

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

L'intervento integrato con i giovani: la collaborazione tra Centro Giovani Ponti ed équipe Diagnosi e Trattamento Precoce del Ser.D.

Tiziana Antonini*, Angelo Bertani^o, Paola Coppin[^], David Micheli[§], Attilio Negri^{**},
Francesca Sassella^{^^}, Maria Francesca Scaramuzzino^{oo}

SUMMARY

■ *The need for a targeted approach to prevent and treat addictions among young people aged 14 to 24 has resulted in the implementation of a collaborative working model at ASST Santi Paolo e Carlo in Milan. The model involves the Territorial Addiction Service's Early Diagnosis and Treatment (DTP) team and the Centro Giovani Ponti (CGP), both of which belong to the Department of Mental Health and Addiction (DSMD). The aim of this partnership is to provide young patients and their families with a welcoming and accessible environment where they can receive support and assistance. The model seeks to reduce "the duration of untreated disease" by facilitating early diagnosis and timely therapy. Specifically, the CGP acts as a gateway to specialized addiction treatment services, making it easier for patients to access them. This article outlines the operating model implemented through this collaboration and reports on the preliminary results achieved between March 2021 and August 2022. The article discusses the specific cases in which the model is applied, the use of diagnostic tests, and the benefits of collaboration between services. Overall, the partnership between the DTP team and CGP has shown promising results in addressing the needs of young people and their families.* ■

Keywords: *Early Diagnosis and Treatment, Substance Use Disorder, Gambling Disorder, Prevention.*

Parole chiave: *Diagnosi e Trattamento Precoce (DTP), Disturbo da Uso di Sostanze (DUS), Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA), Prevenzione.*

First submission: 28/03/2023, accepted: 18/04/2023

* *Dirigente Psicologo - Ser.D. Territoriale, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, ASST Santi Paolo e Carlo, Milano.*

^o *Dirigente Medico Psichiatra - Responsabile Centro Giovani "E. Ponti", Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, ASST Santi Paolo e Carlo, Milano.*

[^] *Dirigente Medico Psicoterapeuta - Coordinatore Équipe DTP Ser.D. Territoriale, ASST Santi Paolo e Carlo, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, Milano.*

[§] *Educatore Professionale - Équipe DTP Ser.D. Territoriale, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, ASST Santi Paolo e Carlo, Milano.*

^{**} *Dirigente Medico Tossicologo - Ser.D. Territoriale, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, ASST Santi Paolo e Carlo, Milano.*

^{^^} *Medico Psichiatra - Ser.D. Territoriale, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, ASST Santi Paolo e Carlo, Milano.*

^{oo} *Dirigente Medico Psichiatra - Referente S.S. Ser.D. Canzio, ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano.*

Introduzione

Negli ultimi anni, in accordo con i dati della letteratura, abbiamo osservato una crescente affluenza ai servizi di cura, di adolescenti e giovani adulti con problematiche correlate ad uso di sostanze e/o addiction comportamentali e concomitanti sintomi psichiatrici o psicologici. È nata nel tempo la necessità di creare un modello di collaborazione tra centri che si occupano di problematiche in età giovanile nella realtà milanese. La nostra esperienza, all'interno dell'ASST Santi Paolo e Carlo, ha portato alla realizzazione di un modello di lavoro congiunto tra équipe di Diagnosi e Trattamento Precoce (DTP) del Servizio per le Dipendenze (Ser.D.) Territoriale e Centro Giovani Ponti (CGP), afferenti entrambi al Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD), specializzati nella cura di ragazzi di età compresa tra i 14 e i 24 anni. L'attività di DTP del SerD Territoriale si rivolge ai minori e ai giovani, di età compresa tra i 14 e i 24 anni, che

accedono ai servizi per le dipendenze dell'ASST Santi Paolo e Carlo, e delle loro famiglie. L'Équipe di DTP è diffusa nelle diverse sedi del Ser.D. Territoriale, ha il suo coordinamento centrale presso la sede della Direzione di Struttura Complessa e svolge, in équipe multiprofessionali, un'attività istituzionale ordinaria, tra le cui finalità vi è quella di diffondere un'operatività, e non già un progetto specialistico, che dovrebbe diventare l'approccio più diffuso – in coerenza con la situazione epidemiologica e i bisogni osservati. Dal 2013 ad oggi, l'Équipe e la sua offerta si sono modificate e modulate per rispondere al cambiare della domanda e dei bisogni rilevati: sono state infatti intercettate le richieste di genitori sempre più preoccupati ed allarmati e accolte situazioni via via più impegnative e complesse. Ciò ha condotto a riflessioni in merito al carico e alla gravità degli accessi giovani e quindi alle modalità di intervento. Nel senso e negli intendimenti dell'attività DTP è insita e sempre rinnovata la premessa di non rendere patologico un segnale né trascurarlo, con l'obiettivo di prima istanza di promuovere la ricerca del significato sotteso al consumo della sostanza o al comportamento. Il CGP si occupa, per l'ASST Santi Paolo e Carlo, di adolescenti e giovani fino ai 25 anni, portatori di varie forme di disagio, malessere o sofferenza psicopatologica, all'esordio o strutturatesi in comportamenti o espressioni sintomatiche. Il CGP lavora in stretta connessione con Psichiatria, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Ser.D., non essendone di diretta pertinenza, rappresentando un servizio accessibile e poco connotato, seppure rivolto anche ad una utenza potenzialmente grave. La larghissima diffusione del consumo di sostanze tra gli adolescenti e i giovani adulti – documentata dai dati ufficiali relativi al nostro Paese – rappresenta la premessa alla necessità di prevedere una stretta collaborazione tra l'ambito della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, della Psichiatria e l'ambito delle Dipendenze. Secondo i risultati dello studio ESPAD® (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) Italia condotto nel 2021 – riportati nella preliminare Relazione al Parlamento sullo Stato delle Tossicodipendenze in Italia 2021 (Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per le Politiche Antidroga, 2022) – 621 mila studenti tra i 15 e i 19 anni (24,1% del totale) hanno riferito di aver utilizzato almeno una sostanza psicoattiva illegale nel corso della propria vita, talvolta ignorandone contenuto ed effetti. La cannabis è la sostanza illegale maggiormente utilizzata, seguita dalle New Psychoactive Substances (NPS), cannabinoidi sintetici, cocaina e altri stimolanti, allucinogeni e, infine, oppiacei. L'uso di sostanze psicoattive risulta più diffuso tra i maschi (27,1%) rispetto alle femmine (20,9%). Nel 2021, sul totale degli studenti che hanno assunto cannabis durante l'anno, il 22,3% è caratterizzato da un consumo definibile "a rischio" secondo l'apposito test CAST (Cannabis Abuse Screening Test) (Bastiani *et al.*, 2013). Il 9,7% dei consumatori di sostanze illegali, pari a circa 44mila giovani, ovvero l'1,7% del totale, sono policonsumatori (2 o più sostanze illecite): inoltre, frequentemente associano tale uso al consumo di altre sostanze legali (tabagismo, consumo frequente e abuso di alcol, uso di psicofarmaci non prescritti) e altri comportamenti a rischio (gioco d'azzardo ed altre dipendenze comportamentali, furti, danneggiamento di beni pubblici o privati, rapporti sessuali non protetti, incidenti stradali ed altri problemi legali). Dopo aver osservato un trend stabile negli anni precedenti alla pandemia, dal 2020 in poi si è assistito ad un lieve calo del consumo lifetime e durante l'ultimo anno; è tornata a crescere, dopo una flessione durante il periodo pandemico, la frequenza nei consumi nel mese prece-

dente alla rilevazione (20 o più volte nell'arco dei 30 giorni). Si intende per "uso di sostanze ad alto rischio" – come definito dallo European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) – "l'uso ricorrente di droga che provoca conseguenze negative alla persona (inclusa la dipendenza, ma anche altri problemi sanitari, psicologici o sociali) o che espone la persona al rischio di riportare con alta probabilità tali danni". Si tratta quindi di utilizzatori di droghe con problemi di salute causati dal consumo frequente di droghe e dal poliuso e di coloro che, per finanziare il proprio uso, commettono azioni criminali. Per quanto riguarda le ospedalizzazioni direttamente droga-correlate, che nel 2019 sono state 7.480, in aumento soprattutto tra i giovani, circa la metà dei casi è dovuta all'uso di sostanze miste o non specificate. Dal 2010 al 2018 i tassi di ricovero droga-correlati per diagnosi multiple sono aumentati in tutte le classi di età, soprattutto quelli riferiti ai più giovani, passando da 27 a 56 ricoveri ogni 100.000 residenti di età 15-24 anni. Anche le denunce di minori alle Autorità Giudiziarie sono in aumento, con un incremento degli ingressi negli istituti penali in costante aumento (dal 10% del 2015 al 17% del 2019). Relativamente al Gioco d'Azzardo, i dati riguardanti il nostro Paese, durante la pandemia, hanno mostrato un'impennata senza precedenti del gioco d'azzardo online: rispetto alla complessiva flessione della raccolta che nel 2020 ha registrato 88 miliardi di euro contro i 110 dell'anno precedente, la raccolta online ha superato per la prima volta quella fisica (49 miliardi raccolti online vs i 39 raccolti dalla rete fisica). Lo studio ESPAD® (Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per le Politiche Antidroga, 2022) ha rilevato che nel corso del 2021 risulta siano oltre 1 milione gli studenti italiani di età compresa tra i 15 e i 19 anni che hanno giocato d'azzardo almeno una volta. Parallelamente, i dati pubblicati dal libro blu di Agenzia Accise, Dogane e Monopoli (2021), mostrano che nel 2020 i giovani (fascia 18-24 anni) hanno aperto 1.200.000 conti di gioco sui 2.700.000 complessivi aperti ex novo quell'anno. Nonostante nel nostro Paese sia illegale giocare per gli "under 18" si stima che il 39,2% del totale degli studenti minorenni abbiano giocato d'azzardo nel corso dell'anno. Anche se il 31,5% degli studenti di età inferiore ai 18 anni ha riferito che gli è stato impedito di giocare denaro poiché vietato, si assiste ad un progressivo aumento delle percentuali di giocatori all'aumentare dell'età, particolarmente per i soggetti maschili. Nella popolazione studentesca, i comportamenti di gioco sono stati analizzati utilizzando il South Oaks Gambling Screen, Revised for Adolescents (SOGS-RA) (Colasante *et al.*, 2014): dai risultati si evince che il 6,6% del totale presenta un profilo di gioco problematico, con una significativa prevalenza per il genere maschile (M=9,2%; F=3,0%). Rientrano in questa definizione ad esempio soggetti che hanno contratto debiti o sottratto denaro per giocare, che hanno fatto assenze a scuola dovute al gioco o che hanno pensato di non poter smettere di giocare e/o hanno avuto discussioni con amici e parenti a causa del gioco. Inoltre, il 10,8% del totale ha un profilo di gioco a rischio di sviluppare problematicità. I giovani giocano d'azzardo e spesso lo fanno online. È opportuno precisare che il gioco d'azzardo, anche quando è poco frequente e di modesta spesa, non è un comportamento a "rischio zero": esiste una correlazione lineare fra il giocare d'azzardo e i rischi connessi. Come in tutte le popolazioni di fronte a comportamenti rischiosi, solo una parte subisce dei danni, ma la modalità di gioco (online) e lo stigma/credenza sociale fa sì che questo danno o questo rischio non siano facilmente individuabili. A tale tema si correla strettamente quello del gaming, sia online

che offline, il quale, in alcuni casi, può rappresentare occasione per socializzare ma anche un comportamento potenzialmente a rischio di divenire una vera e propria addiction. In tal caso può associarsi a un peggioramento del funzionamento generale e del rendimento scolastico. Di per sé il gaming non descrive un comportamento patologico bensì ubiquitariamente diffuso ed accettato nella popolazione generale ed in particolar modo studentesca. Dal test ESPAD® emerge che il 21,3% degli studenti giocatori risulta avere un profilo di gioco a rischio, con percentuali quasi doppie fra i ragazzi. Tra questi si osservano comportamenti come eccessivo tempo speso a giocare, alterazioni dell'umore e contrasti con la famiglia. Si è evidenziato un ritardo di diversi anni tra l'inizio di uso di sostanze tra i minori e la prima richiesta di aiuto (il tempo di "latenza" medio tra il primo consumo e il primo trattamento è di più di 7 anni per la popolazione generale) (Relazione annuale al parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia, anno 2022); in considerazione di ciò, la collaborazione tra Servizi ha anche l'obiettivo di ridurre l'intervallo di tempo senza trattamento, in quanto diagnosi precoce e intervento tempestivo sono cruciali nell'aumentare il numero di guarigioni e nel migliorare sensibilmente il decorso della patologia. Anche i dati sulla comorbidità tra un Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) e un disturbo mentale risultano in preoccupante aumento, rispetto alle due patologie occorrenti singolarmente. A livello internazionale la Doppia Diagnosi (termine tuttora oggetto di dibattito e di disaccordo tra gli autori internazionali) rappresenta una seria preoccupazione per la salute pubblica, con un grave impatto negativo sui costi per l'assistenza, la morbilità, la mortalità (Lambert-Harris *et al.* 2013; Carrà *et al.*, 2015). Essa complica i risultati dei trattamenti e la prognosi, incrementa le ospedalizzazioni, ritarda la remissione dei sintomi e aumenta il rischio suicidario (Antai-Otong, Theis e Patrick, 2016); inoltre è un serio fattore di rischio per la mancata aderenza alla terapia farmacologica e per overdose, oltre che per ricoveri ripetuti (Fantuzzi e Messina, 2020). In Italia è stata recentemente sottoscritta una Carta dei Servizi (D'Egidio, Carpiello e Costantino, 2017) per i pazienti nelle condizioni cliniche di comorbidità tra disturbi mentali e da uso di sostanze e addiction, volta al superamento di tale concetto a favore di una evoluzione culturale dei servizi per evitare una visione frammentaria per competenze della persona che è affetta da tali disturbi. Se tale affermazione è valida per l'adulto, non meno lo è per la fascia di età giovanile. Tali dati trovano suffragio sia nelle popolazioni cliniche che in quelle generali: dati canadesi riportano che l'utilizzo precoce di sostanze nella fascia adolescenziale è associato a concomitanti problemi di salute mentale. Inoltre lo scarso accesso dei giovani ai servizi sottolinea il bisogno di identificare dei migliori interventi precoci al fine di prevenire lo sviluppo della comorbidità (Brownlie *et al.*, 2019). Gli "adolescenti complessi" sono resistenti ad affidarsi ai servizi, ai familiari e agli operatori. Infatti, si registrano problemi legati al rispecchiamento positivo e alla capacità di innescare meccanismi di risonanza con l'altro, rendendo laboriosi sia l'aggancio, sia la ritenzione in trattamento, soprattutto laddove la presa in carico è frammentata e multipla. La pratica clinica suggerisce l'importanza della presa in carico globale e multidimensionale. (Anzillotti, Faro e Moré, 2018). Anche la ricerca internazionale sottolinea questo aspetto: i sistemi sanitari si dovrebbero focalizzare sulla creazione di policies che permettano il riconoscimento precoce, misure di salute pubblica di prevenzione e un sistema di cure integrato e coordinato (Sterling *et al.*, 2010). Le politiche di salute pubblica dovrebbero

creare mezzi per proporre consapevolezza e prevenzione di queste patologie, dal momento che un precoce avvio del trattamento (farmacologico, psicoterapeutico, terapeutico familiare, educazione nelle scuole, interventi comportamentali e trattamento delle comorbidità) riduce il rischio associato al DUS e altre conseguenze negative (Torales *et al.*, 2019).

Il modello operativo

Come sottolineato nella recente Relazione annuale al Parlamento (Relazione annuale al parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia, anno 2022), i giovanissimi necessitano di un approccio specifico per quanto riguarda l'aggancio precoce e il percorso di consultazione o cura, che devono tenere conto della fase esplorativa propria dell'età adolescenziale e della accessibilità di comportamenti a rischio, legali e non, facilitando l'accesso ai servizi. L'intervento in molti casi implica il coinvolgimento integrato di più servizi come Consultori, NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA), Salute Mentale, Dipendenze, e richiede un coordinamento fra i diversi attori attraverso un'azione condivisa a più livelli. Per rispondere a tali necessità, all'interno del DSMD dell'ASST Santi Paolo e Carlo, si è definito un modello operativo volto a favorire e formalizzare l'implementazione della collaborazione tra l'équipe di DTP del Ser.D. Territoriale e quella del CGP. La collaborazione è avviata da tempo, ma la cornice organizzativa consente una maggiore fluidità e sistematizzazione dell'interfacciamento tra servizi, con l'obiettivo principale del miglioramento dell'intervento sui giovani pazienti, sia nella fase dell'aggancio, sia nelle situazioni in cui la gestione del paziente richiede un'azione sinergica tra servizi. I destinatari sono i giovani pazienti e le loro famiglie, che non accettino di accedere direttamente al Ser.D., a causa di pregiudizi o al timore dello stigma sociale che ne deriva, ed è in linea con l'intendimento dipartimentale ed aziendale, che promuove l'integrazione tra i Servizi che si occupano di Salute Mentale e Dipendenze nella fascia di età 14-24 anni. La larghissima diffusione delle sostanze sia legali che illecite tra gli adolescenti e i dati riferibili all'accesso al gioco d'azzardo desumibili dalla letteratura (Relazione annuale al parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia, anno 2022), raccontano di abitudini che, appartenendo anche a naturali movimenti evolutivi, possono comportare dei significativi rischi. Questa collaborazione vuole offrire una possibilità di confronto a quei giovani che non sentono o non pensano di potersi avvalere di un servizio ambulatoriale specializzato in consultazione, diagnosi e trattamento relativi al consumo di sostanze e a comportamenti potenzialmente additivi, eventualmente ma non necessariamente problematici, anticipando il più possibile le informazioni protettive, l'eventuale valutazione-diagnosi e i conseguenti interventi. Questo innovativo modello operativo di integrazione tra servizi ha quindi l'ambizione di contribuire ad accorciare l'intervallo di "malattia non trattata", dal momento che diagnosi precoce e intervento tempestivo sono cruciali nell'aumentare il numero di guarigioni e nel migliorare sensibilmente il decorso della patologia. Nello specifico, un primo contatto presso il CGP funge da elemento facilitatore, qualora il ragazzo non accetti di accedere direttamente alle sedi del Ser.D. o esista la necessità di un invio accompagnato. Con questa modalità si favorisce un primo contatto in "sicurezza emotiva" con gli operatori esperti del Ser.D. Territoriale, per creare un aggancio finalizzato a una consulenza o a un

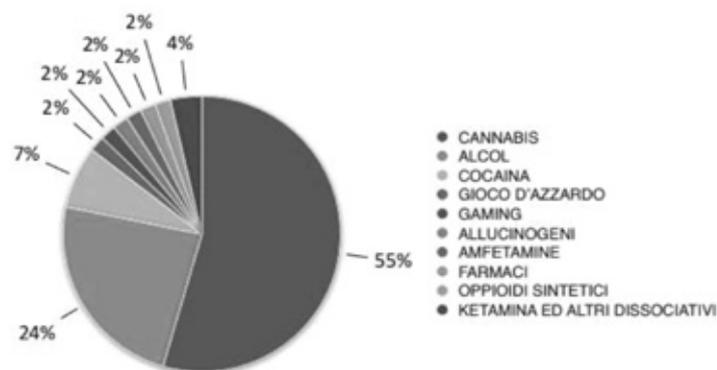
percorso diagnostico e/o terapeutico. La prassi messa a punto sinora si applica nei casi di: – richiesta spontanea da parte del ragazzo o dei genitori – valutazione dell'équipe curante del CGP, in particolare laddove si individuino elementi di rischio o problemi conclamati. A supporto della valutazione da parte dei professionisti del CGP in merito alla pertinenza di una consulenza Ser.D., si è suggerito l'utilizzo di CAST (Cannabis Abuse Screening Test) (Bastiani *et al.*, 2013). Operativamente le consulenze vengono richieste dal CGP attraverso i canali istituzionali individuati (mail a diagnosi.precoce@asst-santipao-locarlo.it), con la comunicazione dei nominativi, ove possibile corredata di informazioni essenziali. Nella fase di realizzazione della consulenza, ove compatibile con l'organizzazione generale, la presenza dei terapeuti CGP è ritenuta utile e facilitante. Le consulenze vengono effettuate da coppie di professionisti DTP: medico psichiatra o psicoterapeuta ed educatore professionale o assistente sociale, in accordo con il modello di lavoro della Équipe DTP. Si preferisce, in prima battuta, non coinvolgere la figura dello psicologo del Ser.D., dal momento che l'équipe CGP si compone soprattutto di psicologi, per limitare la sovrapposizione/duplicazione degli interventi. La composizione della coppia sarà oggetto di riflessione, non si esclude perciò la partecipazione di uno psicologo DTP in una successiva fase, a seconda della valutazione dei bisogni. Nel caso il paziente non si presenti all'appuntamento concordato, lo spazio viene utilizzato per una discussione congiunta sul caso stesso o su altre situazioni il cui contatto è da valutare o da facilitare. Nell'ottica di un corretto ed efficiente utilizzo delle risorse si ritiene opportuno evitare consultazioni prolungate presso il CGP nei casi di gravi compromissioni nel DUS, nel Disturbo da Uso di Alcool (DUA), nel Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA), favorendo la presa in carico nella sede Ser.D. più indicata per territorio o tipologia di consumi/comportamenti. Le eventuali indagini tossicologiche (es. esami delle matrici cheratiniche), vengono effettuate presso le sedi del Ser.D. Destinatari della consulenza possono essere l'interessato, la sua famiglia, i suoi curanti (Pediatra di famiglia, Medico di medicina generale, eventuali specialisti). I criteri della consulenza riguardano la valutazione e l'approfondimento del comportamento relativo al consumo di sostanze, alcool o gioco. Al termine della giornata di consulenze, viene stilato un report per ciascun incontro che viene conservato presso il CGP come parte integrante della cartella clinica; semestralmente il Coordinatore del Centro Giovani Ponti e il Coordinatore dell'équipe Diagnosi e Trattamento Precoce, coadiuvati da figura medica cui è attribuita la competenza aziendale di integrazione tra Ser.D. e Psichiatria, si riuniscono per monitorare il processo, analizzare punti di forza ed eventuali criticità emerse negli episodi di consulenza del semestre precedente. Viene redatto un verbale di questi incontri in cui siano esplicitate le eventuali criticità e le ipotesi correttive e migliorative. Una copia del verbale è a disposizione sia presso il CGP che presso il Ser.D. Territoriale.

Risultati preliminari

In una prima fase di sperimentazione sul campo, si sono effettuate consulenze a cadenza mensile (periodo marzo 2021 - febbraio 2022), successivamente a cadenza quindicinale. Nel corso dei primi 17 mesi (marzo 2021 - agosto 2022) della collaborazione sono state registrate 53 visite di consulenza (poco più di 3 al mese) per un totale di 40 soggetti, in due casi si trattava di genitori. In 9 casi sono state svolte più visite di con-

sulenza (fino ad un massimo di 4) per il medesimo paziente. Il 65% dei soggetti totali era di genere maschile, il 33% di genere femminile, un soggetto ha dichiarato identità non binaria. L'età media del campione è di 20 anni (DS 2,02 aa). Laddove è stato possibile rilevare la scolarità, è risultato che 17 soggetti hanno conseguito il diploma di licenza media inferiore e 13 hanno conseguito il diploma di scuola media superiore. Per ogni utente sono stati indagati l'uso di sostanze e comportamenti a rischio come il gioco d'azzardo: l'utilizzo di più di una sostanza è stato riscontrato in 13 casi, per 5 di questi le sostanze coinvolte erano più di due, fino ad un massimo di 4 sostanze rilevate in 2 dei casi presi in esame. La sostanza più frequentemente utilizzata era la cannabis (n=30), seguita da alcool (n=13) e cocaina (n=4) (Figura 1). Due soggetti hanno rivelato uso di dissociativi (inclusa la ketamina) in un contesto di poliabuso; altre sostanze riportate da singoli utenti sono state allucinogeni, amfetamine, oppioidi sintetici. Infine, un adolescente ha riferito il misuso di farmaci senza prescrizione. Inoltre sono stati rilevati un caso di gioco d'azzardo a rischio ed un caso di gaming problematico (Grafico 1).

Graf. 1 - Sostanze più frequentemente riferite dal campione



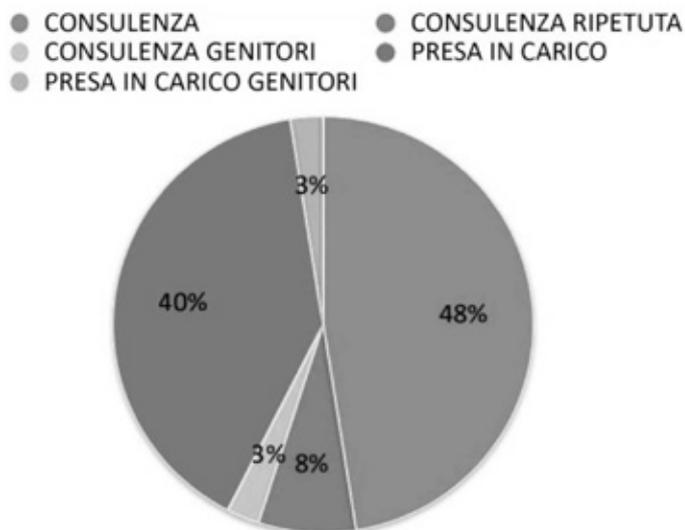
Per 34 soggetti è stata formulata almeno una diagnosi psichiatrica secondo il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, quinta versione (DSM-5) (Grafico 2): la più rappresentata è quella di Disturbo di Personalità (n=21, in 18 casi come prima diagnosi e in 3 come seconda diagnosi), specificata in 7 casi come Disturbo Borderline di Personalità (n=7, in 6 casi come prima diagnosi e in 1 caso come seconda diagnosi). Segue la diagnosi di Disturbo Psicotico (n=9) e la diagnosi di Disturbo Depressivo (n=2) o sintomi depressivi (n=1). Sono stati rilevati Disturbi dello Spettro Autistico in 4 soggetti.

Graf. 2 - Diagnosi psichiatriche per i soggetti del campione



Dei 40 soggetti incontrati, 20 hanno beneficiato di una sola consulenza (in un caso si trattava di genitori), 3 hanno richiesto una consulenza prolungata nel tempo. In 17 casi si è proceduto alla presa in carico da parte del Ser.D., in un caso si trattava di genitori (Grafico 3).

Graf. 3 - Esito delle consulenze effettuate



Conclusioni

Nel monitoraggio di maggio 2022, in una prima analisi rispetto alla sperimentazione in corso dal marzo dello stesso anno di due mattine di consulenza al mese si sono intravisti i primi vantaggi. A livello di clima organizzativo, una maggiore fluidità e consuetudine tra operatori favorisce l'integrazione e la collaborazione. A livello clinico, la possibilità di programmare colloqui ripetuti con la stessa persona/nucleo permette di consolidare agganci per successive prese in carico al Ser.D. o consultazioni più prolungate per coloro che mantengono solo presa in carico al CGP. Infine, la possibilità di aumentare il numero di nuove consulenze e quindi di intercettare consumi/comportamenti realmente all'esordio. Nonostante non tutti gli slot disponibili siano utilizzati per prestazioni dirette all'utenza, la possibilità del contatto tra professionisti consente la facilitazione dell'intervento di rete e la consultazione reciproca rispetto ad utenti in carico ad uno solo dei servizi. Non appare, quindi, il secondo appuntamento mensile ridondante, ma la sua utilità suggerisce che una ulteriore implementazione sia da considerare, compatibilmente con le realtà organizzative dei singoli servizi. È necessario individuare strumenti per monitorare gli esiti dopo una prima fase di ricognizione.

Riferimenti bibliografici

Agenzia Accise, Dogane e Monopoli (2021). "Relazione Libro Blu 2020" in Libro Blu 2020. Testo disponibile al sito: www.avvisopubblico.it/home/wp-content/uploads/2021/09/Libro-Blu-2020.pdf, 2 gennaio 2022.

Antai-Otong D., Theis K., Patrick D.D. (2016). Dual Diagnosis: Coexisting Substance Use Disorders and Psychiatric Disorders. *Nurs Clin North Am.*, 51(2): 237-47. DOI: 10.1016/j.cnur.2016.01.007

Anzillotti S., Faro G., Morè C. (2018). Lo Specchio Velato. La ricerca del Ser.D. di Orbassano sul fenomeno della complessità socio-sanitaria adolescenziale. *Mission - Open Access*, (49). Testo disponibile al sito: <https://journals.francoangeli.it/index.php/mission-oa/article/view/5321>, 2 gennaio 2022.

Bastiani L., Siciliano V., Curzio O., Luppi C., Gori M., Grassi M., Molinaro S. (2013). Optimal scaling of the CAST and of SDS Scale in a national sample of adolescents. *Addict Behav.*, 38(4): 2060-7. DOI: 10.1016/j.addbeh.2012.12.016

Brownlie E., Beitchman J.H., Chaim G., Wolfe D.A., Rush B., Henderson J. (2019). Early Adolescent Substance Use and Mental Health Problems and Service Utilisation in a School-based Sample. *Can J Psychiatry*, 64(2): 116-125. DOI: 10.1177/0706743718784935

Carrà G., Bartoli F., Brambilla G., Crocarno C., Clerici C. (2015). Comorbid addiction and major mental illness in Europe: a narrative review. *Subst Abus*, 36(1): 75-81. DOI: 10.1080/08897077.2014.960551

Colasante E., Gori M., Bastiani L., Scalese M., Siciliano V., Molinaro S. (2014). Italian adolescent gambling behaviour: Psychometric evaluation of the South Oaks gambling screen – revised for adolescents (SOGS-RA) among a sample of Italian students. *Journal of Gambling Studies*, 30(4): 789-801. DOI: 10.1007/s10899-013-9385-6

D'Egidio P.F., Carpiello B., Costantino M.A. (2017). *Carta dei servizi dei pazienti nelle condizioni cliniche di comorbidità tra disturbi mentali e disturbi da uso di sostanze e addiction ("doppia diagnosi")*. Roma: FeDerSerD; SIP; SINPIA. Testo disponibile al sito: www.federserd.it/files/novita/RM17_carta.pdf, 2 gennaio 2022.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2020). *ESPAD Group, ESPAD Report 2019, Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Publications Office of the European Union, Luxembourg. Testo disponibile al sito: www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13398/2020.3878_EN_04.pdf, 2 gennaio 2022.

Fantuzzi C., Mezzina R. (2020). Doppia diagnosi: una revisione sistematica sull'organizzazione dei Servizi sanitari territoriali. *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici*, rivista online di psichiatria, vol. 19. Testo disponibile al sito: www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/volume-19/doppia-diagnosi-revisione-sistematica-servizi-sanitari-territoriali, 2 gennaio 2022.

Lambert-Harris C., Saunders E.C., McGovern M.P., Xie H. (2013). Organizational Capacity to Address Co-occurring Substance Use and Psychiatric Disorders. *Journal of Addiction Medicine*, 7(1): 25-32. DOI: 10.1097/ADM.0b013e318276e7a4

Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per le Politiche Antidroga (2022). Relazione annuale al parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia, anno 2022 (dati 2021), Roma. Testo disponibile al sito: www.politicheantidroga.gov.it/media/3404/relazione-al-parlamento-2022.pdf, 2 gennaio 2022.

Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per le Politiche Antidroga (2017). Relazione annuale al parlamento 2017 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia (dati 2016), Roma. Testo disponibile al sito: www.politicheantidroga.gov.it/media/2153/relazione-al-parlamento_2017.pdf, 2 gennaio 2022.

Sterling S., Weisner C., Hinman A., Parthasarathy S. (2010). Access to treatment for adolescents with substance use and co-occurring disorders: challenges and opportunities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 49(7): 637-46; quiz 725-6. DOI: 10.1016/j.jaac.2010.03.019

Torales J., Castaldelli-Maia J.M., Da Silva A.G., Campos M.W., Gonzales-Urbieta I., Barrios I. (2019). Even more complex... when mental disorder meets addiction in youth: dual pathology. *Curr Drug Res Rev*, 11(1): 40-43. DOI: 10.2174/2589977511666181128165358