUTAZIONE NELLA SALUTE MENTALE,
DIPENDENZE PATOLOGICHE E SALUTE NELLE CARCERI

ANNO V

GIUGNO 2020 - NUMERO 9

Autorizzazione del Tribunale di Forlì

n. 5 del 23 febbraio 2015

09/2

Direttore responsabile

Paolo Ugolini
URP/AUSL della Romagna

Comitato esecutivo

Michele Sanza
Servizio Dipendenze Patologiche, AUSL della Romagna, Cesena

Alessio Saponaro
Regione Emilia-Romagna, Servizio Assistenza territoriale
Salute mentale, Dipendenze patologiche e Salute nelle carceri

Paolo Ugolini
URP/AUSL della Romagna

Comitato scientifico e di redazione

Licia Bruno, NPIA, AUSL Bologna
Stefano Costa, NPIA, AUSL Bologna
Dorella Costi, Direzione Sanitaria, AUSL Reggio Emilia
Simona Guerzoni, Azienda ospedaliero-universitaria di Modena
Marco Menchetti, Università degli Studi di Bologna
Luana Oddi, SerDP, AUSL Reggio Emilia
Monica Pacetti, CSM Forlì, AUSL della Romagna
Antonio Restori, AUSL Parma
Teo Vignoli, SerDP Lugo, AUSL della Romagna

Comitato consultivo

Domenico Berardi, Università degli Studi di Bologna
Paola Carozza, DSM-DP, AUSL Ferrara
Anna Cilento, Salute nelle carceri, Regione Emilia-Romagna
Mila Ferri, Regione Emilia-Romagna, Salute mentale e
Dipendenze patologiche
Angelo Fioritti, DSM-DP, AUSL Bologna
Cristina Fontana, Salute nelle carceri, AUSL Piacenza
Gaddomaria Grassi, DSM-DP, AUSL Reggio Emilia
Silvia Chiesa, DSM-DP, AUSL Piacenza
Alba Natali, DSM-DP, AUSL Imola
Pietro Pellegrini, DSM-DP, AUSL Parma
Claudio Ravani, DSM-DP, AUSL della Romagna
Fabrizio Starace, DSM-DP, AUSL Modena

Comunicazioni

Paolo Ugolini, cell. 334 6205675
paolo.ugolini@auslromagna.it

Sede

Via Brunelli, 540 - 47521 Cesena

Segreteria organizzativa

Claudia Nerozzi, tel. 051 5277072

Sito web SESTANTE

[http://salute.regione.emilia-romagna.it/salute-mentale/
documentazione/la-rivista-sestante](http://salute.regione.emilia-romagna.it/salute-mentale/documentazione/la-rivista-sestante)

Progetto grafico:

Paolo Campana, Tipografia Valgimigli Faenza, tel. 0546 662211

Stampa:

Centro stampa AUSL della Romagna - Cesena

SESTANTE 09 vol. 2 è stato curato da:

Franca Francia, Alba Natali, Antonio Nicolaci, Luana Oddi,
Paolo Ugolini, Teo Vignoli

S O M M A R I O

1

EDITORIALE

Best practices e innovazione tra ospedale e territorio

Paolo Ugolini

3

LETTERE ALLA REDAZIONE

Sembra passato un secolo

Paola Frattola

L'importanza del respiro psichico

Marina Liotta

5

OSSERVATORIO RER

Non ci sono più i Ser"t" di una volta"

Alessio Saponaro, Mila Ferri, Michele Sanza, Luca Barbieri

13

AUDIT CLINICO

Qualità dei trattamenti nelle Dipendenze Patologiche

Teo Vignoli, Ulrich Wienand, Claudio Ravani

20

VALUTAZIONE

HIV e HCV: Stigma e protezione

Massimo Bigarelli, Chiara Gabrielli

25

VALUTAZIONE

Verso l'eradicazione di HCV nei consumatori di sostanze

Fabio Conti, Alberto Borghi, Arianna Lanzi, Alberto Grassi,
Giovanni Greco, Deanna Olivoni, Sanza Michele, Edoardo Polidori

31

VALUTAZIONE

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Alcol

Luana Oddi, Cinzia Ghidoni, Federica Gobbi, Barbara Prampolini,
Stefano Mellini, Barbara Gardelli, Patrizia Ligabue, Angela Zannini,
Teo Vignoli, Antonio Mosti

39

CENTRO DIURNO

Uno spazio di relazione per tempi isolati

Gianluca Farfaneti

45

CARCERE

Il lavoro con tossicodipendenti detenuti

Elisa Martino, Laura Rondello, Luana Oddi, Orietta Venturi,
Raffaella Campalastri

51

CARCERE

Paziente tossicodipendente in Istituto di Pena

Georgios Vertsonis, Federico Neri, Daniele Vasari

54

VALUTAZIONE

Luoghi di prevenzione

Marco Tamelli, Sandra Bosi, Ermanno Rondini, Cristina Gozzi,
Francesca Zironi

60

VALUTAZIONE

DBT skills e prevenzione

Marco Begarani, Giuseppina Caberti, Silvia Codeluppi

65

VALUTAZIONE

Giovani consumatori di cannabis

Luca Ghedini, Catia Leoni, Cristina Vecchio

70

VALUTAZIONE

Quelli delle caramelle

Barbara Cantarelli, Nicola Bolzoni, Licia Caroselli

75

VALUTAZIONE

**Consumo di oppioidi sintetici nella popolazione
richiedente asilo**

Luca Censi, Gabriele Mancini, Enrico Partesotti

Best practices e innovazione tra ospedale e territorio

Paolo Ugolini

In questo Sestante 09/Vol. 2 diamo voce al quadro socio-epidemiologico delle DIP PAT in Emilia Romagna e alle buone pratiche attivate all'interno delle specializzazioni dei SerDP, anche in contesti differenziati come Centro diurno, Carcere, Prefettura, Strada/prossimità.

Facciamo però un passo indietro, l'emergenza COVID-19 di questi mesi ha permesso una lettura sociologica di enorme portata perché ha coinvolto l'individuo e il sistema sociale di appartenenza a livello micro, meso e macro, non solo come lettura teorica. La crisi esistenziale, biologica, economica e di civiltà, infatti, ha momentaneamente rimesso al centro dell'attenzione l'essere umano e riposizionato la **Salute** dentro ai valori di solidarietà e responsabilità in quanto fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività (art 32 della costituzione)". La situazione di pandemia vissuta in questi mesi, in parte ci riporta alla storia degli ospedali psichiatrici¹ in termini di restrizioni della libertà e dei diritti culturali, civili e sociali in nome della Salute; ci riporta al diverso orientamento alla Salute delle Regioni più colpite, da una parte la Lombardia, dall'altra l'Emilia Romagna e il Veneto: la prima ha privilegiato il ricovero ospedaliero, la seconda e la terza maggiormente i servizi del territorio, con esiti di mortalità e di contagio assai diversi. In questa diversità di ruolo dei servizi, i Dipartimenti di cure primarie, di Prevenzione e gli stessi Dipartimenti Salute Mentale e Dipendenze Patologiche hanno dato e potranno dare un buon contributo alla medicina specialistica, di iniziativa e di prossimità del futuro.

In questo quadro si potrebbe anche sottolineare la spesso parziale presenza di Osservatori socio-epidemiologici scientifici come indicatori di Salute nell'organigramma delle Direzioni AUSL. Non è stato così per gli **Osservatori DIP PAT** a livello centrale come Regione Emilia Romagna e a livello periferico come singola provincia; infatti, in questi oltre 20

1

Rif
Paolo Ugolini, Direttore Sestante
334 6205675
paolo.ugolini@ausromagna.it

Note

- 1 SESTANTE01/2015, *Oltre l'Ospedale psichiatrico giudiziario: quali percorsi?*, e SESTANTE06/2018, *Verso coercizione zero. Dai trattamenti obbligatori ai percorsi di cura.*

anni sono stati il perno del Sistema Informativo² e della valutazione/programmazione di politiche e servizi preposti al tema (Saponaro, Ugolini).

In coerenza col nostro taglio valutativo, presentiamo in questo SESTANTE saggi specialistici in diversi ambiti:

i) nell'area della **cura**:

- Il valore dell'Audit clinico (e Re-Audit) sull'appropriatezza prescrittiva di due farmaci (Sodio Oxidato e Buprenorfina) in un'area complessa come le DIP PAT e sul valore dialettico tra processo di budget e miglioramento qualità professionale (Vignoli et al.).
- Il vissuto dei professionisti rispetto alle patologie infettive affrontate nel corso degli anni quali HIV, HCV, MTS, tra stigma e protezione (Bigarelli, Gabrielli).
- Un profondo studio sull'HCV per valutare se il modello multidisciplinare può migliorare l'aderenza alla terapia, l'efficacia e la sicurezza (Conti et al.).
- PDTA per pazienti con disturbo da uso di alcol come valorizzazione del lavoro multi professionale ed integrato, non solo come dichiarazione, ma come valutazione della sua efficacia (Oddi, Ghidoni).
- La comorbilità tra DIP PAT e disturbi psichiatrici in un trattamento semiresidenziale con una presa in carico per fasi e multi modale. Valutazione di risultati e ipotesi di azioni di miglioramento (Farfaneti).

ii) nell'area **carcere**:

- Il lavoro di un'èquipe SerDP in ambito detentivo, in collaborazione con il personale sanitario addetto all'assistenza primaria, nella certificazione di alcol/tossicodipendenza e nella promozione di percorsi di cura alternativi al carcere (Martino et al.).
- Il lavoro di un Dipartimento di cure primarie nella predisposizione di percorsi clinico-assistenziali specifici, in collaborazione con l'èquipe SerDP carcere e con i servizi territoriali locali (Vertsonis et al.).

iii) nell'area **prevenzione**:

- Il centro regionale di Didattica Multimediale per la Promozione della Salute denominato Luoghi di Prevenzione preposto alla consulenza e formazione di professionisti socio-sanitari, docenti e studenti (Tamelli et al.).
- La Dialectical Behavior Therapy (DBT) nella ridefinizione degli interventi di prevenzione universalistica e selettiva nell'ottica di fornire strumenti agli adolescenti e supportando nel contempo gli adulti di riferimento in un Piano di Zona Distrettuale (Begarani).
- Il lavoro sui Segnalati art.75 e art.121 per cannabis da parte dei professionisti della Prefettura e del SerDP in un lavoro sinergico tra servizi pubblici e privato sociale (Ghedini et al.).

- Intervento di prossimità in una formazione-ricerca-azione in area urbana coinvolgendo gruppi giovanili di difficile accesso e la rappresentazione di questi contesti da parte dei cittadini (Cantarelli et al.).
- Azione-ricerca-azione rivolta alla popolazione richiedente asilo per consumo di oppioidi sintetici (Tramadol) e ragionamenti su nuovi stili e significati di consumo (Censi et al.).

Il prossimo SESTANTE¹⁰, tratterà il tema obiettivi e aspetti organizzativo-funzionali durante e post pandemia nei DSM-DP, nei singoli servizi NPIA, CSM, SerDP, SPDC e nelle strutture residenziali e simili in Emilia Romagna. Questa ricaduta sarà strettamente interconnessa alle scelte di politica socio-sanitaria a livello nazionale maggior coordinamento tra centro e periferia, incremento della medicina territoriale e delle cure di prossimità, promozione della salute nei luoghi di vita e di lavoro, rilancio della prevenzione, aumento della *Health literacy*, grande disponibilità di tecnologie della comunicazione e dei big data, potenziamento della diffusione delle nuove tecnologie e della telemedicina, creazione di una rete di ospedali di alta specializzazione che possano garantire continuità delle cure rispetto al territorio (Tognetti, 2020).³

Questi due Volumi di SESTANTE sulle DIP PAT "Politiche e prospettive" e "Best practices e innovazioni" a 30 anni dal DPR 309/'90, speriamo possano essere una lettura stimolante sul tema Salute come **medicina "olistica" tra ospedale e territorio e viceversa**.

Buona lettura.

Post scriptum 1: quando entrai nel SerDP di Cesena, lei, Franca (Francia) era lì a promuovere, coordinare, indirizzare, deliberare le politiche-gestionali della Regione Emilia-Romagna. Siamo fieri che l'ultimo lavoro pre-pensionamento abbia co-curato questo SESTANTE!! Ringraziarla intimamente per quello che con lungimiranza ha costruito negli anni è veramente poco, e non è un obbligo.

Post scriptum 2: vorrei ringraziare i tanti referee che da Udine a Cosenza, rendono ogni saggio più scientifico e piacevolmente leggibile.

Note

- 2 Saponaro A, Ugolini P., 2009, *Osservatorio dipendenze: sistema informativo, valutazione, ricerca, qualità*, in Salute e Società, Essere e fare il sociologo in sanità, n.3. Ugolini P. (a cura di), 2005, *Qualità e outcome nelle dipendenze. Dibattito europeo e italiano, esperienze in Emilia Romagna*, F. Angeli
- 3 Tognetti M., 2020, Come ripensare il sistema sanitario dopo questa pandemia, in Studi e Analisi, Quotidianosanità.it (07/05/2020)

Sembra passato un secolo

Paola Frattola

Psicologa, Psicoterapeuta, Coordinatore Equipe di Psicologia dell'Emergenza/AUSL di Piacenza

Me lo ricordo quel 27 febbraio: è un giovedì mattina, le 9 circa. Sono in bicicletta sulla pista ciclabile, il cielo livido della fine dell'inverno padano, la brezza pungente ma già tiepida promette una primavera in anticipo.

A ripensarci adesso m'immagino di aver notato un'atmosfera di sospensione come appena prima di un temporale quando l'aria è immobile, carica di tensione e tutto tace, in attesa vigile.

Ma non è vero: non ho notato nulla; è già tutto diverso, ma ancora non ne sono consapevole. Suona il telefono: è la Responsabile del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche.

Nel tono c'è allarme, mi dice qualcosa tipo: "*sai perché ti chiamo*". Sì, lo so.

Mi rendo conto che me l'aspettavo. Tutti già sappiamo di Codogno, del paziente 1, lo tsunami dei malati nel nostro Pronto Soccorso si è già scatenato mentre parliamo al telefono. Nelle chiacchiere da bar ci divertiamo a distinguerci dai nostri vicini lombardi, a sottolineare per campanilismo le differenze, a rivaleggiare, a rimarcare il confine geografico del ponte sul Po. Ma adesso non ci sono confini, nè barriere: Codogno è vicinissima, anzi è qui, così come il virus.

Con quella chiamata smetto di essere tante altre cose e divento il coordinatore dell'Equipe di Psicologia dell'Emergenza dell'Azienda USL di Piacenza. Non sono preparata per qualcosa di così grande, così.. subito, eppure dico: "*Eccomi, ci sono*". È buffo, penso: non è mica l'Annunciazione.

Piacenza, una piccola città di cui molti ignorano la collocazione e che raramente si fa notare, diventa di colpo il centro del mondo. Fa strano: noi piacentini siamo schivi, non siamo abituati ai riflettori, al clamore. Da quel 27 febbraio il tempo comincia a scorrere in modo strano: si dilata, si ferma, stagna, per poi precipitare in improvvise accelerazioni. Succede l'impensabile, un senso di assurdità mi si attacca alla pelle, me lo sento addosso e tutto intorno.

Ricordo di aver fatto tante cose: ho attivato la squadra, ho predisposto e avviato le attività: il supporto agli operatori sanitari in ospedale, la linea telefonica aperta 7/7 per i cittadini, il sostegno al lutto per i familiari dei deceduti, l'addestramento dei neo assunti. Ho studiato, pensato, pro-

grammato, scritto progetti, organizzato, inventato, mi sono confrontata, ho parlato al telefono per ore, ho videochiamato, ho tenuto videoconferenze, ho commesso errori, tanti, ho aggiustato il tiro, ho collaborato, ho chiesto aiuto e l'ho ottenuto. Grazie ai miei colleghi non sono mai stata sola.

Ho ascoltato talmente a fondo da vedere con i loro occhi le storie dei medici e degli infermieri, delle vedove, degli orfani, dei colleghi e insieme a tutti loro ho avuto paura, mi sono sentita sopraffatta, contaminata, impotente, colpevole, inadeguata, stremata, arrabbiata, ansiosa, in trappola, coraggiosa, empatica, forte, determinata, lucida, vulnerabile ma non impotente.

Ho assistito sgomenta all'improvviso e incredibile stravolgimento del quotidiano, mi sono adattata, ho resistito, sono rimasta nel qui e ora.

Nella mente, scompaginate, vedo le immagini, sento le voci, avverto l'odore di questa emergenza: gli occhi atterriti, le mani frenetiche degli operatori sanitari, le nocche sbiancate, aggrappati alla sedia come naufraghi, la scomposta cattedra degli effetti personali da restituire, da cui proviene il trillo vano dei cellulari, le pagine fitte di nomi degli elenchi dei decessi, la voce rotta con cui Fabrizia mi parla del suo Vincenzo che non c'è più, che l'ha lasciata sola e ora cosa farà, l'odore del disinfettante che mi punge le narici e mi taglia le mani screpolate.

Ma anche le tute da marziano decorate come quaderni di bambini, i messaggi d'incoraggiamento, di affetto che non ti aspetti, la gratitudine delle persone isolate nel loro dolore, sorprese, commosse da una voce estranea che le tocca con delicatezza, le risate complici tra colleghi, il sentirsi parte di un gruppo, di una comunità resiliente, la voce di Fabrizia che mi dice che forse in qualche modo ce la farà, che ha fatto gli esercizi che le ho insegnato e se ci possiamo risentire che sente che le ha fatto bene.

L'Equipe di Psicologia dell'Emergenza (E.P.E.) di Piacenza è stata la prima in Italia ad essere attivata e a predisporre interventi strutturati a diversi livelli: dal 27 febbraio 2020 è stata punto di riferimento per altre realtà della Regione, d'Italia e perfino del Regno Unito.

L'E.P.E. vede attualmente operativi 15 psicologi psicoterapeuti, specificamente formati nella psicologia dell'emergenza, e 9 collaboratori. Attraverso il Programma di Psicologia Clinica e di Comunità è in rete con le altre agenzie che si occupano di salute mentale.

Per la fase 2 l'AUSL di Piacenza sta valutando come dare continuità ed adattare nel prossimo futuro gli interventi dell'E.P.E., al fine di continuare a garantire una risposta adeguata e tempestiva ai bisogni psicologici della nostra comunità. Un'alba incerta si profila, è ancora presto per capire. Servirà ritrovarsi in "presenza", come si dice ora, stringerci forte le mani, sorriderci, riconoscerci, raccontare.

L'importanza del respiro psichico

Marina Liotta

Psicologa, Psicoterapeuta, SerDP Cesena/AUSL della Romagna

In questo stato di emergenza ci si sente più toccati dall'urgenza di parlare delle cose importanti. Forse apparentemente di non vitale importanza, ma di certo vitali perché abitano tutti, nessuno escluso.

Tutti respiriamo senza rendercene conto finché qualcuno non ci toglie il fiato, o il respiro. Ed è in questi giorni che ci accorgiamo quanto sia prezioso respirare senza intoppi. Credo che l'impatto improvviso con questo bagliore di lucidità (e di fragilità) non possa che farci bene, non possa che far bene all'onnipotenza che a volte ci protegge e a volte ci illude, con gravi effetti collaterali.

Concretamente può toglierci il respiro una malattia, improvvisa, inaspettata, sconosciuta e per questo inquietante. Senza sosta professionisti attenti e indispensabili stanno facendo di tutto per non toglierci questo respiro, a volte rinunciando al proprio, a un altro respiro, altrettanto necessario per rimanere in vita. È un respiro psichico, non tangibile, ma che tutti conosciamo benissimo e sappiamo riconoscere. Forse troppo poco si dà attenzione a questo respiro e alla possibilità che in questo tempo sia minacciato, con gravi conseguenze. Improvise, inaspettate, sconosciute e per questo inquietanti. Quando a marzo tutto cominciava, la notizia delle rivolte che nelle carceri hanno portato a diversi morti mi ha fatto molto pensare, imponendomi una riflessione: davvero ci possiamo sorprendere che detenuti che vivono ogni giorno l'isolamento (quello che tutti adesso ci lamentiamo di sperimentare), possano accogliere senza colpo ferire la comunicazione della sospensione delle visite da parte dei loro familiari? Unica finestra sul mondo, unico canale affettivo, unico appiglio alla realtà?

Non credo che ci si possa sorprendere e come esseri umani dovremmo avere le risorse per prevedere eventi del genere. Ma quanti eventi drammatici altrettanto prevedibili non sono stati evitati nella storia? È un tema estremamente complesso e non c'è una ricetta giusta e universale per evitare ogni catastrofe, di qualunque dimensione essa sia. Penso che si debba però riconoscere quanto il respiro psichico incida nelle nostre vite e abbia bisogno di essere visto e previsto.

L'attenzione al linguaggio, alla comunicazione, alle emozioni, può evitare esiti drammatici. Non tutti parliamo la stessa lingua. Lo sappiamo molto bene, ma non sempre ce ne

rendiamo conto. Ce lo ricordiamo quando ci sforziamo di parlare ai bambini o agli adolescenti usando contenuti e toni diversi, ma forse non abbiamo coscienza di quanto sia indispensabile usare il linguaggio giusto per ciascun interlocutore. Non è sufficiente l'unico precetto "*Stiamo tutti a casa*" per soddisfare le parti di noi che si attivano in questo momento. Paura, paranoia, ansia, attaccamento, disorientamento danzano in modo scombinato.

Le parole sono importanti ma a volte richiedono una traduzione perché possano giungere a destinazione e a destinazioni diverse. Essere accomunati da una stessa situazione non ci rende comunque tutti uguali. Abbiamo tutti più o meno gli stessi polmoni, ma non la stessa mente, che ha un apparato complesso, fragile ed estremamente personalizzato e un sistema immunitario che ha una grande variabilità. Le emozioni possono convertirsi in azioni a una velocità impressionante se non passano dal pensiero, da una "camera" in grado di attenuarle e renderle meno irruente. Così è stato per i tanti che nella notte tra il 7 e l'8 marzo hanno preso d'assalto i treni per correre al Sud ad abbracciare i propri cari, a sentirsi al sicuro. È da condannare? Forse sì, per i danni incredibili che avrebbe potuto comportare quest'azione impulsiva. Ma forse, ancora una volta era prevedibile, e come il virus, invisibile. La ragione non sempre ragiona perché non è la sola protagonista della nostra vita. Come curatori del respiro psichico ci tocca forse ricordare quanto questo ruolo porti con sé non solo un'indispensabile responsabilità da esercitare "*intramoenia*", ovvero dentro le mura dei nostri ambulatori, bensì una responsabilità umana più ampia che possa rispondere, oltre al dovere professionale ad un imperativo interiorizzato attraverso l'esperienza e la scelta di questo lavoro. Non si tratta di una vocazione ma della coscienza di vivere con un privilegio, quello della consapevolezza che questo respiro psichico è onnipresente, nel bene e nel male.

Sono moltissimi i colleghi che non hanno l'onore di lavorare come "rianimatori del respiro psichico" perché, dobbiamo ammetterlo, l'importanza vitale di questa professione non è ancora abbastanza riconosciuta così come la possibilità che indirettamente, ma non meno efficacemente, dia il suo contributo per salvare delle vite.

Mi assumo il rischio che queste parole siano fraintese e spero che non accada, certamente il respiro che viene dai nostri polmoni è un respiro sacro, che molti più medici, infermieri e operatori sanitari dovrebbero poterci garantire con orari e stipendi degni. Ma sento il dovere di condividere l'importanza e il potenziale vitale della psicoterapia come opportunità necessaria, non del tutto conosciuta, poco diffusa nei servizi pubblici, diffidata e poco promossa, poco alla portata di tutti, ma a mio avviso così essenziale per tenerci in vita e fare la differenza.

Non ci sono più i Ser”T” di una volta

Panoramica epidemiologica 1991-2019 in Emilia-Romagna

Alessio Saponaro, Mila Ferri, Michele Sanza, Luca Barbieri

ABSTRACT

Sono passati trenta anni da quando con il DPR 309/90 sono stati istituiti i Servizi per le tossicodipendenze. La stessa normativa ha istituito l'Osservatorio permanente che verifica l'andamento del fenomeno della tossicodipendenza, con il compito di acquisire sistematicamente dati, ad esempio, su "entità della popolazione tossicodipendente [...], tipologia delle sostanze assunte [...], sulla dislocazione e sul funzionamento dei servizi pubblici e privati [...], sui tipi di trattamento praticati e sui risultati conseguiti".

È chiaro che in un tale contesto è stata avviata una attività di Osservatorio per ogni regione che ha portato ad una elevata ricchezza informativa, utile sia per l'attività di programmazione locale, sia per le politiche regionali.

Le caratteristiche degli assistiti dei SerT hanno avuto delle costanti e consistenti modifiche nel corso del tempo, definendo nuove tipologie e forme di dipendenza: nel 1991 è istituito il flusso sugli assistiti tossicodipendenti, nel 2011 su alcol e tabacco, nel 2006 sul gioco d'azzardo.

Tra la notevole quantità di informazioni a disposizione, ne sono state analizzate alcune, allo scopo di definire una relazione su alcuni elementi chiave, quali la numerosità degli assistiti e la tipologia di problematica presentata al servizio, le età, le sostanze, i nuovi assistiti, la salute e la mortalità.

5

Introduzione

Il 1990 è stato un anno rilevante per i Servizi per le dipendenze: in quell'anno sono state infatti emanate le normative¹ che hanno istituito i SerDP – Servizi per le tossicodipendenze e la composizione del personale di riferimento (DPR 309/90 e suo DM attuativo 444/90) e che sono tutt'ora vigenti.

Note

- 1 I SerT sono costituiti secondo i criteri della Legge 26 giugno 1990, n. 162, e dei decreti del Ministro della Sanità del 12 luglio 1990, n. 186, 30 novembre 1990, n. 444, 19 dicembre 1990, n. 445, 23 dicembre 1990, n. 448, e del decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 9 ottobre 1990.

Rif.

Alessio Saponaro, sociologo sanitario dirigente,
Regione Emilia Romagna
051 5277478
alessio.saponaro@regione.emilia-romagna.it

6

Da quell'importantissima riforma non vi sono state più normative tese ad accompagnare l'evoluzione dei Servizi per le dipendenze, nonostante che il dibattito - organizzativo, tecnico, scientifico e professionale - sulle dipendenze non si sia mai sopito ed abbia portato a rendere i Servizi molto differenti rispetto alla loro forma originaria, sia in termini di mission, sia in termini di tipologie di assistiti che vi accedono.

Originariamente i Ser" T" sono nati quasi esclusivamente per la cura della dipendenza da eroina: l'organizzazione dei Servizi, la formazione del personale e le attività erogate erano orientate a far fronte ad un fenomeno che era, in quegli anni, di notevole impatto sulla salute dei cittadini, soprattutto perché in Italia si contavano più di novemila persone che annualmente perdevano la vita a causa dell'assunzione di eroina. Oggi il panorama, come verrà illustrato nel prosieguo dell'articolo, è mutato nel senso che alle "tradizionali" tipologie di assistiti se ne sono *aggiunte* (e non sostituite) di nuove e con una diversa complessità, richiedendo quel profondo ripensamento del modello organizzativo, tecnico e scientifico che ha portato ai Ser" DP" (Servizi per le Dipendenze Patologiche), a prescindere dalle indicazioni nazionali nel settore.

In Emilia-Romagna un punto di svolta importante è rappresentato dal *Piano attuativo Salute mentale 2009 - 2011* (DGR 313/2009) e dai diversi indirizzi forniti dal Programma regionale sulle dipendenze, che hanno fornito alcune basilari direttrici relative all'organizzazione dei Servizi di Salute mentale e delle Dipendenze Patologiche nella cura degli assistiti. Sulla base di queste politiche è stato sviluppato il sistema di cura che è costituito dall'*insieme dei servizi pubblici e privati* che nel territorio concorrono ai processi di diagnosi, cura, riabilitazione delle persone con disturbi mentali o dipendenze patologiche, di ogni tipo e gravità ed in ogni fase della vita. E in questo sono incluse le residenze private accreditate per il trattamento delle dipendenze (NdR, Comunità terapeutiche).

Ci si è confrontati con una nuova organizzazione e con dei Servizi che hanno condiviso il medesimo Dipartimento di Salute mentale e Dipendenze patologiche (DSM-DP). Ed è indubbio che un primo confronto è stato necessario per valutare quali modelli terapeutici, attività e assistiti trattati per ogni Servizio. A prescindere dall'intensità di cura, fattore essenziale per una corretta valutazione, i Servizi delle Dipendenze regionali contano nel 2019, 33.643 assistiti, il 18,9% del totale degli assistiti nel Dipartimento, mentre l'ambito della Salute mentale adulti 82.041, 46,1%, e i Servizi di NPIA 62.353, pari al 35,0%. È quest'ultimo il settore che vede la maggiore crescita, con un incremento del 52% degli assistiti dal 2011 al 2019, contro un sempre considerevole 26,5% del dei SerDP e un 7,7% dei Servizi di Salute mentale adulti.

1. Gli assistiti delle dipendenze

I Servizi per le dipendenze della Regione Emilia-Romagna hanno condiviso degli strumenti informatizzati di rilevazione dell'attività: Gias dal 1993 e SistER dal 2004. Questo ha prodotto non solo una cultura condivisa tra i professionisti (tutti parlano lo stesso linguaggio per indicare le medesime attività), ma ha anche portato a un consistente patrimonio informativo su cui basarsi per programmare le politiche regionali e locali.

Oggi, l'organizzazione dei Servizi per le dipendenze della Regione Emilia-Romagna risulta essere molto articolata e differenziata rispetto agli anni passati. A servizi che per anni si sono occupati quasi esclusivamente di "eroinomani", si sono aggiunti centri che intervengono nella cura di pazienti con altri tipi di dipendenze, quali i Centri Alcolologici, i Centri per la cura del tabagismo, i Centri per la dipendenza da gioco d'azzardo (gambling).

Allo sviluppo del sistema di offerta ha corrisposto un aumento consistente e costante nella domanda di trattamento rivolta ai Servizi, per tutte le tipologie di problematiche trattate nei SerDP.

Vi sono diverse considerazioni che emergono dalla lettura

Anno	SerDP	NPIA	Salute mentale	Totale**
2011	26.598	41.012	76.175	143.785
2015	27.711	52.132	78.884	158.727
2018	32.628	59.897	81.425	173.950
2019	33.643	62.353	82.041	178.037
2019 %	18,9	35,0	46,1	100,0
Variazione % 2019/2018	3,1	4,1	0,8	2,3
Variazione % 2019/2011	26,5	52,0	7,7	23,8

* Un assistito offerito in due AUSL dello stesso settore è conteggiato una sola volta

** Alcuni assistiti possono essere in trattamento contemporaneamente in più Servizi

Tab. 1, Analisi complessiva su assistiti* del DSM-DP per alcuni anni (v.a. e variazioni %)

Anni	Droghe	Alcol	Tabacco	Gioco	Totale
1991	7.114				7.114
2001	14.196	3.090	1.529		18.815
2011	19.716	7.489	1.068	640	28.913
2019	21.872	12.195	1.375	1.724	37.166
% 2019	58,8	32,8	3,7	4,6	100,0

Nota: Utenti in trattamento in due SerDP nel corso dello stesso anno con problematiche differenti sono conteggiati più volte.

Tab. 2, Composizione assistiti Servizi per le dipendenze nei decenni, a prescindere dall'intensità di cura erogata (v.a.)

Anno	Tasso
2010	7,45
2011	7,43
2012	7,61
2013	7,83
2014	7,72
2015	7,87
2016	8,78
2017	9,09
2018	9,32

Tab. 3, Tassi standardizzati per età e sesso per i SerDP (tasso * 1000, tutte le tipologie di assistiti).

dei dati della tabella e che riguardano quasi un trentennio di attività dei Servizi per le dipendenze. Innanzi tutto vi è stato un consistente e notevole aumento degli assistiti complessivi afferiti ai Servizi, a prescindere dall'intensità di cura ricevuta: dal 1991 al 2019 sono passati da 7.114 assistiti, prevalentemente eroinomani, a 37.166, cioè gli assistiti sono più che quintuplicati e si sono differenziati in diverse tipologie. Gli assistiti dell'area del consumo problematico di droghe e farmaci, che rappresentano il 58,6% del totale, sono triplicati nel periodo considerato: si è passati da 7.114 del 1991 a 21.872 del 2019. Questi dati trovano riscontro nel panorama dei Servizi nazionali ed europei, dove negli ultimi anni si è osservato un aumento del numero di soggetti che iniziano la terapia, sia per l'uso di oppiacei, sia per uso di stimolanti. La rilevazione delle attività rivolte alle dipendenze alcol correlate è iniziata a partire dal 2001, quando i Servizi per le di-

pendenze hanno cominciato a strutturare attività di presa in carico, cura e riabilitazione delle persone con problemi alcol correlati. In questo caso gli assistiti sono quasi quadruplicati, passando da 3.090 a 12.195. Anche il gioco d'azzardo patologico ha una crescita consistente, da soli 136 casi del 2006 a 1.724 del 2019 e con una prospettiva di crescita elevata anche per gli anni avvenire.

La stessa tendenza la si evidenzia attraverso i tassi standardizzati di prevalenza per 1.000 residenti. Il tasso è cresciuto di quasi due punti dal solo 2010 al 2018 passando dal 7,45 per 1.000 a 9,32. Si tenga presente che alcune Aziende USL hanno una alta quota di assistiti non residenti nel proprio territorio, come ad esempio Piacenza e Bologna, che curano quasi un 30% della propria utenza residente in altri territori, soprattutto per la presenza dei detenuti delle carceri e di lavoratori o studenti fuori sede, che non sono considerati

7

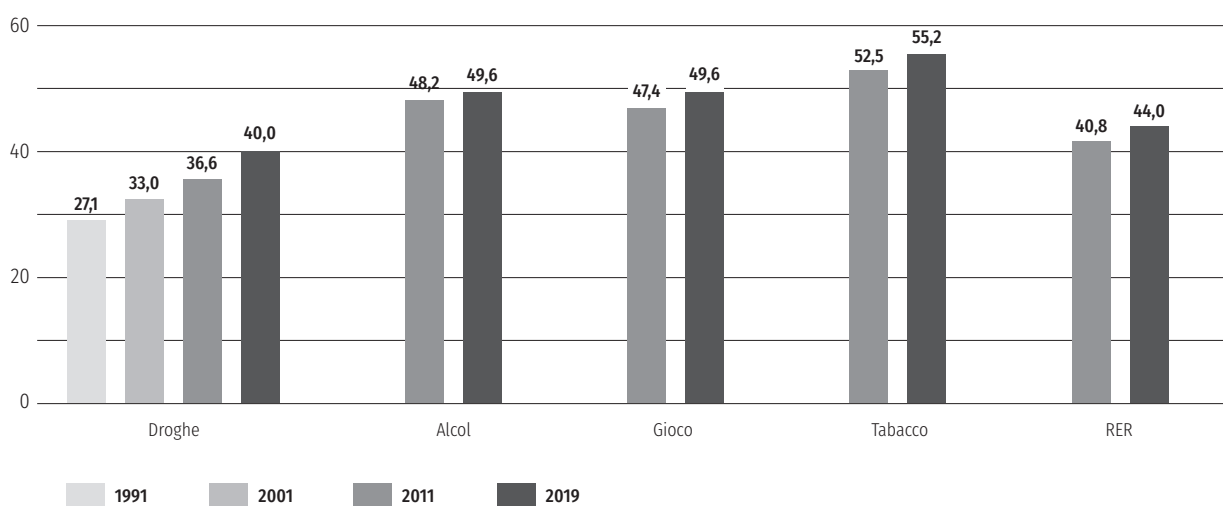


Fig. 1, Età media assistiti per area problematica e genere per decenni (Assistiti in carico).

per il calcolo dei tassi di prevalenza.

Le caratteristiche socio-anagrafiche degli assistiti che accedono ai Servizi per le dipendenze si sono progressivamente modificate per un'ampia serie di motivazioni ma principalmente perché vi si riscontra un progressivo aumento dell'età degli assistiti che usano sostanze e per l'accesso di utenti che in passato non fruivano dei servizi, come accade ad esempio per il trattamento del gambling.

Si assiste ad un fenomeno di progressivo invecchiamento della popolazione che affrisce ai Servizi, così come tra l'altro si riscontra a livello nazionale ed europeo. L'età media complessiva nel 2019 degli assistiti in carico (con progetto terapeutico) è di 44 anni, che si differenzia sostanzialmente in base all'area problematica, più bassa per le droghe (età media 40 anni), più elevata per alcol (49,6), gioco (49,6) e soprattutto tabacco (55,2). Questo è evidente osservando il variare dell'età media nel corso del tempo: nel 1991 gli assistiti in carico tossicodipendenti avevano un'età media di 27,1 anni, cresciuta a 33,0 nel 2001, 36,6 nel 2011, fino a 40 nel 2019. In altre parole, se nel 1991 gli assistiti tossicodipendenti in carico con più di 39 anni rappresentavano l'1,9% degli assistiti, nel 2019 questa fascia di popolazione ha rappresentato il 48,8%.

2. L'evoluzione dell'assunzione delle sostanze psicotrope

Tra gli assuntori di sostanze psicotrope occorre distinguere l'*utenza problematica*, cioè gli assistiti con consumo di sostanze per via parenterale o di lunga durata come gli oppiacei, cocaina e/o amfetamine e coloro che accedono ai servizi perché inviati dalle Prefettura o dalla Commissione Medico Locale per l'accertamento dell'idoneità alla guida o

lavoratori appartenenti a determinate categorie.

Allo stesso modo occorre considerare le caratteristiche delle sostanze d'abuso, perché possono o meno richiedere un intervento terapeutico-riabilitativo a seconda degli effetti che essi comportano sia a livello organico sia a livello del contesto di vita della persona, come ad esempio la differenza che vi è tra consumatori di eroina, cocaina o cannabis.

A volte l'aumento dell'accesso ai Servizi può essere un riflesso di un'aumentata disponibilità delle cure per determinate fasce di consumatori o di comportamenti, vedi ad esempio gli interventi nei confronti dei cocainomani e dei giocatori d'azzardo.

Tra l'*utenza problematica* generalmente l'abuso non è limitato ad una sola sostanza: è spesso presente un uso concomitante di più sostanze. Nello specifico, nel 2019, il 40,1% degli assistiti ha utilizzato in maniera problematica almeno due sostanze; in definitiva la poli-assunzione si conferma un modello di consumo attuale e molto praticato.

L'eroina si conferma comunque come la sostanza che prevalentemente ha determinato la richiesta di aiuto presso i SerDP, sia in Italia, sia in Emilia-Romagna. Nel 2019, il 63,7% degli assistiti era in trattamento per questa sostanza, valore che assume ancora più rilevanza se si considera che nel 1991 il 91,4% del totale degli utenti tossicodipendenti veniva trattato per questa dipendenza. Dal punto di vista prettamente numerico, le persone dipendenti da eroina sono aumentati nel corso del tempo: erano 7.114 nel 1991 sono stati 8.048 nel 2019, con una flessione rispetto al decennio precedente. I Servizi, quindi, effettuano molti trattamenti nei confronti degli eroinomani. È un ambito dove nel corso degli anni sono stati raggiunti risultati ragguardevoli nel campo della

Anni	1991	2001	2011	2019
Assistiti tossicodipendenti in carico	7.114	10.010	12.226	12.626
Sostanze assunte				
Eroina	6.505	7.939	9.154	8.048
Cocaina e crack	417	2.082	3.634	4.993
Cannabis	1.761	2.374	2.474	2.619
Altro	1.412	1.996	2.061	2.064
% di assistiti che assumono sostanze*				
Eroina	91,4	79,3	74,9	63,7
Cocaina e crack	5,9	20,8	29,7	39,5
Cannabis	24,8	23,7	20,2	20,7
Altro	19,8	19,9	16,9	16,3

* È indicata indifferentemente la sostanza primaria o secondaria.

Tab. 4, Sostanze di assunzione nei decenni (Valori assoluti e %)

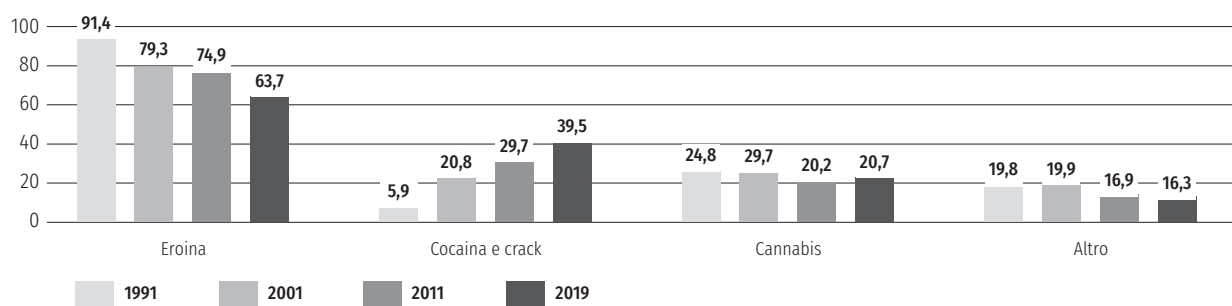


Fig. 2, Sostanze di assunzione nei decenni (Valori %)

prevenzione, cura e riabilitazione, frutto del successo delle politiche di riduzione del danno, dell'organizzazione dei servizi, della differenziazione delle soglie di accesso, della disponibilità di farmaci sostitutivi e antiretrovirali, dell'attivazione di servizi di prossimità. Tuttavia, vi sono alcuni altri aspetti da mettere in evidenza:

- il consumo di oppiacei è ancora un problema di salute pubblica.
- La mortalità per oppiacei è ancora troppo rilevante tra i decessi per uso di sostanze.
- Gli assistiti SerDP tossicodipendenti da eroina sono invecchiati progressivamente e rappresentano un carico socio-assistenziale di rilevante impatto nei Servizi.
- L'uso tra i giovani avviene con forme diverse di modalità.

La cocaina è la sostanza stimolante più diffusa in molti paesi dell'Europa meridionale e occidentale e il suo consumo è in continua crescita.² I dati dell'Emilia-Romagna relativi

vi al 2019 mostrano come il 39,5 degli assistiti fosse in carico ai SerDP per il trattamento da cocaina, sia come sostanza primaria sia come sostanza secondaria: un fenomeno in costante ed "esponenziale" crescita, visto che gli assistiti con uso della sostanza erano 417 nel 1991 (5,9% del totale) e 4.993 nel 2019.

Di fatto la domanda di trattamento per questa sostanza ha visto uno sviluppo senza precedenti, creando difficoltà ai Servizi a strutturare trattamenti efficaci, soprattutto a causa della scarsa disponibilità di trattamenti terapeutici-riabilitativi efficaci e basati sulle evidenze.

Tra i nuovi assistiti lo scenario muta considerevolmente. L'eroina non è la sostanza elettiva, essendo usata "solo" dal 29,7% degli assistiti, mentre la cocaina - usata dal 50,0% dei nuovi - rappresenta la sfida con cui Servizi per le dipendenze si dovranno confrontare nei prossimi anni. Non meno importante è la cannabis, usata nel 39,1% dei casi, anche se più frequentemente come secondaria, e l'emersione di altre sostanze (21,3%), come alcol, benzodiazepine, ecstasy o metadone proveniente dal "mercato grigio" (senza prescrizione medica).

3. La salute: infettivologia e mortalità

Le condizioni di salute dei tossicodipendenti, la riduzione della diffusione dell'HIV, dell'epatite virale e delle altre infezioni associate al consumo di droghe per via parenterale, la riduzione della mortalità connessa con l'assunzione di sostanze rappresentano i principali obiettivi definiti a livello europeo come strategici e rilevanti ai fini della valutazione delle politiche di prevenzione negli stati.

La tossicodipendenza è stata una tra le cause importanti di

Anni	2011	2019
Assistiti tossicodipendenti in carico	1.670	2.232
Sostanze assunte		
Eroina	794	663
Cocaina e crack	617	1.116
Cannabis	513	872
Altro	293	475
% di assistiti che assumono sostanze		
Eroina	47,5	29,7
Cocaina e crack	36,9	50,0
Cannabis	30,7	39,1
Altro	17,5	21,3

Tab. 5, Sostanze di assunzione nei nuovi assistiti (Valori assoluti e %)

Note

2 Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Relazione europea sulla droga 2019: tendenze e sviluppi, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo, 2019.

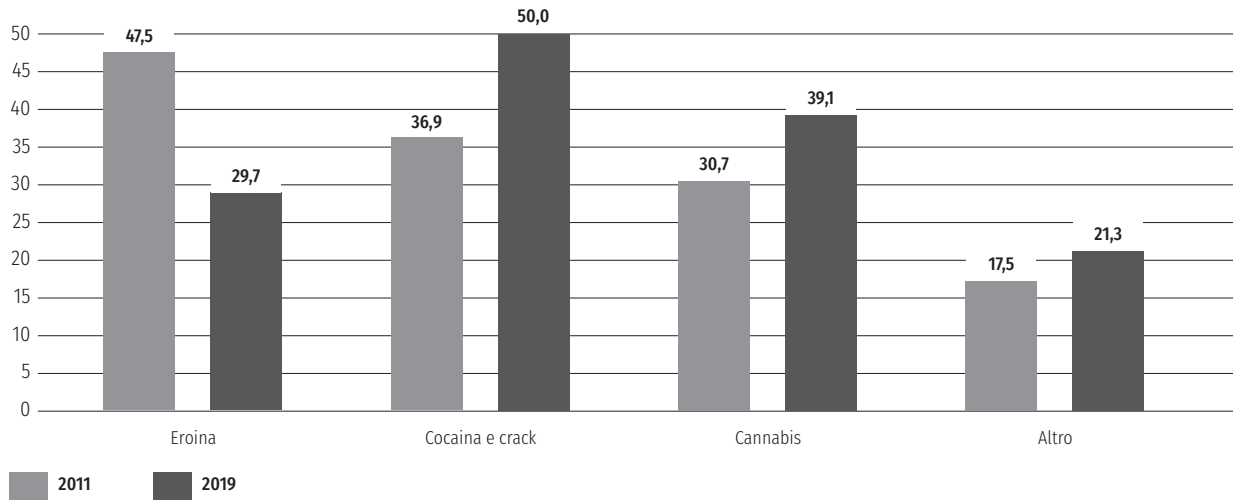


Fig. 3, Sostanze di assunzione nei nuovi assistiti (Valori %)

10

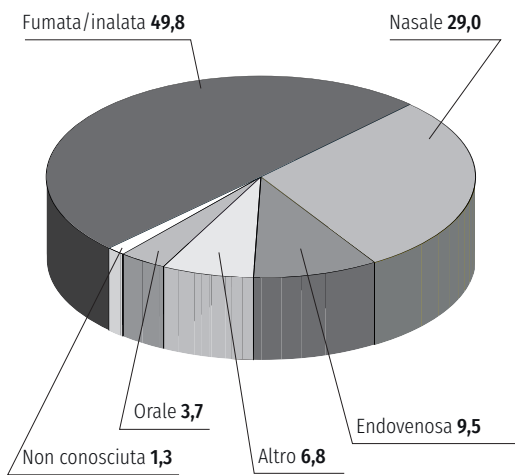


Fig. 4, Modalità d'uso sostanza primaria (2019, %)

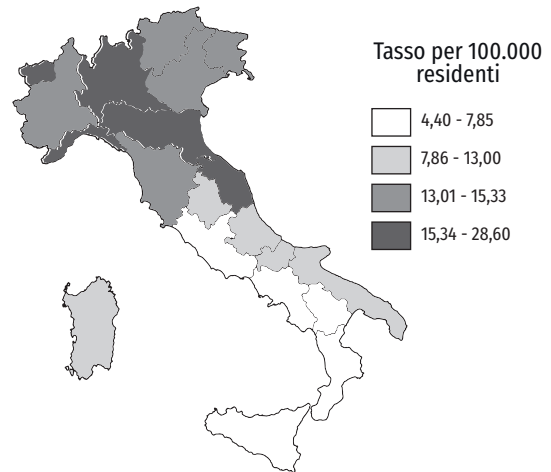


Fig. 6, Ricoveri con diagnosi principale droga-correlata (tasso std per 100.000 residenti)

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute - Anno 2017, Rapporto annuale al Parlamento sulle tossicodipendenze 2018.

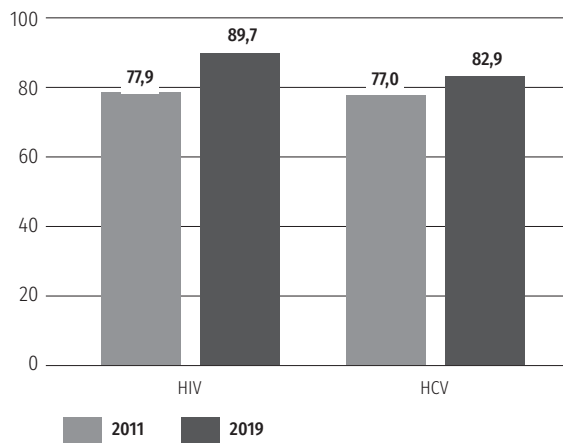


Fig. 5, Percentuale di assistiti che hanno assunto la sostanza primaria per via iniettiva e che sono stati testati per HIV o Epatite C

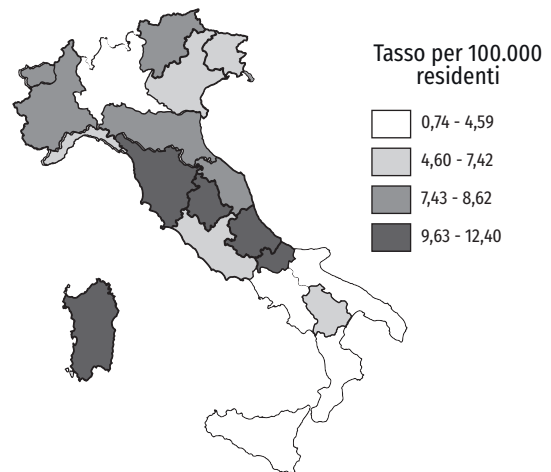


Fig. 7, Distribuzione dei decessi direttamente droga-correlati e tasso per 1.000.000 di residenti

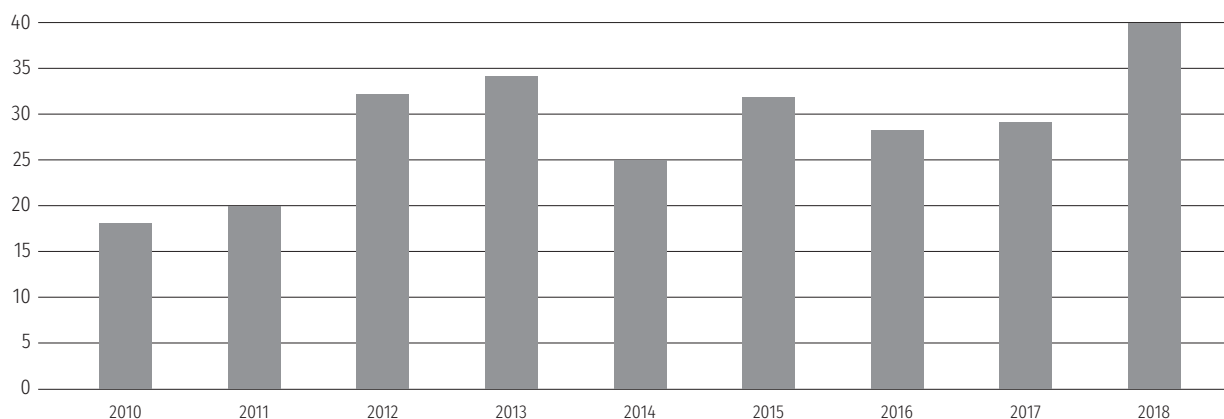


Fig. 8. Numero decessi droga correlati in Emilia-Romagna negli anni 2010-2018.

Tossicodipendenze ICD10 (F11,F12,F14,F15,F16,F19), overdose ICD10 (T40 & (X41,X42,X43, X44, Y11,Y12, Y13,Y14). Mortalità presente: tutti i decessi avvenuti sul territorio emiliano-romagnolo, indipendentemente dalla residenza

Fonte: Estrazione singole AUSL tramite AidaWEB coordinata dal Servizio di Epidemiologia dell'AUSL di Modena.

trasmissione di HIV ed Epatiti, ed è per questo che è stata riconosciuta l'importanza di un attento monitoraggio del fenomeno. La Regione Emilia-Romagna, in accordo con i Servizi, ha sempre perseguito tenacemente questo obiettivo, tanto da posizionarsi sempre ai primi posti in Italia tra le Regioni per quota di esami effettuati sugli assistiti in trattamento. L'assunzione di sostanze per via parenterale ha riguardato principalmente l'uso di oppiacei, benché a volte si riscontra il consumo per via parenterale di stimolanti come le amfetamine o la cocaina. Un primo rilevante risultato è dato dall'alta quota di assistiti SerDP con comportamento iniettivo che hanno effettuato l'esame sierologico per HIV ed epatite C; considerando le persone con comportamenti iniettivi, nel 2019 sono stati testati l'89,7% degli assistiti per HIV e l'82,9% per HCV. Questo risultato è di estrema importanza: si tenga presente che questo fenomeno è quantitativamente meno rilevante tra i nuovi assistiti tossicodipendenti in carico, dato che l'assunzione parenterale (endovenosa) riguarda il 9,5% del totale, dato che la maggior parte assume le sostanze, eroina compresa, per via fumata/inalata (49,8%) o nasale (29,0%).

Relativamente ai ricoveri con diagnosi principale droga-correlata, si evidenzia che la nostra Regione presenta un tasso di ricovero standardizzato tra i più alti in Italia (15,4 * 100.000 residenti).

La mortalità dei tossicodipendenti è un altro importantissimo indicatore di salute. Numerosi studi realizzati in Europa, in Italia e in Emilia-Romagna evidenziano come la mortalità dei tossicodipendenti, a prescindere dalla sostanza assunta, anche se nella maggior parte dei casi è un oppiaceo, è più elevata rispetto a quella della popolazione generale. Secondo i dati del Ministero dell'Interno - DCSA, nel 2018

i decessi droga correlati in Italia sono stati 338, in calo rispetto ai 512 casi del 2008. La Regione Emilia-Romagna con un tasso di mortalità droga correlato del 7,6% si posiziona tra le Regioni dove vi è un livello più elevato. Nel periodo 2010-2018 sono stati registrati 258 casi di decesso droga correlati, concentrati soprattutto nel territorio dell'AUSL di Bologna. Un ultimo elemento di analisi riguarda il numero e la tipologia di diagnosi formulate attraverso la codifica con ICD10, che consente di definire un quadro complessivo delle condizioni di salute degli assistiti. Il quadro che ne emerge è molto interessante, anche se probabilmente sottostimato rispetto alla realtà.

La tab. 6 presentata di seguito contiene le informazioni su 18.688 assistiti in carico per patologie connesse con la tossicodipendenza o l'alcoldipendenza.

La maggior parte di essi ha una o più diagnosi connessa con le dipendenze (111,0%), ma è interessante notare come 2.034 assistiti presentavano anche una diagnosi psichiatrica, in particolare modo "Disturbi della personalità" (5,4%) o "Altre diagnosi psichiatriche" (5,5%) quali le Sindromi schizofreniche, Affettive o i Disturbi d'ansia. Il dato relativo ai Disturbi di personalità, ancora sottostimato rispetto all'atteso che scaturisce dalla letteratura internazionale, è un elemento che rende necessaria una sempre maggiore interazione tra i SerDP e i servizi di Neuro Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) e Salute Mentale per gli adulti. I

Note

- 3 DGR 2307/2016 "Programma regionale Dipendenze Patologiche - Obiettivi 2017-2019".

trattamenti in serie o in parallelo per le Doppie Diagnosi hanno dimostrato scarsa efficacia. È necessario pertanto incrementare i livelli di cooperazione tra le UU.OO. costitutive del DSM-DP sulla base di nuovi modelli gestionali e così superare, ritardi, ridondanze e conflitti connaturati con le organizzazioni dei Servizi a canne d'organo.

Numero medio diagnosi per assistito	1,2	
Numero assistiti	18.688	
Numero diagnosi formulate*	22.950	
di cui:		%
Diagnosi correlate alle dipendenze	20.736	111,0
Disturbi della personalità	1.012	5,4
Altre diagnosi psichiatriche	1.022	5,5
Altre diagnosi	180	1,0
Fattori influenzanti stato salute	1.119	6,0

* Ad esclusione dei Fattori influenzanti stato salute

Tab. 6, Diagnosi tra gli assistiti tossicodipendenti o alcol-dipendenti in carico nel 2019

Conclusioni

I dati sin qui analizzati hanno dimostrato come *Non ci sono più i Ser"i" di una volta*, ma che le costanti evoluzioni nel settore delle dipendenze richieda un continuo ripensamento sull'agire dei Servizi anche per i *nuovi SerDP*. Solo 10 anni fa nessuno avrebbe potuto prevedere l'impatto che il gioco d'azzardo ha avuto sulla salute della popolazione, il ritorno della mortalità per oppiacei, seppur non nelle dimensioni degli anni scorsi, o la necessità di riprogettare rapidamente gli interventi di riduzione del danno per contrastare i possibili effetti dell'assunzione di Fentanyl.

Il Testo Unico sulle sostanze stupefacenti (il Decreto del Presidente della Repubblica 309 del 1990) ha appena compiuto 30 anni e risente fortemente di un impianto vetusto che non tiene più conto delle evoluzioni dei bisogni dei cittadini, delle diverse forme di dipendenza comportamentale esplose in questi anni e dei nuovi modelli trattamentali. I Servizi delle dipendenze devono adattarsi ad un sistema di "intervento e di cura flessibile, destigmatizzante, accogliente e prossimo alla domanda per tutte le tipologie di consumo". e basare la propria attività anche in base all'epidemiologia. In particolare i dati presentati in questo lavoro mettono in evidenza alcuni scenari degni di particolare attenzione:

Nuove forme di dipendenza

L'utenza dei SerDP è fortemente cresciuta e differenziata. A vecchie problematiche se ne sono aggiunte di nuove, so-

prattutto le dipendenze comportamentali. Questo richiede anche una formazione specifica per i professionisti SerDP che in buona parte sono nati con la normativa che istituiva i vecchi SerT.

Inviati al SerDP

Nel 2019 il 50,2% dei nuovi assistiti del SerDP hanno come canale di invio il Carcere, la Prefettura, la CML o la verifica dell'idoneità a rischio. Questo denota come oggi molta parte dell'attività dei SerDP sia fortemente connotata da elementi di carattere sanzionatorio che aspetti di cura.

Invecchiamento degli assistiti

Le terapie con sostitutivi, le politiche di riduzione del danno hanno ottenuto il grande risultato di ridurre fortemente la mortalità correlata alle sostanze stupefacenti, ma di converso gli assistiti in cura presso i Servizi sono invecchiati o meglio presentano sintomi di invecchiamento precoce connessi ai problemi di salute connessi con gli stili di vita e l'uso di sostanze, che necessitano l'elaborazione di programmi di trattamento multidisciplinari.

"Nuove" sostanze e nuove modalità di assunzione

La maggior parte dei nuovi assistiti assumono stimolanti come la cocaina, e la maggior parte di loro assume le sostanze in modalità inalata o fumata. Questo, se da un lato richiede una attenzione sempre alta rispetto all'aspetto infettivologico, dall'altro necessita un ripensamento sulle modalità terapeutiche riabilitative delle dipendenze dalle nuove sostanze e relative modalità di assunzione.

Mortalità

Gli ultimi dati epidemiologici nazionali e regionali disegnano un quadro di lieve ritorno della mortalità da oppiacei. Questo implica sia una tenuta sulle politiche di riduzione del danno sia di nuovi scenari di cura e prevenzione (es. Fentanyl).

Patologie psichiatriche

I dati sulle diagnosi hanno dimostrato che vi è un'ampia fetta di popolazione alcol-tossicodipendente che presenta problematiche di tipo psichiatrico. Per questi assistiti vi è la necessità di integrare le terapie e la riabilitazione in un unico progetto terapeutico riabilitativo, così come è negli obiettivi definiti nella progettazione della nuova cartella CURE.

Bibliografia

Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, "Relazione europea sulla droga 2019: tendenze e sviluppi", Lussemburgo, 2019.

Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per le politiche antidroga, "Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia anno 2019 (dati 2018)", Roma, 2019.

Saponaro A, Ugolini P, 2009, Osservatorio dipendenze: sistema informativo, valutazione, ricerca, qualità, in Salute e Società, Essere e fare il sociologo in sanità, n.3.

Qualità dei trattamenti nelle Dipendenze Patologiche

Dall'audit clinico alle linee di indirizzo AUSL della Romagna

Teo Vignoli, Ulrich Wienand, Claudio Ravani

ABSTRACT

Un obiettivo di budget sulla spesa farmaceutica nel Servizio Dipendenze Patologiche della Ausl Romagna è stato l'occasione per effettuare un audit clinico locale sull'appropriatezza prescrittiva di due farmaci (Sodio Oxibato e Buprenorfina). I criteri di qualità, desunti nonostante la carenza di linee guida, risultavano solo parzialmente soddisfatti. Il gruppo dei professionisti ha approfondito questo problema, ricercato le cause ed effettuato delle azioni di miglioramento, redigendo un documento condiviso sulle buone pratiche prescrittive. Un re-audit a distanza di 2 anni ha riscontrato un significativo miglioramento. L'esperienza concreta ha portato gli autori a discutere il rapporto dialettico fra processo di budget (top down) e attività per il miglioramento della qualità professionale (bottom up).

13

Introduzione

Negli ultimi decenni il tema della qualità dei trattamenti sanitari è stato al centro della contesa tra medicina basata sulle evidenze e personalizzazione dei trattamenti, da cui sono nati diversi tentativi di sintesi, a partire dai PDTA per arrivare alla medicina di precisione. Nell'ambito della Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche tale sforzo di sintesi e di integrazione è reso ancora più complesso dalla rilevanza di componenti non sanitarie come quella sociale, culturale, economica e politica nel determinare epidemiologia, quadri clinici e strumenti terapeutici a disposizione dei professionisti. Questa complessità è verosimilmente la ragione del fatto che la clinica delle dipendenze è estremamente eterogenea a livello della sanità mondiale, ma anche nazionale. La Regione Emilia Romagna (RER) nell'ultimo decennio ha prodotto numerosi documenti di programmazione e di indirizzo per i Servizi Dipendenze Patologiche, a partire dal "Programma regionale dipendenze patologiche 2017-2019" (RER 2016), passando per documenti specifici come quello sulla riduzione del danno in strada o in strutture a bassa soglia d'accesso (RER 2017) o più trasversale sul trattamento dei disturbi gravi di personalità (RER 2013). Oltre a

Rif
Teo Vignoli, medico,
SerDP Lugo (RA)
0545903155
333 3912174
teo.vignoli@auslromagna.it

questi documenti di pianificazione strategica, la Regione ha definito obiettivi che riguardano il controllo organizzativo, come la corretta compilazione dei campi previsti nella cartella informatica: la corretta definizione dei programmi terapeutici, la esplicitazione della tipologia, la gravità e le caratteristiche della dipendenza patologica in trattamento, ecc. Tutti questi strumenti, oltre al lavoro dei numerosi gruppi regionali su tematiche specifiche, sono stati di grande importanza per la definizione di una identità culturale dei Servizi delle Dipendenze Patologiche e per la delimitazione di una cornice all'interno della quale far ricadere i trattamenti affinché possano essere definiti di qualità.

L'esperienza dell'Ausl Romagna nell'ambito delle Dipendenze Patologiche rappresenta una modalità possibile per sviluppare percorsi di qualità in applicazione della logica regionale e farli dialogare con quella aziendale degli obiettivi di *budget*.

14

1. Audit Clinico: strumento della qualità nelle aziende sanitarie

Fra i tanti strumenti che sono stati sviluppati e collaudati per il miglioramento della qualità professionale (PDTA, Indicatori Performance, Linee Guida) l'audit clinico è quello in cui conta maggiormente la collaborazione attiva degli stessi professionisti, con spiccate caratteristiche "bottom-up". L'audit clinico è un tipico processo ciclico di miglioramento della qualità delle cure, specificamente nella dimensione clinico-assistenziale; esso si basa sulla revisione sistematica della documentazione clinica. Vari aspetti dell'assistenza (soprattutto di processo e di esito) vengono scelti e confrontati con criteri e standard espliciti e, se necessario, vengono realizzati i cambiamenti evidenziati come necessari. Un monitoraggio ulteriore viene eseguito per confermare i miglioramenti (NICE 2002).

Dagli anni '50, quando si chiamava "Medical Audit", si è sviluppato, diventando strumento multidisciplinare e multiprofessionale per lo sviluppo delle competenze professionali e della "accountability" (Wienand 2009). Oltre ai classici ambiti di valutazione dell'appropriatezza ed efficacia, l'audit clinico trova sempre più applicazione in materia di sicurezza dei pazienti, ovvero nel "Risk Management".

Per essere efficace l'audit clinico deve possedere alcuni requisiti imprescindibili: in primo luogo deve trattarsi di un'iniziativa a carattere professionale, basata su una competenza clinico-assistenziale specifica dei partecipanti ed avere come oggetto un ambito fortemente legato alla qualità professionale (appropriatezza, efficacia, sicurezza). È indispensabile la possibilità di accedere ad adeguata documentazione clinica perché l'audit clinico costituisce la verifica della pratica corrente rispetto a standard noti.

Il processo dell'audit clinico può essere rappresentato gra-

ficamente come un ciclo, costituito da sei fasi chiave, che impegnano il team dei professionisti per l'arco temporale di alcuni mesi:

1. identificare l'ambito e lo scopo dell'audit clinico.
2. Definire criteri, indicatori e standard.
3. Osservare la pratica e raccogliere i dati.
4. Confrontare i risultati con gli standard.
5. Realizzare il cambiamento.
6. Ripetere la misurazione.



Fig. 1, Le fasi metodologiche di un audit clinico

2. Prescrizione di stupefacenti tra obiettivi di budget e qualità

Nel documento di budget 2018 del DSM-DP della Ausl Romagna era contenuto un obiettivo specifico di ambito farmacologico: "Effettuazione di audit clinico dipartimentale per la verifica dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci nei servizi dipendenze patologiche", specificando la necessità di focalizzare l'analisi su Sodio Oxibato e Buprenorfina. Tale obiettivo è stato ritenuto strategico in quanto i due farmaci sopraccitati presentavano una notevole variabilità prescrittiva nei diversi territori (Province di Ravenna, Forlì-Cesena e Rimini), un elevato costo e una complessità nella fase di prescrizione ed erogazione (farmaci stupefacenti).

Per corrispondere a questo obiettivo il DSM-DP ha nominato un gruppo di lavoro multidisciplinare, (costituito da medici delle Dipendenze Patologiche, farmacisti, statistici e dal Direttore di Dipartimento), che si è occupato di elaborare e condurre due audit clinici dal titolo: "Appropriatezza prescrittiva del farmaco Sodio Oxibato" e "Appropriatezza prescrittiva del farmaco Buprenorfina".

3. Audit sul Sodio Oxibato

Obiettivo dell'audit era quello di valutare l'appropriatezza

prescrittiva del farmaco Sodio Oxibato (Alcover®). Il gruppo di lavoro ha dovuto fronteggiare un ostacolo non indifferente nella definizione dei criteri di appropriatezza: la mancanza di linee-guida regionali, nazionali o internazionali che comprendano anche il Sodio Oxibato, determinata dal fatto che il farmaco è commercializzato solo in Italia e Austria; ed anche perché in Italia le Società Scientifiche e gli altri organismi competenti sono stati meno efficienti, rispetto a quelli stranieri, nel produrre linee guida. È stato quindi deciso di utilizzare le indicazioni presenti nel RCP (riassunto caratteristiche prodotto) e sono stati identificati due criteri di appropriatezza:

- Criterio 1: i pazienti in trattamento con Sodio Oxibato devono avere una diagnosi di dipendenza da alcol o presentare una sindrome di astinenza da alcol.
- Criterio 2: i pazienti in trattamento prolungato con Sodio Oxibato devono essere inseriti in un trattamento multimodale.

L'audit è stato svolto sui pazienti con un programma terapeutico in corso nel 2017 (casi prevalenti), che sono risultati essere complessivamente 466, di cui 237 a Ravenna, 19 a Forlì, 62 a Cesena e 148 a Rimini (le differenze evidenti nell'impiego del farmaco non sono giustificate dalla differenza di pazienti in carico o di popolazione di riferimento e confermano la disomogeneità della prescrizione). La raccolta dati è stata retrospettiva con analisi della documentazione clinica sul sistema informativo SistER, e lo standard di appropriatezza per entrambi i criteri, trattandosi di derivazioni dirette dalla RCP, è stato definito al 100%.

Si è deciso di non includere nell'audit i criteri di esito, perché richiedono numerosità campionarie molto più ampie (Mant 2001) e tempi molto lunghi per la loro verifica, specie nel campo delle dipendenze.

I risultati hanno evidenziato una percentuale di appropriatezza bassa rispetto allo standard sul criterio 1: 62,4 % (Fig. 2), sul totale di 466, senza differenze significative fra i 4 territori.¹ È stata eseguita una analisi di approfondimento sui casi di non appropriatezza, per comprendere quali diagnosi erano state attribuite ai pazienti cui veniva prescritto Sodio Oxibato. Questo approfondimento ha evidenziato la presenza dei seguenti comportamenti che rendono ragione del 37,6% di casi non appropriati:

1. diagnosi generica (disturbo psichico e comportamentale dovuto all'uso di alcol): 12,2%.

2. Diagnosi di disturbo dovuto ad altre sostanze psicoattive (non alcol): 4,7%.
3. Altra diagnosi in F10 (diagnosi di uso dannoso di alcol-intossicazione etc.): 19,7%.
4. Altro: 0,7%.
5. Non pervenuto: 0,3%.

Dalla discussione di questo approfondimento è emersa l'ipotesi che la insufficiente specificità e il mancato aggiornamento nella registrazione della diagnosi siano le cause principali della inapproprietezza rilevata. Questa ipotesi è stata confermata da parte dei prescrittori che, andando a valutare le singole cartelle cliniche, nella maggior parte dei casi non hanno rilevato la necessità di modificare la prescrizione, ma hanno aggiornato diagnosi vecchie o generiche (inappropriatezza diagnostica).

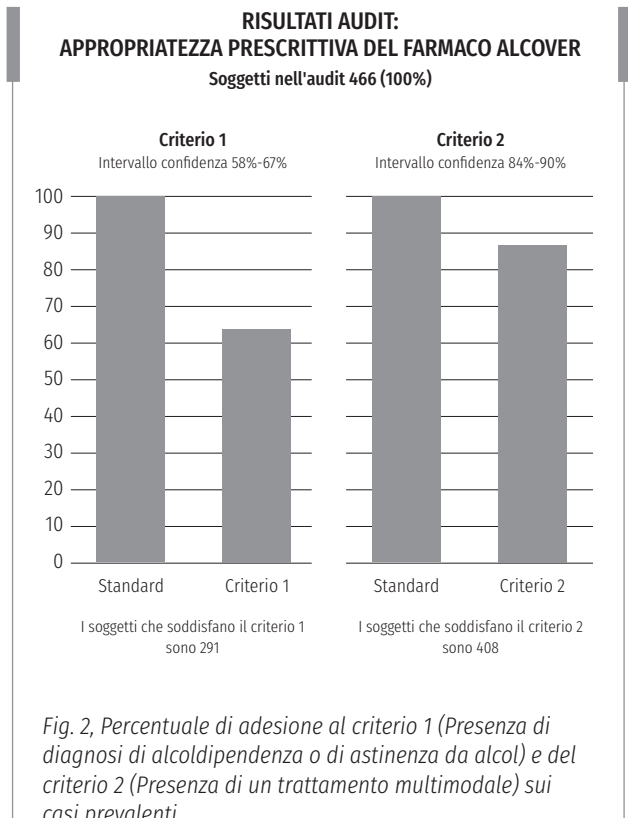
Per quanto riguarda il criterio 2, la percentuale di appropriatezza, sebbene non arrivasse allo standard del 100%, è stata comunque ritenuta elevata in quanto si avvicinava al 90%, senza differenze significative nei 4 territori (Fig. 3).

I risultati dell'audit sono stati discussi dal gruppo di lavoro e ne sono derivate diverse considerazioni:

1. È stata rilevata un'inappropriatezza diagnostica nei pazienti alcolodipendenti rispetto alla quale è necessario elaborare piani di miglioramento con i prescrittori, men-

Note

¹ Dei 466 casi totali (prevalenti) del 2017, i casi nuovi (incidenti) dell'anno erano 121.



tre è stata confermata la natura multidisciplinare dei programmi terapeutici che vengono erogati nei SerDP.

2. Le differenze di utilizzo del farmaco fra le 4 sedi (Ravenna-Forlì-Cesena-Rimini) non sono spiegabili esclusivamente in base alla popolazione target che non presenta differenze particolarmente significative.
3. La percentuale di inappropriately rilevata nei 4 territori era sovrapponibile (non vi erano differenze significative) e quindi le disomogeneità di utilizzo del farmaco fra i 4 territori non sono spiegabili in relazione alla maggiore inappropriately prescrittiva in alcune sedi rispetto ad altre.
4. L'audit clinico, come è stato configurato, non è in grado di definire se le differenze prescrittive siano determinate da una *overprescription* o da una *underprescription* del farmaco, o da entrambi i fenomeni, e se queste differenze sono collegate a differenza prescrittive degli altri farmaci a disposizione con indicazioni simili.

Alla luce di queste riflessioni è stato deciso di esplorare in modo più ampio le differenze di utilizzo dei farmaci fra le 4 sedi attraverso un questionario, elaborato dal gruppo di lavoro e sottoposto in maniera anonima ad ogni prescrittore (20 medici afferenti alle UOCDP di Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini), nel quale sono state indagate le prassi prescrittive in uso: quale farmaco veniva prescritto maggiormente,

quale indicazioni differenziali venivano riconosciute ai differenti farmaci e quali controindicazioni, quali associazioni farmacologiche venivano effettuate e quale era la durata dei trattamenti oltre che identificare quali farmaci venivano prescritti off label. Le domande erano in parte a risposta chiusa, di semplice elaborazione quantitativa e in parte a risposta aperta, nelle quali sono stati identificati i principali ambiti semantici ed elaborati statisticamente.

I risultati del questionario, elaborati dal gruppo di lavoro, evidenziavano una elevata eterogeneità nella tendenza a preferire un farmaco piuttosto che un altro (Fig. 4), nelle

QUALE FARMACO USI CON MAGGIORE FREQUENZA?

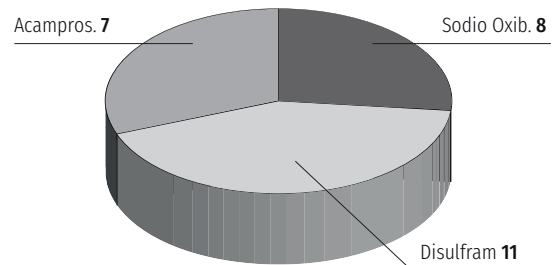


Fig. 4, Numero di preferenze dei prescrittori alla Domanda 1 del questionario: "Quale farmaco per il mantenimento dell'astensione da alcol usi con maggior frequenza?"



Fig. 3, Riflessioni sui risultati dell'audit clinico e del questionario ai prescrittori.

indicazioni per la scelta degli specifici farmaci, nell'uso di farmaci *off label* e nelle associazioni farmacologiche. Più condivise, invece, sono risultate le controindicazioni e le motivazioni a prolungare il trattamento oltre la durata prevista da RCP.

I risultati dell'audit e quelli del questionario sono stati quindi esposti e discussi in una riunione con tutti i prescrittori delle Dipendenze Patologiche, dalla quale sono emersi piani di miglioramento e riflessioni (Fig. 3):

- a. Le differenze prescrittive nei 4 ambiti sono verosimilmente la conseguenza dell'assenza di linee guida alcolologiche: ogni prescrittore si è basato sulla esperienza personale e sulla condivisione culturale con i colleghi più a stretto contatto, per costruirsi le proprie convinzioni relativamente a indicazioni, controindicazioni e preferenze sulla scelta. Questo fenomeno è valso sia per farmaci *on label* che per i farmaci *off label*, che risultano spesso utilizzati in quanto a quelli *on label* veniva attribuita una efficacia mediamente modesta.
- b. La logica conseguenza della riflessione al punto (a) è stata quella di condividere la necessità di definire linee di indirizzo aziendali, che identificassero delle buone prassi prescrittive condivise e che permettessero la pro-

gressiva omogeneizzazione delle prescrizioni attraverso la condivisione delle esperienze cliniche maturate negli anni. Questa necessità, che seguiva il solco dell'esigenza espressa dalla Direzione attraverso la richiesta dell'audit, è stata immediatamente messa in pratica: partendo dalla discussione dei risultati del questionario, è stato definito un consenso su indicazioni e controindicazioni prescrittive che ha portato alla definizione di un documento in corso di approvazione e pubblicazione aziendale sulle "Indicazioni per la buona prassi prescrittiva dei farmaci per il trattamento dell'alcoldipendenza". Tale documento costituisce un primo step che chiarisce indicazioni, controindicazioni, durata della terapia e associazioni farmacologiche. La prospettiva di approfondimento prevede future integrazioni su dosaggi, affidi della terapia e casi particolari.²

c. L'audit clinico, pur non avendo rilevato i motivi delle differenze prescrittive, ha rilevato un problema endemico nel DSM-DP: la inesattezza nella compilazione delle diagnosi e rispetto a questo sono stati definiti alcune azioni di miglioramento:

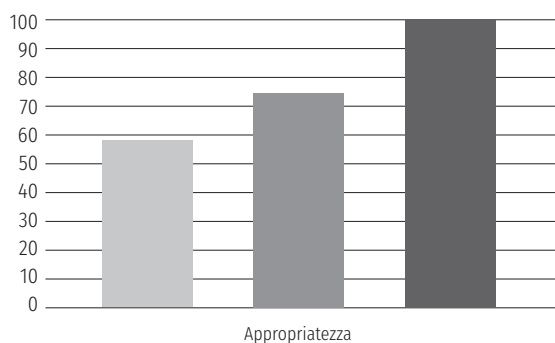
- invio dei nominativi dei pazienti per cui non c'è coerenza tra diagnosi e terapia con Sodio Oxibato ad ogni prescrittore per la correzione ove necessario;
- re-audit a 1 anno (per verificare se il comportamento virtuoso sia stato percepito e attuato dai prescrittori); è stato eseguito nel 2019 e discusso nel 2020, sui casi nuovi del periodo gennaio 2019 - settembre 2019, confrontato con quelli di gennaio - settembre del 2017. I

risultati mostrano un miglioramento significativo, passando dal 59,5% di appropriatezza al 75,3%, a dimostrazione dell'efficacia delle azioni di miglioramento (Fig. 5).³

d. infine, l'utilizzo di questa metodologia di condivisione ha permesso di definire un accordo scritto tra professionisti, anche relativamente a una novità, normativa più che professionale, emersa nel corso del 2019: il farmaco Sodio Oxibato, nonostante le evidenze di efficacia che ne hanno guidato l'uso nei SerDP negli ultimi 25 anni, ha avuto una restrizione delle indicazioni terapeutiche da parte di AIFA, generando una ulteriore variabilità negli atteggiamenti dei professionisti. Nel documento di buone prassi sopracitato è stato definito un comportamento prescrittivo comune, nato dalla rivisitazione condivisa della letteratura.

4. Quale relazione tra strumenti della qualità e obiettivi di budget ?

Nelle esperienze descritte il gruppo di lavoro ha deciso di adottare strumenti di qualità per approfondire la problematica emersa dall'audit stesso, andando oltre al mandato indicato dagli obiettivi di budget. In particolare, il problema della variabilità è stato affrontato ampliando l'ottica dell'appropriatezza di un singolo farmaco (che era stato evidenziato come più costoso e con utilizzo più variabile), all'intero processo di prescrizione di farmaci che presentano la stessa indicazione terapeutica, favorendo un percorso di condivisione orizzontale delle competenze acquisite, al fine di integrare la carenza di indicazioni delle linee guida e favorire un reale cambiamento nei comportamenti prescrittivi dei professionisti, che si è concretizzato in documenti dipartimentali di buone prassi prescrittive. In altre



Adesione al criterio				
	Audit		Re-Audit	
SI	72	59,5%	65	75,3%
NO	49	40,5%	11	24,7%
Totale	121		85	

Fig. 5, Percentuale di adesione al criterio 1 (Presenza di diagnosi di alcoldipendenza o di astinenza da alcol) e del criterio 2 (Presenza di un trattamento multimodale) sui casi prevalenti.

Note

- 2 Un esito analogo è avvenuto a seguito dell'audit sulla appropriatezza prescrittiva del farmaco Buprenorfina, nel quale dopo aver evidenziato un problema di appropriatezza diagnostica piuttosto che prescrittiva, è stata rilevata la necessità di ampliare la riflessione a tutti i farmaci per il trattamento della dipendenza da oppiacei. Anche in questo caso, sempre grazie a somministrazione, elaborazione e discussione di un questionario con tutti i prescrittori dei SerDP, è stato possibile definire delle linee aziendali di buona prassi prescrittiva, che si sono concretizzate in un documento dipartimentale, approvato da tutti i SerDP dell'Azienda con l'obiettivo di omogeneizzare le pratiche cliniche (Doc.03/2019-DSMDP della Azienda USL Romagna: "Indicazioni d'uso ed appropriatezza prescrittiva per l'utilizzo dei farmaci usati nel trattamento della dipendenza da oppiacei").
- 3 È stato scelto un confronto fra "casi incidenti 2017" con "casi incidenti 2019" perché questo fotografa più fedelmente la pratica prescrittiva del momento. Anche il confronto fra "casi prevalenti 2017" con quelli "incidenti 2019" mostrerebbe una differenza altrettanto significativa.

parole, il gruppo di lavoro, anziché rinegoziare l'obiettivo definito dal budget alla luce dei risultati dell'audit, ha deciso di affrontare il problema da cui era scaturito l'obiettivo producendo una possibile soluzione che è risultata più accettabile scientificamente e più spendibile sotto il profilo del controllo di gestione: sarà molto più semplice chiedere ai prescrittori di adeguarsi alle linee di indirizzo che hanno concordato piuttosto che a una media aziendale o regionale che non rispecchia elementi di tipo scientifico o culturale. Questo processo ha potenziato la componente bottom-up nella determinazione del budget, che è spesso poco rappresentata nonostante venga ritenuta fondamentale sia dalla letteratura scientifica che dalle procedure aziendali di riferimento.

Allo stesso tempo ha messo in luce una possibile discrasia tra budget e qualità: discutere i problemi o negoziare gli obiettivi? I problemi che vengono ritenuti strategici dalla Direzione vengono solitamente tradotti in obiettivi, per essere poi negoziati secondo procedure specifiche, ma quando ci sono istanze di tipo clinico che aumentano il livello di complessità, potrebbe risultare più opportuno discutere i problemi con i Direttori di UO e di Dipartimento e con i professionisti prima di negoziare gli obiettivi: questo potrebbe evitare di investire energie su obiettivi non centrati sulla soluzione del problema e favorire il processo virtuoso che si è verificato nelle esperienze descritte, rispetto alla identificazione di soluzioni efficaci proposte dalla base dei professionisti. Nel caso concreto, se il gruppo di lavoro fosse stato chiamato per discutere l'origine della disomogeneità prescrittiva e le possibili soluzioni piuttosto che per evidenziare le appropriatezze prescrittive, forse il processo sarebbe stato più efficiente e di qualità. In questo senso, la circolarità prevista tra redazione del documento di budget - negoziazione degli obiettivi - strumenti di qualità - *feedback* sui risultati a fine anno - ridefinizione del nuovo budget, dovrebbe favorire la possibilità di focalizzare ora i problemi, ora gli obiettivi a seconda delle necessità.

È indubbio che esista una possibilità di interazione virtuosa tra budget e qualità che va sottolineata e alimentata: senza l'obiettivo di budget i prescrittori non avrebbero investito energie nel definire linee di indirizzo utili alla pratica clinica, ma senza la definizione di questo processo di qualità non sarebbe stato possibile raggiungere l'obiettivo del budget. Questo rapporto virtuoso, non è scevro da grosse fatiche, ma ha importanti possibilità di applicazione e di ampliamento, basti pensare al recente audit eseguito, sempre in ambito DSM-DP, sugli antipsicotici atipici iniettabili, rispetto al quale il percorso di qualità ha permesso di mettere in discussione la parcellizzazione degli obiettivi di budget al fine di considerare nel loro complesso le diverse fasi del trattamento, dalla terapia farmacologica ambulatoriale ai

ricoveri in ambito specialistico, per effettuare valutazioni costo-efficacia più realistiche e aderenti alla realtà della pratica clinica.

Conclusioni

L'analisi critica degli audit clinici, previsti dagli obiettivi budget 2018 dell'Ausl Romagna per il DSM-DP ha evidenziato che la complessità della clinica nelle Dipendenze Patologiche è tale che l'aumento della appropriatezza prescrittiva non determina necessariamente un miglioramento della omogeneizzazione delle prescrizioni. In altre parole, nel DSM-DP è possibile essere appropriati e disomogenei. Infatti, per quanto concerne i farmaci per il trattamento dell'alcol-dipendenza e per la dipendenza da oppiacei, le linee guida forniscono indicazioni di carattere generale, raramente utili a discernere in maniera chiara ed oggettivamente la maggiore appropriatezza di un farmaco rispetto ad un altro in uno specifico paziente. Allo stesso tempo la complessità del paziente prevede la presenza di numerose variabili socio-sanitarie da considerare per poter personalizzare i trattamenti. Questo vale per i trattamenti farmacologici, come evidenziato dall'esperienza riportata, ma analogamente può valere per la scelta del trattamento psicologico, del trattamento socio-educativo, della combinazione di questi, etc. Questo grande spazio di discrezionalità sulla scelta dei trattamenti, ha come conseguenza una fortissima disomogeneità di trattamento che si scontra con il concetto di appropriatezza, caposaldo di buona parte degli strumenti di qualità inseriti da decenni nelle pratiche di governance clinica. Inoltre, arrendersi ad essere disomogenei ed appropriati determina un problema di interfaccia con la componente manageriale dell'azienda che si occupa di controllo di gestione e che, attraverso lo strumento del budget si trova a valutare l'impatto economico delle scelte terapeutiche, inserendo un criterio ulteriore rispetto a quello della qualità che, in assenza di indicazioni condivise rischia di essere quello determinante nelle scelte aziendali. In altre parole, possiamo dire in questa fase storica: o ci affrettiamo a definire con dettaglio cosa è appropriato e cosa non lo è, oppure la pressione economica, che rappresenta una componente non trascurabile del funzionamento di una azienda sanitaria, avrà l'ultima parola su quanto possiamo utilizzare un determinato trattamento.

Sul solco di questo ragionamento riteniamo che il diritto di ogni medico, psicologo o professionista della salute di agire in scienza e coscienza, prima di ogni altra cosa, sia insufficiente per garantire un trattamento efficace (e quindi necessariamente non eccessivamente disomogeneo tra territori simili) ed efficiente (maggior risultato a parità di costo). Non possiamo, però, chiedere ad organismi sovra-aziendali di fare questo sforzo al posto nostro: la Regione

può elaborare documenti strategici e di programmazione, e può spingersi a definire dei PDTA-modello, ma spetta ai gruppi di professionisti, che lavorano nelle aziende, il compito di unire l'esperienza clinica con le conoscenze scientifiche, e calarle nella realtà concreta dei servizi attraverso l'elaborazione di PDTA specifici, linee di indirizzo aziendali, indicazioni di buona prassi, e successivamente validarne l'efficacia attraverso indicatori di efficacia e/o indicatori di soddisfazione dei pazienti/*care givers*. Se questa può essere una utile indicazione per l'intera sanità, lo è sicuramente nel campo delle Dipendenze Patologiche dove la sfida alla maggiore complessità non può essere lasciata in mano al singolo professionista, e nemmeno a logiche unicamente manageriali.

Un ringraziamento particolare a: Dott.ssa Marcella Fanelli, Dott.ssa Maristella Salaris, Dott.ssa Samantha Sanchini, Dott.ssa Monica Teodorani per la raccolta e l'elaborazione dei dati.

Bibliografia

- F. Caputo, T. Vignoli, A. Grignaschi, M. Cibir, G. Addolorato, M. Bernardi. *Pharmacological management of alcohol dependence: from mono-therapy to pharmacogenetics and beyond*. Eur Neuropsychopharmacol. 24(2), 2014, 181-91.
- W. van den Brink, G. Addolorato, H.J. Aubin, A. Benyamini, F. Caputo, M. Dematteis, A. Gual, O.M. Lesch, K. Mann, I. Maremmani, D. Nutt, F. Paille, P. Perney, J. Rehm, M. Reynaud, N. Simon, B. Söderpalm, W.H. Sommer, H. Walter, R Spanagel *Efficacy and safety of sodium oxybate in alcohol-dependent patients with a very high drinking risk level* Addict Biol. 2018, 23(4):969-986.
- M.A. Leone, F. Vigna-Taglianti, G. Avanzi, R. Brambilla, F. Faggiano. *Gamma-hydroxybutyrate (GHB) for treatment of alcohol withdrawal and prevention of relapses*. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Feb 17;(2):CD006266.
- J. Mant. *Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care*. Int. J. Quality in Health Care. 13 (6), 475 – 480
- National Institute for Clinical Excellence, CHI, Royal College of Nursing, University of Leicester. *Principles for Best Practice in Clinical Audit*. Radcliffe Medical Press, Oxon, UK; 2002
- Regione Emilia Romagna - Servizio salute Mentale Dipendenze Patologiche Salute nelle Carceri *Linee di Indirizzo per il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità*. Prot. Gen. 2013.0130761 del 29.5.2013
- Regione Emilia Romagna – Giunta Regionale. *Programma Regionale Dipendenze Patologiche - Obiettivi 2017-2019*. Delibera di Giunta 2307 del 21.12.2016
- Regione Emilia Romagna – Giunta Regionale *Approvazione indirizzi per l'attuazione di interventi di riduzione del danno in strada o in strutture a bassa soglia d'accesso per persone con problemi di abuso/dipendenza e requisiti organizzativi delle Unità di Strada*. Delibera di Giunta 1184 del 2.8.2017
- V.I. Reus, L.J. Fochtmann, O. Bukstein, A.E. Eyler, D.M. Hilty, M. Horvitz-Lennon, J. Mahoney, J. Pasic, M. Weaver, C.D. Wills, J. McIntyre, J. Kidd, J. Yager, S.H. Hong. *The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Pharmacological Treatment of Patients With Alcohol Use Disorder*. Focus (Am Psychiatr Publ) 17(2), 2019, 158-162.
- U. Wienand. *Audit clinico: che cosa è e che cosa non è. L'uso inappropriato del termine depauperà il metodo*. QA, 2, 2009, 82-90

HIV e HCV: Stigma e protezione

Processi evolutivi in tema di dipendenze a Modena

Massimo Bigarelli, Chiara Gabrielli

Creonte. Dico a te, che abbassi il capo: neghi o ammetti di aver commesso il fatto?

Antigone. Sì, sono stata io

Cr. Conoscevi l'editto che vietava proprio ciò che hai fatto?

An. Sì, lo conoscevo, come potevo ignorarlo? Era pubblico.

Cr. Eppure hai osato trasgredire?

An. Sì perché questi sono i tuoi proclami e non le Leggi incrollabili degli Dei

Sofocle, 442 aC

20

ABSTRACT

Gli autori esaminano la storia dei servizi per le dipendenze patologiche nella realtà di Modena (Regione Emilia – Romagna), con particolare riferimento al vissuto degli operatori rispetto alle patologie infettive che via via sono state affrontate (HIV, epatiti virali, malattie sessualmente trasmesse) rimodulando l'organizzazione dei servizi territoriali. Sono negli anni state realizzate filiere di attività aggiuntive per alcol, tabacco, gioco patologico, riduzione del danno e per ultimo l'emergenza legata alla pandemia da Covid-19.

Premessa

Sono passati molti anni da quando una vita trascorsa consumando sostanze aveva il sapore della rivolta alla società borghese. Un significato che ha rappresentato quasi un ormezzio ad un pezzo di storia che fu certamente rivoluzionaria ma che, nel continuo divenire delle cose, non c'è più. I fenomeni legati alla dipendenza sono talmente mutati che venti anni fa "prevenzione" significava andare nelle scuole, nelle assemblee di Cittadini, dovunque si fosse chiamati come esperti a parlare di eroina e pandemia da HIV; ora si fa prevenzione universale sul *gambling*, selettiva sui consumi di alcol e fumo, selettiva ed indicata sulle droghe; una persona che chiede aiuto per una dipendenza esprime altri problemi sanitari, psicologici e relazionali che irrompono nell'arena di un trattamento sempre più complesso, ma an-

Rif
Massimo Bigarelli,
medico, Direttore Programma dipendenze patologiche AUSL Modena
333 3586346
m.bigarelli@ausl.mo.it

Chiara Gabrielli,
medico, Direttore SerDP Area Centro/Modena
366 6385835
c.gabrielli@ausl.mo.it

che sempre più moderno e basato sulle evidenze.

I SerDP hanno straordinariamente interpretato il mutamento, sia trasformando le proprie *mission* guardando “fuori” (alla fenomenologia dei consumi), sia tarando le organizzazioni guardando “dentro” (alle tipologie di persone che ad essi afferiscono per la cura).

Questo doppio sguardo ha permesso di integrare negli anni attrezzi di lavoro propri e altrui, in un gioco virtuoso della contaminazione dei saperi che ha modificato culturalmente non solo i Servizi, ma le Comunità.

La parola chiave che ha unificato le azioni dei Servizi, e le cui tracce si rilevano senza dubbio ad uno sguardo retrospettivo, è “protezione”; proteggere la salute, le idee, le vite, le relazioni, le risorse, la reputazione delle persone con una dipendenza, comporta il mettere in atto una serie di azioni non solo, ovviamente, sanitarie, ma intorno al “problema”, guardando lo stigma negli occhi: quello che ferisce le persone con DP, ma anche quello che isola i SerDP considerati spesso come propaggini sanitarie del servizio sociale.

In questo articolo offriamo ai lettori di SESTANTE la storia di alcuni dei processi che hanno portato i SerDP nella Provincia di Modena a mettere in campo azioni in tema di lotta allo stigma, di prossimità e di protezione della salute.

“*Kein Ort, Nirgends*”, “nessun luogo, da nessuna parte” intitolava Christa Wolf il suo romanzo che racconta di vite senza voce e senza eco: in questi anni abbiamo lavorato per garantire porti sicuri.

1. Appunti di cronaca

Nei primi anni '80 in provincia di Modena nascono i CTST e i CMAS, servizi multidisciplinari con presenza di medici di varia estrazione, assistenti sociali, educatori professionali, infermieri e psicologi. Personale avventizio o con impiego a tempo parziale.

È con il DPR 309/90 che si incardinano i SerT come presidi di prevenzione, diagnosi e trattamento dei tossicodipendenti. Fra il 1978 e il 1982 nascono le tre comunità terapeutiche CEIS, Angolo in città a Modena e LAG nel vignolese. Il numero di casi di tossicomani assistiti nei decenni è restato sostanzialmente costante, inquadrabile in 1500/1600 casi in Provincia, ad esso si aggiungono i 1000 alcolodipendenti, i 300 tabagisti e i 150 giocatori patologici: questo a significare che il concetto di “dipendenza” ha travalicato l'archetipo “eroina” per arrivare ad altre frontiere nosografiche e assistenziali.

Cura, presa in carico e “tutela”: le prime esperienze della guardia giurata, sia alle malattie infettive che al SerT della città che negli anni fu oggetto di reclami da parte dei cittadini e campagne stampa per il *coté* sociopatico attiguo all'attività sanitaria.

Ai SerT principali della provincia per numerosità di casi

(Modena, Carpi e Sassuolo) si affiancavano e consolidavano le presenze dei SerT nei distretti: Mirandola, che aveva un tasso di infezioni da HIV più alto rispetto alla provincia, Vignola, Pavullo nel Frignano, un servizio che partì come “filiale” di Vignola per poi rendersi autonomo nel 1997 e che fin dall'inizio della sua vita assisteva utenti che per il 75% avevano problemi di alcol. Ultimi nati nella rete, nel 2004, il SerT di Castelfranco Emilia e, nello stesso anno, il Centro Alcolologico nello storico Ospedale Estense, nel centro di Modena.

Il Policlinico di Modena, nelle due coniugazioni attinenti la materia (la clinica delle malattie infettive e il servizio di farmacologia e tossicologia clinica) ha affiancato e supportato l'azione dei servizi territoriali.

Nel 1996 prende vita il progetto alcolologico regionale e quindi gli alcolodipendenti, che prima sporadicamente erano trattati nei SerT, vengono inclusi in progetti riabilitativi strutturati, con un “pensiero” terapeutico che prenderà anche la strada del ricovero in Casa di Cura, di nuovi farmaci utilizzati, di intensa collaborazione con la rete di auto-mutuo aiuto (Alcolisti Anonimi, Al Anon gruppi famigliari, Club Alcolologici Territoriali).

Nell'anno 2000 nascono i centri anti-fumo: la presenza di cittadini ed utenti “normali” ed integrati socialmente, alle prese con la dipendenza da nicotina, contribuisce alla de-stigmatizzazione dei servizi per le dipendenze patologiche.

2. HIV, AIDS e tossicodipendenza a Modena

Il primo caso di AIDS è stato diagnosticato in Italia nel 1982, ma soltanto nel 1986 è stata resa obbligatoria la notifica dei casi di AIDS e nel 1987 è stata formalizzata la sorveglianza attraverso l'istituzione del registro nazionale AIDS. Alcune Regioni e Province intuirono già allora l'importanza di sorvegliare anche i casi di HIV asintomatici, alcune addirittura ancor prima che il registro nazionale AIDS venisse ufficialmente istituito. Tra queste la provincia di Modena che nel 1985 iniziò in modo sistematico la raccolta dei dati relativi a tutte le persone a cui veniva diagnosticata una sieropositività per HIV, anche in assenza dei sintomi di AIDS; una vera e propria sorveglianza delle nuove diagnosi di HIV. Già all'inizio degli anni '90 i risultati della sorveglianza HIV mostravano una epidemia molto diversa da quella descritta dai dati della sorveglianza AIDS: la maggioranza delle nuove infezioni non era acquisita per via parenterale ma attraverso rapporti sessuali, l'età mediana dell'infezione era superiore a quanto suggerito dai casi di AIDS, la proporzione di stranieri infetti cominciava ad essere rilevante.

A Modena nel 1985 furono 155 i tossicodipendenti da eroina (prima categoria per esposizione) contagiati con HIV, si pensi che già nel 2004 i nuovi casi di contagio fra tossicodi-

pendenti era di 4 in tutta la provincia. Nel 1990 apre la casa famiglia "San Lazzaro" nel quartiere attiguo al Policlinico, a cura del CEIS, con 12 posti letto occupati perlopiù da gravi pazienti bisognosi di assistenza sociale e sanitaria.

Il reparto delle malattie infettive di allora aveva consuetudine importante coi tossicodipendenti e si crearono legami e associazioni, fra cui ASA97, fondata dal dr. Pellegrino.

Gli infettivologi si prendevano cura delle persone sieropositive o ammalate negli ambulatori dei SerDP, con i loro schedari, portando i farmaci dai reparti.

L'AIDS faceva paura. Una svolta terapeutica fondamentale fu l'avvio nel 1993 delle terapie con inibitori della proteasi inversa, che cambiarono la prospettiva di vita di tante

persone. Testare tutti, sistematicamente: questa la *mission*. Il lavoro di prevenzione dei contagi da HIV, nonché da HCV ed HBV, era apparso efficace, il messaggio era passato, lo *screening* della popolazione di tossicodipendenti soddisfacente, la cura era stata organizzata in un *network* oliato.

Tutti i SerT erano in grado di fare o prescrivere rapidamente prelievi sierologici, il *counselling* era dentro il lavoro quotidiano, gli utenti erano esperti, se non ingaggiati, nella prevenzione tra pari.

Tuttavia le nuove generazioni di tossicodipendenti apparvero suscettibili a comportamenti a rischio e comparvero nuove infezioni da HCV in giovani adulti: questo ci fece pensare che le percentuali di popolazione testata dovessero essere

22

Tossicodipendenti % in carico	Mai effettuato		Positivo		Negativo		Rifiuto	
	HCV	HIV	HCV	HIV	HCV	HIV	HCV	HIV
AUSL Modena								
31 Dic. 2010	37,9	36,8	31,7	5,6	30,1	56,9	0,3	0,7
31 Dic. 2011	28,9	26,5	34,7	5,9	34,3	64,0	2,1	3,6
31 Dic. 2012	15,2	11,3	38,2	6,8	39,8	71,4	6,8	10,5
31 Dic. 2013	14,8	11,1	37,8	6,9	41,5	72,7	5,9	9,2
31 Dic. 2014	15,3	11,0	36,5	6,4	41,2	70,4	7,0	12,2
31 Dic. 2015	13,7	9,4	36,6	6,3	44,6	72,4	5,1	11,9
31 Dic. 2016	11,4	6,9	35,7	5,7	44,2	71,3	8,7	16,2
31 Dic. 2017	12,4	6,5	34,4	5,7	46,8	72,4	6,4	15,4
31 Dic. 2018	9,8	5,4	32,7	5,2	52,3	74,4	5,3	14,9
31 Dic. 2019	8,0	5,0	31,7	4,8	52,5	72,2	7,8	17,9

Tab. 1. Test HIV e HCV effettuati nei SerDP della provincia di Modena dal 2010 al 2019 – Tossicodipendenti. Fonte: Osservatorio Dip Pat/SerDP di Modena

Alcolisti % in carico	Mai effettuato		Positivo		Negativo		Rifiuto	
	HCV	HIV	HCV	HIV	HCV	HIV	HCV	HIV
AUSL Modena								
31 Dic. 2010	59,7	72,9	6,1	0,6	34,2	26,4	0,0	0,1
31 Dic. 2011	51,8	63,4	6,8	0,6	40,6	35,1	0,8	0,9
31 Dic. 2012	36,5	43,5	7,3	0,8	54,5	53,2	1,7	2,5
31 Dic. 2013	32,0	37,7	8,2	0,4	58,5	59,7	1,3	2,2
31 Dic. 2014	29,6	35,2	8,7	0,9	60,3	62,2	1,4	1,7
31 Dic. 2015	26,9	31,6	7,9	1,0	62,2	63,6	3,0	3,8
31 Dic. 2016	21,3	22,0	8,2	1,5	60,5	63,2	10,0	13,3
31 Dic. 2017	16,3	14,3	8,2	1,3	67,6	70,5	7,9	13,9
31 Dic. 2018	11,9	9,7	9,0	1,4	72,4	76,4	6,7	12,5
31 Dic. 2019	11,2	9,4	8,5	1,4	71,7	75,7	8,6	13,4

Tab. 2. Test HIV e HCV effettuati nei SerDP della provincia di Modena dal 2010 al 2019 – Alcolodipendenti. Fonte: Osservatorio Dip Pat/SerDP di Modena

sensibilmente aumentate. Siamo nel 2010 e il Settore DP riportò l'attenzione delle intere *équipes* multidisciplinari sul tema dello *screening*. I risultati che si riportano nelle tabelle sono stati raggiunti con azioni chiare e semplici nei 7 servizi distrettuali del Settore DP di Modena:

- I test sierologici possono essere effettuati nei SerDP a qualunque ora durante l'apertura al pubblico ed inviati la mattina successiva ai laboratori analisi.
- La cartella clinica SistER segnala attivamente l'assenza di test nell'ultimo anno.
- A cadenza annuale (ottobre) *task force* di medici ed infermieri recuperano i test non eseguiti.
- Nella formazione veniva richiesto di tenere alta l'attenzione dei professionisti sugli *screening* sierologici e di non escludere mai dai percorsi formativi gli aspetti di tutela della salute.

Nell'ultimo decennio la rete di *screening* e cura fra SerDP e Malattie Infettive di Modena ha garantito la presa in carico facilitata presso reparto e DH, con contatti tra SerDP e Colleghi Infettivologi nei casi "difficili" per *compliance*, sia per le infezioni da HIV che per quelle da HCV.

Da dicembre 2019, nell'ambito di un progetto volto a favorire il *networking* locale intorno all'obiettivo dell'eradicazione dell'HCV, il DSM-DP dell'AUSL di Modena e UNIMORE hanno costituito un gruppo di lavoro che ha definito un modello di gestione integrata del paziente in terapia anti virale. Attendiamo un tempo migliore per applicare questo modello nella cura dei nostri pazienti, per poter fare nuovamente prelievi non urgenti e cominciare a testare le persone HC-VAb positive per HCV RNA direttamente nei SerDP, per poter accompagnare le persone con meno aderenza alle cure alle visite per la prescrizione delle terapie e il monitoraggio; aspettiamo che il coronavirus, che ora ci spaventa più di tutti gli altri virus, ci dia tregua.

3. In strada: il primo scambia siringhe, l'Unità di Strada e il Drop In

Nel 1988 parte l'esperienza della macchina "scambia siringhe" ubicata in via Berengario a Modena, in pieno centro; partono in modo simmetrico le attività della c.d. "bassa soglia" con distribuzione di materiale sterile per iniezione e profilattici, da parte della cooperativa SoldoFa insieme all'Associazione Volontari di Strada e poi Caleidos, unità di strada che tuttora riveste un ruolo fondamentale anche come "drop-in" di casi che non sono seguiti dai Servizi per le dipendenze patologiche.

Vita complicata quella delle unità di strada negli anni '80 e '90: difficile riportare su binari di evidenza di efficacia il tema della riduzione dei danni attraverso la distribuzione di siringhe, parafernalia, naloxone, profilattici etc., ma ne cre-

sceva il bisogno e negli anni alle UdS professionali si sono affiancate quelle dei volontari che in orari di chiusura dei Servizi, la sera tardi, si mettono in contatto con le persone "fuori" dai circuiti di cura ed assistenza.

Le pratiche delle UdS professionali sono diventate patrimonio comune e culturale all'interno dei circuiti dei servizi socio-sanitari e del volontariato.

Da un decennio il drop-in Sulla Frontiera del CEIS di Modena garantisce servizi assistenziali e sanitari alla popolazione di persone con dipendenza attiva.

Oggi nella città di Modena ci sono decine di persone che raccolgono dati su chi viene contattato in strada, in un servizio alla persona che soprattutto in inverno può fare la differenza tra la vita o la morte.

In questo contesto i Servizi Sanitari e Sociali sono protagonisti perché protagoniste sono le persone che animano (ed allarmano) le nottate cittadine; ci siamo resi tutti reperibili e rintracciabili: SerDP, Comune, Pronto Soccorso, Polizia Municipale, Unità di Strada professionali e volontarie, Centro Stranieri, Servizi di Prima Accoglienza e Servizi di Accoglienza invernale; una rete che in pochi anni si è differenziata, affinata e coordinata.

4. Trattamenti sostitutivi a lungo termine

Nel 1992 un nucleo di 34 tossicodipendenti assumeva metadone "a scalare" presso il Policlinico, il 50% di questi erano affetti da sindrome da HIV. Un trattamento di "nicchia". In pochi anni è divenuto un trattamento elettivo, di prima scelta, quando non salvavita.

Il percorso si è sviluppato attraverso due filoni principali:

- *Professionale*: applicazione dell'EBM sui trattamenti a lungo termine.
- *Empowerment*: modifica delle conoscenze sui trattamenti a lungo termine tra le persone con dipendenza da oppiacei.

Nel 2019 nella provincia di Modena sono state fatte 5.688 prescrizioni di farmaci per le DP, compresi gli agonisti degli oppiacei che non prevedono per l'induzione, nessuna lista d'attesa. Emblematico di questo passaggio è stata la storia dei trattamenti sostitutivi in carcere: fino a pochi anni fa una volta iniziata la vita da ristretto era "necessario" togliere la terapia agonista.

La Casa Circondariale di Modena e la Casa Lavoro di Castelfranco Emilia, unitamente a quella di Saliceta S. Giuliano, si dotarono nel 1995 dello PTAS (Presidio Tossicodipendenti Alcolisti e Sieropositivi) per meglio affrontare la patologia nell'istituto di pena. Oggi negli Istituti penitenziari modenesi (Casa circondariale Sant'Anna di Modena, Casa di Reclusione di Castelfranco Emilia, non esiste più Saliceta) sono presenti *équipes* del SerDP, si può parlare di trattamento di mantenimento con sostitutivi, di *craving*, di rischi interni ed

esterni di overdose. Se ne può parlare sia con i detenuti/ internati che con il personale della custodia e del trattamento: è stato necessario un lavoro di *audit* sui casi critici, di formazione integrata e di collaborazione tra le diverse anime sanitarie interne alle carceri.

Si segnala tuttavia come ancora, soprattutto per detenuti o internati di provenienze esterne alla nostra Regione, sia necessario riprendere concettualmente le ragioni di un trattamento protratto per proteggere il proprio futuro da destabilizzazioni e rischi.

Stessa sorte positiva, in ottemperanza ai dettami della medicina basata sulle evidenze, hanno avuto i trattamenti con agonisti durante i percorsi in Strutture Residenziali, rivisti in una accezione di “passaggio” all’interno di un progetto ben più articolato che sta dentro la Comunità di vita delle persone, e che necessita di garantire la sicurezza della continuità dei trattamenti farmacologici.

5. Prevenzione

1. Il mondo della scuola, da sempre fucina di sperimentazione e cultura efficace in un’ottica di prevenzione universale ma anche selettiva ed indicata, ha saputo leggere il cambiamento negli stili dei consumi di sostanze. All’interno del mondo scolastico è stato possibile ragionare in termini di laboratorio nell’affrontare i temi delle sostanze psicoattive e formare coorti di *peer educator* che, una volta usciti dalla scuola, si possono incontrare nel mondo del volontariato, della cooperazione, anche (come accaduto) tra gli operatori di nuova assunzione nel mondo delle DP.
2. La prevenzione dei comportamenti a rischio e la promozione di sani stili di vita sono gli obiettivi generali classici degli interventi di prevenzione universale. Stigma e pregiudizio sono un pessimo stile di vita, nonché un comportamento a rischio, col suo carico di paura per ciò che non si conosce, per ciò che si pone fuori da sé.
3. La lotta allo stigma, per essere efficace, deve passare attraverso una rappresentazione che l’oggetto dello stigma fa di sé per rendersi visibile ed accettabile, interessante e “culturale”: dal 2011 molto lavoro intorno alla prevenzione nelle DP è stato dedicato alla rassegna Mât, settimana d’ottobre dedicata alla salute mentale, appuntamento annuale di convegni, eventi, cultura della provincia di Modena: nel 2011 nasce il gruppo di teatro *Yellow Submarine* formato dagli “anziani veterani” della tossicodipendenza modenese (Utenti ed Operatori) che da quasi dieci anni raccontano storie legate alla città.

5.1 Stigma e protezione

Lo stigma e l’isolamento, per la stessa fenomenologia del consumo di sostanze che ha virato verso il consumo social-

mente integrato, hanno condiviso negli ultimi anni la scena con l’incredulità della popolazione cosiddetta “generale” sulla reale entità del fenomeno del consumo di sostanze.

Il rischio che sottostà a questa assenza di pensiero attivo nei confronti dei consumi non clinicamente emersi è molto alto: investire risorse esclusivamente sul “visibile” riduce la capacità del sistema di Servizi per le DP di intercettare precocemente chi gioca col fuoco consumando sostanze in modo para-problematico, mentre restano sotto i riflettori i soliti “noti” nei luoghi di ritrovo consueti, con il loro carico di devianza e marginalità. Il lavoro proattivo in questa direzione necessita di cura e saperi, intrecciati tra sanitario e sociale, di una crescita culturale e tecnica interna al Sistema dei Servizi per le DP, sia pubblici che privati.

La protezione, in quest’ottica, può riguardare le concrete azioni di riduzione del danno, ma anche le azioni di validazione delle risorse personali delle persone rese potenzialmente fragili dal consumo di sostanze.

6. Ricordi dell’HIV ai tempi del COVID-19

In questo tempo di pandemia da coronavirus torna alla memoria la paura dell’epidemia da HIV che nell’ultimo ventennio del ‘900 ha invaso soprattutto il mondo delle dipendenze da sostanze. Ora come allora il nemico invisibile da cui proteggersi si trasmette da persona a persona, ora come allora la protezione individuale e collettiva sono la chiave di volta per arrestare la trasmissione.

L’HIV, all’inizio della sua diffusione, fu una delle stimate della tossicodipendenza; il COVID-19 nelle sue forme più letali, è il segno di una fragilità fisica dovuta all’età o alle “patologie associate”: i dardi più mortali di entrambi i virus sono scoccati per chi è già in parte compromesso; tuttavia non possiamo dimenticare come per l’HIV, identificata la popolazione più colpita, si sono concentrati gli sforzi di tutti per proteggerla.

Ma l’HIV si è spostato, verso chi non era così educato ed attento, gli eterosessuali, i giovani omosessuali, i paesi in via di sviluppo. È una lezione da rammentare per il prossimo futuro.

Nelle ultime settimane nei Servizi per le Dipendenze (ambulatoriali, residenziali e di prossimità) della provincia di Modena si sono riconvertiti e rafforzati i sistemi di accoglienza quotidiana delle persone, garantendo distanziamento, controllo dei sintomi e info-educazione. Le *équipes* hanno rapidamente aggiornato le proprie competenze per mantenere il livello di lavoro integrato e di vicinanza (virtuale) tra le persone e tante sono le idee in cantiere.

Conclusioni

In questo momento di grande difficoltà che tutti stiamo attraversando la metafora della “guerra” da vincere contro il

coronavirus è onnipresente. Contro la “droga” da sempre si racconta di una guerra, piena di battaglie terapeutiche, repressive, sociali, culturali; anche il termine “lotta allo stigma” evoca un corpo a corpo, spesso ideologico, che poco ha a che fare con reali soluzioni e vittorie di sorta.

“Ma allora, se non siamo in guerra, dove siamo? Siamo in cura!” dice in questi giorni Guido Dotti (monaco di Bose), fornendoci alcune parole chiave illuminanti: “sia la guerra che la cura hanno entrambe bisogno di alcune doti: forza (altra cosa dalla violenza), perspicacia, coraggio, risolutezza, tenacia... Poi però si nutrono di alimenti ben diversi. La guerra necessita di nemici, frontiere e trincee, di armi e munizioni, di spie, inganni e menzogne, di spietatezza e denaro... La cura invece si nutre d’altro: prossimità, solidarietà, compassione, umiltà, dignità, delicatezza, tatto, ascolto, autenticità, pazienza, perseveranza”.

Bibliografia

- Brinkley-Rubinstein L et Al. A randomized, open label trial of methadone continuation versus forced withdrawal in a combined US prison and jail: Findings at 12 months post-release. *Drug Alcohol Depend.* 2018;184:57-63.
- EMCDDA. *Monitoring the elimination of viral hepatitis as a public health threat among people who inject drugs in Europe.* EMCDDA, 2019.
- Gordon MS et Al., A randomized clinical trial of methadone maintenance for prisoners: findings at 6 months post-release. *Addiction*, 2008;103(8):1333-42.
- Guiney C., *Health and social responses to drug problems in prison.* EMCDDA, 2018.
- Sofocle, *Antigone, prima rappresentazione*, 442 AC.

Sitografia

http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/briefings/reducing-spread-hiv-viral-hepatitis-and-other-infections-associated-injecting-drug-use_en (2020-03-01).

Articolo apparso su: www.aclibergamo.it 2020-03-31

Verso l'eradicazione di HCV nei consumatori di sostanze

Approccio multidisciplinare alla terapia antivirale in Romagna

Fabio Conti, Alberto Borghi, Arianna Lanzi, Alberto Grassi,
Giovanni Greco, Deanna Olivoni, Sanza Michele, Edoardo Polidori

ABSTRACT

La prevalenza di infezione da HCV è alta nei consumatori di sostanze per via iniettiva (PWID). Tuttavia in passato questa categoria di pazienti veniva generalmente esclusa dal trattamento antivirale a causa della complessità nella loro gestione (scarsa adesione alla terapia, presenza di eventi avversi e rischio di reinfezione). L'obiettivo di questo studio è stato quello di valutare se il nostro modello multidisciplinare potesse migliorare l'aderenza alla terapia e valutarne l'efficacia e la sicurezza. Da gennaio 2016 a dicembre 2018, tutti i PWID con infezione cronica da HCV afferenti a 5 servizi per le dipendenze patologiche (SerDP) della Romagna sono stati prospetticamente arruolati nello studio. Ogni paziente è stato valutato dal personale del SerDP e dall'epatologo, sottoposto ad ecografia ed elastografia ed avviato al trattamento antivirale direttamente nella struttura di provenienza. Tra i 165 pazienti arruolati, 162 (98.2%) hanno iniziato la terapia. Il 54.9% presentava una epatopatia avanzata e solo il 24.1% era già stato sottoposto ad un trattamento antivirale. 158 (97.5%) pazienti hanno ottenuto una risposta virologica sostenuta. Non sono stati segnalati eventi avversi gravi. Un solo caso di reinfezione è stato osservato durante il follow-up. In conclusione, il nostro modello di assistenza multidisciplinare favorisce l'aderenza al trattamento antivirale dei PWID con infezione da HCV. Anche in questo setting di cura, la terapia è ben tollerata ed altamente efficace.

Introduzione

L'infezione da virus dell'epatite C (HCV) rappresenta ancora oggi una causa importante di morbilità e mortalità a livello mondiale. La World Health Organization (WHO) stima che nel 2015 circa 1% della popolazione mondiale, pari a 71 milioni di persone, abbia contratto l'infezione HCV [WHO, 2015]. Anche in Italia, la prevalenza si attesta tra l'1-2%, con un significativo gradiente nord-sud, raggiungendo il 5-6% in alcune regioni del Sud [A. Mariano, 2009]. Si stima che l'HCV sia responsabile di almeno un quarto dei casi di carcinoma epatocellulare (HCC) insorto su cirrosi [J.F. Perz, 2006] e la mortalità indotta da questa infezione abbia superato, negli Stati Uniti, quella da HIV [KN. Ly, 2012]. Oggi il serbatoio di questa infezione è rappresentato prevalentemente da persone con un consumo attivo/progressivo di droghe per via

iniettiva (PWID). Circa il 50% dei casi prevalenti di HCV e fino al 90% dei casi incidenti sono attribuibili al consumo di stupefacenti, mentre la prevalenza dell'infezione in questa categoria di pazienti varia dal 65% al 90% [PK. Nelson, 2011]. Secondo i dati degli Osservatori Dipendenze Patologiche dell'Emilia-Romagna relativi all'anno 2019, sono risultati anti-HCV positivi 4000 pazienti che frequentano i servizi per le dipendenze patologiche (SerDP) della Regione (pari al 30.8% del totale), trend sostanzialmente stabile e invariato negli ultimi 10 anni. Questi rappresentando ad oggi un importante serbatoio dell'infezione che può contribuire alla diffusione del contagio. Nonostante lo sforzo messo in campo dai SerDP nel sottoporre questa categoria di pazienti a screening per le infezioni virali (con una riduzione del 10% dei pazienti mai sottoposti a test anti-HCV dal 2010 al 2019), sono quasi 3500 i soggetti non ancora testati (27.4% del totale dei pazienti in carico) e pertanto non consapevoli dell'infezione (Tab. 1). L'AUSL Romagna, la più grande della Regione, conta da sola 1183 soggetti anti-HCV positivi, un quarto del totale. A fronte dell'evidenza di questo *reservoir* di HCV, vi è anche una generale "inaccessibilità" clinico-terapeutica al PWID, spesso difficile da intercettare con i normali servizi sanitari. Questo tipo di paziente è generalmente poco aderente a regimi terapeutici lunghi e complessi, riluttante ad accettare assistenza medica, diffidente rispetto all'introduzione di nuove figure cliniche nel suo quotidiano e anche quando è consapevole dell'infezione, tende a non sottoporsi a regolari controlli e ad accedere ai servizi ospedalieri.

Lo sviluppo di terapie antivirali ad azione diretta (DAA), che hanno rapidamente sostituito i precedenti trattamenti con interferone, hanno raggiunto un ottimo profilo di tollerabilità e permettono di ottenere l'eradicazione virale nel 90-95% dei casi consentendo di trattare efficacemente anche i genotipi più difficili ed i pazienti più compromessi, come i non *responder* e i cirrotici. Se fino a poco tempo fa le linee

guida per il trattamento antivirale con i DAA escludevano questa tipologia di pazienti a causa della loro complessità gestionale (legati ai timori sull'aderenza alla terapia, al concomitante uso di sostanze, alle frequenti problematiche psichiche e sociali) e dell'elevato rischio di reinfezione, il successo dei più recenti studi di intervento terapeutico nei PWID ha portato alla revisione di tale paradigma. Gli studi registrativi infatti hanno dimostrato che i PWID ottengono gli stessi tassi di risposta virologica sostenuta (SVR) del resto della popolazione arruolata [J. Grebely, 2018]. Anche gli studi di *real-life* hanno confermato un impatto molto positivo del trattamento in questa categoria di pazienti [P. Read, 2017; L. Boglione, 2017].

Attualmente in Italia sono disponibili tre regimi IFN-free pangenotipici: Sofosbuvir/Velpatasvir, il primo introdotto in clinica, Glecaprevir/Pibrentasvir e Sofosbuvir/Velpatasvir/Voxilaprevir, quest'ultimo autorizzato come regime di trattamento per pazienti con precedente fallimento di terapia con DAA. Il quarto regime terapeutico disponibile è Grazoprevir/Elbasvir indicato nei genotipi 1 e 4.

Un intervento precoce di trattamento con DAA all'interno della popolazione dei PWID che costituisce il vero *reservoir* dell'infezione, potrebbe di fatto generare un notevole impatto sull'epidemia globale da HCV riducendo il rischio di diffusione dell'infezione e lo sviluppo di cirrosi, scompenso epatico e HCC. L'intervento terapeutico nel paziente PWID e la successiva clearance virale potrebbero rappresentare, oltre che un freno della progressione dell'epatopatia, con miglioramento della qualità di vita e percezione di prolungata sopravvivenza, anche una concreta possibilità di guidare il soggetto verso l'abbandono di pratiche pericolose per la sua salute.

1. Obiettivi

Da queste considerazioni nasce lo sviluppo di un modello multidisciplinare, che coinvolge epatologi/infettivologi e

Esito dell'esame:	2010	2013	2014	2018	2019
Mai effettuato	4458 (36%)	3542 (29.8%)	3574 (30.6%)	3418 (27.4%)	3466 (27.4%)
Positivo	3845 (31.1%)	4050 (34.1%)	4171 (35.7%)	4027 (32.2%)	3904 (30.8%)
Negativo	3367 (27.2%)	3912 (32.9%)	3931 (33.7%)	5028 (40.2%)	5209 (41.1%)
Indeterminato	698 (5.6%)	389 (3.3%)	0 (0%)	24 (0.2%)	82 (0.6%)
Totale	12368	11893	11676	12497	12661

Tab. 1, Esito del test anti-HCV sugli assistiti con tossicodipendenza in carico ai SerDP dell'Emilia-Romagna.

gli operatori dei SerDP dell'AUSL Romagna, per la gestione della patologia epatica HCV-relata nei tossicodipendenti. L'obiettivo prioritario è quello di facilitare il *linkage to care*, indirizzando al trattamento antivirale un numero significativo di pazienti, spesso ai margini dei servizi di cura, e permettendo di ridurre il serbatoio di pazienti con infezione HCV attiva. A lungo termine, questo dovrebbe permettere una ottimizzazione della spesa pubblica riducendo il numero di pazienti potenzialmente a rischio di sviluppare una malattia epatica evoluta e delle complicanze ad essa connesse. Tale approccio permette inoltre una rapida caratterizzazione della malattia epatica, intercettando malattie già avanzate finora misconosciute, ed una riduzione dei tempi di attesa per l'inizio del trattamento antivirale e con essa il rischio di drop-out del paziente. La realizzazione di questo progetto passa attraverso una stretta interazione tra le varie figure professionali condividendo conoscenza clinica e terapeutica, momenti diagnostici e percorsi terapeutici facilitati direttamente nella struttura dove il paziente stesso si sente accolto e curato, il SerDP.

2. Metodologia

Dal Maggio 2015 ad oggi, è attivo un progetto volto all'individuazione, caratterizzazione e trattamento dei PWID con epatopatia cronica HCV-relata che ha progressivamente coinvolto 5 SerDP dell'AUSL Romagna (Faenza, Lugo, Ravenna, Cesena, Rimini). Il modello proposto si articola nelle seguenti fasi:

Step 1. Tutti i pazienti con storia di consumo attivo/progresso di sostanza per via iniettiva (PWID) che frequentano i SerDP partecipanti vengono testati per le infezioni virali HCV, HBV e HIV mediante esecuzione dei test sierologici direttamente nella struttura di appartenenza. Laddove venga riscontrata una positività degli anticorpi anti-HCV vengono direttamente eseguiti anche HCV-RNA quantitativo e genotipo virale.

Step 2. I pazienti arruolati vengono successivamente avviati alla visita congiunta con l'epatologo/infettivologo che si svolge sempre presso il SerDP di appartenenza. Durante tale incontro vengono raccolti dati antropometrici e informazioni relative alle terapie concomitanti in corso, all'utilizzo di terapia sostitutiva oppiacea (OST), alla presenza di comorbidità, all'assunzione di alcol e al tipo di droghe utilizzate. Mediante l'utilizzo di strumentazione portatile, il paziente viene inoltre sottoposto ad una ecografia dell'addome superiore con valutazione del parenchima epatico, dell'asse spleno-mesenterico-portale e della milza ed una elastografia per la quantificazione della fibrosi epatica. In caso di riscontro di una focalità epatica all'ecografia il paziente viene inviato presso il centro Ospedaliero più idoneo per una diagnosi corretta. L'eleggibilità di ciascun paziente al

trattamento antivirale con DAA viene stabilita seguendo i criteri di priorità del registro nazionale del comitato dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). La scelta della tipologia di DAA da utilizzare e la durata del trattamento (8/12 o 16 settimane) si basa sul genotipo virale e lo stadio della malattia epatica, secondo le linee guida disponibili al momento dell'inizio del trattamento. Alla luce dell'esito degli esami ematici e delle indagini strumentali, l'epatologo/infettivologo prescrive immediatamente la terapia antivirale. Personale infermieristico *liver-oriented* svolge infine un counselling mirato a rafforzare la motivazione al trattamento, l'aderenza e la regolarità alle cure nel lungo termine in modo da completare correttamente il percorso proposto. Il farmaco viene distribuito direttamente al paziente con cadenza mensile dal SerDP di riferimento per l'intera durata della terapia.

Step 3. Tutti i pazienti vengono seguiti da personale dedicato presso i SerDP durante il periodo del trattamento in modo da identificare precocemente eventi avversi, rinforzare l'aderenza allo stesso e ridurre il rischio di reinfezione. I pazienti con HCV-RNA persistentemente negativo dopo 12 settimane dal termine della terapia antivirale vengono con-

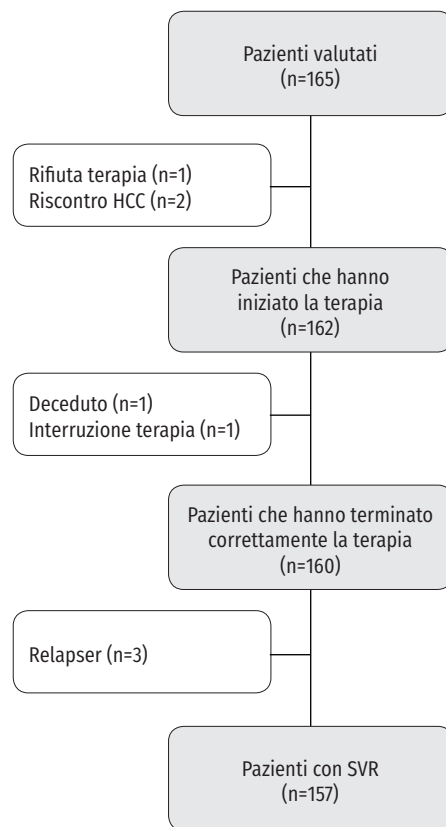


Fig. 1 Diagramma dei pazienti valutati e trattati con endpoint

Età (anni)	49 (18-63)
Classificazione in base all'anno di nascita:	
<1965	40 (24.7%)
1965-1974	84 (51.9%)
≥1975	38 (23.5%)
Sesso maschile	135 (83.3%)
BMI	24.3 (18.3-45.7)
Stadio fibrosi:	
F0-1	45 (27.8%)
F2	28 (17.3%)
F3	37 (22.8%)
F4	52 (32.1%)
Genotipo:	
1a	65 (40.1%)
1b	11 (6.8%)
2	2 (1.2%)
3	65 (40.1%)
4	19 (11.7%)
Naive al trattamento antivirale	123 (75.9%)
Regime terapeutico:	
Glecaprevir/Pibrentasvir	92 (56.8%)
Elbasvir/Grazoprevir	5 (3.1%)
Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir/Dasabuvir	12 (7.4%)
Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir	7 (4.3%)
Sofosbuvir/Velpatasvir	18 (11.1%)
Sofosbuvir/Daclatasvir	15 (9.3%)
Sofosbuvir/Ledipasvir	8 (4.9%)
Sofosbuvir/Simeprevir	1 (0.6%)
Sofosbuvir	4 (2.5%)
Disturbo psichiatrico	75 (46.3%)
Storia di abuso alcolico	62 (38.3%)
Pazienti OST:	109 (67.3%)
Tipologia di OST*:	
Metadone	92 (84.4%)
Buprenorfina	17 (15.6%)
Consumo di droghe attivo (ultimi 6 mesi)	28 (17.3%)

*valore calcolato sui 109 paziente sottoposti a OST

Tab. 2. Caratteristiche dei pazienti che hanno iniziato il trattamento antivirale.

siderati responsivi al trattamento (SVR).

Step 4. I pazienti che mantengono una risposta virologica dopo 12 mesi dal termine del trattamento vengono riaffidati al medico curante in caso di fibrosi epatica lieve-moderata ($\leq F2$). I pazienti invece con fibrosi severa/cirrosi e/o con altri fattori di rischio (come steatoepatite non alcolica o consumo di alcolici) vengono inviati a strutture ospedaliere terziarie per proseguire un regolare monitoraggio a cadenza semestrale.

3. Valutazione di impatto e di risultato

Dall'inizio del progetto a Dicembre 2018, sono stati arruolati 165 pazienti; di questi 162 (98.2%) hanno iniziato la terapia antivirale. Un solo paziente ha rifiutato il trattamento, mentre in due pazienti è stato diagnosticato un HCC e la terapia è stata rimandata a dopo l'eradicazione della neoplasia. L'età media era di 49 (18-63) anni, 83.3% era di sesso maschile (Tabella 2). Nonostante l'elevata prevalenza di fibrosi epatica avanzata ($\geq F3$) in questa coorte di pazienti (più del 50%), la maggior parte (circa il 75%) non era mai stata sottoposta a terapia antivirale: le motivazioni principali vanno ricercate nell'elevata prevalenza di problematiche psichiatriche (46.3%) e nella storia di abuso alcolico (38.3%), motivi di esclusione dal trattamento standard con interferone. 109 pazienti stavano assumendo una OST e il 17.3% aveva un consumo attivo di sostanze nei precedenti 6 mesi. Il genotipo 1a e 3 si sono confermati quelli prevalenti nella popolazione dei PWID in accordo con una recente review [G. Robaey, 2016] su scala mondiale. Glecaprevir/Pibrentasvir è stato il trattamento di scelta (in quasi il 60% dei pazienti), probabilmente grazie alla più breve durata (8 settimane) nei pazienti non cirrotici.

La compliance alla terapia antivirale è stata molto buona: un solo paziente ha interrotto volontariamente la terapia dopo 5 settimane ottenendo comunque una SVR. Un paziente con cirrosi è deceduto dopo 16 settimane di terapia con Sofosbuvir/Daclatasvir per un infarto cardiaco non giudicato secondario al trattamento. Non sono stati riportati eventi avversi severi ed il trattamento è stato generalmente ben tollerato. Ciò è stato possibile anche grazie alla disponibilità di regimi terapeutici privi di ribavirina che, nel nostro studio, è stata utilizzata solo in 21 pazienti. Gli effetti collaterali più frequenti sono stati astenia, cefalea ed insonnia.

158 (97.5%) PWID hanno ottenuto una SVR (157 portando a termine correttamente la terapia + 1 che l'ha interrotta precocemente) confermando i dati riportati in altri trials clinici e studi di real-life [L. Bolgione, 2017; J. Grebely, 2018; GR. Foster, 2019]. Una recente esperienza condotta in una regione dell'Italia del sud [M. Persico, 2019] ha riportato una SVR del 98.3% in 118 PWID, dati sovrapponibili ai nostri in una coorte di pazienti dell'Italia del nord. Non sono emerse significati-

ve differenze in termine di SVR tra i pazienti che OST e non OST e pazienti con consumo attivo e pregresso di sostanze. La risposta virologica si manteneva costantemente elevata indipendentemente dal regime terapeutico e dalla durata variando dal 94 al 98%. In base al genotipo virale sono state osservate le seguenti SVR: 64/65 (98.5%) nel genotipo 1a, 10/11 (90.9%) nel genotipo 1b, 1/2(50%) nel genotipo 2, 64/65 (98.5%) nel genotipo 3 e 19/19 (100%) nel genotipo 4. Durante il follow-up dei pazienti con SVR, solo un paziente con diabete e storia di abuso alcolico ha sviluppato un HCC nonostante la negativizzazione della viremia. Nessun paziente ha sviluppato una cirrosi scompensata. Durante questo periodo, un solo caso di reinfezione è stato identificato per un tasso di reinfezione pari a 1.2/100 persone-anno. Questo dato è sovrapponibile a quello riportato in una coorte tedesca di oltre 2000 PWID trattato con DAA [P. Ingiliz, 2019].

Conclusioni

L'introduzione della terapia antivirale a base di DAA per l'infezione HCV ha profondamente cambiato il panorama di questa malattia, dando la possibilità di eradicare l'infezione in quasi tutti i pazienti.

Il modello multidisciplinare che proponiamo potrebbe rappresentare una strategia molto efficace nel coinvolgere i pazienti nel percorso di cura della malattia, incrementando lo screening presso tutte le strutture socio-sanitarie che lavorano nel campo delle dipendenze, consentendo una puntuale e rapida caratterizzazione dell'epatopatia e un immediato accesso alla terapia antivirale riducendo il rischio di drop-out del paziente, favorendo l'aderenza al trattamento e riducendo il rischio di reinfezione. L'efficienza del modello potrebbe inoltre incoraggiare tra la popolazione di tossicodipendenti un lavoro di *peer-education* nella presa di coscienza della malattia HCV e della possibilità di accesso alla cura incrementando esponenzialmente il numero di pazienti coinvolti e le possibilità di reinserimento sociale. I risultati di questo studio confermano l'efficacia e la sicurezza dei DAA anche nel trattamento dei PWID, popolazione ad alto rischio e scarsa compliance, supportando le attuali raccomandazioni delle linee guida nel dare priorità all'accesso al trattamento dell'HCV. In linea con l'obiettivo della WHO dell'eradicazione globale dell'HCV entro il 2030, approcci come il nostro, in cui i centri terziari collaborano direttamente con i SerDP per il trattamento e il follow-up, consentono di agevolare il percorso diagnostico-terapeutico del paziente, con ricadute positive sulla qualità di vita della persona in una visione olistica di salute. Tuttavia, sono necessari studi di follow-up a lungo termine per studiare la probabilità di reinfezione e l'impatto sulla morbilità e mortalità complessive in questa categoria di pazienti. Se questo modello di trattamento HCV integrato si rivelasse

anche conveniente dal punto di vista economico rispetto al modello di cura standard, potrebbe essere preso in considerazione per una diffusione a livello nazionale.

Ringraziamenti

Si ringrazia il "Gruppo di lavoro pazienti HCV-SerDP dell'AU-SL Romagna" che da quattro anni ha lavorato nella progettazione e attuazione del progetto descritto e senza il quale non sarebbe stato possibile raggiungere questi risultati.

Partecipanti: Maurizio Spinelli, Teo Vignoli, Giuseppa Ghetti, Elisabetta Farini, Paola Mosconi, Marinella Missiroli, Luigi Caputo, Elisabetta Briganti, Paolo Bassi, Francesco Albertini, Francesco Giuseppe Foschi, Lucia Napoli, Laura Gavelli, Paola Menichelli, Genny Selva, Federica Mazzoni, Lucia Rossi, Carlo Fabbri, Francesco Cristini.

Bibliografia

- WHO. *Global hepatitis report*. 2017 <http://www.who.int/hepatitis/publications/global-hepatitis-report2017/en/>
- A. Mariano. *Estimating the incidence, prevalence and clinical burden of hepatitis C over time in Italy*. *Scand J Infect Dis* 2009; 41: 689-99
- JF. Perz. *The contributions of hepatitis B virus and hepatitis C virus infections to cirrhosis and primary liver cancer worldwide*. *J Hepatol* 2006;45(4):529-38
- KN. Ly. *The increasing burden of mortality from viral hepatitis in the United States between 1999 and 2007*. *Ann Intern Med*. 2012;156(4):271-8
- PK. Nelson. *Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews*. *Lancet* 2011;378:571-83
- J. Grebely. *Sofosbuvir-Based Direct-Acting Antiviral Therapies for HCV in People Receiving Opioid Substitution Therapy: An Analysis of Phase 3 Studies*. *Open Forum Infect Dis*. 2018
- P. Read. *Delivering direct acting antiviral therapy for hepatitis C to highly marginalised and current drug injecting primary health care setting*. *Int J Drug Policy*. 2017;47:209-15
- L. Boglione. *Treatment with direct-acting antiviral agents of hepatitis C virus infection in injecting drug users: a prospective study*. *J Viral Hepat*. 2017;24(10):850-7
- G. Robaey. *Global genotype distribution of hepatitis C viral infection among people who inject drugs*. *J Hepatol*. 2016; 65:1094-103
- J. Grebely. *Sofosbuvir and velpatasvir for hepatitis C virus infection in people with recent injection drug use (SIMPLIFY): an open-label, single-arm, phase 4, multicentre trial*. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2018; 3:153-61
- GR. Foster. *Glecaprevir/pibrentasvir in patients with chronic HCV and recent drug use: An integrated analysis of 7 phase III studies*. *Drug Alcohol Depend* 2019;194:487-94
- M. Persico. *Real-life glecaprevir/pibrentasvir in a large cohort of patients with hepatitis C virus infection: The MISTRAL study*. *Liver Int*. 2019;39(10):1852-9
- P. Ingiliz. *Reinfection with the hepatitis C virus in men who have sex with men after successful treatment with direct-acting antivirals in Germany: Current incidence rates compared with rates during the interferon era*. *Clin Infect Dis*. 2019; [Epub ahead of print]

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Alcol

Costruzione, esiti e criticità nelle esperienze di Piacenza e Reggio Emilia

Luana Oddi, Cinzia Ghidoni, Federica Gobbi, Barbara Prampolini, Stefano Mellini, Barbara Gardelli, Patrizia Ligabue, Teo Vignoli, Angela Zannini, Antonio Mosti

ABSTRACT

Dal 2013, i Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze patologiche (DSM-DP) hanno sottolineato, all'interno del Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM), l'esigenza di differenziare l'offerta di cura per livelli di intensità terapeutico riabilitativa e assistenziale centrandosi sui percorsi piuttosto che sulle Unità Operative.

L'introduzione dei PDTA costituisce una risposta a questa programmazione in grado di parlare un linguaggio comprensibile anche al di fuori del DSM. Riportiamo nel presente saggio le esperienze di costruzione e applicazione del PDTA a favore di pazienti con Disturbo da Uso di Alcol (DUA) di Reggio Emilia e Piacenza. Il PDTA, si è esplicitato come strumento utile per rendere la cultura del lavoro integrato e multiprofessionale visibile, verificabile e misurabile (indicatori) e per garantire ai pazienti con DUA dei percorsi di cura, sebbene siano ancora evidenti alcune criticità da affrontare con gli strumenti della qualità.

31

Premessa

Cornice nazionale e regionale: già a partire dal 2013 con il Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Stato Regioni, era emersa la necessità all'interno dei dipartimenti di salute mentale, di avviare una riorganizzazione operativa degli stessi, che fosse funzionale "all'adozione di una metodologia fondata sulla necessità di lavorare per progetti di intervento, specifici e differenziati, sulla base della valutazione dei bisogni delle persone e dell'implementazione di percorsi di cura". Il Piano stimolava i dipartimenti a differenziare l'offerta di cura per livelli di intensità terapeutico riabilitativa e assistenziale, metodologia ritenuta più consona a rispondere sia alle necessità individuali del paziente sia alle esigenze e potenzialità, anche in termini di risorse umane, dei singoli servizi di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche.

Il PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico-Assistenziale) costituisce uno strumento clinico da offrire ai nostri assistiti per un livello di presa in cura che, rispondente a criteri della medicina basata sull'evidenza, sia garanzia anche di tratta-

Rif.

Luana Oddi, Medica Tossicologa, SerDP Ausl RE
0522 335573-5059
luana.odd@ausl.re.it

Cinzia Ghidoni, Educatrice, SerDP AUSL Piacenza - UOS Alcolgia Clinica
0523 317731
c.ghidoni@ausl.pc.it

menti integrati più efficaci, equi e allo stesso tempo individualizzati e centrati sul paziente. In definitiva uno strumento che permette ai servizi sanitari di “delineare, rispetto ad una patologia o un problema clinico, il miglior percorso praticabile all’interno della propria organizzazione” (Aress, 2007).

Piacenza

Partendo dal concetto che i PDTA costituiscono la contestualizzazione di Linee Guida nella specifica realtà organizzativa di un’azienda sanitaria, tenute presenti le risorse ivi disponibili, nell’AUSL di Piacenza il PDTA Alcol rappresenta un percorso che si muove dentro un’offerta di cura che si è diffusa su tutto il territorio con:

- attività di consulenza alcolologica strutturata presso le UUOO Ospedaliere di Piacenza
- attività ambulatoriale alcolologica in ogni SerDP aziendale
- ricovero programmato
- trattamento in regime di residenzialità presso le Comunità Terapeutiche accreditate
- invio alle Associazioni di Auto Mutuo Aiuto (AMA) specifiche accreditate (AA, ALANON, CAT) rappresentate nel Comitato Familiari Utenti del DSMDP
- una U.O. Semplice “Alcologia Clinica” a cui fa riferimento l’attività alcolologica della UOC SerDP Città di Piacenza.

Reggio Emilia

La prima area clinica di applicazione del PDTA all’interno del Servizio Dipendenze Patologiche della nostra Azienda Usl (SerDP) è stato il trattamento della dipendenza da alcol (all’attuale si è appena conclusa una formazione su un PDTA per i trattamenti “a bassa soglia di accesso” ed uno per il GAD, dipendenza da gioco d’azzardo).

Il razionale clinico che ha orientato sulla scelta di tale area tematica è la priorità che il consumo dannoso e la dipendenza da alcol riveste come problematica sanitaria per la popolazione, ma anche la necessità di ridurre l’eventuale esistenza di variabilità o disomogeneità delle prestazioni così come di giungere ad una definizione diagnostica il più precisa e corretta possibile delle diverse espressioni cliniche che un consumo problematico di alcol può presentare.

Processo

L’attivazione del PDTA alcol in entrambe le realtà è stato preceduto da un lungo periodo di formazione attraverso cui, alla luce delle fonti di letteratura e delle principali Linee Guida, si è analizzato quello che fino ad allora significava il percorso di diagnosi, assistenza e trattamento per un paziente con disturbo da uso alcol con richiesta di presa in carico al Servizio.

Dal confronto dei due scenari (percorso effettivo e percorso ideale, suggerito dalla letteratura), si è giunti a delineare

quello ritenuto più appropriato in termini di efficienza ed efficacia, ma anche di applicabilità in ciascuna realtà di cura.

In entrambe le esperienze, rispetto alla scelta delle Linee Guida di riferimento, si è optato per le quelle NICE, in quanto aggiornati ed aderenti ai criteri della *checklist* AGREE II.

1. PDTA Alcol Piacenza - Materiali e metodi

Sono stati inclusi pazienti con diagnosi secondo criteri diagnostici di ICD10 di Sindrome da dipendenza (F10.2) e Consumo Dannoso (F10.1) di età superiore ai 25 anni escludendo i pazienti con copresenza di gravi disturbi personalità (che vengono trattati nel PDTA Casi Complessi).

Il PDTA è articolato in diverse fasi che si succedono come descritto in *flow-chart* (Fig. 1).

Orientamento-Accettazione

Il processo inizia nel momento in cui la persona di età superiore a 25 anni che dichiara problemi correlati all’uso di alcol, non in carico ai SerDP, si presenta al servizio e chiede un primo colloquio o formula una richiesta.

Orientamento terzi

Nel caso in cui si presentino persone diverse da potenziali pazienti (familiari e/o altri), il colloquio di accoglienza avrà caratteristiche di informazione, con l’obiettivo di fornire un primo sostegno o un orientamento ed eventualmente ridefinire il bisogno al quale è possibile rispondere.

Accoglienza alcolologica

Consiste in uno o più colloqui clinici e visite mediche, prescrizione di accertamenti ematochimici e/o strumentali, finalizzati ad approfondire la storia della persona con l’obiettivo di offrire una valutazione multidisciplinare qualitativa e quantitativa delle problematiche alcol correlate presenti, ma anche delle risorse personali e del contesto socio relazionale che possono essere utilizzate nell’eventuale formulazione del Programma Terapeutico. L’Accoglienza alcolologica tende a effettuare un *assessment* iniziale anche con l’utilizzo di strumenti diagnostici specifici quali accertamenti tossicologici su liquidi organici e specifici Test quali il *Leeds Dependence Questionnaire* (LDQ) il *Mini Mental State evaluation* (MMS) e il *Clinical Institute Withdrawal Assessment* (CIWA-R), così come indicato dalle Linee Guida.

Valutazione dell’urgenza

Responsabilità del medico tossicologo alcolologo in condizioni d’urgenza è l’incolumità personale e del suo gruppo e successivamente valutare la necessità di gestione di astinenza e/o disintossicazione se attraverso il ricovero ospedaliero e/o trattamento farmacologico ambulatoriale/domiciliare.

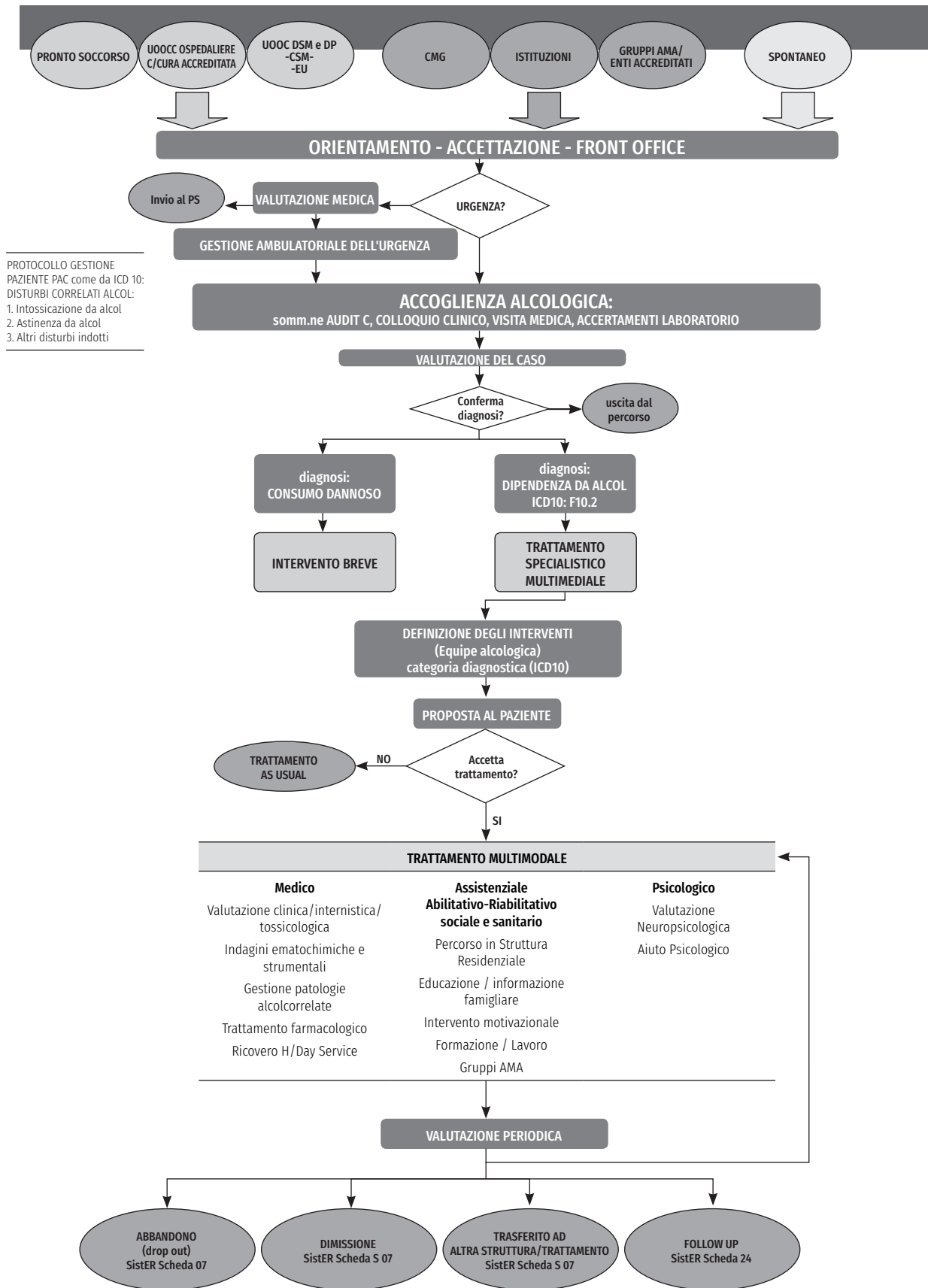


Fig. 1, Flow Chart PDTA Alcol Piacenza

Interventi terapeutici

Le Linee Guida maggiormente accreditate e a cui si fa riferimento nel presente documento indicano che gli interventi più efficaci da offrire sono rispettivamente un Trattamento Multimodale Integrato (T.M.I.) e un approccio terapeutico definito Intervento Breve (I.B.).

L'Intervento Breve è una modalità di colloquio della durata da 5 a 30 minuti che prevede l'utilizzo di strumenti motivazionali rivolti all'aumento di consapevolezza dei rischi legati al consumo di alcol e trova fondamentalmente le sue radici nel Modello degli Stadi di Cambiamento di Prochaska & Di Clemente e nelle abilità del Colloquio Motivazionale di Miller e Rollnick.

Il Trattamento Multimodale Integrato non è semplicemente l'offerta di una gamma di opportunità terapeutiche, ma più propriamente una risposta flessibile ed organica alla complessità del fenomeno così come esso si presenta nei suoi diversi aspetti, individuando gli strumenti adatti di volta in volta al raggiungimento degli obiettivi che ci si pongono.

Ciascun operatore si trova quindi a ricoprire un doppio ruolo: quello Specifico, legato alle proprie competenze tecniche, all'inquadramento professionale e quello Specialistico, connesso al fatto di far parte di un gruppo di lavoro orientato all'approccio integrato all'alcoldipendenza.

L'équipe alcolica dovrebbe così costituirsi come totalità dinamica le cui caratteristiche sono diverse da quelle risultanti dalla somma delle sue componenti. L'interdipendenza dei membri è l'elemento che qualifica e definisce il gruppo stesso.

L'applicazione del Trattamento Multimodale Integrato prevede l'offerta di strumenti terapeutici, coerenti con i bisogni di cura rilevati nell'*assessment*, in diverse aree, medica, psicologica e assistenziale-riabilitativa socio-sanitaria e prevede il coinvolgimento di istituzioni del territorio per il reintegro lavorativo e l'invio a gruppi AMA: AA; AlAnon; AlAteen; ACAT.

Valutazione periodica

La situazione clinica viene monitorata periodicamente dalla *équipe* multidisciplinare. Di regola entro 6 mesi dalla presa in carico ed ogni qualvolta la situazione clinica lo richieda. Oggetto di verifica:

- ricadute/diminuzione del consumo (miglioramento) (monitoraggio ETG - scheda Sister S13);
- adesione al trattamento (rispetto della frequenza concordata alle visite/controlli tossicologici/ecc.) - Sister diario clinico, Winsimet trattamento farmacologico;
- raggiungimento anche parziale degli obiettivi (scheda Valutazione per Aree).

In base all'esito della valutazione si decide per la continuazione della presa in carico o per l'uscita dal percorso.

Uscita dal percorso

Abbandono (la persona non si presenta per oltre 180 gg dall'ultimo incontro concordato); dimissione; trasferimento ad altra struttura; *follow up* (verifica del consolidamento o meno dei risultati terapeutici raggiunti a 6/12 mesi dalla dimissione).

2. PDTA Alcol Reggio Emilia - Materiali e metodi

I dati riportati nel presente lavoro, si riferiscono al reclutamento di pazienti avvenuto tra febbraio 2017 e dicembre 2019, per un totale di 128 persone (maschi e femmine) risultate rispondenti ai criteri di inclusione. Questi sono di seguito descritti: disturbo da uso di alcool, età compresa tra i 18 e i 65 anni. Sono stati ritenuti criteri di esclusione: la presenza di un quadro di poliabuso/polidipendenza da altre sostanze legali ed illegali; la duplice presa in carico al servizio di Salute Mentale ed al servizio Dipendenze (cosiddetto "doppio assetto"), mentre non sono stati esclusi pazienti con comorbilità psichiatrica, ma non in carico ai servizi di Salute Mentale.

Dopo una fase di sperimentazione (pilota) portata avanti dalla nostra équipe multidisciplinare alcolica, tesa a verificare o far emergere, nella pratica clinica eventuali incongruità, criticità e aree di miglioramento del PDTA delineato come riferimento, lo si è inserito, verificandone la solidità, nella pratica clinica ordinaria del servizio, affiancata a quella *as usual* per tutti i pazienti non eleggibili per il PDTA stesso. Il percorso PDTA è stato articolato su 5 processi, ognuno includente o meno altre specifiche attività:

- Accoglienza e valutazione (Applicazione Indicatori di inclusione/esclusione, Somministrazione test AUDIT in fase di *assessment*).
- Gestione della segnalazione.
- Valutazione e definizione del programma terapeutico individuale.
- Attuazione piano terapeutico individuale (Invio a gruppi di auto-aiuto; Monitoraggio trattamento con Disulfiram; Monitoraggio trattamento con Benzodiazepine).
- *Follow up* ed uscita dal percorso.

Come suggerito nel corso del percorso di formazione, si è utilizzato quale "strumento grafico per descrivere il percorso PDTA" il diagramma di flusso (Fig. 2) che permette di avere una visione globale dell'intero percorso e delle attività svolte nel corso di esso e dei professionisti coinvolti nell'attività (ARESS, 2007).

I pazienti reclutati hanno compilato due questionari: l'AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) ed il LDQ. I questionari, entrambi idonei all'autovalutazione, nella maggior parte dei casi, sono stati auto-somministrati in presenza dell'operatrice; in altri casi imprevisti è stato permesso alla

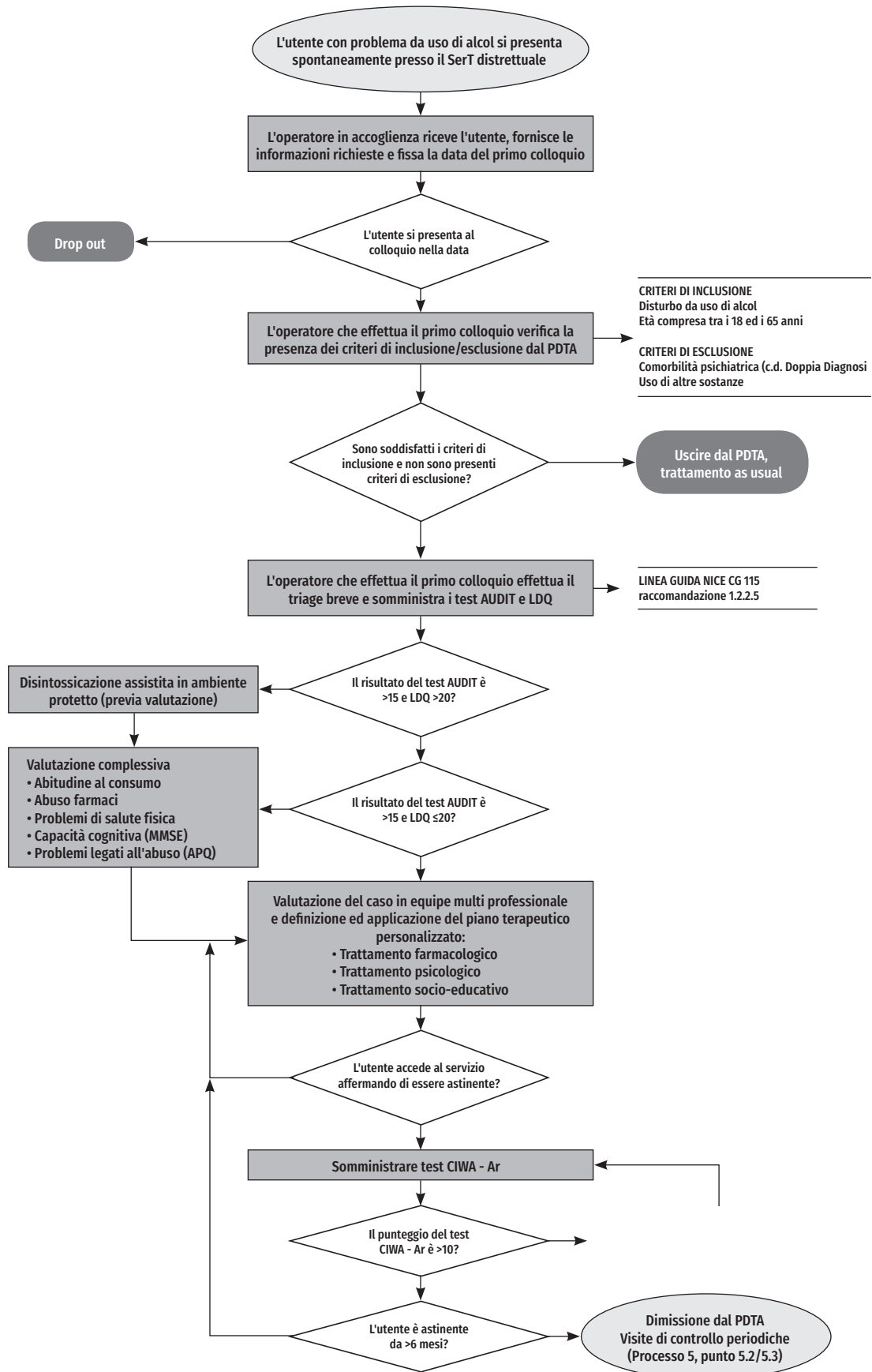


Fig. 2, Flow Chart PDTA Alcol Reggio Emilia

persona di portare e completare i questionari a casa per restituirli in tempo utile alla discussione del caso in equipe alcolica.

Un punteggio di 15 o più all'AUDIT ed un punteggio di LDQ ≤ 22, è stato il discrimine per l'inclusione nel percorso. Quella, associato ad un valore di LDQ >22, invece, l'indicazione suggerita era di disintossicazione in contesto protetto (ad es. ricovero ospedaliero).

3. PDTA Alcol Piacenza - Risultati

Per il monitoraggio dei risultati si è pensato di dotarsi di strumenti di valutazione (indicatori) che potessero fornire da una parte una puntuale immagine sia dell'appropriatezza clinica che di quella organizzativa (cadenza semestrale). Questo ha permesso di far emergere le criticità e sugge-

rimenti inerenti il lavoro clinico all'interno dei SerDP e gli aspetti legati alle interazioni con altri segmenti del sistema di cura (p. es. laboratorio analisi, reparti di degenza, comunità terapeutiche).

Nella scelta degli indicatori particolare attenzione è stata data alla facilità di rilevazione del dato (fonte indicatore).

Nella quasi totalità la fonte è costituita infatti dalla cartella SISTER in dotazione ai SerDP regionali, in modo da mettere gli operatori nelle condizioni di poter registrare il dato una sola volta e con modalità usuali.

Il 2018 ha rappresentato l'anno di implementazione del PDTA e di "rodaggio" per gli operatori.

I dati riportati sono quindi quelli relativi al 2019 (Tab. 1).

DATI 2019					
FORTE INDICATORE	OBIETTIVO SPECIFICO (Fattore di qualità)	INDICATORE	STANDARD	ESITO PRIMO SEMESTRE	ESITO SECONDO SEMESTRE
SISTER	Appropriatezza clinica	N°Pazienti con test Test Audit C eseguito/ N° pazienti che accedono al Servizio assegnati alla categoria Alcol	> 90%	16/16	17/17
SISTER	Appropriatezza organizzativa	N°Pazienti con scheda Alcolismo compilata semestralmente/ N° pazienti arruolati nel PDTA alcol	> 90%	14/16	17/17
SISTER/ Scheda cartacea all 1	Monitoraggio	N° Pazienti con ricovero ospedaliero* per alcoldipendenza / N° Pazienti proposti per ricovero Ospedaliero per alcoldipendenza		4/16	4/4
Scheda cartacea CT 1-all 2/SISTER	Appropriatezza clinica	N° schede CT1 (criteri diagnostici e di appropriatezza) compilate/ N° Pazienti inviati in Comunità	100%	0/0	0/0
SISTER	Esito	N° pazienti con valore ETG (su materiale cheratinico) diminuito a 6 mesi / N°pazienti arruolati nel PDTA Alcol e con esame eseguito		16	12/13
SISTER	Esito	N° paz. che permangono in trattamento a 6 mesi dalla data di inizio programma terapeutico. / N. tot. paz. per cui scadono i 6 mesi nel trimestre di riferimento		11/13	13/17

Tab. 1, Indicatori PDTA Piacenza su pazienti arruolati nel 2019

4. PDTA Alcol Reggio Emilia - Risultati

Di 133 persone contattate, 5 persone sono state escluse in un secondo momento per comorbidità o doppio assetto non dichiarato/non noto inizialmente, per un totale di 128 pazienti reclutati con esiti che sono di seguito riassunti (tabella 2):

- 2 persone non hanno riconsegnato i test
- 3 persone non sono riuscite a compilarli per barriera linguistica.

In totale, pertanto, hanno proseguito il percorso PDTA 71 persone che hanno raggiunto un punteggio al questionario AUDIT uguale o maggiore di 15.

Tra loro, a 23 persone è stato indicato l'invio a Gruppi di Auto-aiuto, AA o CAT; di queste, 15 hanno rifiutato.

DATI dal 6/02/2017 al 31/12/2019		
	TOTALI	ESITO
AUDIT e LDQ somministrati	128	2 non riconsegnati 3 incompleti per barriera linguistica 123 validi
PERCORSI PDTA	71	15 dimessi 21 interrotti 30 in corso 1 deceduto
INVIO a GRUPPI AA e CAT	23	15 rifiutano

Tab. 2, dati esiti percorso PDTA SerDP AUSL RE

5. Discussione

Le principali difficoltà nella definizione ed applicazione del PDTA le abbiamo incontrate nell'adattare le linee guida internazionali al contesto locale, a partire soprattutto dal differente modello di consumo di alcol a cui esse fanno riferimento, ovvero a quello tipico dei Paesi nord-europei, dove è maggiormente diffuso un uso tipo *binge drinking* rispetto ad un abuso cronico e dove non sono presenti servizi di presa in carico come i SerDP. In particolare abbiamo evidenziato le seguenti principali criticità:

- i test, sebbene centrali nella fase di *screening* e *assessment* delle LG, presentano numerose limitazioni: sono troppo complessi per persone che parlano con difficoltà la nostra lingua; hanno in genere esiti molto bassi quando sottoposti a persone inviate dal Tribunale dei Minori o per decreti, verosimilmente per una loro bassa attendibilità in caso di invii al servizio "non spontanei"; risentono del livello soggettivo di consapevolezza/accettazione del

- problema e ne consegue che non entrano nel PDTA persone anche molto compromesse ma pre-contemplative;
- una particolare attenzione deve essere rivolta all'aggiornamento degli strumenti diagnostici di laboratorio e del repertorio farmacoterapico in continua evoluzione, spesso ben più veloce degli aggiornamenti delle Linee Guida. Una delle criticità maggiori, la gestione della terapia benzodiazepinica, che ad oggi continua ad essere, come evidenziato dalla letteratura, tra quelle più efficaci per il trattamento e la risoluzione della sintomatologia astinenziale (valutata attraverso la scala CIWA-Ar) (Sullivan, 1989). Se l'obiettivo di ottenere una riduzione della severità della sindrome e del punteggio di CIWA è raggiunto, quello di ridurre la terapia benzodiazepinica fino a sospensione, almeno entro 3 mesi, è più difficilmente soddisfatto;
- l'utilizzo dell'Intervento Breve (SerDP PC), di efficacia dimostrata e di principi indiscutibilmente essenziali per l'attivazione di un colloquio di *counselling*, nasce come intervento di prevenzione primaria e *screening* e, per questo motivo, risulta talvolta complesso ridurre l'intervento del servizio specialistico nei tempi contenuti previsti da questa metodologia; la forza emotiva e l'impatto sociale che spingono una persona a presentarsi ad un SerDP, seppure per una diagnosi di Uso Dannoso, sono talmente potenti da richiedere l'attenzione protratta dell'operatore affinché le contenga e le indirizzi;
- l'invio a gruppi di Auto-Aiuto (RE) è apparso tra le attività più richiedenti una revisione. La procedura richiesta dal PDTA è risultata di difficile attuazione, in quanto se da una parte l'invio viene effettuato, di difficile tracciabilità è la continuazione del percorso all'interno del trattamento di auto-mutuo aiuto. Seconda riflessione: molto spesso le persone che accedono hanno già frequentato i gruppi AA o CAT e rifiutano, sin dall'inizio, di rivalutare un nuovo tentativo. L'interrogativo che ci si pone è se non sia necessario calare maggiormente il modello promosso dal PDTA ed ispirato a quello internazionale, a quella che è la cultura, la storia e la specificità dei trattamenti dell'alcolismo nei nostri servizi territoriali, in cui, pur mantenendo i gruppi di auto-mutuo aiuto un ruolo essenziale ed irrinunciabile nel percorso riabilitativo del paziente etilista, non sempre si caratterizzano per una sistematica integrazione con i percorsi terapeutico-riabilitativi nei nostri servizi. Esse procedono più frequentemente in parallelo e più difficile è il lavoro integrato. Si ipotizza innanzitutto che possa essere strategico creare momenti strutturati di partecipazione al gruppo PDTA di un rappresentante delle associazioni od anche degli utenti. Inoltre, in relazione all'esperienza clinica e a quanto riportato dai pazienti, si è evidenziata una maggiore adesione al percorso da parte del paziente ed una maggiore possibilità di lavoro

integrato, nei casi di invio ai gruppi di auto – mutuo aiuto coordinati dalle associazioni del privato accreditato del nostro territorio. Si considera, pertanto, più efficace per i nostri pazienti, sostenere o privilegiare l'invio a tali gruppi del privato sociale "locale".

Tali criticità avrebbero dovuto essere esplorate ed analizzate in modo più sistematico attraverso lo strumento dell'AUDIT che a causa della rivoluzione attuata dalla drammatica emergenza sanitaria di Covid-19 nelle nostre realtà sanitarie, è stato rinviato. In attesa di questo è doveroso rilevare che lo strumento del PDTA, definendo degli indicatori quantitativi di processo e di esito in un percorso articolato ma standardizzato, ci fornisce delle occasioni di miglioramento straordinarie. Le riflessioni descritte in discussione e che seguiranno dipendono infatti in gran parte da due elementi intrinseci nella metodologia del PDTA:

1. poter ragionare su indici di appropriatezza che non sono definiti *ex-post*, seguendo le logiche della rendicontazione o le esigenze di budget, ma che sono bensì definiti *ex-ante*, dagli operatori, in base alle Linee Guida e a quelle di buona prassi condivisa;
2. poter valutare gli esiti dei trattamenti, attraverso indici specifici, altro tema nel quale l'alcolologia, come tutto l'ambito delle dipendenze patologiche, deve recuperare terreno rispetto al resto della sanità.

Conclusioni

Il PDTA si configura come uno strumento che viaggia trasversalmente nel Servizio curante e prosegue come canale privilegiato, andando oltre alla logica ospedale-centrica ed estendendosi al contesto sociale, sanitario e riabilitativo più in generale permettendo di coinvolgere ed arruolare altri e nuovi interlocutori. Riuscire a conoscere la patologia può aiutare ad implementare le reti di collaborazioni, ad avviare un passaggio culturale fondamentale ed a restituire con maggior vigore il diritto di cura per questi utenti.

Va considerata, inoltre, la possibilità di crescita organizzativa che tale tipo di percorso concede in termini "strutturali": si supera il concetto di Servizio, di reparto, di Unità Operativa, per concentrarsi su un Processo di cura condiviso. Si passa dalla centralità della struttura alla centralità del percorso, assumendo un miglior coordinamento dell'assistenza.

Proprio per questo motivo, l'attivazione del PDTA impone una costante riflessione dovuta all'adeguamento alle Linee Guida, in continuo mutamento, e all'adattamento alla realtà specifica del contesto in cui ci si muove. Necessita quindi di continua supervisione che è garantita da una *faculty*, ovvero da un insieme di responsabili del programma. Vi è dunque una sistematica attenzione al servizio erogato, che vede la

stesura di obiettivi qualitativamente elevati ed economicamente sostenibili. Questa fase di monitoraggio viene garantita anche attraverso gli audit.

L'introduzione dei PDTA Alcol nelle AUSL di Reggio Emilia e Piacenza ha rappresentato da un lato un'occasione di rivulazione della pratica clinica quotidiana della équipe alcolologica, confermando l'appropriatezza di una serie di buone prassi di lavoro integrato e multidisciplinare già consolidate, e dall'altro ha favorito l'applicazione di livelli di cura ed assistenziali più standardizzati ed equi ma anche in grado di essere individualizzati ai bisogni ed alle caratteristiche del paziente.

Al momento attuale il PDTA risulta essere lo strumento di *governance* clinica più adatto a conciliare le esigenze di garantire standard sanitari sostenuti da evidenze scientifiche, definire percorsi appropriati alle risorse presenti nel territorio, e raccordarsi con le altre componenti dell'azienda e con le istituzioni del territorio in maniera chiara e autorevole.

Un gradevole "effetto collaterale" della realizzazione di un PDTA dedicato al Disturbo da Uso di Alcol è inoltre quello di far uscire la persona che ne soffre, da una situazione di stigma offrendo una dignità clinica pari a quella di qualunque altra patologia.

Anche per questo ne stiamo sostenendo la implementazione e il miglioramento.

Bibliografia

- Aress – Piemonte. *Raccomandazioni per la costruzione di PDTA e PIC nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte*. Regione Piemonte, 2007.
- Batya Swift Yasgur, MA. *LSW Alcohol a Major Contributor to Global Disease Burden*. *Lancet*, 2018.
- Claissé C, Nandrino JL et al. *Heart rate variability changes and emotion regulation abilities in short- and long-term abstinent alcoholic individuals*. *Drug Alcohol Depend*, 2017;175:237-245.
- Maia AFDS, De Fátima Â, et al. *Cocaehtylene, the in vivo product of cocaine and ethanol, is a narcotic more potent than its precursors*. *Acta Crystallogr C Struct Chem*, 2017;73(Pt 10):780-783.
- Markle WH, Fisher MA. *Understanding global health. 2nd edn*. New York: McGraw-Hill, 2014: 529.
- NICE - National Institute for Health and Care Excellence. *Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence*. NICE, 2015.
- Sullivan JT, Sellers EM et al. *Assessment of alcohol withdrawal: The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar)*. *British Journal of Addiction*, 1989;84.
- WHO, World Health Organization. *Global status report on road safety*. WHO, Geneva, Switzerland, 2015.

Uno spazio di relazione per tempi isolati

Pazienti in "doppia diagnosi" in un centro diurno a Cesena

Gianluca Farfaneti

"Mi sento come quando all'improvviso si mette a piovere forte, ti guardi intorno e non trovi un posto dove ripararti."

(L'amica Geniale, Elena Ferrante)

39

Introduzione

La comorbidità è un tema che negli ultimi anni si è imposto ampiamente nella riflessione e progettazione dei trattamenti nei servizi per le dipendenze patologiche e in quelli di salute mentale ponendo questioni centrali sui temi della cura e della riabilitazione.

La comorbidità, chiamata a volte «diagnosi duale», è stata definita nel 1995 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come la «coesistenza nel medesimo individuo di un disturbo dovuto al consumo di sostanze psicoattive e di un altro disturbo psichiatrico». Generalmente la comorbidità tra disturbi psichiatrici e disturbi da uso di sostanze viene indicata come Doppia Diagnosi (DD) e può presentare tre possibili casistiche (First M., Gladis M.M., 1993):

1. Pazienti con disturbo psichiatrico primario ed abuso/dipendenza secondari.
2. Pazienti con disturbo da abuso/dipendenza primario e disturbi psichiatrici secondari.
3. Pazienti con disturbi psichiatrici e disturbi da abuso/dipendenza entrambi primari.

Vi sono stati numerosi lavori scientifici e nutriti dibattiti, trattanti la questione su cosa comprendere o no nella DD, quali diagnosi psichiatriche includere e che funzione assegnare all'uso di sostanze nelle varie sintomatologie. Si può affermare che la DD è diventata un paradigma del ruolo centrale del modello bio-psico-sociale delle dipendenze, nel quale si manifestano gli effetti dell'interazione complessa e non lineare di diversi fattori organici, psicologici, ambientali ed elementi sociali. Anche per questo Di Petta (2009) parla di una clinica della DD come di una clinica in una terra di nessuno, di un incontro con persone senza patria e esseri sottovuoti nei quali la mancanza di strutturazione, aumenta la gravità e la mancanza di trattamenti efficaci

Rif.
Gianluca Farfaneti,
psicologo- psicoterapeuta,
UO SerDP Cesena/ AUSL della Romagna
0547 394040,
347 3216094
gianluca.farfaneti@auslromagna.it

Di certo si sa come riporta Fantuzzi e Messina (2020) che la DD “rappresenta una seria preoccupazione per la salute pubblica, con un grave impatto negativo sui costi per l’assistenza, la morbilità e la mortalità”. L’incremento di questa tipologia di utenza esercita un forte impatto sulle caratteristiche dei bisogni assistenziali dei pazienti in carico, che richiede un pari impegno di riorganizzazione delle risposte terapeutiche sui diversi livelli assistenziali (ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale). Le ragioni della gravosità della doppia diagnosi sono riconducibili a quattro ordini di fattori:

1. la prognosi della disabilità dei pazienti con DD è di gran lunga più grave rispetto alle condizioni considerate separatamente. Complica i risultati dei trattamenti e la prognosi, incrementa i ricoveri, ritarda la remissione dei sintomi;
2. l’esperienza pratica suggerisce che la separazione degli interventi psichiatrici da quelli sulla tossicodipendenza determina lo scollegamento delle fasi terapeutiche tra di loro e l’erogazione di prestazioni ridondanti ed intempestive a rischio di risultare inefficaci;
3. il profilo psicopatologico della tossicodipendenza rende prioritario l’impegno sul recupero della *compliance* verso il progetto terapeutico (motivazione) e quindi d’interventi di bassa soglia focalizzandosi su costruzione alleanza terapeutica;
4. Problematicità nell’assumere la terapia farmacologica in modo appropriato sia per la scarsa compliance sia per i rischi di interazione con le sostanze e di autoleisionismo per sovradosaggio

Tutto quanto sopra esposto, conferma la necessità di un approccio nuovo alla presa in carico e all’assistenza della popolazione tossicomane e psichiatrica, di un approccio (multi)dimensionale e non categoriale al problema, basato non sulla sommatoria più o meno standardizzabile di due ordini di diagnosi differenti, ma su una diagnostica nuova che guardi non solo alla interazione tra sostanze e disturbi “ma all’esperienza della persona, nella sua soggettività, e alla fenomenologia di ciascuna presentazione” (Di Petta, 2009). In sintesi un trattamento integrato, innovativo, maggiormente accogliente e centrato sulla persona e i suoi bisogni.

In ultimo è importante ricordare l’impatto che hanno avuto sui servizi, negli ultimi anni, i disturbi gravi di personalità. I disturbi gravi di personalità sono disturbi che prevedono un’alterazione stabile del funzionamento mentale nell’area della formazione e della stabilità dell’identità e del Sé con espressione nelle dimensioni dell’impulsività e dell’antagonismo, criticità nelle relazioni interpersonali e nel funzionamento globale, riduzione della capacità di adat-

tamento al ruolo sociale e in ultimo frequenti comorbilità con patologie di Asse I. (Sanza, 2013).

I pazienti con tali caratteristiche presentano condizioni critiche di salute mentale con un forte impatto sociale al quale si contrappone una reale difficoltà nell’accesso ai servizi e alla fruibilità di trattamenti adeguati

Nel 2013 la Regione Emilia Romagna ha deliberato le Linee guida sui disturbi gravi di personalità, linee guida che pongono al centro la riorganizzare dei servizi e dei trattamenti rispetto a queste problematiche. Rimandiamo alla lettura di tale importante documento per un approfondimento; in questo saggio ci limiteremo a risaltare le linee suddette nella descrizione della nostra struttura avendo avuto un ruolo decisivo nella nuova progettazione clinica e organizzativa.

L’obiettivo del presente lavoro è descrivere come la struttura semiresidenziale del Centro Diurno ha affrontato questo impatto della comorbilità sui servizi per le dipendenze

1. Il Centro Diurno La Meridiana

In questo contesto, e nel corso di questi anni di trasformazioni e cambiamenti epidemiologici e di organizzazione dei servizi, si colloca l’esperienza del Centro Diurno La Meridiana/U.O. SerDP di Cesena/AUSL della Romagna. Attivo sin dagli anni 90 con un’utenza unicamente tossicodipendente, nel corso di questi trent’anni si è costantemente rimodulato nell’ottica di adattarsi ai nuovi bisogni dell’utenza e innovare i trattamenti. (Fig. 1)

Il progetto della Meridiana rappresenta perciò il risultato di un riesame critico dell’esperienza professionale maturata nel lavoro terapeutico con tossicodipendenti. L’idea è di un centro che attraverso un approccio terapeutico integrato e multimodale, tenga conto delle necessità dell’utente di avere un contenitore polivalente, i cui confini possano essere ridefiniti in modo personalizzato e progressivo. Recenti studi hanno dimostrato l’efficacia dei trattamenti semiresidenziali per i pazienti con personalità borderline nella riduzione del rischio medico del suicidio, nella diminuzione della sintomatologia e nella durata dei ricoveri in ospedale rispetto a cure psichiatriche ospedalizzate (Bateman, Fonygy, 1999)

La recente riorganizzazione del centro ha visto la recovery come uno degli aspetti più importanti. Promuovere la partecipazione alla vita della comunità locale, ridurre l’isolamento, rendere la struttura parte del tessuto comunitario della città nell’ottica di combattere lo stigma. Il progetto *Oltre il Giardino*, progetto di educazione e promozione ambientale, vanno in questa direzione. **Oltre il giardino** è un progetto di cura ambientale e di utilità sociale promosso dal U.O. Dipendenze Patologiche Cesena, il Comune di Cesena e la Cooperativa I Mandorlo, che ha portato alla creazione di un

parco pubblico (l'area verde della Meridiana) fruibile dalla cittadinanza.

All'interno del progetto sono previste una serie di iniziative pubbliche e didattiche: promozione e conoscenza delle piante e dei piccoli animali che abitano i giardini, diffusione delle case dei piccoli animali da giardino, eventi e spettacoli, con l'obiettivo della promozione dell'inclusione sociale degli utenti del Centro Diurno La Meridiana attraverso l'impegno lavorativo e civile al servizio dell'ambiente.

Le caratteristiche del programma sono legate ad obiettivi specifici e comprendono attività terapeutiche sia di gruppo che individuali, ad attività di laboratori e ricreative. Punti cardinali della programmazione sono:

- Osservazione e valutazione insieme alla flessibilità nei trattamenti.
- Impostare trattamenti motivazionali e di empowerment, contrattualizzazione della cura, focalizzazione sulla problematica dell'impulsività e gestione della regolazione emotiva.
- Forte centratura sui gruppi terapeutici e psico-educativi.
- Equipe di lavoro supervisionata e con aggiornamento costante.

Le finalità del trattamento sono principalmente quattro, corrispondenti a quattro rispettive funzioni terapeutiche che Gunderson indica come prioritarie nei trattamenti dei disturbi borderline di personalità, ma che riteniamo valide alla base della clinica della comorbidità.

- **Funzione di Sostegno:** far sì che i pazienti si sentano meglio, riducano la loro sintomatologia e incrementino la loro autostima offrendo attenzione e supporto.

- **Funzione di Struttura:** creare un ambiente sicuro, prevedibile, semplice e reiterativo. Per persone con rilevanti problematiche nell'area dell'impulsività, della disorganizzazione, a volte provenienti da famiglie multiproblematiche, poter garantire un ambiente che fornisce certezza un "holding" terapeutici. La programmazione delle attività, gli orari, i contratti aiutano i pazienti a non cadere in modalità regressive o disorganizzate
- **Funzione di Partecipazione:** stimolare l'attenzione all'ambiente interpersonale del paziente e all'interazione con esso. Per questo è importante un continuo coinvolgimento dei pazienti nel organizzare le attività e nello svolgere "debriefing" del processo. Il "community meeting" che si effettua tutti i lunedì ne è un esempio. Spazio dove s'informa delle iniziative, si concordano attività, si accettano proposte, si condivide quello che è successo di critico, si prendono impegni condivisi. In tal modo, pensiamo, ci si responsabilizza e la delega esclusiva agli operatori funziona meno
- **Funzione di Conferma:** affermare e rinforzare l'unicità dei pazienti attraverso trattamenti personalizzati e individuali riconoscendo empaticamente la loro sofferenza.

Attualmente i destinatari del trattamento sono pazienti in carico al SerDP, al CSM o a entrambi i servizi che presentano una diagnosi di dipendenza patologiche e di disturbi psichiatrico sia di Asse I che di disturbo di personalità grave. La presa in carico prevede l'invio da parte dei servizi SerDP o CSM o in modalità condivisa, l'assegnazione di un case

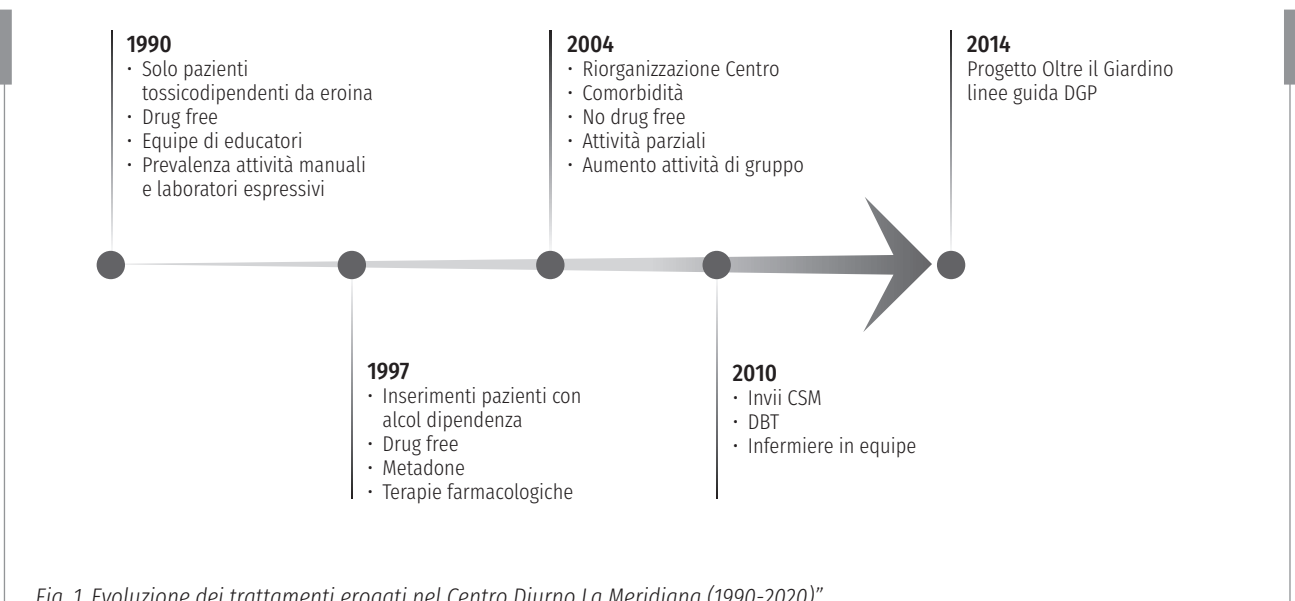


Fig. 1, "Evoluzione dei trattamenti erogati nel Centro Diurno La Meridiana (1990-2020)"

manager e di un medico per ogni paziente, un periodo di Accoglienza “autogestita” (i pazienti in struttura da più tempo presentano l’organizzazione e le attività ai nuovi entrati) e la compilazione dopo il periodo di osservazione del contratto di cura.¹

L’equipe è composta da uno psicologo coordinatore, due educatori professionali e un artigiano impegnato nell’officina del legno.

La programmazione si articola in tre dimensioni:

- **Clinica:** proposta di gruppi terapeutici e psico-educativi come: Gruppo Craving, Gruppo DBT, Gruppo Familiari, Gruppo Salute, Gruppo Verifica, Comunità Meeting.
- **Attività:** laboratori di Ceramica, la Falegnameria,² l’area manutenzione verde, la newsletter Voci indipendenti.
- **Quotidianità:** la parte forse meno strutturata ma molto importante da presidiare, sono i rapporti e relazioni durante la giornata, i momenti di verifica emotiva, le uscite nel contesto, i rapporti con i cittadini nel far spesa e commissioni varie

A questi momenti, vanno sommati un insieme di eventi/iniziativa del progetto Oltre il Giardino citati in precedenza e promossi nell’arco dell’anno che hanno coinvolto sia i cittadini che i pazienti (dalle feste nel parco ai concerti-picnic, dalle presentazioni libri al cinema all’aperto). Tale occasione, hanno aumentato quelle dimensioni di “normalità” e opportunità che sappiamo così rilevanti nella *recovery* e nello sviluppo di una comunità solidale e più integrativa. Tutto questo ha permesso di oltrepassare la frontiera tra la struttura terapeutica e la città, trasformando un “muro” non scavalcabile in un confine, dove cittadini e pazienti s’incontrano e scambiano risorse, conoscenze e condividono esperienze.

Questa cornice permette di realizzare un ambiente sicuro e accogliente per il paziente e consente di definire obiettivi di cura su aree che riteniamo prioritarie per valutare il cambiamento. Quella degli affetti (nel gestire in modo poi efficace quelli negativi), quella dei comportamenti (nel ridimensionare impulsività e autolesionismo) e quella del funzionamento sociale aumentando occasioni di interazione sociale, integrazione e opportuna occupazionali.

2. Un tentativo di valutazione delle attività

Nel provare a stabilire un tracciato che aiuti a valutare l’intervento del Centro è necessario fare alcune considerazioni. Prima dell’avvio della Meridiana, non esisteva una struttura verso questo target rivolte sia a pazienti SerDP e CSM e soprattutto non vi era un processo di integrazione con il territorio e la città, un coinvolgimento della riabilitazione nel tessuto del territorio.

Nella Fig. 2 possiamo vedere alcuni primi dati di 15 anni di attività, 240 trattamenti per 176 pazienti con una media di 25 persone ospitate all’anno. Interessante il dato che 44 pazienti (25%) hanno avuto più di un trattamento. Come ci indica la letteratura questa tipologia di pazienti ha alti tassi di drop out (tra il 40 e il 60%) e necessita di tempo e opportunità per attivare un cambiamento. A volte non basta una “volta sola” ma è necessario mantenere flessibilità e accettazione dei reingressi. Come si vede il tempo medio di permanenza è (6 mesi e mezzo), adatto per interventi focalizzati di valutazione diagnostica e mirati a ridurre la cronicità. A conferma di questa flessibilità, si aggiunga che il 60% di trattamenti effettuati sono stati parziali. Il trattamento parziale prevede la frequentazione della struttura solo in determinati giorni e legati a specifiche attività cliniche o di laboratorio. In questo modo è possibile permettere l’accesso a persone che hanno difficoltà sia logistiche (ad esempio abitare molto lontano) o di vulnerabilità a trattamenti più intensivi

La sostanza principale (Fig. 3) resta ancora l’eroina seguita da alcol e cocaina; negli ultimi due anni sono stati presi in trattamento anche pazienti giocatori d’azzardo come segno della volontà di rivolgerci alle dipendenze patologiche più che alle sostanze.

La Fig. 4 conferma che la Meridiana negli anni è diventata costantemente una struttura terapeutica per le comorbilità. Il 72% dei pazienti presenta una diagnosi psichiatrica, in primis disturbo di personalità grave, per circa il 90% disturbo borderline di personalità

Per quanto riguarda gli esiti dei trattamenti (fig 5) la valutazione deve tenere in considerazione alcuni aspetti che riteniamo importanti

- Il tasso di abbandono è del 29%, un dato che si colloca sotto la media in letteratura.
- Il 20% ha completato il programma, più precisamente ha raggiunto l’obiettivo concordato nel contratto di cura.
- A questa percentuale va aggiunta un 41% di pazienti che è passata in un’altra struttura terapeutica (normalmente comunità residenziale) o si è dimessa in

Note

- 1 Si veda per un approfondimento del contratto di cura le Linee guida sui disturbi gravi di personalità della Regione Emilia Romagna.
- 2 L’Officina del legno della Meridiana realizza prodotti in legno per scuole, per i reparti di pediatria e pediatria di comunità e per aziende del territorio. Tale attività permette apprendimento di manualità, un lavoro utile per la collettività e soprattutto la possibilità di tirocini formativi.

DATI ATTIVITÀ 2004-2018	
Pazienti	176
Trattamenti attivati	240
Pazienti che hanno avuto più trattamenti	44
Tempo medio di permanenza	6,5 mesi
Maschi	66,8%
Femmine	33,2%
Età media	37

Fig. 2, Dati attività Centro Diurno 2004/2'18

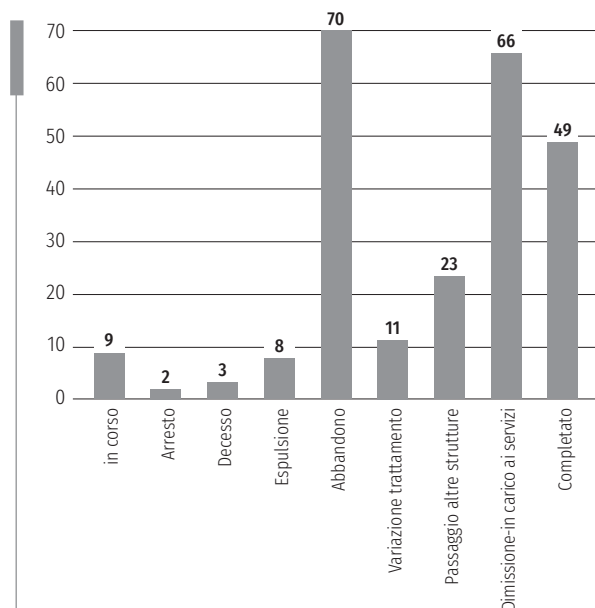


Fig. 5, Esiti dei trattamenti (dato sui 240 trattamenti effettuati)

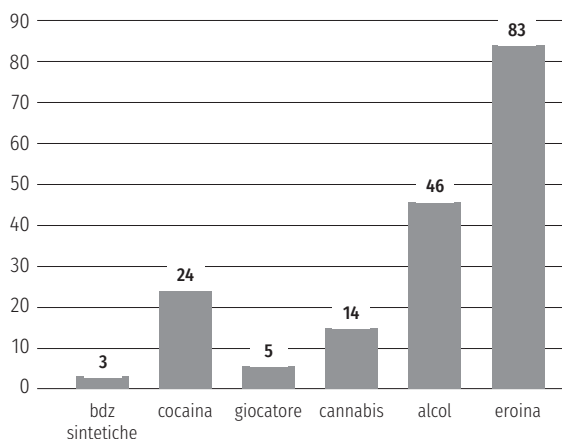


Fig. 3, Tipologia sostanze primarie pazienti in carico

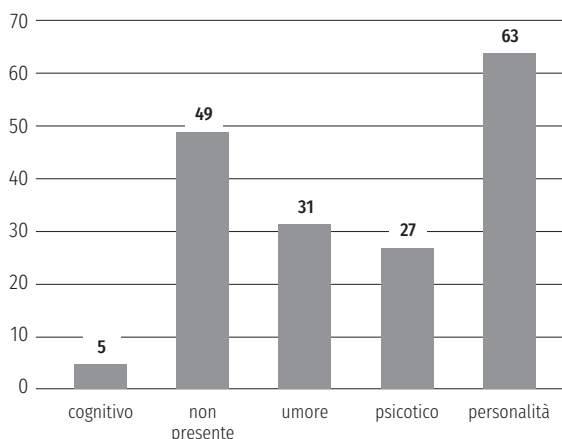


Fig. 4, Principale diagnosi psichiatrica

modo concordato ed è rimasta comunque in carico ai servizi. Situazioni, quindi, che hanno mantenuto la compliance con dei progetti terapeutici.

Il 61 % dei pazienti resta pertanto in carico ai servizi, un risultato che possiamo definire efficace per pazienti caratterizzati da instabilità, impulsività e a rischio della propria salute e sopravvivenza.

Osservazioni conclusive

Ci sentiamo di affermare, alla luce di questi dati, sebbene parziali, che il centro ha creato un luogo che mancava, ponendosi come spazio intermedio tra i trattamenti ambulatoriali e residenziali e fornendo un servizio di osservazione e valutazione utile per il proseguo dei trattamenti. Ci piace pensare alla Meridiana come un caravanserraglio "terapeutico" un luogo di sosta per chi fa lunghe traversate in un deserto di relazioni e di riconoscimenti e per riprendere, più in là nel tempo, un cammino. Un luogo a volte di confusione certamente, uno zibaldone di bisogni che può creare scompiglio ma che produce interazioni, interscambi che creano rapporti e relazioni che aiutano a riorientarsi.

I risultati raggiunti, non ci esentano dal porsi l'obiettivo di migliorare e sviluppare le aree critiche che in questi anni abbiamo osservato e sperimentato. Come detto in precedenza, l'epidemiologia delle dipendenze e delle comorbidità sono sempre in mutamento, l'offerta delle sostanze varia e produce sempre nuove sintomatologie e bisogni. Ne consegue per le strutture riabilitative, la necessità di un costante e un costante adattamento ai nuovi bisogni e istanze.

Possiamo individuare alcune criticità riscontrate in questi anni e le possibili azioni da intraprendere:

1. Il tema del lavoro e del reinserimento occupazionale.

La maggior parte dei pazienti sono disoccupati o in cerca di prima occupazione. Data una condizione psicopatologica molto vulnerabile hanno difficoltà nella ricerca del lavoro e del suo mantenimento. Riteniamo che il Centro diurno possa fare di più per questo bisogno. Integrare il programma più efficacemente con tirocini, stage, orientamento al lavoro in modo da essere uno spazio necessario per dare avvio ai progetti di inserimento lavorativo. I nostri laboratori di falegnameria e del verde hanno già avviato questa direzione, si tratta con l'aiuto di altri attori di potenziare queste esperienze.

2. Il lavoro con le famiglie.

Le famiglie lo sappiamo sono in prima linea e spesso provano sentimenti di solitudine e fatica. Questa tipologia di pazienti proprio per la loro "doppia diagnosi" duplicano anche il peso della loro gestione e assistenza. Pare chiaro che bisogna sempre più spingere verso la presa in carico globale del paziente e della sua famiglia, e non interpretare la patologia come un momento che riguarda il malato. Il centro diurno dovrebbe offrire spazi al suo interno per creare gruppi di auto-muto-aiuto per familiari, parenti e amici che offrono con continuità assistenza pazienti. Abbiamo problemi di risorse personali ma certamente l'integrazione di servizi e dei percorsi di cura ci può aiutare in questo. Potrebbe essere anche importante aprirsi verso altri servizi del territorio che si occupano di famiglie lavorando in modo integrato, e non coinvolgendoli solamente al bisogno, quando alcune situazioni trascurate da qualche tempo assumono rilevanza sociale.

3. Valutazione del trattamento semiresidenziale.

L'importanza della valutazione dei trattamenti è essenziale per verificare se gli obiettivi e le finalità coerenti con letteratura e *mission* dei servizi. Molti sforzi sono stati fatti in questo ma pensiamo si possa fare di più. Si può ipotizzare uno strumento (o più) che aiuti a valutare il trattamento centro diurno nella sua globalità e che vada ad aggiungersi ed integrare gli strumenti già in uso di tipo psicodiagnostico indirizzati a valutare la riduzione di sintomatologia e comportamenti.

Ma più in generale crediamo che l'impegno debba essere quello di potenziare gli interventi di *recovery*, nella quale, la finalità non deve essere esclusivamente il concetto di guarigione clinica e di riduzione dei sintomi, ma il cercare una migliore qualità di vita per i nostri pazienti, nel riconquistare il benessere e aumentare il loro senso di autoefficacia.

44

Bibliografia

- Bateman A. Fonagy P. *Effectiveness of Partial Hospitalization in the Treatment of Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial*. American journal of Psychiatry, Vol.56, Issue 10, pp.1563-1569 1999
- Di Petta G.(A cura di), *Nella Terra di nessuno. Doppia diagnosi e trattamento integrato: l'approccio fenomenologico*, Edizioni Universitarie Romane, 2009
- Fantuzzi C. Mezzina R., *Doppia diagnosi: una revisione sistematica sull'organizzazione dei Servizi sanitari territoriali*, Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici, Rivista online, vol.19, 2020
- First M., Gladis M.M. (1993): *Diagnosis and Differential Diagnosis of Psychiatric and Substance use Disorders*, p.23- 38. In: Solomon, J. Zimberg, S. e Shollar, E. *Dual Diagnosis: Evaluation and Treatment Training and Program Development*. Eds. Plenum Medical, New York
- Gunderson J.G. *La personalità borderline. Una guida clinica*, trad.it , Raffaello Cortina Editore, 2003
- Linehan M. *DBT Skill Training. Manuale e fogli di lavoro*, trad.it Raffaello Cortina Editore, 2014
- Linehan M. *Trattamento cognitivo comportamentale del disturbo borderline*, trad.it Raffaello Cortina editore 2011
- Lombardo A., *La comunità psicoterapeutica. Cultura, strumenti, tecnica*, Franco Angeli Ed., 2007
- Recalcati M. *L' uomo senza inconscio. Figure della nuova clinica psicoanalitica*, Raffaello Cortina Editore, 2010
- Regione Emilia Romagna, *Linee di indirizzo per il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità*, 2013
- Sanza M. *Gestione del paziente con doppia diagnosi e disturbi di personalità gravi Modelli d'integrazione CSM-SERT nella gestione doppia diagnosi*, Corso regionale di formazione "Esordi psicotici" (Modena, Bologna, Cesena, aprile-maggio 2013)
- Sanza M. *Le Linee di Indirizzo per il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità*, Bologna 11 giugno, 2013

Il lavoro con tossicodipendenti detenuti

Promuovere percorsi di cura alternativi alla detenzione

Elisa Martino, Laura Rondello, Luana Oddi, Orietta Venturi,
Raffaella Campalastri

ABSTRACT

In questo scritto viene affrontato il lavoro dell'équipe del Servizio Dipendenze Patologiche in ambito detentivo, in collaborazione con il personale sanitario addetto all'assistenza primaria. Inizialmente, richiamando il lavoro di certificazione di alcol/tossicodipendenza, effettuato da un medico all'interno di una valutazione multidisciplinare. Secondariamente, approfondendo alcune variabili per la definizione dell'idoneità di un percorso terapeutico a rispondere ai bisogni di cura della persona (variabili motivazionali, sanitarie, diagnostiche, di progetto, legali, socio-cognitive). Infine vengono esposte alcune criticità, richiamando la disomogeneità dei criteri, delle procedure di certificazione e di valutazione di idoneità ai percorsi di cura alternativi alla detenzione nei vari territori regionali, rispetto alle quali auspichiamo che questo lavoro possa rappresentare un punto di partenza per aprire un dibattito e ulteriori occasioni di confronto.

45

Introduzione

Una persona tossico- o alcolodipendente ristretta in carcere ha diritto ad un trattamento individualizzato e può usare la carcerazione come occasione per avviare un percorso di cura orientato alla riabilitazione (Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2011).

Per garantire questo diritto e assicurare la continuità assistenziale con i programmi territoriali, già in essere o potenzialmente attivabili, nell'Istituzione carceraria interagiscono due sistemi complementari:

1. da un lato, i sanitari addetti all'assistenza primaria intervengono nell'immediatezza con farmaci sintomatici e/o sostitutivi, proponendo tempestivamente i controlli tossicologici urinari ed ematochimici, effettuando un'anamnesi preliminare e verificando la sussistenza di patologie correlate alle condotte d'abuso;
2. dall'altro, l'équipe multidisciplinare afferente al Servizio Dipendenze Patologiche (costituita da professionisti dell'area medico-infermieristica, psicologica, sociale ed educativa), garantisce interventi specialistici di secondo livello sulle problematiche di abuso e dipendenza da

Rif.
Elisa Martino
Psicologa Psicoterapeuta
Dirigente psicologo, presso U.O. Dipendenze Patologiche di Ravenna,
AUSL della Romagna
0545.903155
elisa.martino@auslromagna.it

sostanze legali e illegali e da altri comportamenti addizionali, sempre in stretta collaborazione con il personale delle Cure Primarie (Programma Regionale Dipendenze Patologiche, Regione ER, 2017-2019) e valuta l'attualità della condizione di dipendenza (ovvero la presenza di tale condizione nella fase di vita attuale, o piuttosto in remissione precoce o protratta), nonché l'idoneità delle misure alternative alla detenzione, per le persone che possono e intendono usufruirne (Protocollo di intesa fra la Regione ER e il Tribunale di Sorveglianza di Bologna, 2010).

1. Report 2019 sulla salute nelle carceri in Regione Emilia Romagna

L'abuso-dipendenza da sostanze rappresenta uno dei problemi di salute più rilevanti tra la popolazione detenuta nelle carceri dell'Emilia Romagna. Come riferito nel Report, inerente ai dati riportati Ministero della Giustizia e relativi all'anno precedente (2018), i detenuti transitati per almeno un giorno nell'anno presso l'area sanitaria degli Istituti Penitenziari sono stati 8.207, con una rilevante differenza tra istituti. Il Report precisa che il dato delle "persone detenute per almeno un giorno" si riferisce alle singole "teste"; chi nel corso dell'anno è entrato, uscito e rientrato nello stesso istituto, è contato solo una volta; chi è entrato in differenti istituti è contato due volte. Tra di essi, 2.892 persone hanno presentato un problema di abuso-dipendenza, con frequenti situazioni di poli assunzione (Tab. 1).

2. Equipe dipendenze in carcere

Ai fini di valutare la certificabilità e l'eventuale idoneità di un percorso di cura, l'équipe Dipendenze Patologiche segue tre passaggi complementari e interconnessi:

- la certificazione di tossicodipendenza che può anche essere utilizzata dalla persona detenuta in allegato alle istanze proposte all'Autorità giudiziaria;
- la definizione dell'idoneità di un programma di cura ai fini del recupero della persona;
- la definizione della tipologia di trattamento ambulatoriale o comunitario idoneo, da valutare in collaborazione con il servizio territoriale o la struttura comunitaria di destinazione.

Questi passaggi descrivono sfere d'azione distinguibili solo per ragioni espositive, che nella realtà si svolgono in continuità e in parziale sovrapposizione.

3. Certificazione dello stato di tossicodipendenza

Qualora vengano soddisfatti i criteri per la diagnosi di alcol/tossicodipendenza il medico dell'équipe redige un certificato di dipendenza patologica secondo le linee guida regionali (DGR 771/2010); tale certificato, a pena di inammissibilità dell'istanza, deve specificare la procedura con la quale è stato accertato l'uso abituale di sostanze psicoattive, gli elementi di valutazione indicati nel DM 186/90 e il manuale in riferimento al quale è stata effettuata la certificazione (ICD 10).

È inoltre fondamentale un approfondimento delle caratteristiche psico-sociali, ovvero una valutazione multidisciplinare, fondamentale in tutti i casi ma soprattutto, per fare alcuni esempi, per le persone alla prima carcerazione o che da tempo hanno interrotto i trattamenti territoriali; per ragazzi giovani o da poco maggiorenni; per forme di dipendenza da sostanze diverse dagli oppiacei e di "dipendenza senza sostanze". In questa prospettiva è importante approfondire eventuali precedenti percorsi di cura, le ragioni degli abbandoni, nonché le reti di relazioni, pregresse e attivabili.

Gruppi diagnosi dipendenza patologica	Numero diagnosi	% sul totale dei detenuti con diagnosi di dipendenza	% sul totale dei detenuti con almeno un giorno di detenzione
Cocaina	893	40,6	10,9
Oppioidi	838	38,1	10,2
Alcol	439	20,0	5,3
Cannabinoidi	424	19,3	5,2
Sostanze multiple	264	12,0	3,2
Sedativi e ipnotici	21	1,0	0,3
Altri stimolanti	6	0,3	0,1
Tabacco	4	0,2	0,05
Allucinogeni	3	0,1	0,04
Totale diagnosi sostanze psicoattive	2.892		

Tab. 1, Fonte: Report 2019 sulla salute in carcere in Emilia Romagna/RER, p. 23.

La certificazione di dipendenza in ambito penale non assume solo una valenza clinica ma rappresenta un documento che rende accessibili o meno trattamenti riabilitativi extramurari. Inoltre, essa non si connota solo come atto legato all'attualità e alla pregnanza della condizione clinica, ma può essere utilizzata anche in contesti diversi e da équipe differenti da quella valutante, come precedente anamnestico (assumendo quindi potenziali connotazioni di tipo stigmatizzante) o per richiedere benefici di legge anche in fasi successive del percorso penale (assumendo quindi peculiare valore progettuale).

4. Definizione idoneità di un trattamento territoriale a rispondere ai bisogni di cura della persona

L'idoneità del programma terapeutico scaturisce da una valutazione multidisciplinare che parte dall'osservazione clinica e personologica del paziente; essa deve essere indicata nella relazione che integra la certificazione, da consegnare alla persona detenuta o al rappresentante legale, nella quale è importante argomentare:

- i dati clinico-diagnostici in ingresso,
- gli obiettivi intermedi e finali,
- i tempi necessari per il loro conseguimento,
- gli strumenti clinici utilizzati,
- gli strumenti e i tempi di valutazione.

a. Variabili motivazionali

Il lavoro dell'équipe per impostare un trattamento di recupero deve muovere da una valutazione dei fattori relativi alla motivazione (comprendendo, quando accessibile, anche il sistema relazionale/famigliare), per favorire il passaggio da stadi del cambiamento di tipo pre-contemplativo e contemplativo verso stadi successivi, e potenziare gli elementi indicativi della volontà di curare la dipendenza patologica sottesa alla richiesta del beneficio. In questa prospettiva l'operatore deve verificare ed eventualmente ridefinire la corrispondenza delle aspettative espresse dalla persona con le opportunità realistiche offerte dal programma, con i passaggi formali necessari all'équipe per impostare un progetto comunitario o territoriale, con i vincoli di budget ai quali gli operatori della AUSL devono sottostare per realizzare un inserimento comunitario e infine con i tempi giudiziari e i termini di legge imposti dall'Autorità giudiziaria. Tra le variabili motivazionali una particolare attenzione andrebbe data alla valutazione dell'impatto dell'esperienza detentiva sulla strutturazione dell'identità, che può essere particolarmente pregnante se si tratta della prima carcerazione, soprattutto in soggetti fragili e nella popolazione più giovane, in quanto può caratterizzarsi come "trampolino di lancio" verso la delinquenza come abitudine di vita, assumendo i connotati di un "punto di svolta" (Bruner, 1990).

Parallelamente, questo può rappresentare un passaggio di responsabilizzazione, implicando l'obbligo per la persona di confrontarsi con gli effetti penali delle proprie azioni, se accompagnata a rielaborare in senso evolutivo tale esperienza attraverso un supporto individualizzato, realizzato da un operatore psicosociale competente.

In generale, sono maggiormente vulnerabili alla costruzione di un'identità di adattamento all'istituzione totale i dis-



NOTA: i due ovali non coincidono perché esistono le situazioni in cui, pur essendo presenti i criteri per la certificazione di tossicodipendenza, sono assenti, nella fase attuale, quelli per la definizione dell'idoneità di un percorso di cura territoriale o comunitario.

Fig. 1. Criteri per certificazione e idoneità percorso di cura: uno schema di sintesi.

dattati sociali e le persone con maggiori vulnerabilità di tipo tossicomano o psichiatrico, non incastonati all'interno di traiettorie di vita devianti, che in carcere tendono a sperimentare un'idea di appartenenza e un senso di sicurezza spesso assenti in altri contesti, con il correlato rischio di recidiva.

Queste persone andrebbero repentinamente individuate e supportate sul piano motivazionale verso un percorso alternativo idoneo.

b. Variabili sanitarie

Il lavoro sulla consapevolezza di malattia e sulla *compliance* al percorso di cura in ambito detentivo è fondamentale per impostare o ridefinire una terapia medica e un intervento psicosociale, affiancando a un trattamento farmacologico per la gestione degli stati astinenziali e del *craving* la riflessione sulla situazione attuale e sulla progettualità futura.

c. Variabili diagnostiche

Al fine della valutazione dell'idoneità di un trattamento di cura alternativo alla detenzione è importante valutare le eventuali comorbilità di tipo psichiatrico, in particolare gli aspetti antisociali che potrebbero richiedere interventi di tipo custodialistico, anziché primariamente terapeutico.

A questo proposito assume rilevanza la variabile della strumentalità, intesa come abilità di attivare risorse retoriche e relazionali per perseguire l'obiettivo di favorire l'uscita dall'esperienza intramuraria.

Dal punto di vista metodologico, la competenza strumentale esercitata da parte di una persona ristretta indica la presenza di risorse cognitive e relazionali; paradossalmente, essa può rappresentare, un posizionamento della persona detenuta sul quale lavorare per l'elaborazione del progetto alternativo, e non un criterio di esclusione. Dall'altro lato, il pieno adattamento della persona all'istituzione totale può rappresentare un indicatore prognostico negativo per il reinserimento sociale.

In modo differente, l'abilità manipolatoria, che indica l'uso del sotterfugio per influenzare o controllare gli altri e l'intenzione di servirsi di qualcosa o qualcuno "disumanizzando" l'interlocutore, con la volontà di "usarlo come oggetto" per il raggiungimento dei propri obiettivi (Baron-Cohen, 2012), può diventare un criterio per la valutazione di non idoneità per un percorso di cura alternativo: basti pensare alle condizioni psicopatologiche quali la variante definita "psicopatia" del disturbo antisociale di personalità (DSM-5, 2014, pp. 887-888). La pregnanza e la delicatezza di tali valutazioni pone come ineludibili una specifica valutazione clinica, il confronto in équipe e la condivisione di criteri scientifici concordati e condivisi.

d. Variabili di progetto

Nel caso di certificazione di dipendenza è importante che l'operatore dell'équipe psicosociale lavori con la persona detenuta per favorire la comprensione:

- **degli obiettivi e delle opportunità del percorso di cura**
- **delle prescrizioni, dei controlli e dei vincoli da ottemperare**, chiarendo gli obblighi normativi che il Servizio Dipendenze Patologiche deve adempiere nel relazionare all'Autorità giudiziaria tramite l'UIEPE, periodicamente per un monitoraggio del percorso, immediatamente in caso di violazione delle prescrizioni (es. positività ai controlli tossicologici): in quest'ultimo caso, la persona andrebbe prima informata della positività per darle la possibilità di assumere un ruolo attivo, producendo successivi tossicologici negativi, da comunicare anch'essi all'Autorità giudiziaria. La chiarezza dei vincoli e delle prescrizioni da rispettare, esplicita e concreta, e l'anticipazione di strategie socio-cognitive e relazionali da attivare per corrispondere a tali vincoli progettuali, rappresentano interventi essenziali per l'impostazione di un programma alternativo. Inoltre, è fondamentale la competenza e la comprensibilità dei criteri restituiti, nonché la coerenza dei parametri adottati e delle posizioni assunte tra i vari membri dell'équipe Dipendenze Patologiche.

e. Variabili legali

Tra di esse, la posizione giuridica (in attesa di giudizio o con pena definitiva) e la durata della pena assumono una posizione preminente nella definizione di un progetto di cura. In questa sede riteniamo utile richiamare la peculiarità della condizione dei detenuti stranieri, soprattutto se irregolari, in quanto persone per le quali la mancanza di permesso di soggiorno, nella maggioranza dei casi, preclude il soddisfacimento di alcuni parametri indispensabili per la concessione della misura dell'"affidamento terapeutico" ma che, in quanto certificabili, potrebbero accedervi se avessero supporti differenti. A questo proposito occorre effettuare una valutazione sull'impatto che la condizione dell'eventuale irregolarità sul territorio, in connessione con le risorse complessive del soggetto, potrebbe avere nella valutazione prognostica del progetto. Inoltre, per tali persone alla sofferenza dell'esperienza carceraria spesso si sovrappongono altre forme di svantaggio. Per fare solo alcuni esempi: le barriere culturali e linguistiche; il percorso migratorio, con il rischio di aver vissuto esperienze traumatiche che l'operatore può non riconoscere, comprendere e trattare in modo efficace; la distanza dai nuclei famigliari che rimangono nei Paesi di origine, spesso accompagnata dall'impossibilità di comunicare con loro e dalla preoccupazione per le condizioni geo-politiche in cui vivono.

f. Variabili sociocognitive

L'**assunzione della responsabilità** in senso psicosociale ed ecologico, di competenza dell'équipe trattamentale, non deve essere confusa con l'accertamento della responsabilità penale, di competenza dell'Autorità giudiziaria.

La responsabilità nello specifico:

- in senso psicosociale, descrive un meccanismo di regolazione psicologica e interpersonale e indica l'insieme di "capacità, competenze, attitudini relazionali del soggetto a rendere conto, ad assumersi l'obbligo – considerato come bisogno evolutivo, diritto e dovere – di rispondere degli effetti sociali e giuridici delle proprie azioni" (De Leo, 1996). Tale costrutto, configurandosi in una cornice di etica delle conseguenze delle azioni piuttosto che delle intenzioni che le ispirano, implica la sospensione del giudizio basato sulle categorie di "bene" e "male" a favore della riflessione sugli effetti, siano essi di tipo giuridico/normativo, relazionale/interpersonale e simbolico o medico/sanitario;
- in senso ecologico, essa non viene intesa come mera caratteristica della persona ma richiama un processo circolare ed interattivo, che include anche le persone deputate a sanzionare o a prendersi cura del problema, contribuendo a cronicizzarlo o a modificarlo in senso evolutivo;
- in senso metodologico, rappresenta uno strumento per promuovere il cambiamento, non necessariamente una premessa ma indubbiamente l'esito auspicabile di un percorso di lavoro.

Dal punto di vista psicologico i processi cognitivi che rendono possibile apprendere, praticare o eludere la responsabilità possono essere ricondotti ai concetti di agentività umana, autoefficacia percepita e strategie di disimpegno morale (Bandura, 1986).

L'**agentività umana** si riferisce alla capacità dell'individuo di agire sia sul proprio mondo interno che sull'ambiente che lo circonda, trasformandoli entrambi. "La persona, quindi, agisce partendo sia dalle sue precondizioni (ossia la sua storia, le sue esperienze passate, le sue caratteristiche individuali), sia dalle sue anticipazioni sul futuro, in un contesto relazionale e all'interno di interazione sociali" (Patrizi, 2014). Il concetto di agentività umana richiama i prerequisiti psicologici alla base dell'apprendimento della responsabilità: 1) capacità di simbolizzazione; 2) capacità di anticipazione; 3) capacità di apprendimento per imitazione; 4) capacità di autoriflessione; 5) capacità di autoregolazione (Bandura, 1996).

L'**autoefficacia percepita** è la convinzione in merito alle proprie capacità di raggiungere un certo obiettivo. Tale competenza può essere valutata in riferimento al successo della persona nel padroneggiare specifici eventi e situazioni e

alla coerenza tra le risorse interne ed esterne, e le richieste dell'ambiente.

Le **strategie di disimpegno morale**, indicano le narrazioni utilizzate dall'individuo per disattivare i regolatori della propria condotta: tali retoriche rendono praticabile il comportamento deviante, separando la violazione della norma dalla preoccupazione della punizione, la percezione del danno provocato all'altro dal senso di colpa e di vergogna, preservando in questo modo l'autostima dell'autore e facilitando il rischio di recidiva. Sono 8 i meccanismi di disimpegno morale: 1) giustificazione morale; 2) confronto vantaggioso; 3) etichettamento eufemistico; 4) distorsione delle conseguenze; 5) de-umanizzazione della vittima; 6) attribuzione di colpa alla vittima; 7) spostamento/dislocazione della responsabilità; 8) diffusione della responsabilità (Bandura, 2017).

Basse aspettative su volontà, controllo ed autoefficacia sono alla base dell'instaurarsi del fenomeno dell'**impotenza appresa** (Seligman, 1996), ovvero della sensazione di non poter ricevere aiuto, del senso di incurabilità e immutabilità, che potrebbe pregiudicare ulteriormente la motivazione al cambiamento.

Sul piano socio-cognitivo, per definire l'idoneità di un percorso alternativo a rispondere ai bisogni di cura di una persona, occorre che attraverso l'intervento sia:

- a) verificato e potenziato il livello di responsabilità, che permetta un posizionamento attivo della persona rispetto agli effetti delle proprie azioni,
- b) avviata una ridefinizione delle strategie di disimpegno morale, eventualmente utilizzate per giustificare tali effetti, anche in relazione al danno prodotto,
- c) promosso il senso di autoefficacia rispetto al proprio percorso di cura e al reinserimento sociale, anche attraverso l'anticipazione e la chiarezza su obiettivi e prescrizioni del percorso,
- d) individuato un contesto ambulatoriale o comunitario idoneo e risorse efficaci per rendere praticabile e potenziare la responsabilità.

In caso di verifica negativa di tali indicatori, l'assenza nella fase attuale di livelli di responsabilità idonei per affrontare un programma alternativo alla detenzione non rappresenta un criterio di esclusione; piuttosto il raggiungimento di tali livelli, anche attraverso percorsi di supporto specialistico in ambito intramurario, costituisce un importante obiettivo terapeutico.

Osservazioni conclusive

In riferimento alle argomentazioni sovraespresse e ai dati presentati nel paragrafo 1 possono essere proposte alcune riflessioni inerenti alle criticità tra gli interventi effettuati

nei differenti Istituti Penitenziari regionali e nei corrispondenti servizi territoriali. Esporre tali problematiche pone noi operatori nella condizione di avviare una riflessione per la programmazione di percorsi comuni e strumenti di lavoro condivisi, per lavorare in modo maggiormente appropriato ed efficace con i detenuti, nell'interesse dei diritti degli stessi ma anche della sicurezza sociale. Citiamo solo alcuni esempi di tali criticità (che rappresentano obiettivi di lavoro):

- le procedure di valutazione inerenti alla certificazione di dipendenza risultano essere differenti in base ai criteri adottati dalle istituzioni presenti nei territori nei quali le persone impattano con l'esperienza della carcerazione;
- i percorsi trattamentali extra-murari possono essere attivati facendo riferimento a criteri di idoneità dissimili tra zone differenti, analizzando variabili motivazionali, sanitarie, sociopsicologiche diverse;
- spesso non è chiaro, né agli operatori, né conseguenzialmente agli stessi detenuti, che un programma alternativo, oltre che rappresentare un'opportunità di scontare la detenzione in ambiente esterno al carcere, è un percorso di cura per le problematiche tossicomaniache. Se la valutazione è impropria e la persona è scarcerata senza necessità di percorso di cura (ma deve recarsi al SerDP con cadenza regolare per ottemperare le prescrizioni) o, ancor peggio, se non ritenuta idonea ad accedere a tali benefici, seppure con diagnosi di dipendenza, la stessa (e la rete dei famigliari) andranno incontro ad esperienze di frustrazione e fallimento; tali esperienze, nel primo caso inaspireranno le dinamiche con l'équipe curante che ha il mandato istituzionale di far rispettare le prescrizioni, nel secondo relegheranno le persone istituzionalizzate in percorsi che, oltre a non curare in modo appropriato la dipendenza, aumenteranno il rischio di ricaduta nell'uso di sostanze e di recidiva in azioni devianti in uscita dal carcere, a discapito non solo del percorso di reinserimento personale ma anche della sicurezza sociale;
- infine, l'ormai noto fenomeno del sovraffollamento delle carceri, spesso dimenticato dall'opinione pubblica e rievocato prevalentemente in occasione di fenomeni straordinari (quali ad es. l'attuale emergenza per pandemia Coronavirus, con il rischio che le carceri diventino focolai esplosivi sia sul piano della salute che su quello della sicurezza interna), potrebbe esse sgravato adottando procedure chiare, condivise ed efficaci, di certificazione di dipendenza e di predisposizione di idonei percorsi di cura alternativi alla detenzione.

Bibliografia

- AA.VV., *Report 2019 sulla salute in carcere in Emilia-Romagna. Dati 2018*. Regione Emilia Romagna, Servizio Assistenza Regionale, 2019
- American Psychiatric Association, *DSM-5*, Raffaello Cortina Editore, 2014
- Bandura A., (a cura di). *Il senso di autoefficacia*. Erickson, Trento, 1996
- Bandura A., (a cura di). *Disimpegno morale*. Erickson, Trento, 2017
- Baron-Cohen S., *La scienza del male*. Raffaello Cortina, 2012
- Bruner J., (a cura di). *La ricerca del significato. Per una psicologia culturale*. Bollati Boringhieri, Torino, 1990
- De Leo G., *Psicologia della responsabilità*. Laterza, Roma-Bari, 1986
- Patrizi P., (a cura di). *Psicologia della devianza e della criminalità*. Carocci, Roma, 2014
- Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dip. Politiche Antidroga. *Carcere & droga. Linee di indirizzo per l'incremento e la fruizione dei percorsi alternativi al carcere per persone tossicodipendenti e alcolodipendenti sottoposte a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria limitativi o privativi della libertà personale*. Roma, Novembre, 2011
- RER, *Regione E-R Protocollo d'intesa fra la Regione Emilia-Romagna e il Tribunale di Sorveglianza di Bologna in merito alle procedure di collaborazione nell'esecuzione penale esterna e nell'applicazione delle misure di sicurezza nei confronti di tossicodipendenti e alcolodipendenti*. Tribunale di Sorveglianza di Bologna e Regione E-R, 2010
- Seligman M.E., *Imparare l'ottimismo*. Giunti, 1996

Paziente tossicodipendente in Istituto di Pena

Modello presa in carico Dipartimento Cure Primarie di Reggio Emilia

Georgios Vertsonis, Federico Neri, Daniele Vasari

ABSTRACT

Sono ormai trascorsi più di dieci anni dal passaggio ufficiale della Sanità Penitenziaria al Sistema Sanitario Nazionale. Nell'ambito di questa riorganizzazione il Dipartimento di Cure Primarie (DCP) dell'AUSL di Reggio nell'Emilia, ha predisposto dei percorsi clinici specifici, da attuare in stretta collaborazione con l'èquipe SerDP Carcere. L'obiettivo è la presa in carico, tramite piani assistenziali individuali, dei ristretti portatori di problematiche afferenti alla sfera delle dipendenze patologiche. I percorsi clinico-assistenziali, non privi di ostacoli "contestuali" e ascrivibili alla complessità dei tratti personologici di molte persone con problemi di dipendenza, ricavano la loro miglior fruibilità dal costante lavoro di rete tra l'intera èquipe sanitaria dell'Istituto di Pena e i servizi territoriali locali, particolarmente attenti a tali quadri patologici.

51

Introduzione

Presupposto del lavoro con le persone con disturbo da uso di sostanze – in un contesto detentivo così come sul territorio – deve essere un *assessment* dei bisogni individuali e collettivi, oltre che un'attenta analisi dei fattori sociali, psicologici e comportamentali di rischio e di protezione per la salute della persona. La *Community Psychology* (Psicologia di Comunità) infatti, pur riconoscendo la tradizione della psicologia clinica, sottolinea esplicitamente il fatto che molti dei problemi che le persone devono affrontare derivano non da dinamiche intrapsichiche, ma da fallimenti della comunità e dei suoi sistemi di interazione e di servizio al cittadino e che la prospettiva di aiutare le persone solo constatando e cercando di attenuare i loro disturbi rischia di mascherare i loro punti di forza e le loro competenze di auto-aiuto (Classificazione EUROPSY, *Clinical and Health Psychology*). In questa prospettiva, l'obiettivo di lavoro del Dipartimento di Cure Primarie nella presa in carico in Istituto di Pena della persona con problematiche di dipendenze patologiche, è quello di considerare congiuntamente le dimensioni personali e sociali dell'esperienza umana, nel presupposto che i processi psicologici e le derive tossicomaniche siano strettamente interconnesse con i processi sociali, e che la tossicodipendenza vada analizzata e gestita, continuamente, secondo diversi e complementari livelli di intervento.

Rif.
Georgios Vertsonis
Medico Chirurgo - Internista, Medico Referente per la Salute negli Istituti Penali di Reggio Emilia, Programma Salute negli Istituti Penitenziari, Dip. Cure Primarie, AUSL di Reggio Emilia.
0522 339086
casacircondariale@ausl.it

1. L'evoluzione della normativa sulle dipendenze patologiche negli Istituti di Pena

La presa in carico della dipendenza patologica in carcere è stata la prima area di intervento sanitario trasferita alle Regioni. Infatti, fin dall'inizio degli anni '90 il D.P.R. 309/90 aveva affidato ai Servizi sanitari territoriali esterni per le Dipendenze Patologiche (SerDP) l'assistenza e la cura dei soggetti tossicodipendenti in stato di detenzione. Successivamente, la riforma della Sanità penitenziaria ha previsto il transito della tossicodipendenza alle Regioni ancor prima del trasferimento di tutte le altre funzioni di sanità penitenziaria. Pertanto, a far data dal 1.1.2000, la tossicodipendenza è transitata funzionalmente al Servizio Sanitario Nazionale in applicazione dell'art.8, c.1 del D.Lgs. 230/99. Con l'assegnazione dei fondi alle Regioni, avvenuta in data 31 luglio 2003, si è definitivamente concluso il trasferimento della tossicodipendenza dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale. Le strategie adottate per contrastare il fenomeno della droga e delle patologie correlate negli istituti penitenziari hanno trovato nuovo impulso a seguito dell'emanazione del Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 1.4.2008 (DPCM, 2008), di cui ricorre proprio nei giorni in cui viene redatto il presente saggio il dodicesimo anniversario, che ha definitivamente trasferito alle Regioni la competenza in materia di assistenza sanitaria alle persone detenute. In particolare, con le "Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio sanitario nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale" allegate al DPCM 1.4.2008, si individuano percorsi di prevenzione e cura e modelli organizzativi per la ristrutturazione dei servizi esistenti al fine di adeguare le prestazioni in ambito penitenziario ai livelli essenziali ed uniformi di assistenza adottati per la popolazione detenuta.

2. Prima accoglienza dei detenuti adulti affetti da abuso/dipendenza patologica negli Istituti di Pena

Al momento dell'ingresso viene consegnata a tutte le persone detenute la Carta dei Servizi Sanitari negli Istituti di Pena (Regione Emilia Romagna, 2014), un opuscolo tradotto in tredici lingue che illustra l'organizzazione e il panorama di attività sanitarie in Carcere a Reggio Emilia, e la modalità in cui è possibile ricevere cure adeguate ai propri bisogni di salute, in accordo con quanto definito dai LEA (*Livelli Essenziali di Assistenza*). Obiettivo principale dell'intera AUSL è infatti garantire la tutela e la promozione della salute della persona reclusa, dal momento del suo arrivo in istituto fino all'uscita. Nell'esauritivo opuscolo viene anche presentato il Servizio per le Dipendenze Patologiche in Carcere, che prevede, dopo gli accertamenti laboratoriali eseguiti previo consenso informato, l'eventuale presa in carico della perso-

na tossicodipendente. I pazienti che sono già in carico ad un SerDP esterno potranno accedere, a seguito di valutazione clinica del SerDP penitenziario, e compatibilmente con l'iter giuridico e le successive disposizioni, a programmi di reinserimento esterno. In ogni caso, durante l'intero percorso detentivo, vengono proposti percorsi individuali o di gruppo sul tema delle sostanze e più in generale delle dipendenze. L'*équipe* SerDP in Carcere a Reggio Emilia è costituita dal direttore della Struttura Operativa Complessa, da un medico e tre psicologi, che, in continuo raccordo con gli operatori del territorio o di altri SerDP nazionali si adoperano quotidianamente nella presa in carico delle persone che, all'ingresso in Carcere, dichiarano di fare uso di sostanze stupefacenti ovvero risultano positive agli *screening* che tracciano i metaboliti delle principali sostanze d'abuso (AUSL, 2014). Il pressoché immediato accesso al servizio di dipendenze patologiche interno, permette l'individuazione e la puntuale segnalazione sulla cartella clinica di eventuali segni di assunzione abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope, sintomi fisici e/o psichici di intossicazione o di astinenza in atto. Come nei servizi esterni, i Medici del SerDP Penitenziario utilizzano la classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati, proposta dall'OMS, per la codifica delle diagnosi ossia l'ICD-10 (*International Classification of Diseases*). Tale classificazione prevista dal 2001 all'interno della cartella informatica della Regione Emilia Romagna utilizzata nei servizi sanitari penitenziari (cartella SISP) garantisce l'uniformità del linguaggio diagnostico tra i vari operatori SerDP. Infine su richiesta dell'utente e sulla base di una valutazione multidisciplinare viene emessa, qualora sussistano i presupposti di legge (art. 94, D.P.R. 309/90), apposita certificazione di tossicodipendenza e/o alcolodipendenza.

3. Opportunità di cura e complessità legata al contesto sociale attuale

L'offerta di cura in Istituto di Pena rappresenta, per il paziente tossicodipendente, una concreta opportunità per monitorare e mantenere uno stato di salute che in altre condizioni non sarebbe possibile, considerato il fatto che un cospicuo numero di persone con dipendenza da sostanze proviene da contesti socio-culturali ed economici svantaggiati. Il fenomeno migratorio dettato da guerre, carestie e altre contesti sociali "svantaggiati" ha reso ancor più evidente questo dato: una buona parte delle persone immigrate, per definizione, si trova talvolta in condizioni di deprivazione affettiva, sociale e lavorativa, rischiando – più facilmente rispetto ad altri individui con maggiore rete sociale e familiare – di affacciarsi al mondo della droga e delle sostanze psicoattive in generale. Inoltre, spesso la problematica dell'abuso di sostanze è soltanto la punta dell'*ice-*

berg di una condizione di marginalità e devianza dettata dalle condizioni di cui sopra; il contatto con l'area sanitaria di un Istituto di Pena, e ancor più nello specifico, di un medico, rappresenta in alcuni casi il primo approccio con la medicina cosiddetta occidentale e comunque con un servizio di cura che si fa carico interamente dello stato di salute della persona, da un approccio basato "sull'emergenza" fino ad un vero e proprio percorso clinico-assistenziale multi-professionale (si veda "Il Percorso Clinico-Assistenziale Per Le Persone Detenute", Circolare della Regione Emilia Romagna n.15/2012), che comprende medici di medicina generale, specialisti di varie branche, psicologi e psichiatri.

4. Le principali criticità del lavoro con le persone tossicodipendenti

Se da un lato il contesto detentivo rappresenta potenzialmente un fattore protettivo, non foss'altro per la possibilità di monitorare quotidianamente e, come detto, proporre e seguire percorsi di cura maggiormente "stabili" nel tempo, dall'altro emergono, in carcere, numerose difficoltà nel lavoro con i pazienti con disturbo da uso di sostanze.

Tra le più evidenti c'è sicuramente quella legata appunto al contesto; mentre all'esterno la *compliance* è valutata sul "volontario" numero di accessi o di stabilità nel percorso (ambulatoriale o comunitario), il possibile appiattimento affettivo o la routine del Carcere, o ancora la brevità della pena da scontare, fanno sì che il paziente sia talvolta poco motivato al cambiamento, soprattutto quando il percorso che gli si prospetta è, per motivi giudiziari, "solamente" interno, senza possibilità di affidamento in comunità terapeutica. Da qui emerge l'altra maggior criticità, ovvero la strumentalizzazione della diagnosi (persone che all'ingresso non riferiscono o meglio ancora non si dichiarano TD (Tossico Dipendenti) per poi "ravvedersi" dopo settimane, verosimilmente nella speranza di ottenere benefici di legge), legata a sua volta alla complessità della diagnosi stessa, che pone continui interrogativi:

- Una persona che fuma tutti i giorni hashish è TD?
- Se in un periodo di forte stress negli ultimi due mesi ha assunto cocaina regolarmente si deve considerare TD?
- Se ha fatto uso di sostanze in passato, ma da qualche mese è "pulito", rimane comunque TD?
- Se rifiuta di fare le analisi all'ingresso, ovvero se l'esame tossicologico sulle urine risulta negativo, possiamo affermare con certezza che non sia TD?
- Se ha bisogno di terapia sostitutiva è ovviamente TD; se non assume tale terapia significa che non lo sia?

Altre criticità che si evidenziano sono:

- giustizia (intesa come Gruppo Osservazione e Trattamento interno all'Istituto di Pena, e Avvocati) e sanità con mandati totalmente differenti e quindi a volte in

"conflitto" sul percorso del paziente;

- difficoltà soggettive al proseguo del percorso di cura una volta scarcerati (mancanza di adesione);
- difficoltà oggettive al proseguo del percorso di cura una volta scarcerati (es. mancanza di permessi di soggiorno di residenza, che ostacolano un ipotetico percorso comunitario);
- forte contenimento farmacologico per "sedare" il *craving* che talvolta influisce sul percorso psicologico.

Conclusioni

Il modello della presa in carico del paziente tossicodipendente attualmente in uso dal Dipartimento delle Cure Primarie all'interno degli Istituti Penali di Reggio Emilia garantisce al ristretto con problemi di dipendenza patologica di ricevere nel più breve tempo possibile, prestazioni cliniche idonee. Tale offerta è il risultato della stretta e pluriennale collaborazione degli operatori delle Cure Primarie e del personale SerDP. Le criticità esposte anche se apparentemente possono rendere difficile o addirittura vanificare in parte gli sforzi degli operatori non rallentano affatto il lavoro. Il periodo di privazione della libertà, deve portare "frutti alla salute" ossia la dovuta tutela e promozione della salute di ogni ristretto e l'auspicata progressiva emancipazione dalla dipendenza.

Bibliografia

AUSL RE, *Programma Salute negli Istituti Penitenziari*. Istruzione Operativa 02 del 06/11/2014.

D.Lgs 230/22 giugno 1999, "Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'articolo 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419" (G.U. n. 165/16 luglio 1999).

DPCM 1.4.2008/ 1 aprile 2008. *Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria*. (G.U. n.126 del 30 luglio 2008).

DPR 309/9 ottobre 1990, *Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*. (GU n.255 del 31 ottobre 1990).

FeDerSerD, *Protocollo Operativo tra FeDerSerD (Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze) e CONAMS (Coordinamento Nazionale Magistrati di Sorveglianza) per la applicazione dell'affidamento in prova in casi particolari ai sensi dell'art. 94 del DPR 309/90*. Informa, 2018; n° 30.

Regione Emilia Romagna, *Linee guida regionali per l'utilizzo dell'ICD-10 nei Servizi per le dipendenze*, 2001.

Regione Emilia Romagna, Circolare n°15/2012: "Il Percorso Clinico-Assistenziale per le persone detenute".

Regione Emilia Romagna, Circolare n°5 del 13/02/2014 "Carta dei Servizi della popolazione detenuta negli Istituti Penitenziari dell'Emilia Romagna" (PG. 2014. 0041819 del 13/02/2014).

Sitografia consultata in data 11.4.2020

<https://www.psy.it/europsy>

<http://www.inpa-europsy.it>

<https://salute.regione.emilia-romagna.it/carcere/normativa>

Luoghi di prevenzione

*Centro Regionale di didattica multimediale
per la promozione della salute*

Marco Tamelli, Sandra Bosi, Ermanno Rondini, Cristina Gozzi,
Francesca Zironi

54

ABSTRACT

Luoghi di Prevenzione è il centro di riferimento della Regione Emilia-Romagna per la formazione degli operatori socio-sanitari, sui temi della promozione della salute, è una proposta nuova, rivolta a individui e gruppi per approfondire la riflessione tra stili di vita, comportamenti a rischio e scelte consapevoli.

Nel presente articolo, verranno descritti nella prima parte, obiettivi, paradigmi e tecniche interattive, elementi che caratterizzano la metodologia di Luoghi di Prevenzione, nella seconda parte il focus sarà orientato ai programmi del Setting Scuola, Piano regionale della Prevenzione 2015 – 2018, dove Luoghi di Prevenzione ha curato la formazione degli operatori sanitari, dei docenti e degli studenti.

Premessa

Nel 2003 a Reggio Emilia nasce “Luoghi di Prevenzione”, il centro di riferimento della regione Emilia-Romagna per la Formazione degli operatori socio-sanitari sui temi della promozione della salute e la sperimentazione, il monitoraggio e la valutazione di modalità di intervento innovativo (Tabella 1). Il progetto è rivolto a individui e gruppi anche per iniziare o approfondire una riflessione sulle relazioni fra immaginario, stili di vita, comportamenti, ambiente e consapevolezza nella scelta. Il centro ha l’obiettivo di promuovere stili di vita sani per i cittadini di tutte le età della provincia, ma non solo: si propone a livello regionale e nazionale come un laboratorio di ricerca e sperimentazione sui temi della promozione della salute. È un progetto coordinato dalla Lega contro i Tumori Onlus di Reggio Emilia, sezione provinciale della LILT, con Ausl – IRCCS di Reggio Emilia.

1. Obiettivi, metodologie e significati di Luoghi di Prevenzione

Nel 1986 la carta di *Ottawa* ha definito la promozione della salute come il processo che, attraverso la pianificazione di politiche per il miglioramento delle condizioni ambientali, economiche, sociali e culturali consente all’individuo di esercitare un maggiore, più efficace e responsabile control-

Rif.
Marco Tamelli, Psicologo,
Coordinamento Luoghi di Prevenzione,
0522 320655
segreteria@luoghidiprevenzione.it

lo del proprio stato di benessere psicofisico.

La conseguenza più rilevante del documento è di pervenire al concetto di salute come “stato di completo benessere fisico, mentale e sociale”

Il dirompente passaggio concettuale, che ha segnato un imprescindibile salto di paradigma teorico, si sta traducendo in operatività attraverso la programmazione di interventi che privilegino la modalità intersettoriale e pluridisciplinare della promozione della salute e utilizzino strumenti formativi facilitanti l'attivazione della componente cognitiva, emotiva, esperienziale dell'individuo.

Per questi motivi la metodologia di *Luoghi di Prevenzione* è supportata da un lavoro di potenziamento delle *life skills* sostenuto da linguaggi diversi che facilitano l'esplorazione del sé e l'*empowerment* nei processi decisionali.

1.1 Paradigmi di riferimento del modello formativo di “Luoghi di Prevenzione”

- **giovani** che hanno la possibilità di approfondire la relazione fra fattori protettivi e fattori di rischio;
 - **insegnanti** interessati ad usare le metodologie di *Luoghi di Prevenzione* per sviluppare nel curriculum scolastico e nella specificità della disciplina di competenza un percorso didattico per la promozione della salute;
 - **operatori della sanità e dei servizi sociali** per un supporto metodologico e tematico relativo alle competenze professionali per il sostegno al cambiamento degli stili di vita a rischio;
 - **dirigenti di servizi pubblici e aziende private** interessati alla pianificazione di politiche per la promozione della salute fondate sui concetti della programmazione partecipata e a sviluppare competenze sulla comunicazione efficace, la gestione del conflitto e la capacità decisionale.
- Riassunti in Tabella 1 i numeri dei destinatari degli interventi nel periodo 2018-2019.

In estrema sintesi, i tratti che definiscono il modello di *Luoghi di Prevenzione* sono:

- **Approccio olistico** declinato rispetto alle caratteristiche degli interlocutori. La realizzazione di un percorso che risponda alle caratteristiche di un approccio olistico reale e non solo dichiarato come tale, ha individuato la modalità di affrontare il tema del “sapersi prendere cura di sé” attraverso il contributo dei linguaggi delle discipline mediche e sanitarie, educative, pedagogiche, biologiche, psicologiche, epistemologiche, sociologiche, antropologiche, di neuroscienze.
- **Approccio motivazionale, Modello Transteorico del cambiamento** (Di Clemente e Prochaska 1983).

Gli stili di vita a rischio, responsabili della maggior parte delle malattie croniche, richiedono il cambiamento di de-

terminati comportamenti individuali. Il modello Transteorico del cambiamento per la sua chiarezza e apparente semplicità concettuale si è prestato a notevoli applicazioni sia in ambito clinico che di promozione della salute. Consente di approfondire i meccanismi che facilitano o ostacolano il cambiamento con una precisione e una accuratezza che va ben oltre la capacità dell'operatore di usare lo stile assertivo/concertativo, di essere in grado di esercitare ascolto attivo, abilità di riformulazione e gestione delle resistenze e messa a fuoco della disponibilità al cambiamento della persona ricavate da importanza e autoefficacia attribuita al comportamento da modificare. È pertanto fondamentale capire che, nonostante gli stadi del cambiamento siano la parte più popolare e diffusa della teoria, una sua corretta e promettente applicazione, non può che confrontarsi con le relazioni fra Stadi, Processi, Indicatori, Contesto, aspetti che *Luoghi di Prevenzione* sta integrando all'interno di ogni percorso.

• **Superamento del primato della disciplina:**

La sfida per i destinatari di *Luoghi di Prevenzione* è rinunciare al primato disciplinare di lettura della realtà per inserirlo nei parametri della dimensione olistica, dell'*empowerment*, della sostenibilità nel tempo, della programmazione partecipata, del contributo alla costruzione di reti operanti e attive diffuse nei territori.

• **Coinvolgimento attivo (empowerment)** degli interlocutori nel processo educativo-formativo di *Luoghi di Prevenzione*, dalla progettazione alla realizzazione degli interventi, processo che supera la logica disciplinare, stabilisce obiettivi di salute comuni e si applica con reti flessibili e durature orientate a seconda delle esigenze degli ambienti in cui si svolgono gli interventi.

• **Interattività della proposta formativa:** In ogni fase del percorso insegnanti e allievi si trasmettono informazioni, punti di vista rispetto alle reciproche competenze, approfondimenti sul proprio vissuto nella relazione fra sapere e *life skills* acquisite per la definizione della propria identità.

• **Sapere, saper fare e saper essere**, la proposta formativa percorre gli stadi previsti dalle nuove istanze della pedagogia e esplicita in ogni percorso concetti e contenuti essenziali che la formazione deve garantire (sapere), le competenze specifiche: ciò che i partecipanti possono spendere nella loro professionalità dopo il percorso (saper fare), il contributo che conoscenza e competenza apportano al concetto di identità, favorendo processi di cambiamento nel proprio modo di agire per sé, per gli altri e per l'ambiente vissuto (saper essere).

• **Superamento della separazione fra gli interlocutori nei processi di formazione:** Di volta in volta si stabiliscono i concetti base, la tipologia di laboratori dei percorsi, i confini e le modalità di relazione con il contesto a cui il percorso

si rivolge, gli strumenti didattici, le aspettative in termini di sapere, saper fare, saper essere.

• **Potenziamento delle *life skills*** come strumento che facilita il cambiamento individuale.

1.2 *Tecniche principali tecniche interattive di Luoghi di Prevenzione:*

- *Focus Group.*
- *Brainstorming.*
- *Laboratorio Scientifico Esperienziale.*
- *Visualizzazione e Fantasia guidata.*
- *Scrittura creativa.*
- *Il gioco di ruolo.*
- *Training di regolazione del cambiamento e contrattazione dell'obiettivo di salute.*

56

2. Regione Emilia Romagna "Piano della Prevenzione 2015-'18"

Luoghi di Prevenzione non è oggi solo il Centro di riferimento regionale in tema di formazione sulla promozione della salute, ma è anche riconosciuto come eccellenza a livello nazionale e interregionale attraverso i numerosi progetti del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM). La metodologia di Luoghi di prevenzione rappresenta un modello formativo e organizzativo per la progettazione e la realizzazione di interventi di promozione della salute e per la costruzione di competenze, nonché un laboratorio di ricerca e applicazione di buone pratiche. Particolare impegno sarà posto nello sviluppo di competenze sull'approccio motivazionale al cambiamento basato sul modello trans-teorico, grazie anche alla supervisione del Prof. Carlo Di Clemente dell'Habits Lab dell'Università del Maryland, che ha con Luoghi di prevenzione una specifica convenzione. Con il Centro sarà possibile quindi garantire la promozione e il coordinamento delle numerose attività di formazione previste a supporto di molti programmi del nuovo Piano regionale; si potranno inoltre produrre e sperimentare strumenti innovativi per la promozione della salute, nonché mantenere una forte integrazione fra i vari attori che si occupano dei temi trattati."

Un particolare focus del Piano della Prevenzione è stato attuato sui progetti del Setting Scuola, in particolare sui seguenti progetti:

2.1 *Infanzia a colori*

Il progetto affronta in modo integrato il tema degli stili di vita a rischio e della promozione del benessere psicofisico con interventi di promozione delle *life skills* dedicate alla consapevolezza di sé, alla rielaborazione emozionale e espressiva di stimoli appartenenti a diversi linguaggi e allo sviluppo di competenze relative alla capacità di soluzione

dei problemi e di presa delle decisioni. Affronta in modo integrato i temi di fumo, alcol, alimentazione e attività fisica prevedendo iniziative in classe rivolte direttamente ai bambini e un percorso parallelo per i genitori. Le attività si svolgono in un contesto di scuola che promuove salute.

2.2 *Progetto Paesaggi di Prevenzione*

Il progetto ha lo scopo di promuovere, negli allievi delle Scuole secondarie di 1° e 2°, comportamenti salutari rispetto al benessere psicofisico e ai 4 temi di Guadagnare Salute attraverso la metodologia dell'apprendimento cooperativo e l'uso di tecniche interattive. Vengono favorite la trasversalità e multidisciplinarietà attraverso la condivisione di una curricularità orizzontale per area tematica: linguistica, scientifica, espressiva. Ha l'obiettivo di far acquisire agli allievi le competenze trasversali che favoriscono scelte salutari, in particolare capacità di *problem solving*, capacità decisionale, pensiero divergente, consapevolezza di sé, abilità in una comunicazione efficace.

Oltre alla parte curriculare, il progetto promuove azioni di modifica del contesto scolastico attraverso scelte che si traducono sia in atti formali (POF, Regolamenti, attivazione Gruppo di lavoro, discussioni in Consiglio d'Istituto, Parlamentino dei ragazzi e Consigli di classe a tema, ecc.) sia in interventi concreti di contrasto ai fattori di rischio di Guadagnare salute, allo scopo di accrescere la responsabilità dell'Istituzione/Comunità verso gli alunni – cittadini. La Scuola si pone poi in relazione con Enti Locali e Associazioni del territorio per dare un contributo a iniziative di promozione della salute, soprattutto per quanto riguarda il contrasto della sedentarietà e con gli Istituti Alberghieri aderenti al progetto "Scegli con gusto e gusta in salute", per la realizzazione di laboratori esperienziali.

2.3 *Scuole Libere dal Fumo*

Il progetto Scuole Libere dal Fumo è dedicato alla prevenzione dell'abitudine al fumo di sigaretta con azioni di contrasto al tabagismo nel contesto scolastico considerato come luogo di lavoro, educazione e vita. Consiste di tre distinte componenti:

- modifica del contesto attraverso l'applicazione delle policy scolastiche contro il fumo in accordo con una procedura che preveda la costituzione di un gruppo di lavoro con il compito di seguire la programmazione delle azioni e il loro monitoraggio e l'esplicitazione dell'impegno della Scuola.
- approfondimento laboratoriale con metodologie interattive a cui si associa un training sulle competenze trasversali.
- implementazione curricolare dell'intervento attraverso attività di educazione fra pari basate sul potenziamento di *life skills*.

Il progetto prevede un'azione di supporto di operatori sanitari che, in ogni scuola, curano la formazione dei docenti e dei pari e sostengono la Scuola nello sviluppo delle azioni di contesto a sostegno dell'intervento.

2.4 *Scegli con gusto, gusta in salute*

Il progetto è indirizzato agli Istituti Alberghieri e sperimentato ampiamente in questo target in riferimento alla relazione fra comportamento alimentare, contrasto alla sedentarietà e consumo di alcol nei giovani promuovendo e rinforzando i

loro significati affettivo- relazionali e biologici.

Si lavora sulle abitudini degli adolescenti in riferimento a alimentazione, pratica dell'attività fisica e consumo di alcol e si pone l'attenzione sulla scelta e la preparazione di cibi e bevande in riferimento alla promozione del benessere psicofisico.

2.5 *Fra rischio e piacere*

Progetto basato sul potenziamento delle life skills nel contrasto alle pressioni sociali che condizionano i comporta-

Piano Regionale della Prevenzione: Corsi di Formazione per Operatori Sanitari della Regione Emilia Romagna 2018 -2019	
Corsi di Formazione a distanza Piano Regionale della Prevenzione. Hanno partecipato professionisti sanitari e insegnanti delle scuole della Regione Emilia Romagna così suddivisi:	Numero di partecipanti
Promuovere salute: competenze trasversali per professionisti della Salute nella realizzazione di interventi preventivi collegati al piano della prevenzione	56
Competenze professionali per la conduzione di interventi scolastici nel contesto di Scuole che promuovono Salute	92
Medici Competenti: Le competenze professionali del medico competente nel supporto al cambiamento degli stili di vita a rischio	181
Professionisti della Salute: competenze trasversali nel supporto al cambiamento degli stili di vita a rischio	166
Interventi di tutela e promozione della salute in carcere: le competenze dell'equipe sanitaria nel supporto al cambiamento degli stili di vita a rischio	92
Corsi di Formazione in Aula programmi di promozione della salute Piano Regionale della Prevenzione. Hanno partecipato professionisti sanitari, della Regione Emilia Romagna così suddivisi:	Numero di partecipanti
Formazione di secondo Livello modello Transteorico del Cambiamento per Medici Competenti	48
Ruolo dell'Agente Accertatore-Educatore nella promozione della salute negli Ospedali e Servizi sanitari	45
Progetto regionale promozione della salute nelle carceri	80
Corsi di Formazione in Aula programmi scolastici Piano Regionale della Prevenzione. Hanno partecipato, professionisti sanitari, insegnanti e studenti della Regione Emilia Romagna così suddivisi:	Numero di partecipanti
FORMAZIONE INFANZIA A COLORI	70
SCEGLI CON GUSTO GUSTA IN SALUTE	215
TRA RISCHIO E PIACERE	115
FORMAZIONE AFFETTIVITÀ E SESSUALITÀ	15
FORMAZIONE RESIDENZIALE PEER	300 (80% studenti)
FORMAZIONE BLENDED PAESAGGI DI PREVENZIONE	160

Tab. 1, Dati attività Luoghi di Prevenzione a livello regionale. Arco temporale: 2018 – 2019

Percorsi laboratoriali di promozione della salute 2018 - 2019 nella provincia di Reggio Emilia:
Fumo, Alcol, Alimentazione, Attività fisica, Rischio e Piacere.

Scuole secondarie di primo grado della Provincia di Reggio Emilia

numero di istituti coinvolti	32
numero di classi coinvolte	99
numero di studenti coinvolti	2475

Scuole secondarie di secondo grado della Provincia di Reggio Emilia

numero di istituti coinvolti	17
numero di classi coinvolte	97
numero di studenti coinvolti	2350

I DATI DELLA PEER EDUCATION 2018 - 2019
provincia di Reggio Emilia

Educazione tra pari 2018

N° Scuole coinvolte	N° PEER Formati	N° di classi raggiunte	N° di studenti raggiunti dai PEER
16	283	174	4002

Educazione tra pari 2019

N° Scuole coinvolte	N° PEER Formati	N° di classi raggiunte	N° di studenti raggiunti dai PEER
15	238	177	4048

Tab. 2, Dati attività Centro Luoghi di Prevenzione, rivolte agli istituti scolastici della provincia di Reggio Emilia.
Arco temporale: 2018 - 2019.

58

menti individuali e di gruppo nell'uso di sostanze psicoattive e comportamenti di gioco d'azzardo fra i giovani di età compresa fra i 13 e i 16 anni.

Prevede il superamento della logica puramente informativa in favore dell'avvio di un processo di responsabilizzazione di adulti e giovani, non giudicante, basato sulle dimensioni del "sapere, credere, sentire" per l'acquisizione di competenze trasversali utili alla modificazione dei comportamenti basati sulle scelte personali.

Nella Scuola prevede azioni sul contesto, sviluppo di moduli curricolari per l'acquisizione di competenze trasversali specifiche sui processi decisionali, attività di educazione fra pari, laboratori espressivi, coinvolgimento delle famiglie.

Si pone l'obiettivo di creare un forte collegamento con gli Enti Locali per iniziative di controllo del territorio che rendano più difficile l'accesso dei minori al gioco d'azzardo.

Il percorso progettuale è distinto in due moduli separati, uno dedicato all'uso di sostanze e l'altro al gioco d'azzardo che si avvalgono di un approccio comune su competenze trasversali e interattività, ma con parti specifiche in relazione agli specifici contenuti trattati.

Per tutti i progetti sopra descritti troverete riassunti in Tabella 1 i destinatari coinvolti nella formazione e in Tabella 2 l'esperienza degli studenti di Reggio Emilia

3. Osservazioni conclusive

Ogni percorso di trasformazione a *Luoghi di Prevenzione*, permette, ai partecipanti di confrontarsi in modo aperto sui concetti di identità personale, relazioni interpersonali, rapporto benessere/malessere, definizione di salute, descrizione dei percorsi di aiuto, cura, guarigione, competenze trasversali, *life skills*, fattori protettivi e fattori di rischio. Il

confronto fra contributi di diverse discipline consente la realizzazione di un solo percorso formativo che, dopo la condivisione dei contenuti con i destinatari, prevede una espansione laboratoriale di approfondimento focalizzato sul punto di vista di una o più discipline.

Ogni percorso di prevenzione, non si può pertanto limitare al fornire informazioni o prescrivere un cambiamento, ma la strada verso il benessere psicofisico, richiede impegno, perché si possano tenere insieme aspetti fondamentali come, l'ascolto, la vicinanza, la condivisione la motivazione personale e la salute soggettiva, ingredienti cari alla metodologia del centro Regionale Luoghi di Prevenzione e fondamentali per la promozione della Salute.

Bibliografia

- Gorini, G., Ameglio, M., Martini, A., Bosi, S., & Laezza, M. (2012). [Volumes of services supplied by Italian Stop-Smoking Services and their characteristics predictive of abstinence]. *Epidemiologia e prevenzione*, 37(4-5), 263-270.
- Bosi, S., Gorini, G., Tamelli, M., Monti, C., Storani, S., Carreras, G., Martini, A., Allara, E., Angelini, P., Faggiano, F. (2013). A school-based peer-led smoking prevention intervention with extracurricular activities: the LILT-LdP cluster randomized controlled trial design and study population. *Tumori*, 99(5), 572.
- Davoli, A. M., Broccoli, S., Bonvicini, L., Fabbri, A., Ferrari, E., D'Angelo, S., & Rossi, P. G. (2013). Pediatrician-led motivational interviewing to treat overweight children: An RCT. *Pediatrics*, 132(5), e1236-e1246.
- De Marco, C., Invernizzi, G., Bosi, S., Pozzi, P., Di Paco, A., Mazza, R., Boffi, R. (2013). The electronic cigarette: potential health benefit or mere business? *Tumori*, 99(6), 299e.
- Giuseppe Gorini, Giulia Carreras, Sandra Bosi, Marco Tamelli, Claudia Monti, Simone Storani, Andrea Martini, Elias Allara, Paola Angelini, Fabrizio Faggiano, *Effectiveness of a school-based multi-component smoking prevention intervention: The LdP cluster randomized controlled trial*, Preventive Medicine, Volume 61, April 2014, Pages 6-13, ISSN 0091-7435, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2014.01.004>. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743514000218>)
- Bosi Sandra, Antonio Mosti, and Franca Beccaria. "L'abuso di alcol in adolescenza: un modello partecipato di intervento preventivo in ambito scolastico." *Sistema Salute*, 58, 4, 2014: pp. 465-476
- Elias Allara, Paola Angelini, Giuseppe Gorini, Sandra Bosi, Giulia Carreras, Cristina Gozzi, Andrea Martini, Marco Tamelli, Simone Storani, Fabrizio Faggiano, *A prevention program for multiple health-compromising behaviors in adolescence: Baseline results from a cluster randomized controlled trial*, Preventive Medicine, Volume 71, February 2015, Pages 20-26, ISSN 0091-7435, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2014.12.002>. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743514004769>)
- Carreras, G., et al. "Mediating factors of a school-based multi-component smoking prevention intervention: the LdP cluster randomized controlled trial." *Health education research* 31.4 (2016): 439-449.
- Broccoli, Serena, et al. "Motivational interviewing to treat overweight children: 24-month follow-up of a randomized controlled trial." *Pediatrics* 137.1 (2016): e20151979.
- Chiamulera C, Ferrandi E, Benvegnù G, Ferraro S, Tommasi F, Maris B, Zandonai T and Bosi S (2017) *Virtual Reality for Neuroarchitecture: CueReactivity in Built Spaces*. *Front. Psychol.* 8:185. doi: 10.3389/fpsyg.2017.0018

DBT skills e prevenzione

Esperienza con adolescenti e adulti nel distretto di Fidenza

Marco Begarani, Giuseppina Caberti, Silvia Codeluppi

ABSTRACT

La Dialectical Behavior Therapy (DBT) è un trattamento cognitivo comportamentale che è stato originariamente sviluppato da Marsha Linehan per il trattamento di persone con diagnosi di disturbo borderline di personalità (DBP) che ha mostrato la sua utilità per un ampio numero di disturbi, oltre che per popolazioni non cliniche e nell'ambito della prevenzione. Nello specifico l'orientamento al DBT Skills training, componente psico-educativa della DBT, ha permesso una ridefinizione del modello degli interventi di prevenzione universalistica e selettiva nell'ottica di fornire strumenti che mettano in grado gli adolescenti di affrontare efficacemente situazioni di difficoltà e di rischio supportando nel contempo gli adulti di riferimento, in una prospettiva di empowerment individuale e di sistema così come auspicato dai documenti programmatici della Regione Emilia Romagna. Nell'articolo viene presentata l'esperienza del Distretto di Fidenza, espressione di una collaborazione virtuosa tra i diversi attori sociali del sistema integrato degli interventi di prevenzione sviluppati all'interno del Piano di Zona Distrettuale che ha permesso una soluzione creativa di alcuni dilemmi ed un nuovo approccio alle situazioni complesse.

1. I Piani di Zona nel Distretto di Fidenza e gli interventi di prevenzione

Il Distretto di Fidenza comprende 11 Comuni, per 105.000 abitanti, di cui il Comune di Fidenza è capofila delegato per le funzioni di gestione amministrativa, economico-finanziaria e contabile della programmazione sociale di ambito distrettuale. Il Piano di Zona è lo strumento di programmazione in ambito locale della rete d'offerta socio-sanitaria, che ha il compito di definire le priorità di intervento e gli obiettivi strategici nonché le modalità, i mezzi e le professionalità necessari per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. Ha durata triennale ed è il frutto di una progettazione partecipata che coinvolge un vasto numero di attori istituzionali, tra cui Asp "Distretto di Fidenza", azienda delegata alla gestione delle funzioni sociali (famiglie minori e disabili), Ausl di Parma - Distretto di Fidenza, Istituti scolastici, e Terzo Settore. La pluralità

dei soggetti coinvolti valorizzano la diversità di apporti e l'approccio multidimensionale alle diverse tematiche e aree d'intervento. In ambito Dipendenze Patologiche è prevista l'attivazione di azioni di prevenzione universalistica volte a stimolare e sviluppare una maggiore riflessione e consapevolezza, sia rispetto ai comportamenti a rischio, che all'assunzione di positivi e adeguati stili di vita. I principali obiettivi perseguiti sono: aumentare la percezione del rischio e l'empowerment dei giovani attraverso strategie integrate per promuovere le capacità personali dei giovani; sollecitare la costruzione di capacità critiche individuali e facilitare la comunicazione promuovendo modelli positivi di responsabilizzazione e di autotutela della salute. Le azioni di prevenzione universalistica sono integrate da azioni di prevenzione selettiva.

2. I documenti programmatici regionali

La Regione Emilia Romagna negli ultimi anni ha emanato diversi documenti di programmazione e di indirizzo, relativi ai temi della promozione del benessere, della prevenzione e della cura degli adolescenti e dei giovani adulti. Tra questi documenti ricordiamo: "Promozione del benessere e prevenzione del rischio in adolescenza. Progetto Adolescenza" del 2013, il "Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018", "Percorsi di cura di salute mentale per l'adolescenza e giovani adulti: Raccomandazioni regionali" nel 2017, il "Piano Regionale Pluriennale per l'Adolescenza 2018-2020"

Tra le caratteristiche della prevenzione, che devono essere garantite in continuità con il trattamento, si sottolinea come la promozione del benessere consista nel fornire strumenti che mettano in grado i ragazzi di affrontare situazioni di difficoltà e di rischio, attraverso lo sviluppo di alcune capacità fondamentali quali la consapevolezza delle proprie azioni, la capacità di riflettere e apprendere da ciò che si vive, la disponibilità al confronto e al cambiamento.

Rafforzare i fattori protettivi significa anche promuovere iniziative a supporto degli adulti di riferimento, in particolare genitori e insegnanti, che, come adulti competenti, sono impegnati, attraverso la relazione educativa, nella crescita dei ragazzi.

Si afferma inoltre come questi interventi debbano trovare collocazione nell'ambito dei Piani di Zona e caratterizzarsi per una forte connessione tra gli attori istituzionali, nell'ottica di sviluppare una comunità educante e competente.

3. Alcuni dilemmi dialettici

Le azioni finalizzate alla promozione dei fattori di protezione e alla riduzione dei fattori di rischio negli interventi di prevenzione dei comportamenti di dipendenza patologica (da sostanze e comportamentali) e dei comportamenti problematici (sia sul versante esternalizzante che internalizzante)

realizzate in questi anni all'interno dei Piani di Zona del Distretto di Fidenza si sono progressivamente sviluppate in un'ottica di welfare di comunità, partecipato e sostenibile con il consolidamento di un lavoro di rete tra i diversi attori presenti nel territorio. Tale processo è stato favorito dalle programmazioni regionali e dalle recenti esperienze sviluppate sul territorio. Nello stesso tempo tale prospettiva di intervento di rete, in particolare in alcune situazioni complesse, ha talora evidenziato alcuni "dilemmi dialettici" che, se da una parte ci hanno a volte posto di fronte a situazioni di stallo, dall'altra hanno sollecitato ad un problem solving generativo di nuove strategie. I "dilemmi dialettici" emersi erano relativi al fatto che in un numero significativo di situazioni "borderline", di confine, non si poteva nettamente distinguere tra prevenzione e terapia, tra l'intervento sociale e quello sanitario, tra l'intervento dei professionisti e il favorire l'attivazione della comunità con conseguente difficoltà di una mobilitazione appropriata delle diverse risorse necessarie e favorire efficaci soluzioni (Fig. 1).

4. Le DBT skills e la prevenzione: verso l'articolazione di un modello

Queste criticità e dilemmi, sono divenuti occasione condivisa di riflessione nella prospettiva di un miglioramento dell'intervento. Tale processo riflessivo è stato favorito dall'incontro con la DBT (Dialectical Behavior Therapy) e in particolare con le DBT Skills, la componente psicoeducativa di tale modello. Nel nostro Distretto a seguito di una

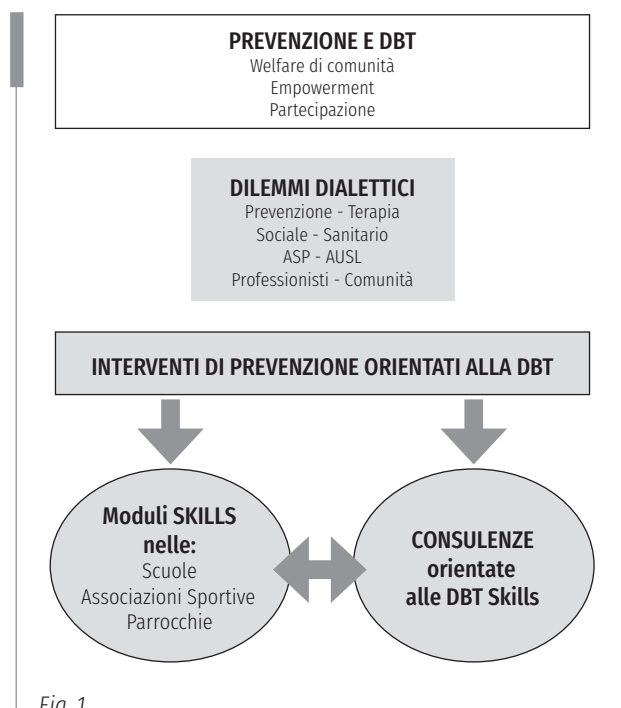


Fig. 1

significativa storia di collaborazione infatti si è costituito ed è attivo da anni un team DBT composto da operatori provenienti sia dal Servizio Pubblico che dal Privato Sociale e sono stati realizzati percorsi di formazione introduttivi alla DBT rivolti alla rete del sistema integrato socio-sanitario.

La Dialectical Behavior Therapy (DBT) è un trattamento cognitivo comportamentale che è stato originariamente sviluppato da Marsha Linehan (M. Linehan, 2001) per il trattamento di persone con diagnosi di disturbo borderline di personalità (DBP) e con comportamenti cronicamente suicidari ed è oggi riconosciuto come il trattamento psicologico gold standard per questa popolazione. La DBT nel tempo è andata sempre più differenziandosi al suo interno mostrando la sua utilità per un ampio numero di disturbi (disturbi alimentari, depressione resistente al trattamento, dipendenze patologiche, adattamento per gli adolescenti), oltre che per popolazioni non cliniche, ma potendo giovare quasi sempre di consistenti prove di efficacia.

Contemporaneamente è cresciuto l'interesse per il DBT Skills training (abilità da apprendere per gestire situazioni problematiche e facilitare il conseguimento degli obiettivi in modo efficace) oggi sempre più utilizzato anche con target non clinici, quali i contesti aziendali e le scuole, in una prospettiva di empowerment individuale, di gruppo e di comunità. Le esperienze in questa direzione sono state inoltre documentate attraverso specifiche pubblicazioni e ricerche (J. J. Mazza et al. 2019).

La visione dialettica della DBT ha concretamente favorito, grazie ad un orientamento degli interventi di prevenzione al DBT Skills training, un processo di sintesi dinamica tra le diverse polarità presenti nei dilemmi sopra accennati ridefinendo in modo nuovo sia gli interventi promossi nelle scuole, nelle associazioni sportive e nelle parrocchie, sia l'attività di consulenza nell'ambito preventivo, sia l'interfaccia tra questi due tipi di intervento.

5. Intervento orientato alle DBT skills nelle scuole, associazioni sportive e parrocchie

Le esperienze di utilizzo delle abilità DBT effettuate nel contesto scolastico statunitense e la pubblicazione del testo "DBT Skills in Schools" (Mazza et al. 2016), recentemente tradotto, ci hanno sollecitato a considerare ed a sperimentare da alcuni anni le potenzialità offerte dalle DBT Skills in particolare nel contesto scolastico, nelle associazioni sportive e nelle parrocchie, ambiti privilegiati nella programmazione distrettuale degli interventi di prevenzione universalistica. Per quanto concerne il contesto scolastico gli interventi si sono sviluppati nella scuola dell'infanzia, primaria e secondaria. I programmi di apprendimento socio-emotivo di prevenzione orientati alle DBT Skills e basati sulla mindfulness sono stati rivolti ai bambini, agli adolescenti, ai genitori ed

ai docenti (Fig. 2). L'intervento si è focalizzato sull'insegnamento di alcune specifiche abilità DBT ritenute particolarmente significative per il target prescelto (bambini, adolescenti, genitori, docenti). Come sottolineato da M. Linehan nell'introduzione al testo "DBT in Schools" (Mazza et al. 2016) si tratta di un intervento innovativo anche perchè si focalizza sui sistemi scolastici piuttosto che sui singoli individui. Si favorisce infatti l'empowerment del sistema scuola aumentandone le capacità di coping, di problem solving, di conseguimento degli obiettivi, di efficacia interpersonale e di soluzione dei conflitti. La funzione dell'esperto in tale prospettiva è quindi prioritariamente finalizzata al trasferimento di competenze al sistema ed al successivo sostegno delle stesse favorendone l'efficacia e l'efficienza.

Abbiamo anche positivamente sperimentato l'insegnamento di alcuni set di abilità in un altro contesto molto frequentato dagli adolescenti, quello delle Associazioni sportive dilettantistiche, sia con incontri rivolti ai ragazzi che agli allenatori.

Il contesto delle parrocchie e degli oratori è un altro degli ambiti aggregativi frequentati da un numero significativo di

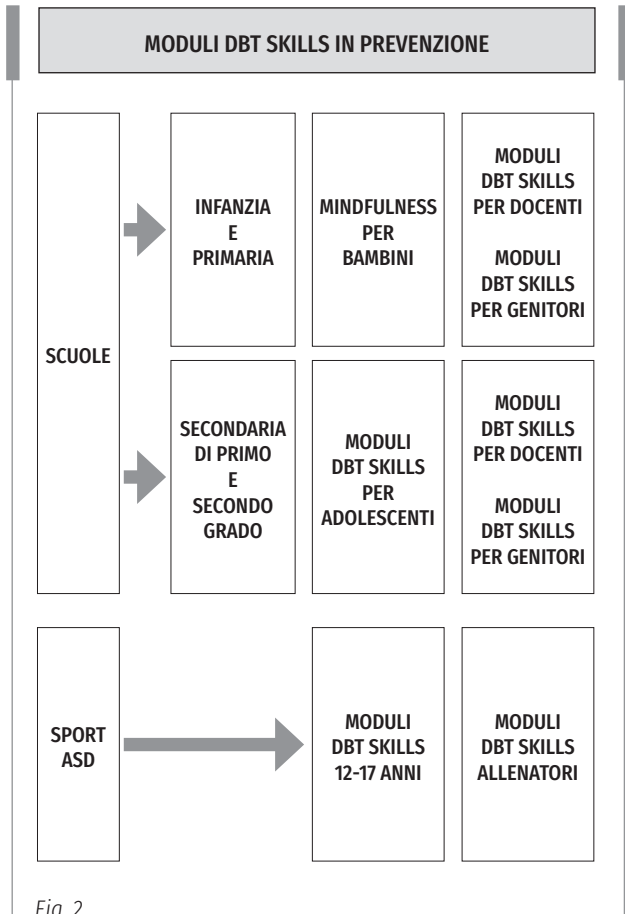


Fig. 2

adolescenti nel quale sono stati proposti interventi orientati alle DBT Skills rivolti sia ai ragazzi che agli educatori. Le radici nelle tradizioni spirituali dell'abilità nucleare di mindfulness, compresa quella cristiana da noi approfondita, ha favorito un dialogo ed un aggancio con questo contesto caratterizzato da una matrice religiosa definita.

Nello specifico il numero degli interventi di alcuni set di DBT Skills realizzati negli Istituti Scolastici di primo e secondo grado del Distretto di Fidenza nel 2019 ammonta a: 12 Istituti coinvolti, 49 classi coinvolte, 1127 alunni incontrati, 110 insegnanti, 101 laboratori attivati per un totale complessivo di 254 ore svolte.

Particolarmente significativo è stato il lavoro formativo svolto nel polo di formazione dell'Ambito 13 PR2 Fidenza (del quale fa parte il Distretto di Fidenza) in cui sono stati coinvolti 110 insegnanti distribuiti su tre ordini di scuole (dall'infanzia alle secondarie inferiori) che ha avuto come oggetto di lavoro le abilità del DBT skill training con un'attenzione specifica alle abilità di mindfulness.

A questi dati, si aggiunge l'attività di prevenzione svolta con le Associazioni Sportive del territorio di Fidenza: 1 associazione coinvolta, 8 incontri, 21 ore complessive.

Gli interventi di prevenzione universalistica di DBT Skills nelle scuole, nelle associazioni sportive e e nelle parrocchie sono stati dinamicamente connessi, qualora si evidenzino situazioni specifiche di vulnerabilità, con gli interventi di prevenzione selettiva e di consulenza anch'essi ripensati in ottica DBT Skills.

6. La consulenza orientata alle DBT Skills

Altro ambito infatti che è stato riformulato a partire dall'incontro con le DBT Skills è stato quello delle consulenze che si collocano tra gli interventi di prevenzione selettiva e di intercettazione precoce di situazioni a rischio di sviluppo di una dipendenza patologica e di comportamenti disfunzionali.

L'esperienza di consulenza da anni maturata in collaborazione con ASP, Centro per le Famiglie e SerDp all'interno dei Piani di Zona Distrettuali ha evidenziato un numero rilevante di situazioni individuali e familiari complesse per le quali spesso emerge la necessità di un accompagnamento ulteriore rispetto ai previsti 4-5 incontri. La però frequente impossibilità economica di tali persone/famiglie ad intraprendere privatamente un ulteriore percorso di supporto le espone ad un rischio elevato di evoluzione patologica delle problematiche espresse con relativi costi emotivi ed economici individuali, familiari e di sistema. L'incontro con la DBT e le DBT Skills ci ha permesso di fronteggiare creativamente come rete distrettuale questa empanse e di innovare il modello tradizionale di consulenza, costituito da 4/5 incontri individuali o familiari, attraverso un modello che può inte-

grare nella consulenza individuale/familiare per le situazioni complesse gruppi di apprendimento delle DBT Skills (12 incontri a cadenza settimanale) ed un gruppo psicoeducativo di supporto quindicinale finalizzato alla risoluzione di problemi ed al conseguimento di obiettivi attraverso l'utilizzo delle DBT Skills (Fig. 3). Questa innovativa articolazione ha permesso di potenziare quantitativamente e qualitativamente la consulenza offerta e di sviluppare un modello maggiormente basato sull'empowerment attraverso le DBT skills e la dimensione gruppale. Contemporaneamente ha permesso di migliorare l'utilizzo delle risorse economiche ottimizzando il rapporto tra efficacia ed efficienza, lo sforzo cioè per raggiungere efficacemente un obiettivo relazionato al contemporaneo contenimento nell'allocazione delle risorse necessarie.

Nello specifico il numero degli interventi di consulenze

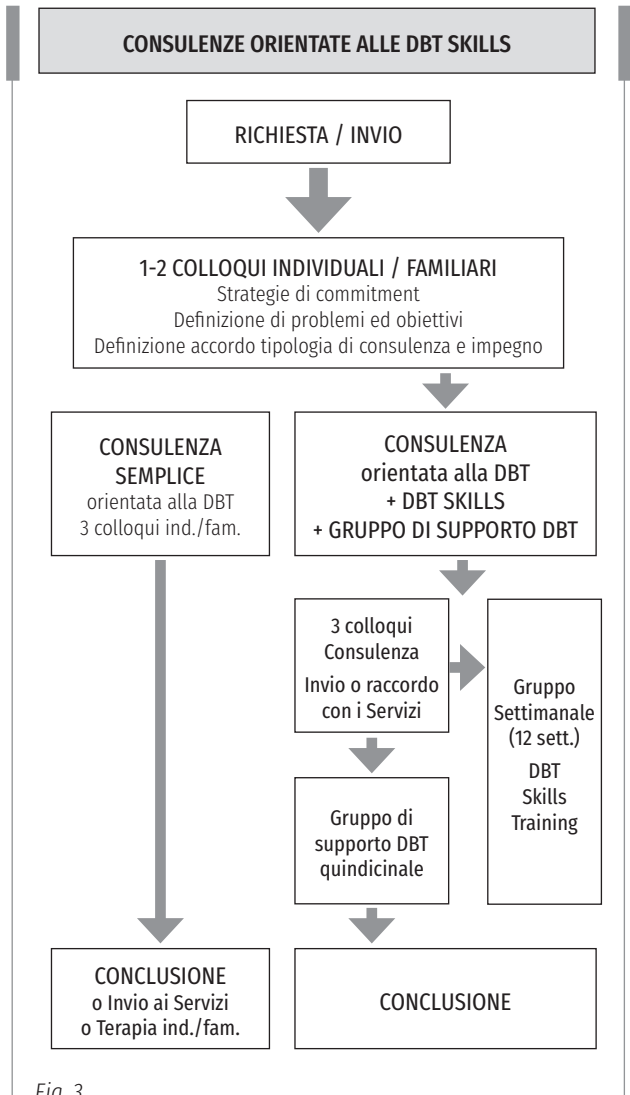


Fig. 3

orientate alle DBT Skills realizzati nel Distretto di Fidenza nel 2019 ammonta ad un totale di 90 nuclei familiari seguiti, 396 ore di colloqui svolti. Per quanto riguarda i Gruppi Skill DBT rivolti ai familiari, abbiamo svolto 43 gruppi di due ore ciascuno per un totale di 86 ore, più 8 incontri del Gruppo DBT di supporto “avanzato” per familiari, sempre di due ore ciascuno, per un totale di 36 ore.

Conclusioni

In conclusione ci sembra che la DBT ed in particolare la sua componente psicoeducativa, le DBT Skills, offra una significativa opportunità per integrare e talora riformulare efficacemente gli interventi nell’ambito della prevenzione universalistica e selettiva delle dipendenze patologiche e della promozione di sani stili di vita. In particolare possono essere un’ottima opportunità per accompagnare gli adolescenti e le loro famiglie, ma non solo, valorizzando e potenziando tutte le risorse umane dei sistemi coinvolti e nel contempo razionalizzando l’utilizzo di quelle economiche.

64

Bibliografia

- Begarani M., *Mindfulness e Comunità Terapeutica. Un modello orientato alle DBT skills* Universitas Studiorum, Mantova 2016
- M. Begarani, S. Codeluppi, M. Miglioli *Sperimentazione organizzativa nei processi di integrazione tra Ser.T, Psichiatria adulti e Comunità Terapeutica. Una esperienza innovativa nel Dipartimento di Salute Mentale di Parma*. Rivista Sperimentale di Freniatria (2017) Fascicolo: 1 P. 127-147
- Linehan M.M., *Trattamento cognitivo comportamentale del disturbo borderline. Il modello dialettico*, Raffaello Cortina, Milano, 2001
- Linehan M. M., *DBT Skills Training Manuale*. Raffaello Cortina, Milano 2014.
- Mazza J.J et al *DBT Skills nelle scuole. Skills trianing per la regolazione emotiva negli adolescenti (DBT SPEPS-A)*, Erickson, Trento 2019
- Rathus J. H., Miller A. L., *Manuale DBT per adolescenti*, Raffaello Cortina, Milano 2016

Giovani consumatori di cannabis

Progetto innovativo tra norma e consapevolezza a Bologna

Luca Ghedini, Catia Leoni, Cristina Vecchio

ABSTRACT

Il target dei giovani consumatori di sostanze psicotrope è da tempo al centro delle riflessioni dei servizi pubblici e privati che si occupano delle dipendenze. Le novità introdotte dalla L. n. 49/2006 hanno comportato una significativa riduzione dell'adesione delle persone segnalate ai sensi degli Art. 75 e 121. In sinergia, la Prefettura e il Coordinamento dei SerDP dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna hanno valutato favorevolmente la possibilità di rafforzare il sistema di rete con un'azione rivolta ai giovani consumatori di cannabis segnalati, ispirata al miglioramento delle procedure in termini di ottimizzazione delle risorse, di omogeneizzazione e efficacia di interventi più rispondenti alle peculiari caratteristiche di questo target di utenza, ben diverso da quello che di consueto si rivolge spontaneamente ai SerDP. È stato pertanto concepito il presente progetto utilizzando a pieno lo schema di 'azione sinergica' tra servizi pubblici e privato sociale declinato nel D.P.R. n. 309/1990 così come modificato dalla L. 49/2006.

65

Introduzione

Il consumo di cannabis nella popolazione generale europea rimane quello più importante rispetto a tutte le altre sostanze: le stime contenute nel rapporto della EMCDDA (2019) parlano del 7.4% della popolazione nell'ultimo anno. Le fasce giovanili seguono fedelmente questo trend, contribuendo ad aumentarlo: il 20% dei giovani in età tra i 15 e 24 ha fatto uso almeno una volta nel corso dell'anno di cannabis. La cannabis in foglie e infiorescenze (marijuana) e la resina di cannabis (hashish) sono i due prodotti principali a base di cannabis presenti sul mercato europeo della droga.

Si stima che nell'Unione europea i consumatori quotidiani o quasi quotidiani di cannabis (uso per 20 o più giorni nell'ultimo mese) siano l'1 % circa degli adulti, costituiti per circa il 60 % da persone sotto i 35 anni e per circa i tre quarti da maschi (ib.).

La relazione del Dipartimento politiche antidroga al Parlamento nel 2019 riporta: 'anche in Italia la cannabis si conferma la sostanza più diffusa sul mercato illegale...(...). Un

Rif.
Luca Ghedini, psicologo SeRD Ausl Bologna
Resp. Progetto obiettivo Giovani consumatori DSMDP
051 622 36 29
luca.ghedini@ausl.bologna.it

quarto degli studenti superiori riferisce l'uso di cannabis nel corso dell'anno 2018 e la quasi totalità di questi la consuma in modo esclusivo, senza cioè associarla ad altre illecite... Per 1 giovane consumatore di cannabis ogni 4, senza sostanziali variazioni negli ultimi anni, il consumo della sostanza può essere definibile rischioso: sono circa 150.000 gli studenti tra i 15 e i 19 anni che sono risultati positivi al CAST *Cannabis Abuse Screening Test* e che, per le quantità e le modalità di utilizzo della sostanza, potrebbero necessitare di un sostegno clinico per gestire le conseguenze del consumo.'

Il tema dell'uso dei cannabinoidi nei giovanissimi sta così assumendo sempre più importanza per gli operatori e per le stesse famiglie, spesso associato a quello dell'alcol (Molinaro, 2015; Alessandrini, 2018).

Da ciò la necessità di elaborare dispositivi specifici in grado di intercettare quei giovani il cui rapporto con la cannabis non rivesta un uso solo esplorativo, fase specifico, ma si configuri invece come un *habitus* strutturalmente connesso a stili di vita e cristallizzato spesso lungo due traiettorie: l'abitudine come 'sostegno ad un adattamento precario' (Cancrini, 1997) e la dipendenza intesa quale 'totale coinvolgimento personale' (ib.).

Si aggiunga un'altra evidenza clinica: l'uso ed abuso di cannabis può correlarsi all'insorgenza di gravi quadri psicopatologici (Di Forti, 2015; Tommassini, 2013). Esordi psicotici, stati mentali a rischio, psicosi 'sintetiche': tematiche cliniche in cui troviamo spesso un uso di cannabinoidi. Seppur discusso, emerge poi il nesso tra uso continuativo di cannabis nei giovani e sviluppo di importanti e permanenti alterazione delle funzioni cognitive ed emotive (Kroon, 2019). Cresce una preoccupazione di sanità pubblica e la necessità di promuovere di stili di vita sani tra i giovani. In quest'ottica si inserisce il progetto di cui parleremo.

1. Giovani e cannabis: innovare per accogliere

Adolescenti e giovani adulti vivono una fase evolutiva che rappresenta una straordinaria occasione trasformativa: in essa possono trovare accomodamento precedenti fattori di criticità nell'organizzazione della personalità e delle competenze socioemotive. La linea evolutiva che porta dall'adolescente al giovane adulto (Lancini, 2014) è animata da crisi su cui può innestarsi l'uso di sostanze. In alcuni casi questo uso mette i giovani davanti alla norma esterna ed alla Legge, chiamate a sanzionarne i comportamenti.

"Le modalità attraverso le quali gli adulti significativi e le istituzioni si rivolgono all'adolescente e alle trasformazioni in atto, lo sguardo di ritorno che offrono e le iniziative attraverso le quali intendono sostenerlo, svolgono una funzione decisiva. La letteratura psicoanalitica è ricca di immagini che sottolineano l'importanza della funzione adulta nel so-

stenere il percorso di sviluppo adolescenziale, in direzione più o meno patologica o di benessere psicofisico" (Regione Emilia Romagna/Piano regionale pluriennale per l'adolescenza, 2018).

I giovani mostrano spesso scarsa consapevolezza nel consumo di sostanze; si aggiungano le difficoltà degli operatori a dotarsi di strumentazioni in grado di intercettare questi comportamenti. Scontiamo qui la scarsa dimestichezza e conoscenza dei mondi giovanili, dei dialetti e delle prassi condivise nei gruppi dei pari, sia a livello globale che locale. In questo senso il progetto che andremo a descrivere ha preso atto della necessità di costruire un nuovo dispositivo per ingaggiare quei giovani consumatori che in modo indotto vengono segnalati ai SerDP dalla Prefettura. La media education (Unesco, 1982) è stato lo strumento principale che ha permesso di mixare creativamente le diverse competenze professionali degli operatori. La costruzione di uno specifico *format* per accogliere questi giovani consumatori è avvenuta innovando le modalità di lavoro tramite l'uso di formati multimediali. L'assenza di giudizio è stata la regola fondamentale: un approccio volto a de-stigmatizzare il tema del consumo di cannabinoidi senza validarlo, favorendo semmai l'accesso alla rete per i giovani e per il sommerso con un percorso di (auto)ascolto e consulenza.

2. Il progetto 'Cannabis': i gruppi info-educativi

Il progetto ha l'intento di trasformare un processo primariamente sanzionatorio in un'occasione di crescita e responsabilizzazione, col confronto tra Servizi e giovani della fascia 18-30 anni fermati la prima volta dalle Forze dell'Ordine per uso personale di cannabis, quindi implicati nel procedimento amministrativo regolamentato dagli Art. 75 e 121-DPR 309/90'. I Gruppi info-educativi si qualificano come un intervento realizzato dai servizi territoriali secondo quanto previsto dalla normativa.

Il progetto 'Cannabis'² si è avviato in forma sperimentale nel 2015, dopo un'attenta analisi dei dati del Nucleo Operativo Tossicodipendenze (NOT) della Prefettura di Bologna relativi agli anni 2012-13. Si evidenziava come il 75% delle segnalazioni per Art.75 riguardasse l'uso personale di cannabis, ed il 65% di questa fascia interessasse giovani tra i 18 e i 30 anni. Il progetto è stato possibile per la stretta sinergia con il NOT, la partecipazione di operatori dei SerDP di Bologna e Provincia, dei servizi pubblico-privato Area 15³ e LOOP⁴ ed il collegamento con il Progetto Obiettivo Giovani Consumatori del DSM-DP Ausl di Bologna, che ha inserito questa azione innovativa tra quelle finanziate su contributo della Regione Emilia Romagna. Si è svolta una formazione specifica col Prof. Michele Marangi della Università Cattolica di Milano, rivolta al team degli operatori. Il fine è stato quello di realizzare un *format* accattivante, cucito su misura per la popo-

lazione target utilizzando la media education. Nel tempo è stato poi possibile raffinare il progetto, organizzando alcune iniziative seminariali aperte a SerDP e Prefetture extraregionali, in un'ottica di benchmark e miglioramento continuo.

3. Obiettivi e modalità di accesso

Gli obiettivi del progetto comprendono, oltre alle azioni di prevenzione secondaria, il miglioramento delle procedure ottimizzando ed omogeneizzando le risorse, perseguendo l'efficacia di interventi più rispondenti alle peculiari caratteristiche di questa utenza, che si distingue dalla popolazione che di consueto si rivolge spontaneamente ai SerDP. Si è cercato di trasformare un evento non programmato e tutto sommato avverso (segnalazione art. 75) in una opportunità evolutiva, evitando la dispersione delle segnalazioni che il NOT inoltra ai diversi SerDP. Si è inteso stimolare la percezione dei rischi per la salute rispetto al consumo di sostanze stupefacenti con un intervento omogeneo per questa tipologia di utenti, anticipando il contatto con i servizi rispetto al colloquio in Prefettura e riducendo i tempi del procedimento che vanno dal fermo alla conclusione del provvedimento. I ragazzi che frequentano il gruppo 'Cannabis' possono esibire al successivo incontro in Prefettura l'attestato di partecipazione, consentendo ai colleghi sia di impostare un colloquio più accogliente su temi già introdotti, sia di valutare il percorso di consapevolezza avviatosi o meno rispetto alla tematica dell'uso (ammonizione o sanzione).

I giovani ricevono una lettera raccomandata dal NOT in cui sono invitati a partecipare al gruppo Cannabis ed in cui sono indicati data/orario. Giunge dal NOT anche la lettera di convocazione per il successivo colloquio in Prefettura che si terrà entro tre settimane dalla conclusione del gruppo. Gli operatori del *team*, che si avvicinano nell'anno, sono educatori, psicologi, assistenti sociali e sanitari. Il luogo fisico dell'incontro non è connotato, essendo quello di Area 15, ubicato nel centro di Bologna in zona universitaria. Quindi al di fuori della Ausl e della Prefettura.

3.1. Format e metodi, dati e prospettive

Il progetto prevede un format destinato ad un incontro di gruppo con max 18-20 ragazzi partecipanti, della durata di 3 ore e con diverse edizioni nell'anno solare in base al numero progressivo dei segnalati dal NOT. Le finalità sono info-educative sulle tematiche:

- legalità/illegalità;
- salute: effetti/rischi;
- stili di vita e di consumo legati all' uso di cannabis.

Gli interventi sono modulati in un format predefinito, che rappresenta il canovaccio lungo il quale si anima l'incontro coi ragazzi. La media education vede l'utilizzo di formati

mediali quali facilitatori per attivare strategie comunicative efficaci. Sono previste ad esempio attivazioni di gruppo a partire dalla visione di video clip, manipolati dagli operatori stessi e volti ad inscenare processi di *story-telling*. Oppure discussioni sempre su formati mediali di derivazione filmica e/o musicale, in cui il testo viene decostruito ed analizzato criticamente in gruppo nei suoi aspetti formali e contenutistici. Ma anche proiezione di *slides* su contenuti riguardanti gli aspetti legislativi e sanitari legati all'uso di cannabis.

Il canovaccio consente agli operatori di integrare in modo flessibile le nuove tematiche che emergono nel tempo, spesso sollecitate dagli stessi ragazzi, secondo uno spirito di *work in progress*. È il caso della cannabis light, dei cannabinoidi sintetici, del rapporto tra cannabis e sonno o di quello tra cannabis e psicosi. O dell'argomento cannabis e *fake news*, dove vengono smascherati dagli stessi ragazzi quei falsi miti che il web spesso alimenta.

Un punto importante: il clima interattivo d'aula è libero, non vincolante o direttivo, fatto salvo il rispetto per l'altro. Nessuno dei ragazzi è obbligato a parlare. È semmai la sensibilità degli operatori che contribuisce alla costruzione di un buon incontro, cosa che nella nostra esperienza avviene quasi sempre.

Dal giugno 2015 al febbraio 2020, sono stati svolti 49 gruppi a cadenza pressoché mensile.

I giovani segnalati per la prima volta, per uso personale di cannabis nella fascia d'età 18-30, invitati a partecipare al gruppo, sono stati in tutto 948. Di essi, 544 hanno partecipa-

Note

- 1 DPR 309/1990 : *Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e tossicodipendenza*. Art.121: Segnalazioni al SerT stabilisce l'obbligo per l'autorità giudiziaria ed il Prefetto, quando vengano a conoscenza, nel corso del procedimento, di persone che facciano uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, di farne segnalazione al SerT competente per territorio (*comma 2*). Stabilisce inoltre l'obbligo per il SerDP di chiamare la persona segnalata per la definizione di un programma terapeutico e socio-riabilitativo (*comma 3*). Art.75: Condotte integranti illecite amministrative punisce con sanzioni amministrative chi illecitamente esporta, importa, acquista, riceve a qualsiasi titolo o comunque detiene sostanze stupefacenti o psicotrope non a fini di spaccio (*comma 1*); stabilisce che il Prefetto, ricorrendone i presupposti, inviti l'interessato a seguire il programma terapeutico e socio-riabilitativo di cui all'art. 122 (o altro programma educativo e informativo personalizzato) predisposto dal SerT competente per territorio o da una struttura privata autorizzata (*comma 2*)
- 2 Progetto di collaborazione tra il NOT Prefettura di Bologna ed il DSM-DP 'AUSL Bologna (2016)
- 3 Area 15 servizio di consulenza del Comune di Bologna per giovani tra i 19 ed i 30 anni sul tema dei consumi di sostanze.
- 4 LOOP (Laboratorio Osservazione Organizzazione Prevenzione) progetto dell'AUSL di Bologna in tema di prevenzione uso ed abuso di sostanze

to ai gruppi (57%), mentre 404 (43%) non si sono presentati seppur convocati.

Dopo una prima fase sperimentale, il progetto è stato recepito e convalidato dai diversi servizi coinvolti: da aprile 2017, si è perfezionata la raccolta di alcuni dati, inserendo una scheda anagrafica anonima.

I dati socio-anagrafici vedono la netta prevalenza dei maschi (83%) rispetto alle femmine (7%) su di un totale di 318 partecipanti dal 2017 ad oggi. L'età media si aggira intorno ai 22 anni.

La maggioranza dei soggetti risulta libero da vincoli di legame (89%); solamente il 3% è coniugato, mentre due partecipanti ai gruppi sono separati. Il 68% ha raggiunto il diploma di scuola media superiore, mentre il 22%, una parte non irrilevante, è in possesso solo del diploma di scuola media inferiore. Un terzo del campione è studente mentre più della metà - il 55% - lavora seppur secondo diverse tipologie di contratto (dipendente, autonomo, saltuario). Infine, quasi tre partecipanti su quattro vivono ancora in famiglia, mentre circa uno su dieci vive solo o con amici.

Di contro, un questionario di gradimento è stato somministrato sin dall'inizio del progetto, nel 2015. Riassumiamo di seguito i principali dati. I questionari di gradimento raccolti (N. 544) esprimono un grado di soddisfazione medio-alto, non solo riguardo al piacere ricavato dalle attività svolte ma, soprattutto, rispetto alla possibilità di potersi esprimere e partecipare (il 58,6% risponde col valore massimo). Da segnalare anche il *feed back* positivo in ordine alla chiarezza percepita sugli argomenti affrontati, rinforzata da un alto grado di interesse e partecipazione (Tabb. 1, 2, 3, 4).

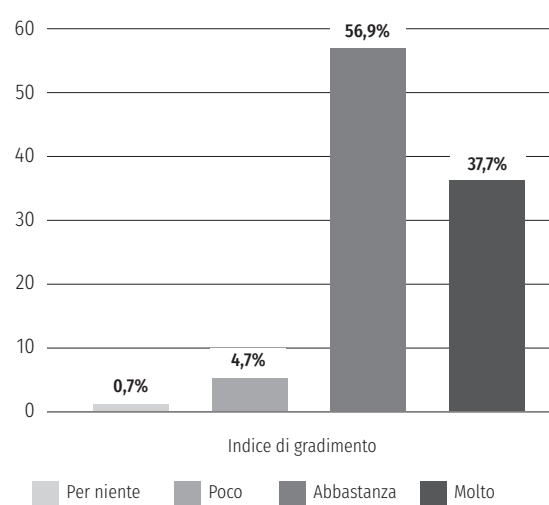
La raccolta dei dati fin qui descritti non ha uno scopo di ricerca, ma obiettivi descrittivi e conoscitivi della popolazione a cui è rivolto l'intervento, per migliorarlo *in itinere* nella consapevolezza del fatto che il campione non è rappresentativo dei giovani consumatori di cannabis ma riflette unicamente coloro che vengono fermati dalle Forze dell'Ordine ai sensi dell'Art. 75.

Si vuole ribadire la cornice sperimentale in cui nasce questo progetto, maturato in un contesto di confine (giuridico/socio-sanitario), che si traduce in un intervento info-educativo di primo livello. Uno dei fini del progetto è stato infatti quello di costruire una rete di operatori tra i diversi servizi pubblici e del privato sociale, tutti da tempo impegnati a Bologna per i giovani consumatori di sostanze.

Seppur in modo parzialmente coatto, questi ragazzi vengono accolti in un luogo non connotato, possono fare un'esperienza condivisa con dei pari, conoscere servizi e operatori dedicati a cui in futuro potranno rivolgersi per qualsiasi bisogno o curiosità. I servizi, in questo modo, sono entrati in contatto con un numero rilevante di giovani consumatori che in passato quasi mai raggiungevano. Infatti prima del

1. "L'attività è stata piacevole?"

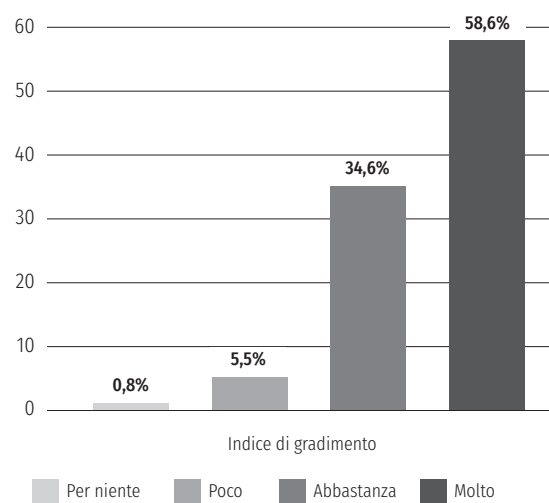
(Tot. 544 partecipanti)



Tab. 1

2. "Ho partecipato e ho potuto dire la mia?"

(Tot. 544 partecipanti)



Tab. 2

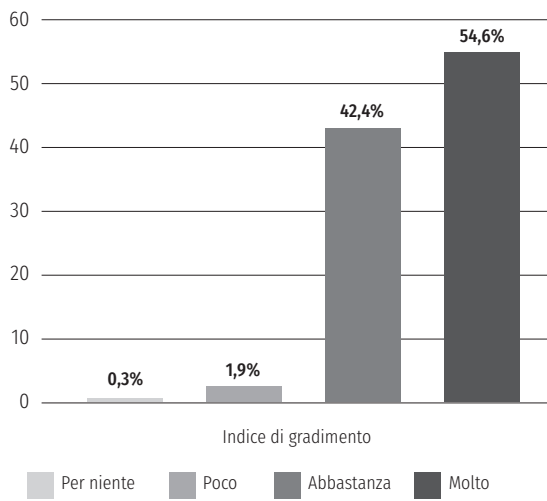
2015 l'iter prevedeva il primo incontro in Prefettura per la definizione del provvedimento e solo successivamente la convocazione del SerDP. Questa prassi comportava però una dilatazione dei tempi ed una elevatissima percentuale finale di *drop-out*.

Osservazioni conclusive

L'impianto del progetto cerca di valorizzare gli intenti proattivi del lavoro nell'area delle dipendenze: il mandato di Legge viene rimodulato sulla base del *target*. Per il futuro si

3. "I contenuti emersi sono stati chiari?"

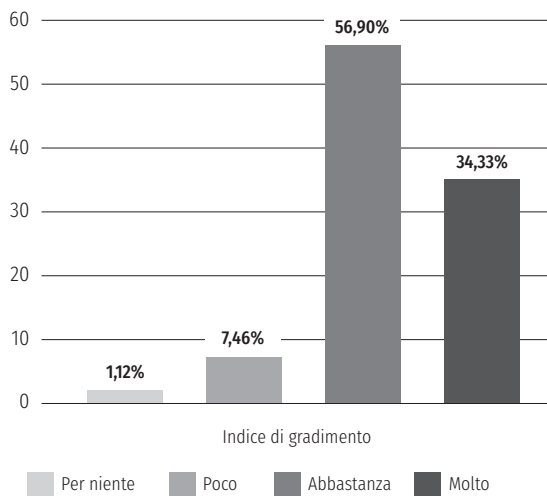
(Tot. 544 partecipanti)



Tab. 3

4. "Valuta il tuo grado di interesse e partecipazione"

(Tot. 544 partecipanti)



Tab. 4

aprono diverse prospettive.

Da un lato: riaggiornare il *format* proprio in base ai suggerimenti dei ragazzi che partecipano; proseguire le formazioni congiunte tra SerDP, Prefettura e privato sociale; costruire successivi dispositivi di connessione coi servizi dedicati ai giovani consumatori favorendo un accesso per i casi più problematici intercettati.

Dall'altro questa esperienza suggerisce proprio la necessità di animare nuove forme e frontiere della prevenzione e del *counseling*. Il lavoro sul multimediale e sul *web* apre

la porta a pratiche di ingaggio innovative coi giovani consumatori di sostanze. Si fa strada l'uso delle *app* e di tutti quei dispositivi interattivi che la tecnologia oggi consente (Laursen, 2010), raggiungendo così quegli ambienti social e condivisi che i giovani abitano quotidianamente.

Bibliografia

- Alessandrini G., Ciccarelli R., Battaglianese G., Lombardo G. (2018) : 'Treatment of alcohol dependence. Alcohol and the young: a social point of view' Rivista di Psichiatria 53 ; 113-117
- Cancrini L. (1997) : 'Lezioni di psicopatologia' : Boringhieri -Torino
- Di Forti M., Marconi A., Carra E., Fraietta S., Trotta A., Bonomo M., Bianconi F., Gardner P., O'Connor J., Russo M.,Stilo S., Tiago M., Mondelli V.,Dazzan P., Pariante C.,David A.,Gaughran F.,Atakan Z.,Iyegbe C.,Powell J.,Morgan C.,Lynskey M.,Murray R. (2015) : 'Proportion of patient in south London with first episode psychosis attributable to use of high potency cannabis: a case-control study' , Lancet Psychiatry 2 , 233-238
- Emcdda- Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (2019) : 'Relazione europea sulla droga'
- Dipartimento Politiche antidroga Presidenza consiglio dei Ministri (2019), 'Relazione annuale al parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia'
- Kroon E.,Kuhns L.,Hoch E.,Cousijn J. (2019), 'Heavy cannabis use, dependence and the brain: a clinical perspective', Addiction 115 ; 559-572
- Lancini M. - Madeddu F., (2014), *Giovane adulto*, Cortina- Milano
- Laurse D. (2010) 'Counseling young cannabis users by text messages' Journal of computer mediate communication 15, 646-665
- Molinaro S. (1995), *Migliorare la comprensione del fenomeno droga. Gli studi di popolazione*, Intervento convegno Istat - www.istat.it/it/archivio/145254
- RER Regione Emilia-Romagna (2018), *Piano regionale pluriennale per l'adolescenza*, Del. Assemblea Legislativa n.180
- Tomassini A., Roncone R., Verni L.,Bianchini V.,Tosone A.,Guadagni E.,Ussorio D.,Cifone M.G.,Casacchia M.: (2013), *Uso di cannabis ed esordi psicotici: dall'epidemiologia alla clinica*, Journal of Psychopathology 19; 89-104

Sitografia

-Unesco (1982): Grunwald declaration on media education - http://www.unesco.org/education/pdf/MEDIA_E.PDF (4/4/2020)

Quelli delle caramelle

*Formazione-ricerca-azione socio-antropologica
nel contesto urbano di Parma*

Barbara Cantarelli, Nicola Bolzoni, Licia Caroselli

*“I ragazzi sono come le valve dei molluschi.
Si aprono solo per un momento per prendere un po' di nutrimento
e per espellere le scorie.
Ma poi si richiudono di nuovo ermeticamente. Se per caso vi tro-
vate lì nei pressi quando si aprono, avrete l'opportunità di vedere
all'interno qualcosa di veramente bello.
Ma dovete essere lì in quel momento”*

(Robert B. Reich)

70

ABSTRACT

Nell'ambito degli interventi di prossimità con i giovani, a Parma, è stata realizzata una ricerca-azione finalizzata a mettere in relazione gli spazi di aggregazione pubblica con i diversi significati d'uso di questi luoghi all'interno di un'analisi che ha coinvolto i gruppi giovanili e le rappresentazioni di questi contesti da parte dei cittadini. Lo studio etnografico e socio-urbanistico, unito alla conoscenza dei ragazzi (tra cui il consumo di sostanze stupefacenti) ha consentito l'instaurarsi di una relazione con gruppi di difficile accesso e allo stesso tempo ha modificato e ampliato le metodologie di lavoro; queste ultime hanno consentito di definire strategie di intervento diversificate a seconda delle tipologie di contesto urbano e alla luce dei radicali cambiamenti socio-culturali e comportamentali attuali.

Premessa

Le Unità Di Strada (UdS) hanno come mandato la riduzione delle conseguenze negative dei comportamenti messi in atto dai consumatori di sostanze psicoattive, per i consumatori stessi e per la società (ricadute sulla salute pubblica). A 25 anni dalla nascita dell'UdS a Parma, e a poco più di 10 anni dalla DGR1533/2006 che ha introdotto “le funzioni di prossimità anche come porta di accesso al sistema dei servizi” in Emilia Romagna, sono avvenuti radicali cambiamenti nel contesto socio-economico-culturale che hanno visto mutare i pattern di consumo, il rapporto società/droghe, la

Rif.
Barbara Cantarelli,
sociologa, coordinatore Unità di Strada e Osservatorio DP, DAISM-DP
AUSL Parma
0521 396642
bcantarelli@ausl.pr.it

scena pubblica dei consumi. Nell'attività di outreach, che incontrava negli anni '80-'90 esclusivamente consumatori iniettivi di eroina, oggi si incontrano anche generazioni di giovani che assumono altre sostanze, interagiscono e convivono nei luoghi e nei tempi dello spazio pubblico. Da diversi anni, l'UdS a Parma ha orientato l'intervento nei diversi setting eliminando la settorializzazione delle attività e utilizzando le competenze in modo trasversale a contesti e target. A Parma l'UdS è composta da operatori dell'AUSL dedicati ad attività di Riduzione del Danno e Riduzione dei Rischi attraverso progetti di prossimità (notte, strada, scuole, carcere, centri giovani, Drop-In), e operatori della Cooperativa Eidè. Operando nei *setting* naturali di consumo, le UdS colgono per prime i mutamenti modulando gli strumenti di lavoro con rigore metodologico e strategico, e la capacità di entrare in relazione con singoli e gruppi, con il tessuto sociale in cui sono inseriti mantenendo una capacità di osservazione sensibile, per servizi e istituzioni che operano *indoor*. A questo scopo è stato avviato nel 2018 un lavoro di formazione-ricerca-azione e nuovi approcci metodologici ad integrazione di quelli in uso, dando luogo a progetti specifici realizzati nel 2018-2019, qui riportati.

1. La ricerca-azione

Uno dei punti di attenzione del lavoro di strada sono le aggregazioni giovanili informali, target privilegiato per gli obiettivi di "prevenzione" dei rischi e di aggancio precoce². Le trasformazioni globali di questi ultimi decenni, segnate in modo particolare dalla rivoluzione tecnologica, hanno influenzato le forme di aggregazione giovanile nelle città. Per interpretarle è necessaria un'attenzione allo spazio pubblico e alla relazione tra gruppi e città. Qual è la fruizione degli spazi urbani da parte dei giovani? Quali forme di convivenza negli spazi pubblici? Quale impatto dei comportamenti sulla salute pubblica? A queste domande ha tentato di rispondere il lavoro di ricerca, supervisionato da un formatore³ che ha avuto come oggetto l'analisi dei luoghi in cui si aggregano i giovani a Parma (finalizzato a descriverne le caratteristiche in termini di "cultura del gruppo", consumi, relazione con la città, rapporto con la propria salute). L'idea di partenza è che una conoscenza di tipo socio-urbanistico, unita a quella etnografica, possa potenziare la capacità di aggancio, consentendo di dettagliare e orientare in modo specifico ogni intervento.

1°step. Costruzione di una cartografia della città con descrizione di luoghi e gruppi: un lavoro per immagini per raccogliere informazioni sulle frequentazioni di gruppi giovanili nei contesti urbani successivamente messo a confronto con i dati rilevati nelle uscite di outreach dell'ultimo anno. Grazie a questa analisi sono stati profilati 15 luoghi, descritti attraverso le caratteristiche che hanno, come si sono modi-

ficati, che ruolo rivestono per la città, cosa rappresentano per i ragazzi che li abitano (analisi dei flussi). Tutto ciò ha consentito di categorizzare questi luoghi riconducendoli a 3 tipologie: i) centro storico, ii) luoghi commerciali, iii) quartieri).

Per queste tre tipologie siamo giunti alla definizione di metodi di intervento diversificati, descritti nel paragrafo 4.

2°step. Scelta di uno dei luoghi più interessanti in relazione all'aggregazione e ai consumi su cui focalizzare la ricerca-azione: la Pensilina di Viale Toschi.

3°step. Osservazione etnografica e intervento.

2. L'intervento: il progetto Pensilina

Un luogo di passaggio in centro storico, stazione di partenza delle corriere, all'attenzione dei media sui temi della sicurezza e del degrado e importante per la tipologia di ragazzi che vi si incontrano in quanto frequentano trasversalmente anche gli altri luoghi degli interventi dell'UdS: Centri Giovani, scuole, mondo della notte, Drop-In. Ci presentiamo a questo gruppo in coppia, a piedi, dotati di una borsa con il materiale scelto appositamente tra cui i preservativi: iniziamo a parlare di salute. L'operazione di avvicinamento dura per alcune uscite, passando ai margini dell'aggregazione una volta la settimana. Li avviciniamo parlando di cura dello spazio pubblico regalando sacchi dell'immondizia. Successivamente abbiamo posizionato il camper, dotato di generi alimentari, ciò ha dato avvio alla confidenza, alla narrazione delle condizioni di sé: il proprio corpo, le sostanze, le paure, i desideri. L'intervento ha superato le aspettative e siamo riusciti a comunicare ai ragazzi che il nostro non era solo un monitoraggio della situazione ma il desiderio di un vero e proprio "prendersi cura" di loro.

La distribuzione di caramelle ha attirato i giovani in modo giocoso: caramelle come strumento di aggancio, per entrare in relazione e nelle storie personali. Qualcuno non mangiava dalla mattina in quanto il cibo era sostituito dal consumo di sostanze.

Contemporaneamente sono state realizzate interviste ai commercianti che "abitano" la zona, nella convinzione che, attraverso la densità delle relazioni che sviluppano in prossimità dei gruppi informali, essi siano testimoni "esperti" cui riferirsi per conoscere e comprendere.

Attraverso di loro abbiamo scoperto storie, conosciuto gli orari migliori per l'intervento e abbiamo creato una rete di adulti consapevoli intorno alla Pensilina che si attivava in caso di bisogno, per esempio quando qualche giovane scappava di casa o non si vedeva per un po'.

3. Un primo esito: la lettura dei bisogni

L'osservazione delle aggregazioni e del loro modo

di “utilizzare” la città, la continua ridefinizione e reinterpretazione dei luoghi da parte di chi li frequenta, aiuta a comprendere meglio le mappe che rispecchiano bisogni individuali, opportunità relazionali, lavorative, familiari e di salute. Il termine city-users dà l’idea di come il modo di relazionarsi alla città sia soggettivo, mentre “centro storico”, “periferia”, “quartiere”, “centro commerciale”, “centro direzionale”, “casa della salute” sono termini urbanistici che non descrivono i bisogni di chi li frequenta. Per esempio, nel centro storico di Parma i residenti giudicano invasiva e irritante la presenza in orari serali di persone che si divertono e disturbano la loro quiete. Basta però cambiare punto di vista che la lettura si trasforma: un’amministrazione potrebbe valutare positivamente la frequentazione di una via in orari serali perché rende più appetibile, più “viva” la città, senza parlare dei commercianti, i quali naturalmente la vedono di buon occhio per i conseguenti consumi.

I ragazzi che avevano scelto la Pensilina cosa cercavano invece? Una “casa”, un luogo dove incontrarsi con i propri amici lontano dallo sguardo adulto. Da qui la proposta di pulire il proprio spazio (la proposta di sacchi della spazzatura) per evitare che gli esercenti si lamentino e chiamino le ffoo, o la distribuzione di generi di conforto anche scherzosi come le caramelle gommose.

4. Un secondo esito: della città e del territorio

Il lavoro di ricerca nei luoghi di aggregazione ci ha consentito di categorizzarli riconducendoli a 3 tipologie e a progettare interventi diversificati.

a. Il Centro Storico, inteso come comprensorio artistico monumentale della città, le scale eleganti del Teatro Regio, il Battistero, i borghi storici sono diventati luogo di pic-nic, parcheggio per scooter, pista da ballo all’ombra e nascosta, dove ascoltare musica, sdraiarsi. È un’idea di città che “si disarticola e ri-articola di fronte a pratiche d’uso del territorio che re-inventano i principi insediativi tradizionali e le forme di produzione e di uso dello spazio”⁴ mutando ogni volta il panorama sociale. Proprio come la Pensilina, anche altri luoghi del centro storico, dove i ragazzi di Parma si aggregano, hanno la caratteristica di luoghi riservati e poco esposti che, seppur in centro, sono spazi di scarto, fuori dalle regole commerciali, abbandonati. “Borgo piscio” (usato storicamente in mancanza del bagno pubblico) proprio perché nascosto e isolato è stato eletto da un altro gruppo di ragazzi a luogo di ritrovo.

In questi contesti può essere funzionale, dopo essersi fatti conoscere passando a piedi ai margini, come fatto in Pensilina, attrezzare una postazione stabile che sia vicina e visibile, ma non invadente, che sia come

un’estensione del loro spazio, dove i ragazzi possano recarsi liberamente per usufruire di quanto offriamo: fare il caffè nel camper vuol dire prendersi un tempo per conoscersi meglio.

b. I luoghi commerciali sembrano caratterizzati dall’omologazione. Le differenze architettoniche e sociali di questi luoghi si annullano e le forme di socialità si assomigliano, così come l’offerta commerciale che fa da sfondo. Sono gli adulti, prevalentemente, a comprare, mentre i giovani frequentatori, data la ridotta capacità economica, frequentano quei luoghi per incontrare le nuove icone della modernità: Apple, Samsung non sono semplici “oggetti di consumo” ma “chiavi” per l’accesso alla comunicazione nel mondo dei social, strumenti che consentono loro di “esserci”. Trovano WI-FI, prese elettriche, panchine, clima e riservatezza, un luogo da condividere con l’onnipresente controllo di guardie giurate simili a bidelli o sacrestani, affievolito dal continuo flusso di clienti impegnati negli acquisti, che funziona come uno schermo protettivo per i ragazzi. Per questo, gruppi di giovani eleggono questi contesti a loro luogo prediletto: spazi privati ad uso pubblico, arene per incontrarsi o per sfidarsi.

Si tratta di uno spazio che non può essere ignorato dai servizi socio sanitari e l’intervento dovrà inserirsi tra le offerte del luogo allestendo un info-point che attiri i giovani, in un progetto che prevede la collaborazione con negozianti e operatori della sicurezza.

Questo progetto è stato pensato insieme alla Polizia Municipale e al Comune, previsto per l’inverno 2020.

c. Nei quartieri il bar del circolo, la piazzetta, il parco giochi, sono luoghi storici di stratificazione generazionale. A differenza di quelli sopra descritti, solitamente chi li frequenta vi abita: adulti, anziani frequentatori del circolo, mamme con i bambini, si conoscono tutti. Per questo sono presenti spazi protettivi ma anche di rischio: dove non è presente un bar o altro, se gli adulti sono assenti possono crearsi occasioni di conflitto e vandalismo.

Sono luoghi difficili da monitorare, noi estranei generiamo diffidenza nei ragazzi, gli adulti allora diventano una risorsa. Per esempio, programmare un intervento settimanale sui servizi sanitari per la terza età in un Circolo Anziani frequentato dai ragazzi del quartiere, consente di attivare gli adulti per poi “sfruttare” la loro prossimità ai ragazzi.

Laddove i ragazzi, invece, occupano spazi isolati e abbandonati, il compito dell’UdS è quello di creare una rete di supporto, di presenza, che possa proporre eventi di quartiere per recuperare le relazioni compromesse (per esempio con gli operatori dei centri giovani).

5. Riproduzione della metodologia in altri contesti: progetto Parco Ducale

Il modello di lavoro sopra descritto ha prodotto ricadute su altri ambiti di intervento dell'UdS, dimostrandosi trasferibile ad altri contesti. Nel 2019 è stato realizzato, con la stessa metodologia, il Progetto Parco Ducale con Comune, Polizia Municipale, Associazione Carabinieri in congedo, Comitati di Quartiere, in un luogo altamente sensibile per la Stampa e per i cittadini per l'impatto che lo spaccio ha creato sulla convivenza civile.

Il Parco Ducale è in centro storico ed è il luogo dove in estate si trasferiscono i frequentatori della Pensilina. Ma il "Ducale" è anche e soprattutto il "giardino dei Parmigiani". L'analisi dei bisogni di chi frequenta questo luogo ci ha permesso di agire sui temi della salute applicando modalità di intervento collettive, individuali e di comunità. Incrociandosi diversi target di popolazione, i nostri obiettivi sono stati ampliati rispetto a quelli dell'Intervento in Pensilina: fare cultura sul campo con la cittadinanza sulle tematiche dei consumi e dei servizi, approfondire i legami con aggregazioni già note, contattare nuove compagnie e iniziare a monitorare gruppi di richiedenti asilo, fonte di preoccupazione per i cittadini.

L'intervento, svolto ogni lunedì per i mesi estivi, ha utilizzato:

- mappatura di aggregazioni e interazioni (cartografia sociale);
- interviste ai commercianti in loco;
- patto con le istituzioni locali;
- postazione camper;
- interventi itineranti;
- bonifica siringhe.

I contatti hanno riguardato per il 45% soggetti giovani (di questi il 36% sono ragazzi che non avevano mai avuto un contatto con l'UdS) e per il 41% soggetti della popolazione, come da obiettivo di progetto (Tab. 1).

I cittadini hanno richiesto informazioni soprattutto sui servizi AUSL, sulla normativa inerente alcol e guida, sui cambiamenti sociali e culturali inerenti i consumi di sostanze stupefacenti.

I counseling effettuati sono stati agevolati anche dall'introduzione in staff di due ragazzi peer che hanno permesso un approfondimento relazionale proprio con quei giovani della Pensilina che abbiamo seguito nel loro peregrinare estivo in cerca di fresco.

Conclusioni

L'ampliamento degli approcci ha rappresentato un aumento della capacità di aggancio, sia in luoghi appartati o molto chiusi dal punto di vista delle dinamiche gruppi-contesto (progetto Pensilina), sia in luoghi a frequentazione mista (giovani/adulti) in cui le difficoltà di equilibrio del vivere sociale emergono in modo più esplicito (progetto Parco Ducale). Il lavoro sull'appartenenza identitaria e sulla visione del luogo di incontro ha consentito un accesso facilitato a questi gruppi e al capitale sociale di quel contesto. Gli strumenti del lavoro di prossimità con i giovani hanno fatto il resto, consentendoci di far percepire la volontà di un vero e proprio "prenderci cura": il thè, la distribuzione di cibo, pochi gesti significativi e accoglienti che hanno fatto breccia, aprendo le porte al raccontarsi, un progressivo approssimarsi alle questioni più private come paure, desideri e problemi legati alla salute.

Lo sviluppo di un modello di lettura co-partecipata dal punto di vista delle "relazioni urbane", sia da parte dei ragazzi che degli adulti che vivono questi luoghi, ha favorito la capacità

N. interventi	16
N. contatti	283
Soggetti appartenenti a gruppi giovanili	45%
Popolazione	41%
Soggetti in carico ai servizi DP	12%
Maschi	71%
Stranieri	46%
Soggetti appartenenti a gruppi giovanili	127
16-24 anni	51%
Nuovi	36%
Materiali e servizi erogati	
Profilattici	226
Etiltest monouso	87
Materiale informativo	48
Counseling individuale in spazio riservato (camper)	16
Giochi sui comportamenti a rischio	34

Tab. 1, Progetto Parco Ducale 2019: Contatti e servizi erogati. Anno 2019.

Fonte: UdS Parma

Note

- 1 Regione Emilia Romagna, DGR n.1184/2017
- 2 Regione Emilia Romagna, Programma Regionale DP 2017-2019.
- 3 Claudio Cippitelli, sociologo dell'organizzazione, formatore e supervisore nell'ambito dei consumi di sostanze stupefacenti e dei nuovi fenomeni urbani.
- 4 Postiglioni, 2012.

di leggere condizioni di consumo, stili di vita e salute, individuando strategie di aggancio e di presenza dell'UdS adatte a luoghi aggregativi differenti, facendo emergere potenziali conflitti prima che divengano emergenze sociali. Nei progetti Pensilina e Parco Ducale, all'interno dell'ampia cornice del welfare di comunità, è stata centrale l'alleanza con gli esercenti vicini ai gruppi giovanili, che svolgono un ruolo attivo di osservazione, ascolto, orientamento, un riferimento stabile per gli operatori durante gli interventi, fonte di conoscenza e interlocutori per il patto di intervento. Ci hanno chiaramente riferito la percezione della funzione pubblica di un'istituzione a loro vicina.

Bibliografia

- C. Cippitelli, *Il lavoro notturno nei contesti del loisir: favorire la consapevolezza, lavorare per la limitazione del rischio*, in: P. Ugolini (a cura di) *Alcol e buone prassi sociologiche*, Franco Angeli, Milano, 2013
- D. Harvey, *Città ribelli*, il Saggiatore, Milano, 2013
- G. Zuffa, S. Ronconi (a cura di) *Droghe e Autoregolazione*, Ediesse, 2017
- I. Giuliani, P. Piscitelli (a cura di), *Città, sostantivo plurale*, Feltrinelli, 2018
- M. Augé, *Nonluoghi*, Elèuthera, Milano, 2012
- M. Postiglioni, *Usi sociali degli spazi nelle città contemporanee*, Tesi di dottorato in tecnica urbanistica Università La Sapienza, Roma, 2012
- P. Meringolo, S. Bertoletti, M. Chiodini (a cura di) *Giovani creatività città*, Unicopli, Milano, 2009
- Regione Emilia Romagna, *Come-out. Intercettare, orientare ed includere adolescenti difficili nel processo di cura*, 2017
- U. Hannerz, *Esplorare la città*, Il Mulino, Bologna, 1992
- Z. Bauman, *Fiducia e paura nella città*, Bruno Mondadori, Milano, 2005

Consumo di oppioidi sintetici nella popolazione richiedente asilo

Studio e azioni Unità di Strada di Reggio Emilia

Luca Censi, Gabriele Mancini, Enrico Partesotti

ABSTRACT

Il servizio di Unità di Strada della Cooperativa Papa Giovanni XXII di Reggio Emilia ha avuto la possibilità di osservare il consumo di oppioidi sintetici da parte della popolazione richiedente asilo presente sul proprio territorio. La ricerca nasce da un'osservazione sul campo e dal confronto in relazione con consumatori di sostanze su un target di popolazione ancora poco osservato sotto questo profilo. L'intento della ricerca è quello di restituire, all'interno del ragionamento sugli stili di consumo e la vita di strada, la modificazione sostanziale dovuta agli ultimi fenomeni migratori. La ricerca presenta la restituzione di osservazioni qualitative e quantitative sul consumo di oppioidi sintetici come il Tramadol che, nella loro parzialità, riconducono un fenomeno osservato localmente ad un contesto globale di mercati internazionali e nuovi stili di consumo.

75

Introduzione

UP, Unità di Prossimità, è il servizio di Unità di Strada della Cooperativa Papa Giovanni XXII di Reggio Emilia. Attiva dal 2001 sul territorio reggiano, l'Unità di Strada agisce con pratiche di riduzione del danno e di limitazione dei rischi, monitorando il territorio, contattando ed entrando in relazione con i consumatori problematici, e non, e fornendo informazioni, *counseling* e azioni di facilitazione per la presa in carico da parte della Rete dei Servizi.

Grazie alla presenza "informale" all'interno di contesti di consumo, il progetto ha da sempre espresso la prerogativa, oltre alle azioni sopra descritte, di mantenere una funzione di osservatorio sui consumi, con l'obiettivo di fornire dati osservativi (qualitativi e quantitativi) aggiornati, e dare la possibilità di leggere il fenomeno con una lente il più possibile "prossima" al consumatore. Questa specificità, per quanto spesso manchevole di campioni realmente rappresentativi in termini numerici, ha il grande pregio di osservare anche solo una tendenza del mercato dei consumi, che potrebbe o meno diventare vero e proprio fenomeno. Oltre a questo è importante ricordare che l'osservazione in situazione dà la possibilità di prendere in considerazione infor-

Rif.
Luca Censi,
Coordinatore Unità di prossimità/Coop. Papa Giovanni XXIII di Reggio
Emilia.
392 4220507.
lucacensi82@gmail.com
strada@libera-mente.org

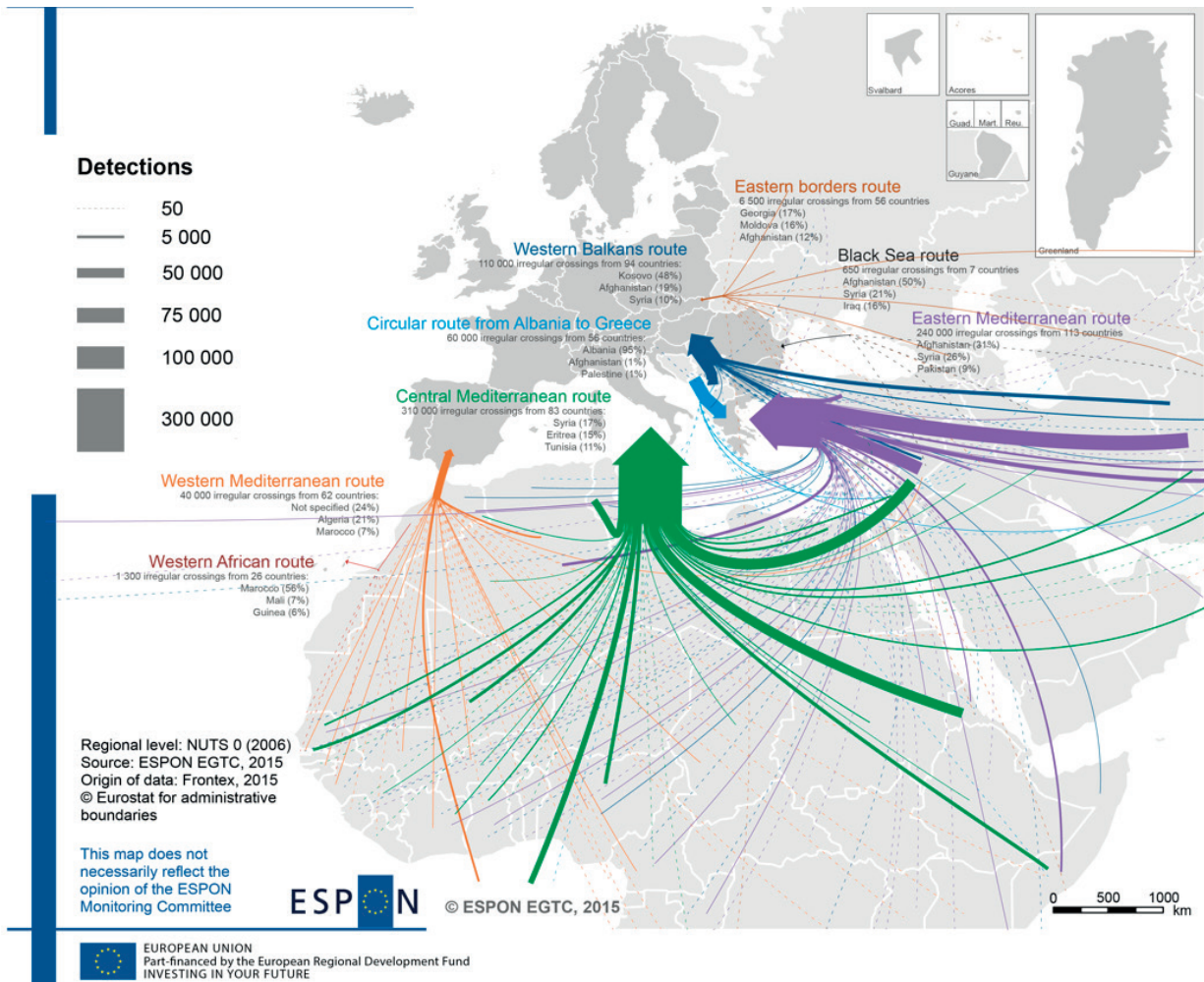


Fig. 1, Principali rotte migratorie verso l'Unione Europea. Fonte: ESPON/2016

mazioni fondamentali in merito al contesto in cui i consumi si esprimono, fornendo nuovamente uno sguardo che va a completare le informazioni sull'interazione farmacologica della sostanza con l'assuntore.

1. Quadro migrazioni e richiedenti asilo

Il contesto della vita di strada sul nostro territorio, come in altri territori a livello nazionale, ha subito una modificazione consistente negli ultimi anni in seguito agli ultimi fenomeni migratori. Il 2011 ha visto trasformazioni politico-sociali che hanno coinvolto buona parte dei paesi del Nord Africa e del Medioriente (Vita, 2018). Secondo gli esperti due sono le rotte principali per l'accesso ai paesi

dell'Unione: la rotta orientale e quella africana. La seconda trova origine in molti paesi dell'Africasub-sahariana (vedi Fig. 1, linea verde). Le persone si muovono fino ai paesi che si affacciano sul Mediterraneo - principalmente Libia - per poi approdare in Italia e muoversi verso altri paesi europei, Francia o Germania, dando origine a quelli che vengono definiti movimenti secondari (Radjenovic 2017). Gli studi statistici condotti dagli enti europei preposti ci forniscono alcuni dati interessanti circa i flussi migratori sul nostro territorio:

1. Il dato italiano indica come la prevalenza di richieste siano di cittadini nigeriani (Radjenovic, 2017).
2. Nel 2017, in Italia, il 13% delle persone che hanno ottenuto un qualche tipo di protezione internazionale

risiedeva nella Regione Lombardia¹ mentre Reggio Emilia ne ospitava 1,1% (v.a. 1465).²

3. I richiedenti asilo giunti in Italia vengono ricollocati sul territorio nazionale e generalmente inseriti all'interno di percorsi d'accoglienza dove viene garantito loro un alloggio temporaneo e la possibilità di procedere con la richiesta di protezione internazionale.

Rispetto al terzo punto è utile segnalare che la domanda di protezione internazionale viene seguita dalla Questura di competenza a cui tuttavia non spetta la valutazione della legittimità della richiesta stessa; quest'ultima è affidata ad una Commissione Territoriale per il Riconoscimento della Protezione Internazionale (De Donato, Di Rado, 2017). La valutazione della richiesta può richiedere diversi mesi e spesso è proprio l'attesa senza confine temporale determinato a sviluppare nella persona in attesa la sensazione di essere in una condizione sospesa. Collegato a questo ricordiamo che, secondo la direttiva 2013/33/UE, è possibile, come estrema ratio, espellere i richiedenti asilo dai percorsi di accoglienza a seguito di comportamenti in contrasto con le loro regole: in Italia tale direttiva, contemplata nel D. Lgs. n. 142/2015, viene adottata *“senza un criterio di gradualità né di proporzionalità, in particolare per gli ospiti dei CAS,³ soprattutto a sanzionare la violazione dei regolamenti di gestione dei centri, violazioni che vanno dall'allontanamento ingiustificato dalla struttura, a comportamenti violenti, fino a infrazioni disciplinari minori”* (Medici Senza Frontiere, 2018).

La principale conseguenza di tale comportamento è l'aumento delle presenze in contesti di strada e il popolamento di insediamenti informali (es: case abbandonate o ex complessi industriali) da parte di richiedenti asilo, in possesso di regolare documento, la cui richiesta è ancora in corso di valutazione ma privi di ogni forma di assistenza.

2. I perché di questo intervento

In questi contesti di strada è emerso come, a fianco delle sostanze tradizionali, possa riscontrarsi l'uso di farmaci prescrivibili quali ansiolitici, psicofarmaci ed antidolorifici, anche di natura oppioide, con modalità inedita e per questo di nostro interesse. L'interrogarsi sull'uso di un farmaco come il Tramadol (tramadolo cloridrato)⁴ progettato per la cura di stati dolorosi acuti e cronici, categorizzato come sostanza a basso rischio di abuso,⁵ utilizzata però in contesti di strada o comunque in contesti multiproblematici, dalla popolazione proveniente dal West Africa, ha animato l'intento della ricerca portando suggerimenti che consideriamo interessanti e meritevoli di condivisione.

L'avvicinamento al tema è stato favorito dall'osservazione portata avanti da operatori del Centro di Accoglienza Straordinaria della Coop. Papa Giovanni XXIII, in contesti formativi su sostanze e Malattie a Trasmissione Sessuale,

nei confronti di buona parte dei richiedenti asilo presenti sul territorio di Reggio Emilia, e dal successivo confronto con il nostro progetto. Emergeva chiaramente, infatti, come molti richiedenti asilo fossero a conoscenza, assieme alle sostanze classiche, di una categoria di farmaci “performanti”, in date condizioni di stress da contesto. In particolare si conosceva il Tramadol perché utilizzato nella Regione di provenienza o come consumo acquisito nello spostamento migratorio. Dalle testimonianze dirette portate nel contesto formativo all'interno delle strutture CAS si ha la conferma che il Tramadol è conosciuto e utilizzato nell'area del West

Note

- 1 Ispettori della Guardia di Finanza addetti all'Archivio della Commissione, *Commissione parlamentare d'inchiesta sul sistema di accoglienza, di identificazione ed espulsione, nonché sulle condizioni di trattenimento dei migranti e sulle risorse pubbliche impegnate*, Roma, 2017, p.19.
- 2 Ispettori della Guardia di Finanza addetti all'Archivio della Commissione, *Commissione parlamentare d'inchiesta sul sistema di accoglienza, di identificazione ed espulsione, nonché sulle condizioni di trattenimento dei migranti e sulle risorse pubbliche impegnate*, ivi., p.22.
- 3 I Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS) “sono immaginati al fine di sopperire alla mancanza di posti nelle strutture ordinarie di accoglienza o nei servizi predisposti dagli enti locali, in caso di arrivi consistenti e ravvicinati di richiedenti. Ad oggi costituiscono la modalità ordinaria di accoglienza. Tali strutture sono individuate dalle prefetture, in convenzione con cooperative, associazioni e strutture alberghiere, secondo le procedure di affidamento dei contratti pubblici, sentito l'ente locale nel cui territorio la struttura è situata. La permanenza dovrebbe essere limitata al tempo strettamente necessario al trasferimento del richiedente nelle strutture seconda accoglienza”
- 4 Il tramadol è un analgesico sintetico ad azione centrale ampiamente utilizzato nella gestione del dolore da moderato a severo; è stato sintetizzato da una industria farmaceutica tedesca nel 1977 (Zhang, 2013). Ad oggi è uno dei farmaci oppioidi più prescritti al mondo (Khosrojerdi, 2015). Dal punto di vista farmacodinamico, la sua azione si caratterizza perché oltre che interagire con i recettori oppioidi, svolge azione di inibizione del reuptake della norepinefrina e della serotonina.
- 5 Studi sull'uomo mostrano come il tramadol a. Diversi gli studi che dimostrano (specie in pazienti consumatori ricreazionali o abituali, ma che non soddisfino i criteri per un quadro di dipendenza patologica, (WHO, 2017) la capacità additiva del farmaco, da attribuire all'azione oppioidergica, ma anche a quella di inibizione del reuptake noradrenergico e serotonergico. Tali studi sembrano andare a confutare gli studi iniziali che portarono a considerare il tramadol come farmaco analgesico a basso rischio. Come descritto da alcuni autori, tale divergenza potrebbe trovare in parte una spiegazione nel fatto che il laboratorio non è poi la strada. In laboratorio (sia test su animali sia su uomini) si hanno condizioni di studio omogenee con dosi relativamente medio-basse; non c'è la riproduzione di un disagio psico-sociale e la disponibilità del farmaco è limitata e filtrata. In strada l'abuso effettivo di droghe è influenzato da una serie di fattori umani e di contesto: disponibilità di altri farmaci abusati, il costo, le aspettative riposte in esso in termini di effetti ricercati ed attesi, dosi in genere superiori a quelle degli studi, il poliabuso (Zhang, 2013).



Fig. 2, Nella cartina la T indica l'area in cui le testimonianze parlano del Tramadolo. Si noti come il tracciato sovrappone alle rotte migratorie dell'ultimo periodo.

78

Africa, le persone lo incontrano anche nella risalita del continente ed in particolare il Libia, dove le condizioni carcerarie, e in generale di vita, sono pessime.

Le informazioni sul fenomeno della recente migrazione e il contesto geopolitico bastano ad acclarare come le estreme condizioni a cui sono sottoposte persone migranti, necessitano di quello che si potrebbe definire un aiuto analgesico, con una particolare appetibilità del farmaco per le sue funzioni antidepressive legate alle specificità farmacologiche del composto (inibizione del reuptake di serotonina e noradrenalina).

Non serve ricordare come la difficoltà di accesso alla cura alla persona e in particolare a prestazioni sanitarie, nelle aree interessate, abbia una diretta rispondenza nell'utilizzo di farmaci antidolorifici. Queste considerazioni trovano conferma nelle narrazioni portate dai richiedenti asilo intervistati all'interno della ricerca. La Fig. 1 sottostante riporta in sintesi le testimonianze delle persone che, durante i mo-

menti formativi, hanno affermato di conoscere il Tramadolo.

3. Intervento Unità di Strada

L'Unità di Strada di Reggio Emilia ha quindi iniziato, nell'ambito delle proprie uscite territoriali, ad indagare l'utilizzo del Tramadolo da parte della popolazione richiedente asilo. Considerando che ad oggi circa un terzo dei contatti UP sono persone provenienti dalla fascia sub-sahariana,⁶ fuoriusciti dai percorsi di accoglienza o ancora in carico, ci è risultato facile individuare sia i gruppi di potenziali consumatori, che le persone disposte a parlarci della sostanza in termini di consumo personale o di conoscenza delle dinamiche di consumo da parte di altri.⁷ Inoltre come Unità di Strada da circa due anni raccogliamo blister e contenitori di farmaci abbandonati in luoghi di consumo della città con l'obiettivo di monitorare i consumi in strada di sostanze non "tradizionali".

L'osservazione costante del territorio, la collaborazione e il

lavoro di rete con le agenzie educative della “zona stazione”, il lavoro portato avanti nell’ultimo anno e mezzo con i gruppi di richiedenti asilo, la collaborazione con gli operatori CAS della Coop. Papa Giovanni XXIII e la segnalazione fattaci dai formatori che lavorano con i gruppi sulla prevenzione su sostanze e MTS (Malattie Trasmissibili Sessualmente), hanno permesso all’UP di trovare, in maniera inaspettata, la presenza di blister di tramadolo, di diretta provenienza dalla Nigeria o dalla Regione del Gujarat, India.⁸ I ritrovamenti più ingenti sono avvenuti in zona stazione ferroviaria, anche se il dato osservato interessante è relativo al fatto che una parte considerevole di questi siano avvenuti in molti parchi della città caratterizzati dalla presenza stabile di richiedenti che li hanno eletti luogo di ritrovo e relazione. Gli operatori infatti hanno iniziato a raccogliere e catalogare, indicando data e luogo del ritrovamento, i blister di Tramadol abbandonati. La presenza di blister abbandonati era evidente nei pressi delle panchine o ai luoghi di stazionamento dei consumatori, come vicino alle fontane di acqua pubblica, ad indicare l’utilizzo grupale e la condivisione del farmaco tra conoscenti.

La relazione del progetto con i consumatori storici, che frequentavano le zone segnalate anche per il reperimento di sostanze tradizionali come eroina e cocaina, ci ha permesso di capire che il Tramadol non era destinato alla vendita nei loro confronti quanto ad un consumo esclusivo ed interno ai vari gruppi. La zona della stazione, dove sono stati reperiti i maggiori numeri di blister abbandonati, presenta comunque delle caratteristiche peculiari molto interessanti nella lettura della materia. L’area potrebbe essere definita come multiproblematica in quanto presenta varie criticità stratificate:

- presenza di persone di origine straniera;
- fenomeni di marginalità;
- consumo e vendita di sostanze;
- fenomeni di prostituzione;
- problematiche abitative;
- forte presenza delle forze dell’ordine;
- notevole attenzione mediatica e percezione di insicurezza da parte della popolazione residente.

Il gruppo nei pressi del quale sono avvenuti il maggior numero di ritrovamenti ha le seguenti caratteristiche:

1. *drug dealers* al dettaglio (di origine nigeriana);
2. richiedenti asilo (presenza, passata o presente, al CAS) che vendono sostanze tradizionali da strada a consumatori reggiani e non;
3. mette in atto dinamiche di controllo e divisione del territorio e presenta consumi da contesto (Alcol/Cannabis/Tramadolo).

3.1 Intervento-ricerca-intervento

Mediante la somministrazione di questionari semi-strutturati, l’UdS viene a conoscenza delle informazioni sulla presenza e sull’impatto del Tramadol:

- il costo, 50 cent o 1 Euro.⁹ è simile a quello del Rivotril,¹⁰
- la provenienza, dedotta dal codice alfanumerico stampato sul retro del blister, ha due origini: Nigeria (MH/DRUGS/KD/2786) e India (GUJ/DRUGS/G/25/1989). Questa informazione ci indica come il farmaco sia prodotto legalmente, mentre la commercializzazione avviene, ovviamente, attraverso canali illegali;
- la grammatura, 200 mg, è la stessa segnalata dagli articoli già citati e che risulta più diffusa nell’area del West Africa che indica come lo stile del consumo sia anch’esso importato;
- la modalità di assunzione è sempre per via orale;
- i consumi sono grupali a scopo ricreativo e per il controllo di stati ansiogeni, con funzione antidolorifica e per prestazione sessuale;
- consumo spesso associato a cannabis e alcol.

Le condizioni di incertezza molto forte che permea la vita dei richiedenti asilo accolti o in strada, unita alla scarsa valutazione delle conseguenze dei traumi subiti nel percorso migratorio (in particolare rispetto alle violenze subite in Libia), portano a considerare come il farmaco possa essere considerato appetibile anche in contesti comunemente considerati sicuri, almeno rispetto alle condizioni pregresse; è prevalente il meccanismo di autoregolazione con alla base una chiara intenzione auto-curativa.

Le osservazioni sul pattern di consumo suggeriscono che sia un consumo “tradizionale” in relazione alla presenza di soggetti provenienti da precise aree geografiche, destinato quindi esclusivamente al gruppo ristretto e non commercializzato o promosso ad altri.

Note

- 6 Totale sui contatti Uds anno 2017 area Rdd + area Giovani: 5273 contatti provenienti dalla fascia sub-sahariana.
- 7 L’unità di Strada ha sottoposto un questionario destrutturato a 8 persone, 5 richiedenti asilo che vivono in strada e 3 italiani che hanno utilizzato Tramadol negli ultimi anni.
- 8 L’India sembra essere tra i paesi da cui proviene il Tramadol destinato ai circuiti non legali di molti paesi dell’Africa. Le formulazioni di tramadolo da qui illegalmente esportate si caratterizzano per essere a dosaggi più alti (225- 250 milligrammi) rispetto a quelli autorizzate dalle principali agenzie di farmaci (50 - 100 milligrammi) (BBC, 2018).
- 9 A volte viene chiesto il pagamento al raggiungimento dei 5 Euro.
- 10 Benzodiazepina utilizzata nei contesti di strada, spesso associata ad assunzione di alcol, in particolar modo dalla popolazione nordafricana. Il costo e la modalità di accesso al farmaco possono essere assimilabili a quelle del Tramadol.

Osservazioni conclusive

Considerando l'importante spostamento, nell'ultimo periodo, del mercato delle sostanze sempre di più verso un mercato diversificato, tra legale e illegale, con una forte commistione tra il DeepWeb e le dinamiche della strada, pensiamo sia importante segnalare due osservazioni conclusive:

- da una parte è necessario monitorare attentamente l'eventuale viraggio dei gruppi osservati in strada verso sostanze tradizionali (eventualità da tenere in considerazione vista l'attuale emergenza legata alla diffusione dei pain-killer negli U.S.A e in Inghilterra);
- dall'altra considerare l'accesso a farmaci come il Tramadol come parziale fattore protettivo, data la profonda incertezza portata dal contesto socio-politico di provenienza del target osservato.

80

Ringraziamento

La parte scientifica relativa agli oppioidi sintetici è stata scritta con la collaborazione della dr. Luana Oddi, medico tossicologo/SerDP di RE.

Bibliografia

- BBC. *Nigeria's Tramadol crisis: The drug fuelling death, despair and Boko Haram*. BBC, 2018: <https://www.bbc.com/news/world-africa-44306086>Dailyguide Africa. Ghana's Fight Against Tramadol Abuse.
- De Donato M, Rado D (a cura di), *Country report: Italy, European Council on Refugees and Exiles*. AIDA, 2017.
- Khosrojerdi H, Afshari R, et al. *Tramadol half-life is dose dependent in overdose*. DARU J Pharmaceutical Sciences, 2015;23:22.
- Medici Senza Frontiere (a cura di). *Fuori Campo, Insediamenti informali, marginalità sociale, ostacoli alle cure e ai beni essenziali per migranti e rifugiati*. Secondo Rapporto, 2018.
- Radjenovic A. *Secondary movements of asylum-seekers in the EU*. European Parliamentary Research Service, 2017.
- WHO. *Tramadol. Pre-Review Report Agenda Item 5.3*. Expert Committee on Drug-Dependence, Thirty-ninth Meeting Geneva, 2017.
- Zhang H, Liu Z *The Investigation of Tramadol Dependence with No History of Substance Abuse: A Cross-Sectional Survey of Spontaneously Reported Cases in Guangzhou City, China*. Bio Med Research International, 2013;<http://dx.doi.org/10.1155/2013/283425>.

Sitografia

- <https://qz.com/africa/1271685/africas-desperate-youth-are-getting-high-on-opioids-and-everything-they-can-get-their-hands-on/> , 2018
- <https://www.internazionale.it/notizie/2018/12/28/crisi-oppioidi-africa-occidentale> , 2018
- <https://www.medicitalia.it/minforma/psichiatria/2298-abuso-e-dipendenza-da-tramadol-un-fenomeno-emergente.html> , 2016
- <http://www.occhidellaguerra.it/primavere-arabe-usa/> , 2018

Sestante

| P U B B L I C A Z I O N I |



LIBRI

NORMAN E. ZINBERG
DROGA, SET E SETTING. LE BASI DEL CONSUMO
CONTROLLATO DI SOSTANZE PSICOATTIVE
Torino, 2019, EGA – Edizioni Gruppo Abele,
368 pagine

AA VV
IL CONCETTO DI DIPENDENZA IN PSICHIATRIA.
UN RAFFRONTO DI TEORIE SULLA DIPENDENZA
DEGLI UTENTI DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE
Trieste, 2019, EUT Edizioni Università di
Trieste, 98 pp

MASSIMO PERSIA
TOSSICODIPENDENZE 2.0. ASPETTI
SPECIALISTICI
Torino, 2018, PM Edizioni, 320 pagine

MARIO G.L. DE ROSA
ALCOLOGIA CLINICA: L'ESPERIENZA DI UN
SERVIZIO DELLE DIPENDENZE
Milano, 2018, Franco Angeli, 126 pagine

AA VV
DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO: RISULTATI
DI UN PROGETTO SPERIMENTALE
Roma, 2018, Istituto Superiore di Sanità;
2018. (Rapporti ISTISAN 18/5)

PIETRO FAUSTO D'EGIDIO
IL VALORE DELLA CLINICA. DIVERSIONE E
MISUSO DEI FARMACI AGONISTI OPIACEI
Milano, 2017, Franco Angeli, 192 pagine

ARTICOLI

BRUNO SCIUTTERI, BRUNO TORTIA, EMANUELE
BIGNAMINI
GLI OUTCOME DEL TRATTAMENTO FARMACO-
LOGICO DELL'ALCOLDIPENDENZA
in *Alcologia*, n. 36 (2019) - on line

AA VV
LAVORO DI COMUNITÀ
in *Lavoro sociale : Metodologie e tecniche
per le professioni sociali*, n. 5 (ott. 2019)

AA VV
OPPORTUNISTIC SCREENING FOR ALCOHOL
USE PROBLEMS IN ADOLESCENTS ATTENDING
EMERGENCY DEPARTMENTS: AN EVALUATION
OF SCREENING TOOLS in *Journal of Public
Health*, n. 1 (mar. 2019) - on line

AA VV
THE ASSOCIATION BETWEEN PERCEIVED
STIGMA AND SUBSTANCE USE DISORDER
TREATMENT OUTCOMES: A REVIEW
in *Subst Abuse Rehabil.* 2019; 10: 1-12

JOHNNY ACQUARO, EMANUELE BIGNAMINI
ADDICTION, CRONICITÀ E SERVIZI PER LE
DIPENDENZE
in *Mission - Open Access*, n. 52, ott. 2019

AA VV
REVIEW: SEX-BASED DIFFERENCES IN
TREATMENT OUTCOMES FOR PERSONS WITH
OPIOID USE DISORDER in *The American
journal of addictions*, July 2019

CATINA BALOTTA, PATRIZIO LAMONACA
VALUTARE LA QUALITÀ PROFESSIONALE AGITA
NELLE COMUNITÀ PER TOSSICODIPENDENTI
in *RIV Rassegna Italiana di Valutazione*,
2016, fasc.66e

Documenti on line

MATEO AMEGLIO, BARBARA CINCINELLI, ELISA
TANZINI
IL TRATTAMENTO DEL TABAGISMO E LA SUA
EVOLUZIONE: DAI MODELLI COGNITIVI-
COMPORIMENTALI AI MODELLI BASATI
SULLA MINDFULNESS
in *Alcologia* N. 35, 2019, disponibile on line

GRAZIA ZUFFA
LE DROGHE, TRA REPRESSIONE E RIMOZIONE.
LA RELAZIONE DEL GOVERNO E I RAPPORTI
OMBRA DELLA SOCIETÀ CIVILE
in *Rivista delle Politiche Sociali / Italian
Journal of Social Policy*, 4/2018
[https://www.ediesseonline.it/wp-content/
uploads/2019/04/15-Zuffa.pdf](https://www.ediesseonline.it/wp-content/uploads/2019/04/15-Zuffa.pdf)

ALESSIO SAPONARO
LA VALUTAZIONE DI PROCESSO NEI DSM-DP
Documento. Corso di formazione
"Valutazione di outcome nei Dipartimenti
di Salute mentale e Dipendenze Patologiche
della Regione Emilia-Romagna", 2015
[http://salute.regione.emilia-romagna.it/
normativa-e-documentazione/convegni-e-
seminari/corsi-di-formazione/](http://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/convegni-e-seminari/corsi-di-formazione/)

CRISTINA SORIO, PAOLO PASETTI
FATTORI PREDITTIVI DI ESITO DEL
TRATTAMENTO IN STRUTTURE TERAPEUTICHE
RESIDENZIALI IN PAZIENTI CON DISTURBO DA
DIPENDENZA DA SOSTANZE PSICOATTIVE
MDD 18 - Giugno 2015
[https://www.ausl.fe.it/azienda/dipartimen-
ti/daismdp/Fattori%20predittivi%20di%20
esito%20del%20trattamento%20in%20stru-
ture%20terapeutiche.pdf](https://www.ausl.fe.it/azienda/dipartimenti/daismdp/Fattori%20predittivi%20di%20esito%20del%20trattamento%20in%20strutture%20terapeutiche.pdf)

PRIMO PELLEGRINI

Educatore Professionale, U.O. Dipendenze
Patologiche - Centro Studi e Documentazione di
Rimini / Ausl della Romagna

primo.pellegrini@auslromagna.it

Il prossimo Sestante
sarà un numero speciale dedicato all'impatto biologico,
economico e socio-sanitario della pandemia da COVID-19
sui servizi dei DSM-DP della Regione Emilia-Romagna e
sulla popolazione con problematiche di salute mentale e
dipendenze patologiche.

Sestante